

Le corps en jeu : les conditions sociales de l'arrêt de travail des footballeurs professionnels

Bringing the body into play: The social conditions of sick leaves for professional football players

Frédéric Rasera^{a*,b}

^a UMR 5283, équipe MEPS, centre Max-Weber, université Lumière Lyon 2, 5, avenue Pierre-Mendès-France, 69696 Bron cedex, France

^b UMR 8097, équipe ETT, ENS, centre Maurice-Halbwachs, 48, boulevard Jourdan, 75014 Paris, France

Résumé

Basé sur une enquête ethnographique de longue durée au sein d'un club de football professionnel, cet article analyse les conditions sociales qui conduisent des footballeurs professionnels à arrêter momentanément de travailler suite à des atteintes à leur intégrité physique. Centré sur l'étude des relations à l'intérieur d'un collectif de travail, il décrit comment ce processus s'inscrit dans des rapports sociaux entre différentes catégories de travailleurs qui s'ajustent individuellement et collectivement à leurs contraintes professionnelles. S'il interroge les conditions de la mise en jeu corporelle des joueurs, il s'intéresse conjointement aux pratiques des membres de leur encadrement médical situés en « porte à faux » au sein du groupe.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Travail sportif ; Footballeurs ; Corps ; Santé ; Médical ; Ethnographie

Abstract

Underlaid by a long-term case study in a professional football club, this analysis of the social conditions that led these players to temporarily stop work when their physical integrity was impaired focuses on relations within the work group. It describes how this process fits into the framework of social relations between various categories of workers who adjust individually and collectively to occupational requirements. While inquiring into the conditions of bringing players physically into play, it focuses on the practices of members of the medical staff whose position within the group is awkward.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Sports; Professional football players; Body; Health; Sick leaves; Medical staff; France

* UMR 5283, équipe MEPS, centre Max-Weber, université Lumière Lyon 2, 5, avenue Pierre-Mendès-France, 69696 Bron cedex, France.

Adresse e-mail : fredericrasera@yahoo.fr

Une des particularités du football professionnel tient dans sa capacité à faire l'objet de lectures et d'analyses passionnées (Faure et Suaud, 1999, p. 3). Un jour loué pour ses prétendues vertus intégratrices (Gasparini, 2008), il est le lendemain dénoncé pour son libéralisme le plus acerbe (Loirand, 1998, 2006). Cette vision manichéenne conduit vers deux écueils intimement liés : elle laisse dans l'ombre la singularité du marché du travail footballistique et néglige l'expérience quotidienne des footballeurs en tant que travailleurs.

Plusieurs recherches sociologiques récentes ont montré l'intérêt d'étudier le sport comme activité professionnelle (Papin, 2007 ; Lefevre, 2007 ; Schotté, 2008 ; Brissonneau et al., 2008 ; Chantelat, 2008 ; Le Mancq, 2008 ; Bertrand, 2009). À partir de traditions théoriques différentes, la grande majorité de ces travaux s'est focalisée sur les processus de socialisation professionnelle. Les auteurs ont notamment mis en évidence une tension propre à l'engagement de ces sportifs qui s'incarne dans l'articulation entre l'instrumentalisation du corps et l'exigence de préservation de ce dernier. « User de son corps sans l'user » (Wacquant, 2000, p. 128), telle est l'expression suggestive régulièrement reprise pour objectiver ces logiques antagonistes constitutives d'une culture somatique singulière. Les sportifs sont conduits à gérer leurs ressources corporelles de manière rationnelle, ce qui tend à les faire passer pour des modèles d'excellence en matière de condition physique. Dans le même temps, leur corps est constamment sollicité et mis à l'épreuve de la compétition, de la souffrance et des blessures (Fleuriet et Schotté, 2008, p. 77–78). Majoritairement focalisés sur la socialisation professionnelle en enquêtant le plus souvent sur les processus à l'œuvre durant les périodes institutionnalisées de formation, ces travaux ont en revanche moins insisté sur la structuration des lieux de travail où exercent les sportifs en les appréhendant comme des scènes sociales (Weber, 2001) différenciées et hiérarchisées.

Basé sur une enquête ethnographique de longue durée au sein d'un club de football professionnel, cet article se donne pour objectif de replacer la question sanitaire au centre de la structuration d'un collectif de travail. Il entend analyser la gestion de l'intégrité physique des footballeurs en la situant au croisement des intérêts des différents membres d'un groupe organisé par et pour la performance sportive. Au sein d'un univers professionnel où le corps est le principal outil de travail, les footballeurs qui ne peuvent pratiquer sont stigmatisés (Roderick et al., 2000). Il s'agit ici d'analyser les conditions sociales qui conduisent un footballeur à arrêter son travail et à être renvoyé au groupe des « blessés ».

Dans cette perspective, je montrerai comment la question sanitaire structure les pratiques de travail et s'inscrit au centre d'enjeux et de rapports de force entre les différents membres de ce collectif. Sans me limiter à cette seule dimension, j'insisterai sur l'intérêt à interroger les pratiques sans les autonomiser des conditions d'emploi et des logiques sociales à l'œuvre sur un marché du travail footballistique particulièrement individualisé depuis les années 1990 (Faure et Suaud, 1999). L'inscription des pratiques de gestion des ressources corporelles des footballeurs au centre de l'organisation du travail me conduira également à objectiver différentes modalités d'ajustements, tant individuelles que collectives, aux contraintes professionnelles qui pèsent sur les différentes catégories de travailleurs. À l'instar des recherches ethnographiques sur les pratiques de travail (Arborio et al., 2008), je m'attacherai à décrire comment de tels ajustements, notamment entre footballeurs et membres de leur encadrement médical, peuvent se réaliser à distance des normes les plus officialisées.

Dans un premier temps, je montrerai comment les footballeurs professionnels gèrent les atteintes à leur intégrité physique et les conditions sociales qui contraignent les arbitrages effectués dans la mise en jeu de leur corps. Par la suite, j'étudierai les conditions qui président aux diagnostics réalisés par les membres de l'encadrement médical sur l'état physique des

footballeurs. Enfin, j'analyserai les modalités de transmission de l'information sanitaire vers le coach qui détient le pouvoir de gérer le collectif de travail.

Méthodologie

Cet article s'appuie sur les données issues d'une enquête sociologique consacrée au métier de footballeur. L'essentiel de ma recherche s'appuie sur une enquête ethnographique de longue durée (Beaud et Weber, 2003) — une période en immersion quasi permanente durant une année ainsi que des moments d'observation plus ponctuels par la suite — dans le quotidien d'un collectif de travail (le « groupe professionnel ») engagé dans le championnat de France de football professionnel de Ligue deux (deuxième division française). Ce collectif est composé de :

- vingt cinq footballeurs salariés sous contrat à durée déterminée auxquels peuvent s'ajouter ponctuellement de jeunes footballeurs « amateurs ».
- un « staff technique » composé d'un coach qui a le pouvoir de gestion sur l'ensemble du groupe et d'entraîneurs adjoints, tous salariés en contrat à durée déterminée.
- un « staff médical » composé d'un médecin rémunéré en vacations et de deux kinésithérapeutes salariés en contrat à durée déterminée.
- un intendant salarié en contrat à durée indéterminée.

Le travail d'observation a été complété par une cinquantaine d'entretiens avec les différents acteurs engagés dans ce monde du travail sportif. Loin de rester focalisé sur la seule scène professionnelle, mon engagement ethnographique s'est poursuivi (dans la mesure des possibilités d'enquête) par une circulation au sein des réseaux d'interconnaissance de footballeurs afin de comprendre comment ils ajustent leur engagement professionnel avec leur inscription dans d'autres groupes d'appartenance. Ce premier travail a été mis en relation avec un second temps d'enquête durant lequel la focale d'observation s'est déplacée à un niveau vertical afin d'interroger différents processus participant aux logiques d'embauche au sein de ce même club professionnel. Ici, observations et entretiens ont été associés à l'analyse d'un *corpus* de fiches de recrutement.

