



Repères historiques sur son département médical

Document mis à jour le 28 septembre 2022

Nota

Comme leur nom l'indique, ces fiches « Repères historiques » ne sont que l'indication chronologique des principaux faits marquants liés au sujet traité. Ces documents ne sont en aucun cas des analyses. Leur objectif est simplement de donner au lecteur des indications de bases, en lui permettant, s'il le désire, d'aller « plus loin », notamment grâce aux liens hypertexte, aux sources et à la bibliographie.

La présente fiche fait référence, implicitement ou explicitement, à d'autres aspects de la vie des ministères chargés de la Jeunesse et des Sports, évoqués dans d'autres fiches déjà produites (cf. la liste des fiches dans la rubrique « Repères historiques » sur le site du CHMJS) ou qui le seront ultérieurement. Elle décline sur ces thèmes plus spécialisés, science et médecine, la fiche générale sur l'INSEP (en cours d'actualisation).

Cette fiche veut également rendre hommage au Dr Yves DEMARAIS, responsable du Centre de santé du Département médical (DM) de l'INSEP de 1979 à 2013, décédé en février 2022. Le Dr DEMARAIS contribua de manière déterminante au développement de l'INSEP. Il fut par ailleurs le dernier médecin à être interviewé par l'auteur pour la rédaction du présent document.

Plan

Résumé (p. 2 à 4)

Première partie – De 1852 à 1939 (p. 5 à 12)

De la création de l'École normale de gymnastique militaire à la fermeture de l'École supérieure d'éducation physique.

Deuxième partie – De 1940 à 1975 (p. 13 à 22)

De la création de l'Institut national des sports (INS) à sa fusion avec l'École normale supérieure d'éducation physique et sportive (ENSEPS).

Troisième partie – De 1976 à 2009 (p. 23 à 58)

De la constitution de l'Institut national du sport et de l'éducation physique (INSEP) à sa transformation en établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel.

Quatrième partie – De 2009 à 2020 (p. 59 à 86)

L'Institut national du sport, de l'expertise et de la performance (INSEP) de sa création jusqu'à 2020.

%%%%%%%%%

Résumé

Dans la mesure où l'on considère que l'Institut national du sport, de l'expertise et de la performance (INSEP) est bien l'héritier, certes un peu lointain, de l'École normale de gymnastique militaire créée en 1852 à Joinville, il est possible et pertinent d'en pointer depuis cette époque jusqu'à nos jours les grandes dates d'évolution (finalité de ces fiches de repères historiques), mettant en évidence, comme pour toutes structures au long passé, des continuités, des ruptures, des moments difficiles et d'autres de grand rayonnement. C'est également le cas pour ses différents services, notamment pour son secteur médical, sujet de la présente fiche.

Compte tenu de ses missions, de la création de l'École en 1852 jusqu'à la fin du XIX^e siècle, son encadrement médical est le fait de médecins militaires, préoccupés de la bonne santé du soldat. Ils font appel aux connaissances de l'époque au plan préventif et thérapeutique.

Cette seconde moitié du XIX^e siècle est marquée, en parallèle, par une révolution dans le domaine médical. Certains médecins, comme Claude BERNARD ou son élève Paul BERT et bien d'autres, adoptent une réelle approche scientifique, avec sa méthodologie expérimentale spécifique. C'est également le cas d'Étienne-Jules MAREY, initiateur de la « médecine du sport », même si on ne la reconnaissait pas comme telle et qu'on ne l'appelait pas ainsi à l'époque.

Sauf à devenir culturellement et scientifiquement marginalisée, l'École de Joinville prend le phénomène en compte et se dote, à partir de 1901, de deux laboratoires, l'un d'anatomie, l'autre de physiologie. Elle accepte momentanément, non sans friction, l'arrivée de civils (essentiellement Georges DEMENÏ) parmi les médecins militaires.

Pendant un demi-siècle (jusqu'à la création de l'Institut national des sports, l'INS, en 1945), recherche et médecine seront des domaines explorés essentiellement par des militaires et, pendant trois quart de siècle, jusqu'à la création de l'INSEP en 1975 (par la loi du 29 octobre), recherche et médecine seront intimement mêlées, avec des moments forts et d'autres moins.

Ce n'est qu'à partir de 1947 que des médecins civils seront affectés à l'INSEP, avec des effectifs très faibles jusqu'aux années 1980. Au plan qualitatif, les moyens humains ne seront pas à la hauteur des ambitions ministérielles affichées en matière de recherche. Lentement et laborieusement, en 1979, la situation s'améliore pour être, à partir de 1984, davantage en mesure de répondre à ces attentes (*cf. infra*).

Pour en revenir au début du XX^e siècle, deux pressions très fortes s'exercent sur l'École, l'une commençant avant le premier conflit mondial, avec le développement de l'éducation physique dans une perspective civile, éducative et non plus militaire, l'autre après, avec la volonté des universités de médecine d'assurer la tutelle de la formation des enseignants d'éducation physique, ce qui aboutira, à partir de fin 1927, à la création des Instituts régionaux d'éducation physique (IREP).

Par ailleurs, le développement du sport civil, engagé vers la fin du XIX^e siècle, - les premiers Jeux olympiques modernes sont organisés en avril 1896 -, et son importance prise après la Première Guerre mondiale imposent à cette École (faute d'autre structure française mieux adaptée) de se préoccuper du sport de haut niveau, civil et militaire : elle aura en charge de préparer les équipes de France pour les Jeux de 1920 organisés à Anvers.

Rebaptisée *École supérieure d'éducation physique* en 1925, elle continue à vouloir jouer son rôle normatif initial (selon son appellation d'*École normale*, en 1852), s'appliquant tant dans les domaines civils que militaires. Ainsi, entre 1927 et 1930, elle publie les trois tomes de son nouveau Règlement général, fondement de la Méthode française d'éducation physique. Ses approches sont scientifiques et médicales (physiologie), pédagogiques, ouvertes sur les sports individuels et collectifs, sans oublier l'éducation physique militaire et la rééducation. Mais son influence décroît, d'autant plus que ses moyens matériels se dégradent considérablement, notamment en termes d'infrastructures.

Après de nombreuses hésitations politiques, la loi du 30 mars 1936 autorise un vaste projet de reconstruction d'une école à la fois civile et militaire, où les ambitions médicales et de recherche scientifique sont toujours clairement affichées. La Seconde Guerre mondiale met brutalement fin au projet, qui ne reprend que très laborieusement et lentement à partir de 1945, dans un contexte nouveau : les autorités militaires n'y participent plus. C'est une rupture aux incidences fortes, notamment au plan médical, puisqu'elles n'y affectent aucun moyen et aucun médecin militaire.

Les autorités civiles ne sont pas alors en capacité de pourvoir à leur remplacement. Ce n'est que deux ans après, en 1947, qu'un embryon de service médical est reconstitué, à l'Institut national des sports (INS), avec un seul médecin, civil, deux masseurs et une infirmière.

Jusqu'à la création de l'INSEP en 1975 (par fusion de l'INS et de l'École normale supérieure d'éducation physique et sportive – ENSEPS), le service médical, - de fait essentiellement une infirmerie, d'ailleurs souvent appelé ainsi -, ne disposera au mieux que de trois ou quatre médecins, une ou deux infirmières, un ou deux techniciens, et parfois quelques étudiants en médecine en complément, même si les autorités politiques continueront à affirmer haut et fort l'ambition de recherche scientifique et médicale de l'Institut.

Cette fusion, prévue par la loi du 29 octobre 1975 (dite loi MAZEAUD), aurait pu et dû être l'occasion d'un nouveau départ, avec la création d'un département médical (DM) digne de ce nom. Mais cela ne se fera de manière réellement satisfaisante que quelques années plus tard, après des périodes de tâtonnements organisationnels et de conflits de personnes, tant avec le personnel médical issu de l'ENSEPS (en fait, très peu nombreux) qu'en interne à l'INS.

C'est surtout à l'initiative du ministre chargé des Sports Jean-Pierre SOISSON qu'en 1978 les choses commencent réellement à changer. Il fait appel à l'université Paris V – Centre hospitalier universitaire (CHU) Cochin pour qu'elle propose une meilleure organisation et apporte son aide. Une mission est ainsi confiée au professeur Michel RIEU. La priorité est donnée aux sportifs (et sportives) de haut niveau (Shn). L'effectif du département médical de l'INSEP s'accroît significativement et est profondément renouvelé qualitativement, en quelques années, avec de jeunes médecins et masseurs-kinésithérapeutes (MK). Comme certains de leurs aînés, ils sont nombreux à être sportifs ou anciens sportifs, parfois de haut niveau, et pour certains également entraîneurs.