1. Arbitrer les maux du corps

À l'instar des autres travailleurs sportifs (Fleuriet et Schotté, 2008) ou engagés dans des activités physiques artistiques (Sorignet, 2006 ; Laillier, 2007), les footballeurs subissent quotidiennement des atteintes à leur intégrité physique. Le rapport qu'ils entretiennent avec celles-ci se conçoit prioritairement en lien avec le souci de préserver l'instrumentalisation du corps. C'est à travers le prisme de la nécessité de privilégier la continuité de la pratique qu'ils catégorisent les différents troubles corporels auxquels leur travail les expose. Au quotidien, ils sont alors partagés entre la mise en jeu de l'outil de travail ou l'arrêt de l'activité afin de le préserver. Si la nature de ces arbitrages se conçoit à travers une socialisation corporelle spécifique, elle ne peut se saisir pleinement sans interroger les rapports de force à l'œuvre sur le marché du travail footballistique et au sein du collectif de travail où ils sont engagés.

1.1. Instrumentalisation de l'outil de travail et catégorisation des maux corporels

Pour des travailleurs dont le corps est le principal outil de travail, les « blessures graves » constituent la première crainte tant celles-ci peuvent remettre en question le devenir sportif, peser sur l'économie psychique et sur les perspectives d'emploi. Plusieurs footballeurs du groupe ont

déjà connu de telles blessures. Elles ont marqués négativement leurs carrières en les éloignant durablement des terrains. Si elles cristallisent l'incertitude du métier, elles ne constituent toutefois que la partie la plus visible d'une question sanitaire qui ne saurait se limiter à ces seuls faits.

Les atteintes à l'intégrité physique jalonnent le quotidien de ces travailleurs sportifs. Nombre de sensations morbides sont essentialisées par les footballeurs en étant renvoyées à la nature de leur métier, et ne sauraient légitimer un arrêt de la pratique (Gollac et Volkoff, 2007, pp. 8). Cette banalisation des douleurs s'inscrit en creux d'une socialisation professionnelle spécifique (Bertrand, 2008, p. 402–425). Julien revient sur cette inculcation d'un rapport au corps résistant durant sa formation :

« Julien : Moi je sais que dans tous les cas je fais tout pour toujours m'entraîner parce que j'ai... Déjà, en fait, je pense qu'il y a beaucoup de choses que je raisonne aujourd'hui, ça se retrouve dans ma formation. Et dans ma formation à Sochaux, j'avais des entraîneurs qui étaient très durs. C'était Louis Martin et Robert Hernandez... C'étaient des mecs qui... Y'avait une sélection naturelle qui était faite. Il y avait une sélection sportive, mais avant la sélection sportive il y avait une sélection naturelle.

FR : C'est-à-dire ?

Julien : C'est-à-dire ils te rentraient dans la gueule tout le temps, ils ne voulaient jamais que tu sois blessé. "T'as mal, tu t'entraînes"... Et ça, c'est une sélection naturelle. »

Cette adhésion à la valorisation d'un rapport au corps résistant aux douleurs physiques s'opère d'autant plus facilement que le travail sportif est vécu sur le mode de la « passion » (Bertrand, 2009). Au nom de la nécessité de « jouer », les footballeurs peuvent user massivement de différentes formes de médicalisation (anti-inflammatoires, emplâtres, etc.), que ce soit de manière autonome ou avec le soutien des membres de l'encadrement médical (Viaud, 2009).

Si leur capacité à poursuivre l'engagement physique malgré les douleurs rapproche ces travailleurs sportifs d'un modèle de virilité légitimé dans les milieux populaires (Boltanski, 1971 ; Bourdieu, 1979), il n'en reste pas moins qu'ils font preuve conjointement d'une écoute corporelle visant à discriminer les sensations (Bertrand, 2008, p. 436). On touche ici à une tension structurante de leur engagement qui s'incarne dans l'articulation entre l'instrumentalisation du corps et l'exigence de préservation de ce dernier. Ainsi, les joueurs se distinguent par leur capacité à différencier les sensations morbides selon qu'elles nécessitent ou non un arrêt de la pratique. Ce rapport ambivalent demeure cohérent dans la mesure où les perceptions sont orientées par l'objectif de pérenniser l'activité. Il s'agit de jouer malgré la douleur et de savoir s'arrêter afin qu'un trouble ne prenne pas des proportions trop importantes et éloigne plus durablement le joueur des terrains. Les footballeurs sont en mesure d'associer précisément les maux du corps à un vocabulaire spécifique qui traduit leur compétence. Nicolas décrit ainsi les arbitrages qu'il opère selon la catégorie des sensations morbides qui l'affectent :

« Nicolas : Parfois je peux jouer sur la douleur parce que je sais... Si c'est les adducteurs tu vois qui me tirent, même un début de pubalgie, je peux passer au-delà. Je me dis "allez pendant deux mois je fais séance de gainage tous les jours, je mange du chocolat noir et des bananes et voilà" et je me dis "je sais que je peux jouer sur la douleur et que bon ça va pas trop m'abîmer". Bien sûr que ça abîme certainement, mais je sais que je peux. Après, quand j'ai une pointe géante derrière l'ischio ou le mollet, et puis quand j'accélère que là je le sens un petit peu, c'est différent.

FR : Là par exemple quand en fin d'année le coach t'a fait jouer... »

Nicolas : Oui et que j'ai pété ? [Nicolas a joué alors qu'il avait une "déchirure" à l'ischio-jambier qui n'était pas totalement soignée selon le médecin du groupe].

FR : Est-ce que tu sentais que c'était tendu mais t'as quand même voulu jouer, tu vois ?

Nicolas : Oui oui.

FR : Est-ce que des fois tu te dis : "j'ai tellement envie de jouer que. . ."

Nicolas : Après. . . Oui. Mais après c'était un cas particulier parce qu'il restait deux matchs. Donc si je me pète l'avant dernier match ça n'a pas de conséquences. Donc on a dit : "on prend un risque". J'ai mis l'emplâtre chauffant et franchement j'ai mis l'emplâtre, il m'a mis un petit coup de méso le doc, je me suis dit : "je peux tenir", tu vois. Manque de pot à la quarantième ça pète, mais bon c'est la première fois que je pétais. »

Nicolas met ici en exergue comment il gère cette mise en jeu du corps. Certaines douleurs peuvent être dépassées, quand d'autres doivent être écoutées avec attention. On conçoit alors la prise de risque effectuée sur une douleur lorsqu'elle ne remet pas en cause durablement la continuité de la pratique. C'est ainsi qu'il tente — en dialogue avec le médecin (« doc ») et le coach — de jouer sur une sensation qu'il sait lui-même peu consolidée et susceptible de l'éloigner des terrains pendant une nouvelle période. Or, cette prise de risque est à indexer à un contexte de fin de saison sportive où les conséquences d'une nouvelle indisponibilité sont minimisées.

1.2. *Engagement corporel et rapports de force sur le marché du travail footballistique*

Depuis 1969 et la mise en vigueur du « contrat à temps » dans le football professionnel français, le contrat à durée déterminée constitue la norme sur ce marché du travail sportif (Wahl et Lanfranchi, 1995, p. 181). Derrière cette commune condition d'emploi des footballeurs au sein du collectif, chacun dispose d'un contrat de travail individualisé laissant entrevoir de grandes disparités salariales¹. À l'instar d'autres univers professionnels (Menger, 2002), celles-ci sont légitimées au nom de la disparité des titres sportifs acquis et des réputations. C'est en prenant en compte cette singularité de l'emploi que l'on peut comprendre certaines conduites de joueurs qui se pressent de jouer malgré les douleurs à mesure que leur contrat de travail arrive à son terme. Si l'engagement trouve son ressort dans l'adhésion vocationnelle au métier, il ne saurait être autonomisé des conditions d'emploi.

Appréhender la condition des footballeurs uniquement à travers le prisme juridique du contrat de travail laisse toutefois dans l'ombre un ensemble de processus qui structurent ce marché et les positions des footballeurs en son sein. Le marché du travail footballistique se caractérise par la variété des rapports de force entre employeur et salariés. Si les footballeurs peuvent voir leur condition d'emploi subordonnée à la bonne volonté de leur employeur, ce rapport de force peut s'inverser en faveur des sportifs qui, à l'instar des *traders* (Godechot, 2006), peuvent faire valoir leur savoir-faire sur un marché du travail ouvert. La nature de ces positions se saisit d'abord à partir des titres que les footballeurs ont pu acquérir au sein d'un univers sportif hiérarchisé. Les joueurs sont ainsi particulièrement attachés à un ensemble de données objectivées relatives à leur carrière (nombre d'années de carrière, niveau des compétitions jouées, temps de jeu acquis, etc.), attachement qui traduit l'importance de la « visibilité » acquise sur le marché du travail. Aussi, au sein d'un univers sportif qui valorise la « performance », ces titres doivent être entretenus au risque d'être dévalorisés. C'est en ce sens qu'il faut interpréter la maxime professionnelle reprise

¹ À titre illustratif, durant la saison sportive 2007–2008, les salaires des footballeurs professionnels appartenant au groupe variaient de 2000 à 25 000 euros mensuels.

unanimement par les footballeurs : « si tu ne joues pas, on t'oublie vite ! ». Outre le poids de ces titres objectivés sur le marché, les positions des footballeurs s'individualisent par un travail pluriel de production de réputations (Chauvin, 2010) où interviennent différents acteurs engagés dans cet univers professionnel².

C'est en prenant en compte l'ensemble de ces dimensions structurantes du marché du travail footballistique que l'on peut rendre intelligibles certaines conduites relatives à la mise en jeu du corps. Par exemple, l'approche de la fin du contrat de travail ne peut être autonomisée de la visibilité et de la réputation acquises par un footballeur et constitutives de la perception d'un rapport de force sur le marché du travail. Dans une telle situation, un joueur qui ressent une douleur mais perçoit les signes de sa valorisation sur le marché pourra refuser de jouer, ne souhaitant pas mettre en péril ses ressources corporelles. À l'inverse, celui dont la position apparaît fragilisée sur le marché du travail sera mobilisé par la nécessité de « se montrer », quitte à devoir jouer sur des maux physiques.

1.3. *Engagement corporel et domination personnalisée au sein du collectif de travail*

Afin de saisir pleinement les logiques sociales à l'œuvre dans les arbitrages que ces travailleurs sportifs effectuent en matière d'engagement corporel, il est nécessaire de déplacer le regard vers d'autres dimensions relatives à l'organisation du travail footballistique et aux rapports de force au sein du groupe auquel appartiennent ces travailleurs sportifs.

Une des singularités de ce monde du travail réside dans l'asymétrie des rapports entre les joueurs et le coach. Au sein du collectif, ce dernier détient le pouvoir de choisir parmi les footballeurs ceux qu'il juge les plus à même de constituer une équipe performante. Par la reconnaissance différenciée qu'il leur accorde, il participe à redéfinir localement un ordre sportif³. Pour des travailleurs qui vivent leur métier sous le registre vocationnel et dont l'emploi est largement conditionné par la visibilité acquise sur le marché du travail, un tel pouvoir est conséquent. Il s'agit alors de prendre acte de cette personnalisation du pouvoir et de son poids dans les carrières des footballeurs pour comprendre les modalités de leur engagement et les arbitrages effectués en matière de mise en jeu corporelle.

Le cas de François est exemplaire. Peu de temps après son arrivée au club suite à la longue sollicitation du coach qui lui accorde sa reconnaissance (« il me voulait »), il ressent des douleurs au tibia difficilement supportables. Dans ce contexte, il lui est particulièrement délicat de s'imposer un arrêt de la pratique sous peine de tromper la « confiance » que le coach lui a accordée en motivant son embauche et en souhaitant en faire un joueur majeur de son équipe :

« Tu vois j'arrive je pouvais pas dire : "non j'ai mal je joue pas". Ca faisait longtemps que le club me sollicitait et là t'imagines je ne pouvais pas. Alors j'ai joué. . . Enfin j'ai déjoué. J'avais trop mal, je boitais, tous les entraînements je passais à la fin avec de la glace sur le tibia. C'était horrible, je ne pouvais même pas frapper avec le pied droit. . . Et puis tu vois c'est dur. . . Et en fait un match à Caen, je me souviens j'étais remplaçant et je déjouais totalement quand je suis rentré : je donnais mon ballon vite fait, je pouvais à peine me déplacer. . . c'était trop dur ! »

² Les processus de production des réputations font intervenir un ensemble d'acteurs tels que les entraîneurs, les présidents de club, les recruteurs, les agents de joueurs, les journalistes ou encore les footballeurs eux-mêmes.

³ Selon leurs trajectoires et les titres acquis au cours de leur carrière, tous les joueurs ne sont pas égaux face à ce pouvoir localisé du coach.

Ceux qui parviennent à obtenir la « confiance » du coach expriment la tension existant entre la mise en jeu du corps dans des conditions difficilement supportables et le souhait de ne pas tromper celui qui accorde sa reconnaissance. En revanche, pour ceux qui ne bénéficient pas d'une telle gratification, l'arbitrage s'inverse. C'est ainsi que Bastien, durablement mis à l'écart des choix du coach, explique qu'il n'est pas prêt à sacrifier sa santé physique pour un coach qui ne lui accorde aucune rétribution symbolique :

« Quand tu vois qu'aux yeux du coach tu ne compte pas, t'es là que pour compléter le groupe tu vois, tu te dis qu'il vaut mieux que tu te preserves pour ton prochain club. Après ça dépend. Si tu vois que c'est un match important, que le coach te fait confiance, t'as une petite douleur mais tu peux passer dessus. Moi en règle générale, quand j'ai un petit truc et que je peux passer dessus, que ça m'empêche pas de jouer, je joue. »

S'il dispose du pouvoir d'ordonner les positions en accordant de la valeur aux joueurs du groupe, le coach dispose aussi du pouvoir de gestion de la main d'œuvre sportive en instaurant les normes par lesquelles les places se font et se défont. Deux logiques idéal-typiques participent à structurer l'univers professionnel et cognitif des footballeurs. Certains coaches se caractérisent par leur propension à ériger en norme une « concurrence » qui tend à mettre les joueurs dans l'obligation d'être continuellement performants. D'autres tendent au contraire à stabiliser les positions dans la durée. Selon la perception que les footballeurs ont du type de management du coach et des possibilités de changer les hiérarchies, l'arbitrage en matière d'engagement corporel est en mesure de varier. C'est tout le sens de la remarque de Bastien qui ne reçoit pas la reconnaissance du coach et qui perçoit conjointement que la hiérarchie est difficilement amovible. À l'inverse, la perception de la concurrence au sein du collectif peut conduire les joueurs à taire les maux du corps pour privilégier la continuité de la pratique. Alors qu'Axel est suspendu⁴ pour le match à venir, il m'explique le relatif bienfait de cette sanction dans la mesure où, sans elle, il aurait joué malgré des douleurs importantes. Il lui faut rester dans la course de la concurrence :

« On est quatre derrière. Ce coach là tu sais pas ce qu'il peut te faire. . . Dans ma tête je me dis : "il faut que je montre toute la semaine et tous les matchs". Là ça tombe bien sinon je ne me serais pas arrêté. C'est sûr, ça tombe bien que je suis suspendu, sinon je ne me serais pas arrêté. »

Si la « passion » pour leur métier (Bertrand, 2009) permet de rendre intelligible la nécessité de jouer malgré les douleurs, celle-ci ne saurait épuiser les logiques sociales à l'œuvre dans les arbitrages effectués par les footballeurs en matière d'engagement physique. Outre une socialisation corporelle spécifique qui les conduits à catégoriser finement les maux dont ils sont victimes, les mécanismes régissant l'organisation du travail sportif et le marché permettent d'insister sur les variations d'engagement selon des contextes singuliers (Lahire, 1998, p. 63–79).

2. Les footballeurs et leur encadrement médical : conditions sociales de production de diagnostics

Appartenant au « staff médical », le médecin et les kinésithérapeutes constituent des supports pour les footballeurs qui peuvent les solliciter afin d'entretenir leurs ressources physiques. Il s'agit dans ce deuxième temps d'étudier les conditions sociales qui conduisent ce personnel médical

⁴ L'obtention de sanctions adressées par les arbitres peut entraîner une suspension pour les prochains matchs.