Cela constitue un vrai tournant dans les relations entre le DM, les Shn et leurs entraîneurs. L'équipe du département médical « va sur le terrain », aussi bien à l'INSEP, lors des entraînements, que lors des compétitions nationales, internationales et aux Jeux olympiques ; cette relation de proximité favorise, en retour, la mise en place d'un vrai suivi médical des athlètes. Mais la situation statutaire des personnels médicaux et paramédicaux de l'INSEP ne sera pas pour autant traitée correctement et le demeurera pendant de très longues années. C'était sans doute la principale faiblesse de ce département.

Les relations avec la direction et les services de l'INSEP, très difficiles au début, s'améliorent peu à peu et la situation s'apaise vers 1984. L'appui interuniversitaire coordonné par Paris V contribue au rayonnement international du département.

Le travail du DM en interne avec la mission recherche, créée elle aussi en 1976, difficile au début, se développera aussi peu à peu, à partir de 1984, puis davantage à partir de 1989.

Le renforcement du suivi médical des sportives et sportifs de haut niveau, mis en place à l'INSEP pour les Jeux olympiques de 1980 (organisés à Moscou), imposé par voie législative en 1984, puis renforcée en 1987 et surtout en 1999, sous l'appellation de « surveillance médicale réglementaire » (SMR), positionne le DM de l'INSEP comme une référence en la matière.

Les liens avec l'université Paris V se trouveront renforcés en 2006 avec la création au sein de l'INSEP d'un nouveau département nommé « *Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport* » (IRMES), devant travailler en liaison étroite avec le département médical. Comme son intitulé l'indique, il développera de manière plus spécifique les travaux de recherche dans le cadre d'un partenariat élargi, notamment avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (APHP), le ministère chargé de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MENESR) et la Société française de médecine du sport.

IRMES et DM organiseront ainsi ensemble, en mai 2008, un important colloque sur la santé et le sport, qui fera l'objet d'une publication. Toutefois, les liens entre ces deux services seront d'intensité variable selon les années.

Le vaste plan de rénovation de l'INSEP engagé au milieu des années 2000 permettra une nouvelle installation du département médical en 2008/2009, dans de bien meilleures conditions qu'auparavant, avec l'acquisition de nouveaux matériels de pointe, ce qui en fera un plateau technique de tout premier ordre, une « vitrine » pour l'Institut, fréquemment visité et envié par des délégations étrangères.

Le changement de statut de l'INSEP en novembre 2009 permettra de conforter au plan réglementaire sa mission de protection de la santé du sportif de haut niveau confronté à la haute performance. Ce nouveau statut amènera également à des réformes d'organigrammes, positionnant de manière différente le DM, qui s'appellera, selon le cas, pôle, ou service, sans que cela change ses missions pour autant. Mais cela modifiera un peu sa dépendance hiérarchique et ses relations avec les autres services, pôles ou département, voire son influence dans le management de l'Institut et dans le respect de ses missions quant à la préservation de la santé des Shn.

Le dynamisme du DM, mesuré en nombre d'actes, qui avait régulièrement progressé à partir des années 1990 jusqu'à 2004 (de 30 000 à 36 000, environ, s'accroît significativement à partir de 2009, en doublant presque en 2015 (68 181), puis en se stabilisant autour de 60 000 après. L'ensemble des secteurs sont concernés, dont la masso-kinésithérapie.

Les réformes d'organisation du service en sont une des causes, avec l'amélioration des équipements. Quelques avancées en matière de statuts et de rémunération des médecins ou des masseurs-kinésithérapeutes sont également obtenues en 2005, 2011 et 2020.

Les années 2009 et 2010 sont des années de rodage de son nouveau plateau technique, qui continuera à s'enrichir dans les années suivantes (cryothérapie corps entier en 2009, bassin de balnéothérapie en 2010, appareil d'ostéodensitométrie en 2013, IRM 1.5 Tesla en 2017, etc.).

L'organisation du DM est quelque peu modifiée à partir de 2015, avec la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) en 2015, et celle d'un groupement d'intérêt économique (GIE) comme support du service d'imagerie médicale.

L'informatisation et la mise en commun des données se développe de manière importante dans la deuxième décennie du XXI^e siècle, avec la mise en service du logiciel MAIDIS et la participation de l'IRMES.

L'action du DM continue à se développer en matière de recherche, souvent en partenariat avec l'unité chargée de la recherche et l'IRMES. Il continue à participer à des colloques au niveau national et international, comme à la formation des médecins et masseurs-kinésithérapeutes du sport en France. En août 2018, au travers du groupe Reform, l'INSEP est labélisé centre de recherche pour la prévention des blessures et la protection de la santé de l'athlète par le Comité international olympique (CIO).

Le rayonnement du DM s'accroît également dans le cadre du projet Grand INSEP, initié en 2009, avec la participation des CREPS et autres écoles nationales du ministère chargé des Sports.

%%%%%%%%

Première partie

–

De 1852 à 1939

De la création de l'École normale de gymnastique militaire à la fermeture de l'École supérieure d'éducation physique.

1852 L'École normale de gymnastique militaire, lointain ancêtre de l'INSEP, est créée par décret du 13 juin 1852 du ministre de la Guerre.

Sa direction est confiée à Louis d'ARGY ; il est secondé par Napoléon LAÎNÉ, tous deux fidèles de François AMOROS, à l'initiative de la méthode française de gymnastique reconnue comme la plus pertinente à l'époque, définie dans *Le traité d'éducation physique gymnastique et morale* qu'il a publié en 1830.

L'objectif initial de l'école est la **formation du soldat et des moniteurs militaires**. On y pratique la gymnastique (selon la définition de l'époque), considérée comme base de l'éducation corporelle et morale, ainsi que les sports de combat et, notamment, l'escrime. De 1852 à 1902, elle applique la méthode de François AMOROS et la méthode allemande du prussien Ludwig JAHN (1742-1811).

L'École est dotée de médecins militaires, naturellement orientés au plan professionnel dans les domaines de la prévention, du diagnostic et du traitement des traumatismes et maladies liées au métier de soldat. De ce fait, cette médecine militaire fait plus spécialement appel à l'anatomie et aux connaissances de disciplines cliniques telles que la chirurgie, l'orthopédie, l'hygiène, etc.

Mais ce qui est original, c'est que, à la différence des autres médecins qui se préoccupent des malades, ces médecins militaires s'intéressent à une population jeune et en bonne santé, devant être performante dans les tâches qu'on lui confie. « *Les militaires s'entraînent pour être physiquement en forme et les médecins qui les encadrent observent les effets de l'entraînement sur le physique des individus* » (Éric JOUSSELLIN). Comme le fera Étienne-Jules MAREY de manière plus expérimentale et scientifique (cf. *infra*), ces médecins militaires jettent des premières bases pratiques à la médecine du sport avec d'abord, autre originalité, le souci de la prévention. Ils créeront des examens d'aptitude et de surveillance, tels les tests de Martinet et de Flack, promis à un long avenir.

Contexte historique : À partir du milieu du XIX^e siècle, le monde médical vit une révolution, la méthode scientifique étant appliquée à la médecine. Claude BERNARD en sera l'une des principales figures de proue, marquée notamment par la publication, en 1865, de : *Une introduction à l'étude de la médecine expérimentale*.

1870 Étienne-Jules MAREY (1830-1904), médecin et physiologiste, est l'un des premiers scientifiques à étudier méthodiquement ce qu'il appelle la « *machine animale* », titre de l'ouvrage qu'il publiera en 1873, c'est-à-dire les mécanismes des différents modes de déplacement et de leurs diverses allures, aussi bien des animaux que des êtres humains.

De 1869 à 1904, il est professeur au Collège de France, titulaire de la chaire d'histoire naturelle des corps organisés. En 1859, il met au point le sphygmographe (appareil enregistreur du pouls), qu'il présente à l'Académie des sciences en 1860, avec son collaborateur, Auguste CHAUVEAU (1827-1917), médecin et vétérinaire, émule, comme lui, de Claude BERNARD.

Ils inventeront ou mettront au point ensemble d'autres outils d'investigation et de mesure. À partir de 1870, Étienne-Jules MAREY commence à étudier la « locomotion terrestre » et d'abord celle de l'homme. En 1878, il devient membre de l'Académie des sciences, au fauteuil de Claude BERNARD. On peut considérer qu'Étienne-Jules MAREY est à l'origine de la médecine du sport, spécialité qui s'organisera en société médicale en 1921, d'abord intitulée Société médicale française d'éducation physique et de sport (SFMEPS), puis Société française de médecine du sport (SFMS) jusqu'à 2010, puis Société française de médecine de l'exercice et du sport (SFMES), dans l'appellation actuelle.

1880 À partir de 1880, de vives controverses se développent sur les conséquences du sport pour la santé. Les courants hygiénistes, très puissants sous la Troisième République, se diviseront sur cette question. Certains d'entre eux s'inquiéteront des dangers des compétitions sportives, particulièrement pour les enfants ou les femmes, supposées de « constitution fragiles », dans le contexte de l'époque. Le combat des ligues féminines n'obtiendra une participation des femmes aux Jeux olympiques qu'à partir de 1912, et seulement très partiellement, dans un premier temps.