à établir un diagnostic sur les capacités physiques des footballeurs du groupe. Je me focaliserai d'abord sur les logiques sociales qui contraignent les possibles sollicitations du « staff médical » de la part des joueurs. J'interrogerai ensuite les catégories de perception de ce personnel spécialisé au regard de l'engagement corporel des footballeurs. Enfin, je mettrai en évidence dans quelle mesure les diagnostics font l'objet d'enjeux entre membres de ces deux groupes.

2.1. *Maîtriser les sollicitations des membres de l'encadrement médical*

L'attention que les footballeurs professionnels portent aux sensations morbides peut les conduire à solliciter les différents membres de l'équipe médicale. Au sein du collectif de travail, le médecin n'est présent en général que deux fois par semaine. S'il dispose officiellement du pouvoir sur l'ensemble du « staff médical », il est particulièrement dépendant des kinésithérapeutes qui sont présents quotidiennement au contact des joueurs.

Les membres de l'équipe médicale constituent une ressource pour les joueurs qui sont particulièrement demandeurs de diagnostics sur leur état physique. Dans le même temps, ce souci porté au corps peut les conduire à juger des compétences médicales des professionnels de santé en refusant de s'en remettre totalement à eux. José explique ainsi la réticence qu'il a à consulter le médecin du groupe, jugeant le manque d'ajustement de sa compétence médicale à l'univers du sport d'élite :

« Moi aujourd'hui j'ai un souci, je vais pas voir le Doc. Sincèrement c'est. . . Après il y a aussi un truc c'est que lui il a sa façon de voir les choses. Il est très anti-médicaments et anti ce genre de conneries et tout ça. Mais à un moment donné, nous on a besoin. . . Faut qu'il se rende à l'évidence. . . Tous les autres médecins, enfin les médecins que moi je connais bien, avec qui on s'entend bien, pas forcément les mecs qui veulent te droguer ou quoi. . . Ils me disent que "Si, parfois il faut un petit complément". »

Une telle attention portée aux compétences des membres du « staff médical » peut conduire les footballeurs à choisir ceux vers qui s'orienter principalement en cas de souci physique. À l'instar de José, les joueurs peuvent même solliciter d'autres professionnels qu'ils ont pu rencontrer au cours de leur carrière et dont ils vantent les compétences.

Si la consultation médicale est normalisée au sein de cet univers professionnel, elle demeure conjointement contrainte par des logiques antagonistes. Il s'agit pour les footballeurs d'en avoir un usage « maîtrisé », comme l'indique Boubakar :

« Si tu restes deux mois, t'as pas été au kiné, t'as rien eu. . . T'as un petit bobo, tu vas peut-être te permettre. Tu vois "oui je vais profiter de ça". . . Mais genre si tu vas dans la salle de kiné après avoir été arrêté et tout. . . Le petit bobo, tu l'écoutes pas. . . Les joueurs, ils sont trop attentifs. »

Les footballeurs apprennent ainsi à s'ajuster aux normes professionnelles qui pèsent sur eux. Comme le souligne Boubakar, la sortie d'une période d'indisponibilité contraint à éviter de retourner trop rapidement consulter sous peine d'être entaché d'une réputation de joueur à la condition physique fragile.

Tous les joueurs du groupe ne sont toutefois pas égaux devant ces normes professionnelles. La distinction générationnelle est ici particulièrement structurante et spécifie le droit à consulter. Outre l'expérience professionnelle dont il est porteur et qui le distingue des nouveaux entrants sur le marché du travail, « l'ancien » est celui qui porte sur son corps la longévité dans le métier, preuve d'une réussite professionnelle qui accorde le droit à un souci accru à l'outil de travail. On

retrouve ici des logiques analogues à celles présentes dans le monde ouvrier où il est légitime pour le travailleur vieillissant de dire sa fatigue et ses douleurs (Loriol, 2000). La position des « anciens » est toutefois ambivalente et la focale corporelle permet de mettre en exergue sa singularité. Leur légitimité professionnelle se donne à voir sur un corps qui a subi les épreuves d'une carrière professionnelle dans la durée, mais conjointement ce corps fragilisé laisse deviner la sortie d'un métier où les ressources physiques sont primordiales. On ne perçoit jamais aussi bien que dans la salle de soins cette tension où l'« ancien », fort de son expérience professionnelle, est aussi celui qui est susceptible d'être renvoyé au statut de « vieux » :

27 juin 2008. Notes de terrain, dans la salle de soins après l'entraînement.

Luc (33 ans) et Arnaud (33 ans) sont sur les tables de massage entre les mains des deux kinésithérapeutes. Ludovic (23 ans) est assis à mes côtés, attendant son tour. Il me regarde et lance en rigolant à voix haute sur le mode de la relation à « plaisanterie » (Radcliffe-Brown, 1968) : « T'as vu, il n'y a que des vieux dans la salle de kiné (sourire) ». . . Avant de reprendre dans la foulée sur un ton beaucoup plus sérieux que j'interprète alors comme le souhait de sa part de ne pas manquer de respect aux « anciens » en les appelant « vieux » : « Enfin. . . Pas des vieux. . . Peut être. . . Usés ».

Ces différentes contraintes conduisent certains joueurs à éviter la consultation afin de ne pas risquer d'être jugés inaptes physiquement et renvoyés du côté des « blessés ». Travaillant quotidiennement auprès des joueurs, les kinésithérapeutes peuvent s'attacher à solliciter ceux qu'ils peuvent soupçonner de masquer des maux. Lorsque le temps leur permet, ils observent les séances d'entraînement afin de repérer des possibles troubles corporels que ces derniers pourraient cacher. Parmi les jeunes joueurs, ceux qui ne disposent pas d'une grande légitimité sportive sont particulièrement visés, tant leur position peut les contraindre à ne pas établir d'arbitrage à long terme en matière d'engagement corporel, comme le souligne Serge (kinésithérapeute) :

« Un jeune qui sent qu'il est pas loin de rentrer dans le groupe parce qu'il a des blessures ailleurs ou quoi, s'il se fait une petite alerte à l'entraînement, et bien il va peut être pas venir te voir. C'est à toi d'être vigilant, d'aller sur le terrain pour voir comment il fonctionne, comment il court, tu vois. . . Quitte à lui imposer en lui disant : "toi tu viens après l'entraînement parce que j'ai vu que t'es touché à la cuisse, tu viens, après on va faire une écho". »

2.2. *Socialisation professionnelle et double appartenance des membres de l'encadrement médical : une définition sportive de la santé physique*

Après avoir analysé les conditions sociales qui conduisent les footballeurs du groupe à consulter médicalement, il s'agit désormais de déplacer le regard afin de saisir les catégories de perception propres aux membres du « staff médical » qui se distinguent par leur double appartenance à l'univers médical et sportif.

Au sein de ce microcosme du travail sportif, ils définissent leur fonction en l'inscrivant dans l'univers du sport d'élite. Leur mission consiste à faire en sorte que les footballeurs soient dans les meilleures dispositions physiques pour jouer et à objectiver ceux qu'ils jugent inaptes. Philippe, kinésithérapeute, exprime ainsi la singularité de son travail au sein de l'univers du sport d'élite en le distinguant de l'activité exercée auprès de patients « ordinaires » :

« Ce qui est bien dans le sport, ce que j'ai appris à connaître et que j'ai trouvé extraordinaire, c'est le côté "pression". C'est-à-dire, faut que ce soit fait le plus rapidement possible. Le

mec, faut qu'il soit le plus rapidement possible sur le terrain, c'est-à-dire que t'as une notion d'efficacité, tu peux pas comme quand tu as un arthrosique dans un cabinet et que tu sais pertinemment que le mec tu l'amélioreras pas. Tu vas lui donner une demi heure où il ne va plus avoir de douleurs, peut être une journée, mais voilà l'objectif de résultats. . . [souffle]. »

C'est l'urgence de la performance et le souci de maintenir les joueurs en état d'y participer qui motivent l'engagement des membres de l'encadrement médical au sein de ce monde du travail sportif. Leur définition de la santé physique s'ajuste alors aux normes compétitives. Au cours de leurs interactions quotidiennes avec les joueurs, les membres du « staff médical » participent *in fine* à banaliser les maux corporels. Ceux-ci sont renvoyés à la normalité du métier (Viaud, 2009, p. 528). Mobilisés principalement par la cause sportive et la potentialité physique des joueurs, ils sont conduits à minimiser l'ensemble des troubles corporels. Il faut notamment que les atteintes à l'intégrité physique remettent considérablement en cause l'engagement et le potentiel de performance pour juger un joueur inapte. Comme le souligne Philippe : « il faut vraiment que les mecs, ils soient vraiment mal ».

Socialisés au sein de ce microcosme du sport d'élite, les membres de l'encadrement médical conviennent que les footballeurs constituent une population singulière qui se distingue des patients « ordinaires ». Ils sont d'autant plus sensibles aux normes compétitives qu'ils ont pu y être eux-mêmes engagés de longue date⁵. À l'instar de Philippe qui a pratiqué précocement et intensément le football compétitif avant de voir son rêve de carrière sportive professionnelle déçu, exercer son métier de kinésithérapeute dans un club de football professionnel a pu constituer un moyen d'associer sa « passion sportive » et son activité professionnelle :

« La vocation de kiné elle est venue un peu plus tard. Le milieu du sport, c'était ça mon attrait : au départ d'être un acteur et puis après. . . Je me suis mis un peu dans le "satellite". »

Sensibilisés précocement aux normes de l'espace compétitif, les membres de l'encadrement médical sont alors disposés à servir la cause sportive. En outre, les contacts quotidiens avec les encadrants sportifs et les footballeurs sur le lieu de travail, liens qui peuvent se poursuivre en dehors de la scène professionnelle, ont pu parfaire leur conversion aux normes de ce monde du travail sportif.

2.3. *Le diagnostic comme enjeu entre footballeurs et membres de l'encadrement médical*

La rencontre entre les footballeurs et les membres de l'équipe médicale conduit ces derniers à établir un diagnostic sur la nature des maux et sur la possibilité ou non pour les joueurs touchés de poursuivre la pratique. L'établissement du diagnostic s'effectue de manière collective entre les kinésithérapeutes qui voient quotidiennement les joueurs et le médecin qui reçoit leur premier rapport avant d'observer à son tour le sportif. Au cours de cette rencontre entre les joueurs touchés physiquement et les membres de l'encadrement médical se joue la dialectique entre la continuité de la pratique et la préservation de l'outil de travail.

L'élaboration d'un premier diagnostic par un membre du staff médical s'effectue au contact du joueur qui livre ses perceptions lors des premiers soins. À cet égard, les membres de l'équipe médicale reconnaissent unanimement les différences de qualité de perception entre les plus anciens et les jeunes joueurs. S'ils reconnaissent la finesse des descriptions sensorielles des premiers,

⁵ Dans son enquête au sein du centre de formation d'un club de football professionnel, Julien Bertrand (2008) relève aussi le poids des socialisations sportives des membres de l'encadrement médical.

ils jugent le rapport au corps des seconds plus opaque. C'est ici le signe patent du travail du métier sur la transformation des corps et des perceptions. Au-delà de ces premiers principes de différenciation, les membres du staff médical disent leur difficulté à saisir finement la nature des troubles des jeunes footballeurs qui, en plus de leur statut de nouveaux entrants sur le marché du travail, peuvent cumuler une absence de légitimité sportive. L'étude du cas de Matteo est exemplaire des résistances que doivent gérer les membres de l'équipe médicale.

Après avoir été évincé à 18 ans du centre de formation d'un autre club professionnel, Matteo s'est engagé au sein du club en évoluant avec les équipes réserves. Durant quatre années il va cumuler « petits boulots » par intermittence et une pratique du football qui lui permet d'obtenir quelques émoluments variables à travers des primes de matchs (75 euros par victoire). Séduit par ses prestations avec l'équipe réserve, le coach de l'équipe professionnelle décide de l'intégrer dans le groupe d'entraînement des « pros » durant une période indéfinie. C'est ici un marquage symbolique fort pour Matteo. Au cours de sa deuxième semaine d'entraînement, il commence à ressentir certaines douleurs. À la fin d'une séance, je l'accompagne dans la salle de soins. Serge, l'un des kinésithérapeutes, a alors bien du mal à le convaincre de se reposer s'il ne souhaite pas être plus durablement affecté :

« Serge : Je te le dis, il faut que tu te reposes vraiment de jeudi jusqu'à lundi, parce que passer à un rythme comme ça c'est éprouvant. Donc fais attention. Tu ne peux pas participer à l'opposition demain, il faut te reposer. C'est un début d'élongation.

Matteo : Non, non ça va aller. . . C'est juste là comme ça. . . [Alors qu'il peine à lever la jambe].

Serge : Je comprends pour toi que c'est pas le bon moment. . . Mais le problème c'est que si tu ne soignes pas de suite, après tu peux en avoir pour un mois. Et là. . . »

S'ils se retrouvent régulièrement au contact de joueurs qui aspirent à passer outre certains maux pour privilégier la continuité de la pratique, les membres de l'encadrement médical peuvent en retour être mis en défaut par les mêmes sportifs qui jugent les prises de risque autorisées trop grandes et pouvant remettre en cause l'instrumentalisation de l'outil de travail sur le long terme. La gestion de cette dialectique entre instrumentalisation et préservation du corps peut ainsi être l'occasion de voir émerger des conflits qui se conçoivent dans l'attachement par les différents acteurs à tenir des logiques antagonistes. C'est ainsi que le diagnostic d'une hernie discale chez Nicolas, qui se plaignait de douleurs aux cervicales, a conduit durant un temps le joueur et les membres de l'encadrement médical à s'accorder sur la possibilité de poursuivre l'engagement corporel tout en l'accompagnant d'une médicalisation. Par la suite, lorsque Nicolas va consulter un chirurgien non investi dans l'univers sportif pour avoir un avis complémentaire, ce dernier insiste sur les risques encourus s'il ne se fait pas opérer rapidement. Alors qu'il les pressait jusqu'alors pour jouer, c'est au nom de la préservation de l'outil de travail que le joueur se retourne contre le personnel médical qu'il stigmatise pour avoir mis en jeu ses ressources corporelles.

L'établissement de diagnostics est un construit social. Si la présence de professionnels de santé traduit la légitimité du besoin médical des footballeurs, ces derniers ne consultent pas impunément. Confrontés quotidiennement à ces travailleurs sportifs, les membres de l'encadrement médical ajustent en retour leur perception en matière de santé physique aux normes qui régissent le sport d'élite. Produit de l'interaction entre joueurs et encadrants médicaux, les diagnostics réalisés par ces derniers cristallisent alors les logiques sociales antagonistes que doivent gérer les protagonistes, logiques qui se conçoivent autour de la nécessité de préserver l'instrumentalisation des corps pour la compétition sportive.

3. Remonter l'information sanitaire : subordination et ajustements des membres de l'encadrement médical

Si les membres de l'encadrement médical constituent une ressource potentielle pour les footballeurs, ils sont conjointement au service du coach qui dirige le collectif et ont pour mission de l'informer de l'état sanitaire des joueurs. Il s'agit alors d'étudier comment ce personnel au contact des footballeurs et subordonné au coach informe ce dernier de l'état physique de la main d'œuvre sportive.

3.1. Informer le coach de l'état physique des footballeurs : une légitimité médicale subordonnée

Les membres de l'encadrement médical sont chargés d'informer le coach de l'état physique des joueurs en rapportant la nature des maux dont ils souffrent et la durée d'indisponibilité préconisée. Ce travail épouse le calendrier sportif : il débute à l'issue du match et se prolonge quotidiennement au fur et à mesure des jours d'entraînement. Chaque matin, les membres de l'encadrement médical présents au centre d'entraînement montent à l'étage dans les bureaux des membres du « staff technique » et du coach pour participer à l'état des lieux de la main d'œuvre sportive. Au sein du groupe d'encadrants, leur légitimité est confinée au registre médical. S'ils constituent une ressource pour le coach, ils sont tenus écartés des sphères de décision les plus légitimes. En effet, les membres de l'encadrement technique sont les seuls à pouvoir s'exprimer sur les performances sportives individuelles et collectives en engageant un rapport analytique à la pratique. Avec le coach, ils partagent une même formation encadrée par la fédération française de football et sont, pour la plupart d'entre eux, d'anciens footballeurs professionnels⁶. La description que donne Philippe, un kinésithérapeute, des réunions de travail entre membres de l'encadrement montre comment cette mise à distance s'inscrit dans les pratiques quotidiennes :

« Philippe : Le lundi matin on avait réunion obligatoire tout le monde ensemble. Donc là on parlait de la semaine : comment va se passer la semaine, qui sera dispo pour la semaine. Moi, mon truc ça s'arrêtait là : qui sera dispo pour la semaine, est-ce qu'il y a des choses à voir. . . Genre la pharmacie ? Est-ce ce que j'ai des trucs à faire signer ? . . . Des machins comme ça.