La loi du 27 janvier 1880 rend l'enseignement de la gymnastique obligatoire dans les établissements d'instruction publique pour les garçons. Certains considèrent que l'introduction du sport à l'école peut nuire à un développement harmonieux du corps de l'enfant et de son équilibre en faisant primer la recherche de la performance. Le débat, souvent conflictuel, entre éducation physique et sport, qui ne cessera de diviser le monde enseignant, est ainsi posé dès la fin du XIX^e siècle.

1882 Étienne-Jules MAREY crée la station physiologique du Parc des Princes, à Boulogne-sur-Seine, centrée sur la physiologie du mouvement, que l'on appellera plus tard biomécanique (cette station est subventionnée par le ministère de la Guerre, intéressé par la « méthode de marche » qui pourrait être utile à l'armée). Il invente la chronophotographie sur plaque fixe, à partir d'un appareil photo argentique (sur le même cliché sont représentés plusieurs temps d'un mouvement). En ce sens, il devient l'un des précurseurs du cinéma. Dès 1885, il fait venir dans son laboratoire les meilleurs athlètes de l'époque, sauteurs, coureurs, lanceurs, perchistes, boxeurs, escrimeurs, etc., tous issus de l'École de Joinville. Toutes les plaques photographiques sur verre sont consultables à l'iconothèque de l'INSEP.

En 1889, avec Georges DEMENÏ, il améliorera la technique avec un appareil photochronographique, qui impressionne les images non plus sur une plaque de verre mais sur un support celluloïd, breveté en 1890

Mais Étienne-Jules MAREY s'intéresse à la recherche pure et n'apprécie pas les efforts que mène son assistant DEMENÏ pour créer des applications pratiques de ses inventions. Il se séparent en 1895.

1888 Le Dr Philippe TISSIÉ fonde la puissante Ligue girondine de l'éducation physique, qui milite pour une éducation sportive locale propice à l'épanouissement et la santé des enfants.

1889 L'École française d'orthopédie et de massage (EFOM) est créée, rue Cujas, à Paris. C'est la première de ce genre. Elle ne fut agréée par arrêté ministériel que le 28 février 1924, 35 ans plus tard. Jusqu'à la loi du 30 avril 1946, créant un diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, et malgré plusieurs tentatives, ces professions seront peu ou mal définies.

1900 Les Jeux de la II^e olympiade sont organisés à Paris du 14 mai au 28 octobre, dans le cadre de l'Exposition universelle. Étienne-Jules MAREY enregistre au cinématographe les techniques des athlètes ayant participé aux épreuves olympiques.

Parallèlement aux JO se tient le premier congrès international d'éducation physique, du 30 août au 6 septembre. Suivant les traces de Paul BERT, disciple de Claude BERNARD, Fernand LAGRANGE y présente ses travaux de physiologie. À la différence d'Étienne-Jules MAREY et de Georges DEMENÏ qui ont davantage une approche anatomique et biomécanique, il insiste sur l'importance du développement pulmonaire, de la respiration et des activités de plein air, de préférence à la gymnastique suédoise. Fernand LAGRANGE sera largement à l'initiative du concept de « médecine du sport ».

1901 L'influence de la révolution scientifique de la seconde moitié du XIX^e siècle amène l'École normale de gymnastique et d'escrime de Joinville-le-Pont à créer deux laboratoires scientifiques, l'un d'anatomie et l'autre de physiologie, le 20 août 1901. Fondée sur des bases amorosiennes, pragmatiques et militaires, l'École se trouvait en effet de plus en plus en décalage au plan scientifique et théorique et se devait de réagir.

1902 Le commandant COSTE dirige l'École normale de gymnastique et d'escrime de 1902 à 1906. C'est un ardent défenseur de la méthode de gymnastique suédoise, qui a les faveurs de l'encadrement militaire de l'École.

Cette forme de gymnastique permet d'exercer isolément et successivement tous les groupes musculaires de l'élève. Sa mise en pratique est simple d'application. Elle n'exige pas des connaissances anatomiques approfondies de la part du moniteur, le plus souvent un militaire issu du rang, peu cultivé. C'est une méthode élémentaire, parfaitement adaptée, également, aux instituteurs chargés de l'enseignement de la « gymnastique », rendue obligatoire dans les établissements scolaires depuis 1880. Elle est formaliste et disciplinaire, permettant de faire évoluer simultanément un grand nombre d'individus sous un commandement unique, ce que valoriseront les traditionnelles fêtes et démonstrations des moniteurs de l'École. Elle est réputée hygiéniste et médicale, et a ainsi les faveurs des médecins de l'École.

Fort de sa réputation d'homme de sciences reconnu et de personnage central de l'éducation physique, Georges DEMENÏ est recruté pour diriger le laboratoire de physiologie appliquée de l'École normale de gymnastique et d'escrime, le 20 août 1902. C'est un civil, ce qui est nouveau et interpelle certains militaires, considérant que ce poste devait leur revenir. Mais il confère à l'École la légitimité scientifique qui lui faisait défaut ; elle atteindra ainsi un grand rayonnement international. Aucun institut similaire au monde ne disposera, à cette époque, d'autant d'outils d'analyse et de mesure que l'on utilise sur les lieux mêmes où s'entraînent les athlètes, ce qui est novateur.

Avec peu de moyen et de grandes difficultés matérielles, Georges DEMENÏ y reconstitue un laboratoire comparable à celui où il travaillait avec Étienne-Jules MAREY, qu'il avait quitté sept ans auparavant. Avec l'utilisation de ses appareils photographiques et cinématographiques, il cherche à mettre la recherche en physiologie appliquée, la biomécanique du mouvement et l'anatomie au profit de l'entraînement des athlètes, dans une perspective scientifique et pédagogique.

DEMENÏ connaît la gymnastique suédoise. Il a assuré le secrétariat d'une mission d'étude officielle envoyée en Suède et en Norvège en septembre 1891, avec le Dr Fernand LAGRANGE. À l'époque, il s'y était montré plutôt favorable, mais davantage sur son organisation que sur son contenu. Avec le temps, il y est de plus en plus hostile et préconise une méthode dite du « Mouvement complet, continu et arrondi », qu'il développera dans son ouvrage *Évolution de l'éducation physique*, déposé en 1910 à l'Académie des sciences.

Parallèlement à ses activités à l'École, Georges DEMENÏ obtient du ministère de l'Instruction publique, en 1903, la direction du cours supérieur de l'université, destiné aux instituteurs préparant le certificat d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique (CAEG). Il y créera, en 1905, un degré supérieur.

Mais ses critiques de la méthode suédoise, son enseignement en décalage avec la culture des élèves moniteurs militaires et sa relative intransigeance scientifique rendent difficiles ses relations avec le commandant de l'École. Il sera contraint de la quitter le 3 septembre 1907, 5 ans après son arrivée. Il sera remplacé par un militaire, le médecin général SAVORNIN.

Simultanément à la nomination de Georges DEMENÏ en 1902, la direction du laboratoire d'anatomie de l'École est confiée au médecin-major Georges Édouard DETTLING (précurseur des secours en montagne). Il s'intéresse à l'analyse des effets fonctionnels de l'exercice sur la respiration, voie ouverte notamment par Jules MAREY dès 1880. C'est l'amélioration de l'endurance du fantassin qui est recherchée par « l'accroissement du moteur respiratoire ». G-E. DETTLING publiera en 1905 *Le corps humain, influence de l'exercice sur l'organisme*.

1903 Georges DEMENÏ fonde le Cours supérieur d'éducation physique (CESP) à Paris, école de formation sportive et médicale, parallèlement à ses travaux à l'École normale de gymnastique et d'escrime de Joinville, ce qui ne sera pas nécessairement apprécié par le milieu militaire (qui y voit une forme de « concurrence » ou de « trahison »). Il travaille notamment sur la fatigue à l'effort.

1904 Georges HÉBERT, officier de marine, observe pendant ses navigations, les activités physiques des marins et des populations rencontrées. Influencé par le Dr Paul CARTON, son contemporain, il en tire des conclusions sur l'entraînement et l'entretien physique des militaires, élaborant une méthode qu'il met en œuvre en 1904 à l'école des fusiliers-marins de Lorient.

Après un passage assez rapide comme cadre à l'École normale de gymnastique et d'escrime de Joinville, où il rencontre Georges DEMENÏ, il s'inspire de ses diverses expériences pour formaliser, à partir de 1906, d'une *méthode d'éducation physique naturelle*, opposée à la méthode suédoise et à la spécialisation sportive. Il sera nommé ensuite directeur des exercices physiques dans la marine. Il publiera plusieurs ouvrages techniques sur l'éducation physique militaire puis acceptera, en 1913, la direction technique du Collège d'athlètes de Reims construit par le marquis Melchior de POLIGNAC, membre du Comité international olympique (CIO). Il y sera notamment chargé d'assurer la préparation de sportifs aux VIème Jeux olympiques prévus à Berlin en 1916 (annulés du fait du premier conflit mondial). Il accueillera Georges DEMENÏ à Reims, pour la partie scientifique.