FR : Vous parliez des joueurs ?

Philippe : Non. Dans les réunions comme ça on ne parlait pas des joueurs. En fait, c'était un truc assez général et après, moi généralement j'étais évincé rapidement. Je faisais dix minutes un quart d'heure, et Memet [l'intendant] et moi on se faisait dégager. Après, ils parlaient de l'équipe. Nous on ne participe pas à l'échange sur l'équipe, on ne participe pas aux délibérés sur les joueurs, sur comment on les trouvait et tout ça. »

À l'instar de Philippe, les membres du « staff médical » sont relégués à des positions subordonnées au sein du groupe d'encadrants. Comme l'intendant chargé des tâches d'exécution, ils sont écartés des dimensions les plus légitimes de la gestion du collectif sportif. Cette mise à distance est d'autant plus susceptible d'être ressentie qu'ils se distinguent par leur double appartenance

⁶ Tous les membres du « staff technique » sont titulaires de diplômes fédéraux : le coach détient le diplôme d'entraîneur professionnel de football (DEPF) et les différents adjoints le diplôme d'entraîneur de football (DEF). Au sein de ce groupe, seul l'adjoint en charge de la préparation physique n'a pas été footballeur professionnel par le passé.

et que, en dehors de cet univers professionnel, « parler football » ne fait pas l'objet d'une grande censure.

À mesure que l'échéance du match approche, les membres de l'équipe médicale informent le coach de l'état sanitaire des joueurs en distinguant ceux dont ils estiment qu'ils ne pourront être physiquement compétitifs. Comme l'exprime Serge, c'est prioritairement l'enjeu sportif qui motive leurs décisions :

« Serge : Nous, médicalement, on n'a pas le droit de mettre un mec qu'on sait pété sur le terrain. . . Ça serait contre la déontologie médicale.

FR : Et même si le mec il veut ? S'il vous bassine pour jouer ?

Serge : Oui. On est obligé, on ne peut pas pénaliser l'équipe. »

On perçoit ici toute l'ambiguïté d'une double appartenance lorsque Serge fait référence à la légitimité médicale alors que c'est en réalité la légitimité compétitive qui oriente l'action. C'est le risque de voir évoluer un joueur non performant à cause de maux corporels qui constitue l'appréhension principale du personnel médical. À cet égard, selon la position des joueurs dans le groupe et selon le contexte sportif, les membres du « staff médical » sont en mesure de subir les contraintes du coach qui peut notamment les « presser » afin qu'un joueur fragilisé physiquement puisse jouer rapidement :

« Serge : Ca arrive d'un mec qu'on dise : "Moi, à mon avis il est limite, il revient juste de blessure, c'est pas dit qu'il soit à cent pour cent pour ce match là" . . . Mais bon, il en a besoin parce que. . . Parce que l'urgence du moment veut qu'à ce poste là, c'est le meilleur et qu'à ce poste là on a d'autres blessés encore plus graves, donc parfois faut arriver à *dealer* avec ça, raccourcir un peu les délais. »

Les membres de l'équipe médicale peuvent ainsi subir les pressions du coach qui aspire à titulariser un footballeur dont l'état physique est jugé incertain. En revanche, lorsque le joueur touché ne constitue pas une priorité, le coach peut régulièrement mobiliser le registre sanitaire pour légitimer une mise à l'écart du groupe. Il justifie alors l'éviction par la nécessité de préserver les ressources corporelles du sportif. Il arrive même parfois qu'un tel choix s'oppose à l'avis des membres du « staff médical » qui avaient jugé le footballeur apte à jouer. De telles contraintes émanant de leur hiérarchie participent à façonner les pratiques de travail des encadrants médicaux qui peuvent, en relation avec les footballeurs, s'attacher à maîtriser la diffusion de l'information sanitaire.

3.2. *Maîtriser la diffusion de l'information sanitaire : ajustements collectifs entre footballeurs et membres de l'encadrement médical*

Les membres de l'équipe médicale sont officiellement subordonnés au coach et au projet sportif de l'équipe. L'attention ethnographique aux conduites qui échappent aux règles officielles m'a permis d'observer comment ils pouvaient maîtriser la diffusion de l'information sanitaire. J'ai pu saisir deux formes de pratiques qui engagent collectivement footballeurs et membres de l'encadrement médical, et qui constituent autant d'ajustements aux contraintes pesant sur leur travail quotidien.

Une première forme de pratiques concerne ce que les membres de l'encadrement médical nomment les *deals*. En collaboration avec le joueur concerné, médecins et/ou kinésithérapeutes peuvent masquer volontairement au coach son état physique afin qu'il ne soit pas étiqueté comme

« blessé », et ainsi mis à l'écart du groupe qui sera constitué pour participer au match à venir. C'est ainsi que Philippe justifie de tels ajustements en « coulisses » (Goffman, 1973) :

« Moi je sais pertinemment que le coach dans sa manière de voir les choses, dans sa conceptualisation du corps humain, il va se dire : “si le mec il est blessé le lundi, il ne peut pas jouer le vendredi”. Sauf [il insiste], si c'est un joueur qui est indispensable dans son équipe. Donc, si t'es pas indispensable tu le sais, donc en fait tu vas te dire : “je suis pas indispensable et si je vais avouer au coach que j'ai une blessure et bien il me fera jamais jouer, donc du coup j'ampute mes chances. Alors que si je vais voir le kiné et que j'essaie de magouiller un peu avec le kiné”. . . Bon ben voilà. »

À travers la description que donne Philippe, on perçoit la consistance de ces pratiques dissimulées de *deal*. Ici, le kinésithérapeute apparaît comme une ressource pour un footballeur qui ne figure pas parmi les joueurs « indispensables » aux yeux du coach. De plus, ces pratiques de *deals* se conçoivent en référence au temps court de la compétition sportive. Les maux dont il est question sont jugés par les membres du staff médical « mineurs », ne remettant pas en cause la performance du joueur pour la compétition à venir. C'est précisément en référence à la valorisation symbolique du savoir médical (Freidson, 1984) que Philippe justifie ces pratiques, se distinguant d'un coach nourri de représentations profanes du corps humain. Il ne s'agit nullement d'une résistance réalisée au nom de la santé du joueur, puisque c'est bien la continuité de la pratique qui est en jeu. De telles solidarités dissimulées ne doivent toutefois pas remettre en cause le projet sportif de l'équipe, et les encadrants médicaux engagés dans de telles pratiques sont tenus de s'ajuster à cette contrainte :

« Philippe : Nous, on n'a jamais trahi sa confiance [au coach] dans le sens où on ne lui a jamais fait de faux plans. Genre, tu vois, le mec le vendredi matin, il dit : “je peux pas m'entraîner ou je peux pas jouer”. . . Et puis après il ne pouvait pas nous en vouloir plus que ça, quoi. Certes il ne savait pas tout, mais en même temps s'il veut tout savoir, il faut qu'il fasse notre métier. »

La pratique du *deal* se justifie ainsi par une forme d'autonomie du savoir médical qui justifie une « fraude forcée » (Garcia, 1997) afin de pallier le déficit de connaissances du coach. Elle oblige les protagonistes à s'ajuster à plusieurs contraintes pratiques dans la mesure où il s'agit de ménager physiquement le footballeur sans éveiller les soupçons de la hiérarchie :

« Philippe : Tu vois Julien, il était blessé léger quoi, et on a essayé avec le doc de ne pas le dire. . . Tu vois, ne pas le dire dans le sens que ça permet de “calculer”. Tu vois par exemple, on sait qu'au niveau médical dans sept jours ça devrait être bon. . . Donc on feinte. . . On dit ensuite au joueur de ne pas trop se montrer à l'entraînement, de faire les choses mais. . . En levant le pied, discrètement. . . Et puis ça passe ! Ça je l'ai fait pleins de fois avec Nico par exemple ! »

Si de tels ajustements collectifs à l'écart de la hiérarchie se conçoivent dans une perspective à court terme, d'autres formes d'arrangements entre les deux groupes peuvent quant à elles s'inscrire dans un autre ordre temporel. Les membres du staff médical peuvent s'attacher à masquer volontairement certaines pathologies physiques d'un joueur dont ils estiment qu'elles sont potentiellement source de stigmatisation pour sa carrière :

« Serge : Y'a des choses médicales qui doivent rester du domaine du médical, et qui ne doivent pas rentrer, enfin pour moi, qui ne doivent pas rentrer dans le dossier du joueur et le suivre à vie.