1907 Les avis divergent sur les conditions du départ de l'École normale de gymnastique et d'escrime de Georges DEMENÏ, tarissement « *des crédits pour le personnel civil* », ou désaccord théorique, les deux pouvant se cumuler ou être à l'origine l'un de l'autre, d'autant plus que ses rapports avec le commandant de l'École étaient conflictuels. Quoiqu'il en soit, les années qui suivent son départ sont toujours l'occasion de vives polémiques, notamment avec le Dr Philippe TISSIÉ, défenseur de la méthode suédoise, complétée par une gymnastique d'application empruntée aux jeux sportifs, inspiré des lendits.

Le nouveau règlement de l'École de 1910, concrétisé par l'instruction du 1^{er} septembre 1912, se substituant à celui de 1902, consacrera l'influence de TISSIÉ, au détriment de DEMENÏ et d'HÉBERT.

1910 Le congrès international d'hygiène scolaire, tenu à Paris, adopte le principe de la mise en place d'un examen médical et de la création d'un dossier médical pour les élèves parisiens en vue de surveiller l'éventuelle émergence de pathologies liées au sport.

1916 Fermée au début du conflit, en août 1914, l'École rouvre néanmoins dès mai 1916. Elle devient *Centre d'instruction physique*, dont les missions sont radicalement différentes. La circulaire ministérielle du 12 février 1917 les précise. Malgré une désorganisation totale et un très grand dénuement matériel, elle doit assurer le **renforcement physique des blessés** « récupérables » et une préparation militaire spécifique des classes qui seront prochainement appelées à combattre. Cela renforcera davantage le rôle des médecins dans l'École. De nombreux appareils de rééducation, souvent très ingénieux, seront alors conçus et réalisés sur place (l'iconothèque de l'INSEP en a conservé la trace).

1919 Les Jeux militaires interalliés sont organisés par le général PERSHING du 22 mai au 6 juillet sur le terrain mitoyen du camp de Saint-Maur. C'est l'occasion pour les Français, dont les entraîneurs et médecins de l'École, de découvrir avec les sportifs américains la réalité d'un entraînement plus élaboré et moins empirique que ce qu'ils pratiquent.

Le Dr Maurice BOIGEY est nommé médecin-chef de l'École de Joinville. Il y restera sept ans, jusqu'en 1926. Il travaille dans la continuité des médecins qui l'ont précédé. Il adopte une attitude conformiste, épousant l'orientation éclectique qui prévaut à l'École, à cette époque. Il déplore les « *guerres des méthodes* » (incarnées par DEMENÏ, TISSIÉ et HÉBERT). BOIGEY considère qu'aucune méthode d'éducation physique « *puisse légitimement prétendre être la meilleure* ». Il combat les excès de la pratique sportive et prêche la « *modération* » dans l'exercice pour préserver la santé et la durée de vie. Il théorise une « *eugénétique* », combinaison d'eugénisme et de génétique appliquée.

Il est en relation avec son confrère le Dr Marc BELLIN du CÔTEAU, ancien sportif de haut niveau (athlétisme, hockey sur gazon), plusieurs fois champion de France (400 m), auteur, à partir de 1912, de nombreuses publications médicales concernant l'éducation physique et le sport. En 1924, ce dernier publie *L'entraînement sportif*. Il y développe un indice d'efficacité physique reposant sur quatre facteurs : vitesse, adresse, résistance et force (VARF). Il contribuera largement à l'établissement des programmes de l'Institut régional d'éducation physique (IREP) de Paris, qui sera créé en 1928 (*cf. infra*).

Maurice BOIGEY organise un département de recherche appliquées à l'École. Il est composé de plusieurs laboratoires : physiologie, radiographie, mécanique, chimie appliquée, photographie, etc. Les médecins militaires ou civils détachés sont nombreux.

Maurice BOIGEY publie en 1922 son principal ouvrage : *Manuel scientifique d'éducation physique*. Il y écrit : « *L'éducation physique ne peut plus être réduite à des questions de forme et de style. La méthode expérimentale (...) apparaît désormais comme seule capable de permettre de substituer des données positives à un empirisme capricieux et à des considérations purement descriptives* ».

On notera la référence à la démarche scientifique (*la méthode expérimentale*), qui doit s'appliquer également à l'éducation physique, comme elle s'était appliquée à la médecine, à la fin du siècle précédent.

Par ailleurs, dans la perspective d'assurer une continuité à l'École normale de gymnastique et d'escrime de Joinville-le-Pont, Adolphe CHÉRON, alors député (il sera sous-secrétaire d'État chargé de l'Éducation physique en 1933), propose en mai 1919 à la Chambre des députés une résolution « *ayant pour objet la création d'un Institut national d'éducation physique* », dont, selon lui, la direction devrait naturellement être confiée à l'armée avec notamment pour missions scientifiques et médicales de :

- spécialiser des médecins civils et militaires ;
- organiser un laboratoire de physiologie et de chimie biologique fonctionnant comme une annexe de la chaire de physiologie du Collège de France ;
- perfectionner la méthode française par la recherche et la vérification expérimentale.

Formellement, ce projet n'aboutira pas sous cette forme et la construction d'un nouvel établissement ne commencera que 17 ans plus tard, en affichant le maintien de ses orientations scientifiques et médicales.

- 1920** Le Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) développe des actions de recherche en médecine du sport et met en place un enseignement sur ce thème.
- 1921** La Société française médicale d'éducation physique et de sport (SFMEPS) est créée. Le 14 décembre 1967, elle deviendra la Société française de médecine du sport (SFMS). En 1922 se tient un congrès médico-sportif à Bordeaux, avec le Pr FABRE.
- 1924** Aux Jeux olympiques de Paris, une équipe médicale accompagne pour la première fois une délégation, celle des USA.
- 1925** L'École normale de gymnastique et d'escrime, créée en 1872, devient alors l'**École supérieure d'éducation physique** (ESEP) de Joinville-le-Pont. Entre 1927 et 1930, elle publie les trois tomes de son nouveau Règlement général, fondement de la Méthode française d'éducation physique. Ses approches sont scientifiques (physiologie), pédagogiques, ouvertes sur les sports individuels et collectifs, sans oublier l'éducation physique militaire et la rééducation. Toutefois les instances médicales et les universités commencent alors à contester le monopole Joinvillais en matière d'éducation physique. Elles revendiquent la formation des professeurs de cette discipline.
- 1927** Cette demande est satisfaite à partir de la fin 1927, année où commencent à se créer les *Instituts régionaux d'éducation physique* (IREP), rattachés aux facultés ou écoles de médecine : à Bordeaux, le 10 décembre 1927 (dir. Clément SIGALAS, puis Dr Philippe TISSIÉ), puis Lyon le 21 janvier 1928 (dir. Dr André LATARJET), Lille le 27 mars (dir. Dr Albert DEBEYRE), Paris le 9 juin (dir. Dr Paul-André CHAILLEY-BERT, petit fils de Paul BERT), Nancy le 8 mars 1929 (dir. Dr Louis MERKLEN), Strasbourg le 27 mars, Toulouse le 28 avril, Marseille et Clermont-Ferrand le 10 juin 1929, Caen et Rennes le 12 septembre, Montpellier le 22 octobre 1929, Besançon le 28 janvier 1932 et Dijon en 1933.

La mission des IREP est double : former les enseignants d'éducation physique des écoles secondaires et spécialiser les docteurs en médecine du sport (la société française médicale d'éducation physique et de sport a été créée quatre ans plus tôt).

La formation des enseignants d'éducation physique s'effectue en deux ans et permet la délivrance d'un diplôme professionnel, le certificat d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique (CAEG), diplôme créé initialement par une circulaire du 12 mars 1869.

Par ailleurs, à l'IREP de Nancy, le Dr Louis MERKLEN, qui y crée un cours de médecine du sport et du travail, sera sans doute le premier à instituer un contrôle médico-physiologique des sportifs de manière systématique.

Pendant ce temps, à l'ESEP, les conditions matérielles ne font que se dégrader : « À Joinville, l'eau tombe dans les laboratoires et les baraquements » écrit un journaliste de *l'Auto* (futur journal *L'équipe*), le 27 novembre 1928.

1928 Le 14 février 1928 se constitue à Saint-Moritz la Fédération internationale de médecine du sport. Le président en est le Dr André LATARJET, orthopédiste, directeur de l'IREP le Lyon.

1930 Le lieutenant-colonel LABROSSE, ancien commandant de l'École (1916-1919), fait publier par le sous-secrétariat d'État à l'éducation physique une *Notice sur l'École supérieure d'Éducation physique*, brochure assez luxueuse rappelant son histoire, son rôle et son fonctionnement. C'est pour une bonne part une tentative un peu vaine de contre-feux, face aux initiatives de l'Instruction publique qui a adopté les programmes du « Cours supérieur » de Georges DEMENÏ et de ses collaborateurs.

C'est aussi une réaction face à la pression des facultés de médecine qui veulent récupérer la totalité de la formation des professeurs d'éducation physique, après la création des IREP à partir de la fin de 1927 et avec, en 1933, l'ouverture de l'École normale d'éducation physique (ENEP), 1, rue Lacretelle, à Paris, XV^e, dont la direction est confiée au professeur de médecine Paul-André CHAILLEY-BERT, ancien directeur de l'IREP de Paris, par ailleurs président du Paris université club (PUC). Il y créera en 1935 le premier dispensaire d'éducation physique et sportive, avec une orientation autant thérapeutique que préventive.

Les années 1930 voient un essor important et rapide de la recherche médicale appliquée à l'éducation physique et au contrôle médico-sportif. De nombreuses thèses pour le doctorat en médecine sont consacrées à ces sujets.

1931 La situation de l'ESEP de Joinville continue à se dégrader. Le sous-secrétaire d'État, Pierre TRICART-GRAVERON, en visite le 20 janvier 1931, indique à un journaliste « *La pluie tombait dans les baraquements, risquait de détériorer les instruments si coûteux, servant aux expériences de laboratoire* ».

Le décret du 12 août 1931 (Journal officiel du 20 août, p. 9 161) remplace le CAEG par le certificat d'aptitude à l'éducation physique (CAEP). Il traduit un renforcement des études universitaires au plan médical, en anatomie et physiologie. Mais cela suscite de fortes résistances du corps enseignant, s'inquiétant d'une approche trop scientifique, au détriment d'une approche pédagogique.

1936 La loi autorisant la reconstruction d'un Centre national d'éducation physique devant abriter une École militaire supérieure d'éducation physique et une École normale d'éducation physique (civile) sur l'emplacement du camp de Saint-Maur est signée le 30 mars 1936 par Albert LEBRUN, Président de la République (publiée au Journal officiel du 1^{er} avril).

La réunion des deux écoles est retenue à la fois pour des raisons d'économie, de rentabilité d'installations communes, d'entraînement et de recherche, et parce que l'on imagine que les échanges entre elles seront mutuellement profitables. On envisage même une unité de doctrine et l'institution d'une méthode française d'éducation physique. L'école militaire prévoit de rétablir une formation des instituteurs pendant leur séjour « sous les drapeaux ».

Afin « de permettre l'examen des athlètes dès leur sortie de piste », concept repris de DEMENÏ, mais encore assez nouveau et original, il est également prévu, au plus près des installations sportives, la construction d'un imposant pavillon des laboratoires, le long de l'avenue de la Pyramide, dans la continuité des ambitions scientifiques et médicales de l'École, affirmée depuis le début du siècle.

Le projet est ambitieux. Il doit regrouper les organes de recherches théoriques et pratiques, le musée, la documentation, un amphithéâtre de 150 places, une cinémathèque et une audiothèque, les bureaux du personnel médical, des locaux d'accueil pour les visiteurs et chercheurs étrangers.

Il y est notamment prévu des laboratoires de chimie, de physiologie et de photographie, des salles d'anatomie, de radiographie, d'électrocardiographie, de mensurations et de biométrie, etc.

1937 Le 1^{er} septembre, la première pierre de ces nouveaux bâtiments est posée par Léo LAGRANGE, sur le camp de Saint Maur.

Affichant l'ambition et la permanence de la volonté scientifique de l'établissement, le « bâtiment des laboratoires » sera l'un des premiers construits, parallèlement à la route de la Pyramide, à peu près à l'emplacement de la Halle de sports collectifs actuelle (bâtiment P), baptisée du nom de Nelson PAILLOU (*cf.* le plan de 1997, *infra*).

Seul un laboratoire de physiologie fonctionnera, un temps, rapidement interrompu par la Deuxième Guerre mondiale. Depuis le début du siècle, les préoccupations de l'École en matière de recherche et de médecine étaient intimement mêlées. Elles le resteront encore un certain nombre d'années, la « Mission Recherche » n'étant créée de manière spécifique qu'avec la création de l'INSEP, en 1976 (*cf.* *infra*).

1939 La déclaration de guerre du 3 septembre 1939 met provisoirement un terme au projet de création du Centre national d'éducation physique. La construction des bâtiments est interrompue. L'École de Joinville ferme ses portes.

%%%%%%%%%

Deuxième partie

-

De 1940 à 1975

De la création de l'Institut national des sports (INS) à sa fusion avec l'École normale supérieure d'éducation physique et sportive (ENSEPS).

1940 Moyens : La construction des bâtiments reprend, très lentement et avec beaucoup de difficultés d'approvisionnement. Le bâtiment des laboratoires est occupé par l'armée allemande (l'organisation TODT) ; elle le détruira à son départ, le 26 août 1944.

Suivi médical du sportif : C'est également en 1940 que la « [charte des sports](#) », du 20 décembre, prévoit, dans son article 12, l'obligation d'un certificat médical préalable à la participation à des compétitions sportives.

1945 Statuts - Missions : Après la Libération et la fin de la Deuxième Guerre Mondiale, les établissements ou projets d'établissements antérieurs sont dissous ou abandonnés. Est notamment créé, *de facto*, à leur place, sur l'emplacement du camp de Saint-Maur, l'Institut national des sports (INS). Il succède au projet d'École normale et supérieure d'éducation physique.

L'article 5 du [décret du 27 novembre 1946](#) portant organisation des services extérieurs du sous-secrétariat d'État à l'Éducation nationale (Jeunesse et Sports) précisera les missions de l'INS :

« Un institut national des sports destiné à l'enseignement, au perfectionnement et à l'entraînement des athlètes et des cadres sportifs dépendants soit de la direction générale de l'éducation physique et des sports, soit des fédérations, et chargé des études scientifiques permettant l'élaboration de techniques sportives idéales et de leur diffusion dans le pays. »

L'ambition scientifique est toujours clairement affichée.

Mais, de leur côté, les autorités militaires abandonnent toute velléité d'implantation sur l'ancien camp et, ce faisant, toute volonté d'encadrement du sport civil et de l'éducation physique (elles créeront ce qu'on appellera le bataillon de Joinville, puis, en 1967, l'EIS, école interarmées des sports – *cf. infra*). C'est une rupture historique, mais ce ne sera pas pour autant une rupture de liens.

Moyens : Toutefois, en matière de médecine et de recherche, ce n'est pas sans effet. Aucun médecin militaire n'est affecté à l'INS. La situation est dramatique. Le bâtiment des laboratoires a été détruit. Il faut « repartir de zéro ». Le Dr Robert HÉRAUD, qui deviendra directeur de l'INS en 1960 (*cf. infra*), ne réussit à créer le service médical que deux ans plus tard seulement, en 1947.

Jusqu'à la création de l'INSEP, fin 1975, le service médical, qui s'installera d'abord au bâtiment B (cf. le plan de 1997, *infra*), disposera au mieux de trois à quatre médecins, une ou deux infirmières, un ou deux techniciens, pour une population qui sera toujours inférieure à 300 sportifs permanents.

Suivi médical du sportif : Bien que la France sorte à peine de la Deuxième Guerre mondiale, le gouvernement provisoire, comme celui de Vichy l'avait déjà fait (cf. *supra*), prévoit toujours un contrôle médical des activités physiques et sportives, comme l'indique l'arrêté du 2 octobre 1945 signé de Jean SARRAILH, à l'époque directeur général de l'éducation physique et des sports.

S'agissant des équipes sportives en compétition de haut niveau en France, aucune n'est suivie ou accompagnée régulièrement par un médecin jusqu'à 1945.

Mais on y rencontre des « soigneurs », apparus dès la naissance du sport moderne, s'occupant notamment de massages avant et/ou après la compétition, puis de diététique et de moyens plus ou moins licites de récupération ou d'amélioration de la performance (on ne parlait pas de dopage, à l'époque, mais le terme « doping » est apparu quelques années plus tard). Ces soigneurs n'avaient pour beaucoup d'entre eux aucune culture médicale sérieuse. Leur présence s'est amenuisée au cours des années 1970, puis a disparu vers 1990, notamment du fait de la mise en place et de la structuration des commissions médicales des fédérations sportives, sous l'impulsion du ministère chargé des Sports.

1946 Kinésithérapie : La loi n° 46-857 du 30 avril 1946 crée la profession de masseur-kinésithérapeute, avec un diplôme d'État et un programme d'études en deux ans. Elle vise à réglementer des pratiques de qualités inégales et atteindra son plein effet en une dizaine d'années.