FR : C'est-à-dire ?

Serge : C'est-à-dire. . . Un mec qui a une pathologie. . . Une pathologie mais qui peut être traitée, qui va paraître super importante pour certaines personnes dans le foot, les entraîneurs, les dirigeants etc., et qui peuvent être traitées, on va dire de façon complètement anodine. . . On va pas non plus tirer le signal d'alarme, mettre tous les voyants au rouge. . . Pour ne pas le niquer derrière. »

C'est encore une fois au nom de la compétence médicale que la distance à l'officialisation des informations sanitaires est justifiée. Signe de leur socialisation à la logique sportive, cette autonomie ne se conçoit nullement en rapport avec la santé physique du joueur. Il existe des pathologies dont le « nom » peut paraître grave pour un profane mais qui n'empêcheraient pas un joueur d'être en activité. En outre, cette position se conçoit en lien avec la connaissance que ces acteurs ont d'un marché du travail footballistique particulièrement incertain où une pathologie chronique peut constituer un frein pour trouver des conditions d'emploi satisfaisantes.

3.3. Les conditions sociales des solidarités entre footballeurs et membres de l'encadrement médical

De telles pratiques d'ajustement collectif entre footballeurs et membres de l'encadrement médical nécessitent un ensemble de conditions sociales de possibilité qu'il s'agit d'explorer.

Elles peuvent être éclairées en interrogeant la division du travail et les conditions d'emploi. Comme j'ai pu le décrire précédemment, les membres du « staff médical » se trouvent dans une position subordonnée au sein de l'encadrement, position qui peut les conduire à rechercher leur principale reconnaissance auprès des footballeurs :

« Philippe : Nous, on rentre dans aucune case en fait. C'est-à-dire que t'es dans un staff. . . T'as le staff médical et le staff technique. . . Mais t'as pas un staff tu vois. . . Complet. Tu vois, par exemple je vais te dire un truc. . . On distribue les équipements. Moi j'ai pas les mêmes équipements, donc déjà dans quelle catégorie je me mets ? Après on fait des réunions "techniques" : je ne suis pas dans les réunions techniques. Donc finalement je suis un peu satellite de tout ça, quoi : je ne suis pas un joueur, je ne suis pas un staff technique, je suis quoi moi ? Je suis un peu un truc entre les deux, et après à moi de choisir mon camp. Mon camp, il a été choisi tout de suite : c'est la santé des mecs, donc plutôt proche des joueurs parce que quelque part il faut qu'ils aient confiance en moi. »

En outre, de telles pratiques de résistance sont à resituer en lien avec les conditions d'emploi et les ressources des membres du « staff médical ». À l'inverse des membres du « staff technique », ils disposent de titres potentiellement mobilisables en dehors de l'espace du sport professionnel. On peut émettre l'hypothèse selon laquelle ils constituent autant de supports qui, dans certains contextes, permettent de résister aux injonctions officielles. Serge, qui insiste comme Philippe sur sa proximité avec les joueurs auprès de qui il dit recevoir sa première reconnaissance, souligne cette protection qui le différencie par exemple de Jean, membre du « staff technique » en charge de la préparation physique, qui est réputé pour sa docilité :

« Serge : il est un peu fayot. Il ne va jamais à contre sens des gens qui sont au-dessus de lui. Alors que moi, j'ai tendance à ouvrir ma gueule. C'est ce qui me dessert aussi.

FR : C'est pas évident d'ouvrir sa gueule dans un tel contexte. . .

Serge : Ben pour lui c'est encore moins évident dans le sens où préparateur physique, tu trouves pas un boulot comme ça du jour au lendemain. Moi, je sais que demain si je suis pas au club, je vais bosser en libéral ou ailleurs, c'est pas la même chose. »

Ainsi, la position subordonnée des membres du « staff médical » au sein du collectif peut les conduire en retour à valoriser symboliquement leurs compétences dans des pratiques de résistance collectivement orchestrées avec certains joueurs.

Encore faut-il que les footballeurs soient dans une position qui leur permette d'entrer dans de tels appariements. Certains peuvent en être exclus pour ne pas apporter aux encadrants médicaux la reconnaissance qu'ils peinent à trouver du côté de leur hiérarchie. J'ai pu constater comment ils attachaient de l'importance à la reconnaissance obtenue auprès des joueurs dont ils s'occupent au quotidien. Ces petites rétributions symboliques sont autant de contributions à de possibles solidarités. En revanche, si ces derniers considèrent les membres de l'équipe médicale comme des ressources peu légitimes (les renvoyant à leur tour à une position dominée dans le collectif), de tels arrangements ne peuvent émerger. C'est ainsi que Philippe revient sur des relations qui ne se sont jamais concrétisées par des pratiques de *deals* :

« Y'a des joueurs qui ne sont jamais venus faire des *deals* avec moi parce qu'ils savaient que j'allais pas marcher avec eux parce que c'est donnant-donnant [. . .] Le mec, tu vois, y'a des règles, et le mec il ne se pliait pas aux règles. Tu vois tu viens une heure avant parce que t'es blessé pour te faire strapper. Et machin, lui il arrivait cinq minutes avant l'entraînement, il tend sa jambe, il ne te dit pas bonjour et il te dit : “vas-y strappe moi !”. Ben tu lui dis : “démerdes toi, je suis pas ton chien !” »

Du point de vue des joueurs, de tels arrangements nécessitent en retour de saisir un espace des possibles en ne renvoyant pas inexorablement ces encadrants médicaux au pôle dirigeant. De telles relations de confiance se construisent par tâtonnements au cours des interactions quotidiennes. Le rapport général qui structure la perception des joueurs à l'égard du staff médical oscille entre « confiance » et « méfiance » : il s'agit pour les joueurs de savoir sur qui compter au sein de l'équipe médicale. Certains peuvent ainsi nouer des relations affinitaires avec un de ses membres et rester plus distants des autres qui peuvent toujours être soupçonnés d'être assujettis au coach.

Si de tels ajustements collectifs peuvent se concevoir ainsi en lien avec la structuration de l'organisation du travail, d'autres éléments peuvent être sollicités pour les expliquer. Ces pratiques, qui se conçoivent par les protagonistes sous le prisme de la « confiance », mettent en évidence le poids des relations affinitaires, derrière la trame officielle de l'institution. Celles-ci peuvent résulter d'une proximité sociale, fonction de l'*habitus* d'origine, mais aussi de solidarités construites dans la durée par la participation commune à l'entreprise sportive au sein du club. Ce dernier point est particulièrement éclairant quant aux impacts de l'évolution du marché du football et de la mobilité professionnelle croissante sur les relations de travail. En effet, une des dimensions structurante et classante au sein du collectif est l'ancienneté au sein du club, ancienneté qui peut fonctionner comme ressource quasi institutionnalisée. Dans un univers où les mouvements de main d'œuvre sportive sont une composante majeure du paysage professionnel, ces ressources sont alors relativement efficaces. De plus, l'intérêt pour les relations sociales que les footballeurs nouent dans l'espace local m'a permis de mettre en évidence une certaine exclusivité des réseaux liés à l'univers professionnel. Au regard de l'objet qui nous intéresse ici, j'ai ainsi pu constater la présence récurrente du médecin ou des kinésithérapeutes au sein de réseaux de sociabilités de certains joueurs du groupe, et ce dans des cadres plus ou moins circonscrits et plus ou moins

intimes (parties de poker, sorties nocturnes, repas, vacances, etc.). Ces différents éléments mettent en lumière les conditions sociales permettant un relatif affranchissement du pouvoir du coach *via* ces solidarités entre joueurs et membres du « staff médical ». Dans le même temps, ils invitent à réfléchir à la condition de ceux qui ne disposent pas des ressources — affinités sociales ou solidarités nées du travail dans la durée — qui permettent de rentrer dans de telles connivences. On peut alors émettre l'hypothèse que les joueurs qui se distinguent par le cumul d'une grande distance sociale avec les membres de l'encadrement médical et d'une forte mobilité sur le marché du travail en sont les plus systématiquement exclus.