1947 Organisation : En mai 1947, le Dr A. PEYCELON, chargé d'assurer l'enseignement d'anatomo-physiologie auprès des élèves de la section d'escrime, adresse une note assez virulente à Gaston ROUX, directeur des sports, déplorant l'absence de tout service médical à l'INS, à la différence de l'École de Joinville.

Quelques mois après, le service médical de l'INS est enfin créé, avec, comme responsable, le Dr Robert HÉRAUD (médecin contractuel, rémunéré par l'Institut). Il n'y a qu'un médecin, deux masseurs et une infirmière. Ils ne disposent que d'une seule salle, chauffée avec un poêle à charbon, dans l'aile du bâtiment B, au rez-de chaussée (cf. le plan de 1997, *infra*). Le Dr HÉRAUD recrutera quelques temps après le Dr Robert AN-DRIVET (en poste jusqu'à 1979), qui sera par ailleurs médecin de la Fédération française d'athlétisme.

Statuts - Missions : Les missions de l'INS étant définies de manière assez générale au plan réglementaire (cf. le [décret du 27 novembre 1946](#)), c'est dans des documents internes de présentation de l'Institut que l'on lit comment elles sont appropriées, appliquées, interprétées et traduites par le personnel d'encadrement. À l'époque, depuis 1945, le directeur de l'INS est Élie MERCIER, ancien capitaine et Joinvillais devenu instructeur. Il est assisté de Maurice BAQUET, directeur technique. En mai 1947, ce dernier écrit : « *L'Institut national des sports est un centre scientifique d'expérimentation et de recherches sportives. Celles-ci sont destinées à améliorer les procédés d'éducation et d'entraînement utilisés par tous les éducateurs et athlètes : elles s'effectuent dans tous les domaines techniques et pédagogiques, morphologiques, physiologiques et psychologiques et nécessitent une liaison entre les différents services chargés des travaux déterminés ».*

1948 Moyens : Mais ces ambitions scientifiques et médicales réaffirmées restent largement au niveau des intentions. Localement, seul un laboratoire provisoire de physiologie fonctionne à partir de 1948, se limitant à des travaux de mesure sur les athlètes. Des collaborations avec les cadres scientifiques de l'École normale supérieure d'éducation physique et sportive (ENSEPS) proche auraient pu se faire, mais ce n'est apparemment pas le cas, comme le regrettera plus tard Raymond GRATEREAU, son directeur (de 1959 à 1966).

1949 Direction : Le docteur Robert JACQUET succède à Élie MERCIER ; un médecin succède à un militaire à la direction de l'INS. Il restera en poste jusqu'en 1960. Il a pour chef du service médical le Dr Robert HÉRAUD, qui lui succédera. Les postes de directeur de l'INS puis de l'INSEP seront toujours confiés à des civils depuis cette date.

Contexte universitaire : Un certificat d'étude spécialisé (CES) en biologie appliquée à l'éducation physique et au sport est créé le 15 décembre 1949. Il sera mis en place à partir de 1950 dans les facultés de médecine françaises. Il marque la naissance de l'enseignement officiel de la médecine du sport. Il s'adresse aux médecins, mais également à ceux qui n'ont pas encore soutenu leur thèse, ce qui peut expliquer une partie de son succès. Toutefois les contenus et volumes d'enseignement sont assez disparates, selon les facultés de médecine.

1950 Moyens : Avec l'aide de Gaston ROUX, devenu directeur général de la jeunesse et des sports, l'INS parvient à recruter quelques chercheurs qualifiés, orientant leur travail sur le geste technique et l'entraînement du sportif.

Suivi médical du sportif : À partir des années 1950, les compétitions sportives de haut niveau commencent à être accompagnées d'un kinésithérapeute ou d'un médecin et d'un kinésithérapeute, voire d'une équipe médicale.

Ainsi, à titre d'exemple, le Dr Pierre DUMAS (qui sera le responsable de l'infirmerie de l'ENSEPS, cf. *infra*) structurera l'encadrement médical du Tour de France.

À partir des années 1960, les médecins de l'INS comme ceux du « Bataillon de Joinville » (et de l'EIS, à partir de 1967) accompagnent régulièrement les équipes nationales dans les compétitions internationales.

1951 Contexte universitaire : La première chaire de biologie appliquée aux sports est créée à Paris. Elle est confiée au Pr Paul-André CHAILLEY-BERT (directeur de l'ENEP en 1933, cf. *supra*). L'animateur principal en est le Dr Fernand PLAS, cardiologue de réputation internationale, qui étudia les particularités du cœur du sportif, en particulier les variations de l'électrocardiogramme en fonction des compétitions et de la fatigue, notamment sur les cyclistes du Tour de France.

1952 Diffusion des connaissances : Les médecins de l'INS (dont les Dr Robert ANDRIVET et Dr Jacques LECLERCQ) et des chercheurs (dont Jean-François JOLIET) publient plusieurs monographies dans la revue interne de l'Institut, constituant en quelque sorte l'embryon de futures études scientifiques, comme, par exemple :

Dans quelle mesure la compétition sportive peut-elle être pratiquée par la femme ? - Dr Robert ANDRIVET - n° 19, janvier février 1952.

Regards sur la recherche scientifique médico-sportive aux USA - Dr Robert ANDRIVET & Dr Jacques LECLERCQ - n°21, mai juin 1952.

Vertige et mal d'altitude – M. LACHENAL & - Dr Robert ANDRIVET- n°21, juillet-août 1952.

Relations internationales : Du 30 mai au 1^{er} juin 1952, un congrès international de médecine du sport est organisé à l'INS. C'est aussi l'occasion de marquer le centenaire de la création de l'École de Joinville et d'inaugurer le Centre national d'éducation physique et de sport. Le nom du Dr Marc BELLIN du CÔTEAU, ancien sportif de haut niveau en athlétisme (cf. supra), auteur de nombreuses publications scientifiques, est donné à un amphithéâtre de l'établissement (dans le bâtiment B – cf. plan de 1997, infra).

Ce congrès permet la rencontre d'un grand nombre de médecins étrangers ou français, spécialistes des problèmes posés par la physiologie sportive. Les observations et expériences associant des athlètes, élèves ou stagiaires se développent. Le service médical de l'INS réalise environ 1 000 électrocardiogrammes en 1952, examens perçus à l'époque comme la base de la surveillance de l'entraînement et réalisés plusieurs fois par an chez les sportifs.

Statuts - Missions : Lors de la réunion du conseil d'administration de l'INS, son directeur, le Dr Robert JACQUET, affirme résolument l'orientation de l'Institut au profit du sport de haut niveau, dans la perspective des Jeux olympiques organisés à Helsinki, du 19 juillet au 3 août 1952.

Il accorde également beaucoup d'importance aux recherches effectuées par l'INS. Les productions pédagogiques adressées aux éducateurs sportifs et entraîneurs se développent. L'école supérieure d'escrime produit un important traité de 300 pages. À partir de 1953, l'Institut peut enfin mettre à la disposition de ses personnels les premiers services médicaux et laboratoires de recherche, avec un minimum d'équipements.

1958 Diffusion des connaissances : Les cadres de l'INS participent à la production d'études techniques publiées dans *Les monographies de l'INS*, mettant en évidence la nécessité d'établir des relations entre médecins, sportifs et entraîneurs. Ces publications sont classées en trois séries différentes.

La série A traite de sujets médicaux liés aux échanges gazeux, au rythme cardiaque, à l'électrocardiogramme, aux tests de valeur physique, aux modifications de la tension artérielle au cours de l'entraînement. Treize documents sont publiés dans l'année. Les principaux rédacteurs sont le Dr Robert ANDRIVET, le Dr Jacques LECLERCQ, le pharmacien de l'INS, M. CORSY, etc.

La série B traite de l'entraînement. Joseph MAIGROT publie en mars 1958 *L'entraînement des sprinters : amélioration de la résistance* ; Maurice BACQUET publie *Principe de l'entraînement sportif*.

La série C est produite par les ingénieurs du service technique de l'équipement, installé à l'INSEP à partir de 1955. Elle concerne les sols sportifs pour l'athlétisme et le tennis.

À la différence de l'ENSEPS, davantage intéressée du fait de ses missions et de son public par des productions pédagogiques, celles de l'INS s'orientent de plus en plus exclusivement vers l'amélioration de la performance sportive.

1960 Direction - Organisation : Robert HÉRAUD, ancien médecin de l'INS, devient directeur de l'Institut le 1^{er} août 1960. Il organise le service médical en trois sections : soins et pathologie générale et sportive ; contrôle médical de l'entraînement ; études médico-sportives. Le Dr Robert ANDRIVET demeure l'un de ses collaborateurs, responsable du service médical et, plus particulièrement, de sa première section, Le Dr Jacques LECLERCQ de la deuxième.

Un arrêté du 13 décembre crée une commission médicale au Haut-commissariat à la jeunesse et aux sports confié à Maurice HERZOG.

Communication : Claude DÉSIRÉ et Hubert NIVET réalisent un document de présentation de l'INS et de son département médical, présenté par le Dr HÉRAUD, intitulé *Une université sportive*. Il est accessible sur *YouTube* par le lien suivant : <https://youtu.be/6kGI58reOH4>

[Nota : ce document est complété par des images de la visite de Vincent AURIOL, premier président de la IVème République, le 6 juin 1952, d'un accueil de stagiaires africains par Maurice HERZOG en 1962, et de la visite du général de GAULLE d'octobre 1965].

1961 Contexte universitaire : Une chaire de biologie appliquée aux sports est créée à Bordeaux. Elle est confiée au Pr Gilberte ROUGIER, qui fut longtemps directrice de l'IREP de Bordeaux, devenu ensuite IREPS.

1962 Communication : Alain CUNIoT réalise un document de présentation de l'INS et de son département médical, intitulé *Champions et anonymes, une semaine de stage à l'INS*. Il est accessible sur *YouTube* par le lien suivant : <https://youtu.be/iB5LImYI8EA>

1965 Suivi médical du sportif : Une circulaire de Marceau CRESPIIN, directeur des sports, préconise des contrôles médico-sportifs pour protéger la santé des sportifs. Il s'agit déjà d'une véritable surveillance médicale.

Éthique – prévention et répression du dopage : La [loi n° 65-412 du 1er juin 1965](#) (Jorf n° 126 du mercredi 2 juin 1965, p. 4531) tendant à la répression de l'usage des stimulants à l'occasion des compétitions sportives (dite loi Herzog), est adoptée.

Néanmoins, cette première loi relative au dopage est essentiellement une loi pénale, difficile d'application dans les faits.

Le Dr Pierre DUMAS, médecin de l'ENSEPS et de la Fédération française de cyclisme (FFC), fut pour beaucoup à l'origine de cette première législation française sur le dopage, compte tenu des accidents qu'il causait. Pierre DUMAS le constatait douloureusement depuis une dizaine d'années. Ce fut lui qui tenta de ranimer Tom SIMPSON lors de l'ascension du mont Ventoux dans le Tour de France de 1966.

Dix ans plus tard, le Dr DUMAS poursuivra ses missions à l'INSEP, lors de la fusion de l'INS et de l'ENSEPS.

1966 Éthique – prévention et répression du dopage : Le laboratoire national de dépistage du dopage (LNDD) est créé, en application de la loi du 1^{er} juin 1965.

1967 Sport militaire : L'École interarmées des sports (EIS) est créée en 1967 par la réunion du Bataillon de Joinville (sportifs de haut niveau, conscrits ou professionnels) et du Bataillon d'Antibes (personnel militaire chargé d'encadrer les activités physiques et sportives). L'EIS s'installe à Fontainebleau sur le camp Guynemer, libéré par les troupes américaines de l'OTAN. Son service médical ne dépend pas du Bataillon de Joinville, mais des services communs au Bataillon de Joinville et au Bataillon d'Antibes.

1968 Organisation : André DELSOL, successeur de Robert HÉRAUD depuis le 29 juillet 1966, maintient l'orientation de faire de l'INS un centre de recherche sportive, tant en matière de recherche fondamentale qu'au plan de la recherche appliquée aux diverses techniques. Il déplore toutefois que les moyens qu'il peut y consacrer soient encore très modestes.

S'agissant du secteur médical, il maintient également l'organisation définie par son prédécesseur. La section des études médico-sportives travaille en collaboration avec la section de la recherche et de la pédagogie sportive de la direction des études. Cette dernière complète l'étude biologique de l'athlète par une approche orientée vers la psychologie et la sociologie du sportif et du sport de haut niveau.

Kinésithérapie : Le Dr Robert ANDRIVET recrute sur contrat, en avril 1968, un de ses anciens stagiaires, Alain BRÉMARD, masseur-kinésithérapeute (MK) diplômé en 1966, également professeur d'EPS (1964), qui avait fait son service militaire à l'école de haute montagne de Chamonix et était détaché auprès des équipes de France de ski nordique pour les Jeux olympiques d'hiver de Grenoble.

Alain BRÉMARD deviendra ultérieurement, *de facto*, responsable du service de masso-kinésithérapie, du fait la reconnaissance de son expérience et de son ancienneté. Cela n'a pas fait l'objet d'un acte administratif. Il exercera cette fonction conjointement avec Jean JUSSERAND, recruté en 1990 (*cf. infra*).

Pendant une période difficile de réorganisation du service, il sera licencié et amené à quitter l'INSEP en février 1979. Il sera réintégré en décembre 1984, suite à son recours gagné en tribunal administratif et auprès du Conseil d'État. Il sera membre élu, représentant du personnel au conseil d'administration de l'INSEP de 1986 à 1989. Il partira à la retraite en octobre 2007.

À son arrivée à l'INS en 1968, il côtoie MM. MICHAUX et BRUSSELLE, infirmiers-masseurs (le diplôme de MK a été créé seulement en 1946, *cf. supra*), aidés pour les massages par Émile PLADNER (ancien champion de boxe), formé à l'école Valentin Haüy (spécialisée dans l'aide aux personnes déficientes visuelles).

Par la suite, seront recrutés Mme Colette EUSTACHE-REVENU (première et seule femme MK recrutée à l'INS), MM. RIBETTE, CRESPIN, FRESNE, CLERC, THIÉBAULT, CANAVELLI, NEBLE et DANCOISNE. Certains sont d'anciens stagiaires du service. La plupart d'entre eux ont une expérience sportive importante, au plan professionnel comme en tant que pratiquant (Mme REVENU avait été membre de l'équipe de France de fleuret aux Jeux olympiques de Tokyo, en 1964, et sacrée championne de France en 1965. Son mari fut le premier médecin diététicien recruté à l'INS).

Les contrats de recrutement, d'un an renouvelable, sont alors rédigés assez sommairement. En matière de missions, l'article 1 indique : « *Monsieur X... s'engage à se conformer dans l'exercice de ses fonctions aux instructions générales et particulières qui lui seront données* ». Celles-ci sont précisées verbalement. S'agissant de M. BRÉMARD, ce contrat sera ainsi renouvelé à 10 reprises jusqu'en 1979.

Contexte administratif : Le Dr Henri PERIÉ (pédopsychiatre de formation), chef du bureau médical de la direction des sports au ministère de la Jeunesse et des Sports, constitue un véritable service regroupant le suivi médico-sportif et le suivi des professeurs d'EPS ; il impulse la création de nouveaux centres médico-sportifs (CMS, dont les premières créations datent de la IV^e République). Les CMS se multiplieront, en lien avec les municipalités. Ils seront plus de 500 à la fin des années 1970.

Le Dr Henri PERIÉ sera nommé inspecteur général le 2 avril 1980, puis chef du service de l'inspection générale de 1985 à 1989, avant son départ à la retraite en 1990.

1970 *Contexte universitaire* : Des instituts régionaux de médecine du sport sont créés à partir des années 1970.

Organisation de l'entraînement sportif : Au plan général, jusqu'aux années 1970, hormis pour les quelques Shn, les entraîneurs sont des bénévoles, avec une culture scientifique et médicale modeste, voire inexistante. Les choses commencent à changer dans le courant de cette décennie, avec la mise en place des brevets d'État d'éducateur sportif (à trois degrés) par le [décret n° 72-490 du 15 juin 1972](#) (JoRf n° 145 du 22 juin 1972, p. 6364), qui sont généralisés pour toutes les disciplines. Le vocabulaire évolue et se médicalise, comme en témoignent les manuels de formation, dont les plus importants sont réalisés par l'INSEP. Les anciens concepts d'endurance sont remplacés par exercice en aérobie, de résistance par exercice en anaérobie, de vitesse par travail alactique, etc.

L'organisation des JO de Mexico en 1968 avaient eu pour effet d'intéresser les médecins du sport et entraîneurs du monde aux effets de l'altitude sur l'entraînement. Le centre de Font-Romeu a été créé à cette intention. Le Dr Hervé STÉPHAN, spécialiste de l'athlétisme, en avait été le médecin chef. Il rejoint l'INSEP en 1969 après avoir identifié, théorisé et mis en pratique les principes fondamentaux de l'entraînement en altitude. Après ceux du début des années 1960, les travaux et publications scientifiques deviennent alors nombreux, notamment en Europe de l'Est et en Allemagne (JO de Munich en 1972). La bibliothèque de l'INS traduit ces publications à destination des entraîneurs et des médecins, en particulier :

- Reindell H. et coll, *L'entraînement par intervalles*, 1962.
- Zatsiorsky V.M., *Les qualités physiques du sportif*, 1966.
- Kindermann W., Huber G. & Keul J., *Acidose lactique et fréquence cardiaque du coureur de 400 m*, 1977.
- Volkov V-M., *Processus de récupération en sport*, 1977.
- Marconnet P., Lacour J-R., *Énergétique et sports de compétition*, Actes du colloque international de Nice, 1978.