4. Conclusion

À l'opposé d'une vision biologiste de la santé physique, l'étude des pratiques qui président à l'arrêt de travail des footballeurs professionnels et à l'établissement du statut de « blessé » met en évidence les logiques sociales à l'œuvre dans un tel processus. Conjointement, elle permet de saisir en acte les tensions qui traversent ce monde du travail sportif et qui structurent l'engagement des travailleurs qui y sont investis. L'analyse de l'organisation de ce collectif de travail met en exergue l'intérêt à étudier les pratiques en les inscrivant dans les rapports sociaux qui les encadrent. Alors que le personnel médical investi dans l'univers du sport d'élite est juridiquement garant de la santé physique des sportifs (Harichaux et Harichaux, 2004), on perçoit comment leurs pratiques sont contraintes par des enjeux spécifiques à cet univers professionnel. L'étude de tels processus de désignation montre notamment combien les membres de l'encadrement médical qui œuvrent au contact des footballeurs professionnels sont en position de porte-à-faux. Ils se situent entre des travailleurs sportifs qui aspirent à pérenniser la continuité de la pratique et une hiérarchie, personnalisée ici à travers la figure du coach, qui détient, par délégation de son employeur, le pouvoir de gérer le collectif pour obtenir des résultats sportifs.

En outre, les résultats de cette enquête montrent l'intérêt de la méthode ethnographique dans l'observation du travail sportif. À l'instar d'une tradition de recherche en sociologie du travail (Roy, 2006), ils permettent de saisir comment les acteurs en présence peuvent s'ajuster aux contraintes officielles selon les ressources dont ils disposent. Au sein d'un univers professionnel où les positions des sportifs sont instables, une telle méthode permet de saisir la variation des pratiques en l'indexant à la labilité des contextes. On rejoint alors la position affirmée par certains auteurs, selon laquelle l'ethnographie est particulièrement utile pour enquêter dans des contextes labiles ou peu institutionnalisés (Demazière et al., 2011).

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- Arborio, A.M., Cohen, Y., Fournier, P., Hatzfeld, N., Lomba, C., Muller, S. (Eds.), 2008. Observer le travail. Histoire, ethnographie, approches combinées. La Découverte, Paris.
- Beaud, S., Weber, F., 2003. Guide de l'enquête de terrain. La Découverte, Paris.
- Bertrand, J., 2008. La fabrique des footballeurs. Analyse sociologique de la construction de la vocation, des dispositions et des savoir-faire dans une formation au sport professionnel. Thèse de l'université Lyon 2, Lyon.
- Bertrand, J., 2009. Entre « passion » et incertitude : la socialisation au métier de footballeur professionnel. *Sociologie du travail* 51 (3), 361–378.
- Boltanski, L., 1971. Les usages sociaux du corps. *Annales* 26 (1), 205–233.

- Bourdieu, P., 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*. Éditions de Minuit, Paris.
- Brissoneau, C., Aubeil, O., Ohl, F., 2008. *L'épreuve du dopage. Sociologie du cyclisme professionnel*. Puf, Paris.
- Chantelat, P., 2008. La construction/sélection d'individus ajustés aux métiers liés au sport. *Staps* 82 (4), 7–8.
- Chauvin, P.M., 2010. La signature œnologique : frontières et transferts de réputation chez les consultants vitivinicoles. *Sociologie du travail* 52 (4), 461–479.
- Demazière, D., Horn, F., Zune, M., 2011. Ethnographie de terrain et relation d'enquête. Observer les « communautés » de logiciels libres. *Sociologie* 2 (2), 165–183.
- Faure, J., Suaud, C., 1999. *Le football professionnel à la française*. Puf, Paris.
- Fleurbaey, S., Schotté, M., 2008. *Sportifs en danger. La condition des travailleurs sportifs*. Éditions du Croquant, Paris.
- Freidson, E., 1984. *La profession médicale*. Payot, Paris.
- Garcia, S., 1997. La fraude forcée. *Actes de la recherche en sciences sociales* 118, 81–91.
- Gasparini, W., 2008. L'intégration par le sport. Genèse politique d'une croyance collective. *Sociétés contemporaines* 69 (1), 7–23.
- Godechot, O., 2006. Hold-up en finance. Les conditions de possibilité des bonus élevés dans l'industrie financière. *Revue française de sociologie* 47 (2), 341–371.
- Goffman, E., 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi*. Éditions de Minuit, Paris.
- Gollac, M., Volkoff, S., 2007. *Les conditions de travail. La Découverte*, Paris.
- Harichaux, M., Harichaux, P., 2004. *Droit et médecine du sport*. Masson, Paris.
- Lahire, B., 1998. *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*. Armand Colin, Paris.
- Laillier, J., 2007. L'art, la joie, l'effort. Entretien avec une danseuse de l'Opéra de Paris. *Agone* 37, 111–129.
- Le Mancq, F., 2008. Des carrières semées d'obstacles : l'exemple des cavalier-e-s de haut niveau. *Sociétés contemporaines* 66, 127–150.
- Lefevre, N., 2007. *Le cyclisme d'élite français : un modèle singulier de formation et d'emploi*. Thèse de l'université de Nantes, Nantes.
- Loirand, G., 1998. L'argent du foot. *Sociétés et représentations* 7, 341–351.
- Loirand, G., 2006. La perversion des valeurs sportives par les forces du marché. Pour une critique sociologique d'une sociologie critique. In: Lazuech, G., Moulevrier, P. (Eds.), *Contributions à une sociologie des conduites économiques*. L'Harmattan, Paris, pp. 317–329.
- Loriot, M., 2000. *Le Temps de la fatigue : la gestion du mal-être au travail*. Anthropos, Paris.
- Menger, P., 2002. *Portrait de l'artiste en travailleur. Métamorphoses du capitalisme*. Seuil, Paris.
- Papin, B., 2007. Conversion et reconversion des élites sportives. Approche socio-historique de la gymnastique artistique et sportive. L'Harmattan, Paris.
- Radcliffe-Brown, A.R., 1968. *Structure et fonction dans la société primitive*. Éditions de Minuit, Paris.
- Roderick, M., Waddington, I., Parker, G., 2000. Playing Hurt. Managing Injuries in English Professional Football. *International Review for the Sociology of Sport* 35 (2), 165–180.
- Roy, D., 2006. *Un sociologue à l'usine. Textes essentiels pour la sociologie du travail*. La Découverte, Paris.
- Schotté, M., 2008. La condition athlétique. Ethnographie du quotidien de coureurs professionnels immigrés. *Genèses* 71, 84–105.
- Sorignet, P., 2006. Danser au-delà de la douleur. *Actes de la recherche en sciences sociales* 163 (3), 46–61.
- Viaud, B., 2009. *Panser les deux mondes. Médecines et sports, entre principes hippocratiques et performances*. Thèse de l'université de Nantes, Nantes.
- Wacquant, L., 2000. *Corps et âmes : carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur*. Agone, Paris.
- Wahl, A., Lanfranchi, P., 1995. *Les footballeurs professionnels des années 1930 à nos jours*. Hachette, Paris.
- Weber, F., 2001. Settings, Interactions, and Things. A Plea for Multi-integrative Ethnography. *Ethnography* 2 (4), 475–499.