1972 Moyens : Un centre médico-sportif est installé dans le bâtiment C (cf. plan de 1997, *infra*). Peu à peu, les moyens s'accroissent et le rayonnement du service se développe, mais il faut sans doute relativiser : la médecine du sport n'est pas encore très développée en France. L'INS peut ainsi apparaître aisément « en pointe ». Au plan international, c'est surtout avec l'Afrique francophone que les relations sont établies (d'autant plus facilement que l'Institut a en charge la formation d'entraîneurs africains).

1974 Surveillance de l'entraînement : À cette époque, les principales données physiologiques de l'homme à l'effort, en laboratoire, sont relativement bien connues. Elles permettent d'apprécier l'état physiologique des athlètes en début de saison, puis à différents moments, à l'aide de tests scientifiquement validés (les épreuves d'effort sur bicyclette ergonomique, sur tapis roulant, l'épreuve fonctionnelle respiratoire, la consommation maximale d'oxygène, ou VO₂max, le recueil sanguin des lactates, etc.). Toutefois les connaissances des variations de ces différents paramètres en situation réelle, pendant l'entraînement ou la compétition, souvent très différents, sont relativement mal connues.

Avec le Dr Jacques LECLERC et le Dr Hervé STÉPHAN, puis, à partir de 1975 avec le Dr Pierre DUMAS, issu de l'ENSEPS, émerge la volonté de se doter d'outils permettant d'obtenir des mesures pendant l'entraînement, au moins pour les fonctions cardiovasculaires reflétées par la fréquence cardiaque, la tension artérielle et la fréquence respiratoire.

Ce projet relativement ambitieux se réalise partiellement avec l'aide de Pierre VERGEZAC, électronicien au Collège de France, qui avait mis au point à cette époque un appareil de télémétrie électrocardiographique permettant en temps réel l'observation et l'enregistrement du signal ECG de l'athlète à l'entraînement et/ou en compétition, grâce à un boîtier de faible poids, non encombrant.

Avec la participation active du Dr Christian DIBIE, recruté comme médecin contractuel à l'INS en 1974 (cf. les précisions données *infra*, 1980), émerge l'idée de créer une cardio-vidéothèque du sport, discipline par discipline. Elle consiste à recueillir à distance et coupler de manière synchrone les données physiologiques du sportif en action (fréquence cardiaque par l'ECG, fréquence respiratoire s'affichant sur un oscilloscope) et son image vidéo enregistrée par magnétoscope par le service vidéo de l'INSEP.

Cette technique télémétrique présentait l'intérêt de permettre un traitement immédiat des données, d'intervenir éventuellement, si nécessaire, de stocker de manière intelligente les données enregistrées et d'opérer des analyses ultérieures.

Plusieurs travaux de mémoires ou de thèses ont pu être réalisés par des étudiants de l'ENSEP/INS, puis de l'INSEP (notamment en trampoline, gymnastique, athlétisme, natation, cyclisme, voile, rallye automobile, bébés nageurs, etc.).

Cette technique télémétrique a pu être comparée avec la technique d'enregistrement continu de l'ECG, à partir d'un enregistreur magnétique portable de type Holter, promue par le Dr Jean-Pierre FOUILLOT, physiologiste au CHU de Cochin. Les deux techniques permettent d'observer les variations de la fréquence cardiaque en temps réel d'un sportif en pleine action. Mais les modalités d'enregistrement et de traitement de données sont assez différentes.

Depuis, grâce aux progrès de l'informatique et de la miniaturisation des capteurs, d'autres techniques sont apparues. Certes, à l'époque, comme beaucoup d'idées novatrices, la mise en œuvre était parfois un peu « brouillonne », mais cela fut très utile au plan pratique. Sur ce sujet, comme sur bien d'autres, l'INSEP fut précurseur.

1975 Contexte législatif : Dans le courant de l'année 1975, un communiqué de presse du secrétariat d'Etat chargé de la Jeunesse, des Sports et des Loisirs donne l'occasion à Pierre MAZEAUD de présenter son projet de loi. Il y indique sa volonté de fusion de l'INS et de l'ENSEPS, qui « a pour but de créer un établissement de recherche au plus haut niveau », en matière médicale, pédagogique et technique.

Suivi médical du sportif : La [loi n° 75-988 du 29 octobre 1975](#) (dite loi MAZEAUD) relative au développement de l'éducation physique et du sport (JoRf n° 253 du 30 octobre 1975) prévoit par ailleurs, dans son article 13, que les fédérations sportives « assurent à leurs membres des contrôles médicaux adaptés aux exercices physiques et sportifs pratiqués. L'inobservation de cette observation peut entraîner le retrait de l'agrément ou de l'habilitation ».

Statuts - Missions : L'article 8 de la loi du 29 octobre 1975 crée juridiquement l'INSEP, par fusion de l'INS et de l'ENSEPS. L'Institut devient alors, pour la première fois, un établissement public à caractère administratif (EPA), et n'est plus un service extérieur du ministère, comme l'indiquait le [décret du 27 novembre 1946](#). Cette loi affirme d'abord la vocation scientifique et médicale du nouvel institut.

L'INSEP « a pour missions de participer :

- *À la recherche scientifique fondamentale et appliquée en matière pédagogique, médicale et technique.*
- *À la formation continue de niveau supérieur des personnels enseignants d'éducation physique et sportive, des conseillers techniques et des éducateurs sportifs, ainsi que des personnels des services de la jeunesse et des sports.*
- *À l'entraînement des équipes nationales ainsi qu'à la promotion des sportifs de haut niveau. »*

Mais les moyens mis à la disposition de l'Institut pour effectuer cette première mission n'étaient certainement pas suffisants, lors de sa création. Et l'on pouvait s'interroger sur la capacité d'un établissement dédié principalement à la performance sportive à faire de la recherche fondamentale.

Direction : Le 16 décembre, Claude PINEAU est nommé directeur de l'INSEP. Le service médical de l'INS était antérieurement composé du Dr Robert ANDRIVET et du Dr Jacques LECLERCQ, entourés de jeunes médecins, kinésithérapeutes et d'étudiants.

L'infirmerie de l'ENSEPS était dirigée par Dr Pierre DUMAS ; ses effectifs étaient très limités. Ces services, fusionnés *de facto* dans le nouvel institut, ne collaborent pas vraiment, situation parfois compliquée par des mésententes ou des conflits de personnes. Il n'y a pas non plus beaucoup de relations avec les autres services de l'Institut.

Organisation : Pour tenter d'améliorer la situation, un *centre national de médecine du sport* est créé, consacrant formellement en quelque sorte au plan médical la fusion entre l'INS et l'ENSEPS, à l'initiative du Dr Henri PERIÉ, chef du bureau médical à la direction des sports du ministère. Il en confie la direction au Dr Philippe MOST, supposé pouvoir apaiser les tensions. Mais la situation ne s'améliore pas et ce dernier ne restera en poste que moins d'un an.

Le département médical quitte le bâtiment B (où il ne disposait que de l'aile du RdC) et s'installe dans le bâtiment I, réaménagé partiellement (occupation en totalité, avant qu'une partie du gymnase du rez-de chaussée soit attribuée à la mission recherche en 1980 - cf. plan de 1997, *infra*). Des travaux d'aménagement se feront en continu, très lentement de 1976 à 1984, puis de manière plus importante de 1984 à 2005, principalement sur les fonds dégagés par le centre de santé, avant la rénovation de 2006 et le transfert au bâtiment H. Le rôle des directeurs successifs de l'Institut sera assez déterminant sur le rythme de ces travaux, comme celui des ministres en exercice.

Pendant cette période, la population de sportifs permanents à l'INSEP passera de 300 jusqu'à atteindre 980 en 1996. Compte tenu des moyens disponibles et de la qualité de service recherchée, cela sera jugé excessif par la direction et elle sera progressivement ramenée à 800 autour de l'an 2000, 630 en 2011 et environ 500 en 2020.

Le dispensaire (il sera appelé officiellement centre de santé plus tard, dans les années 1990) : C'est aussi à l'initiative du Dr Henri PERIÉ qu'une convention est passée entre l'INSEP et la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la région parisienne en 1975. Elle permet d'ouvrir un centre de santé, offrant la possibilité de pratiquer des soins sur les lieux mêmes de l'Institut, ce qui est particulièrement important pour les Shn et la gestion de leur temps. La responsabilité de ce dispensaire est confiée initialement au Dr ANDRIVET. Le Dr Yves DEMARAIS lui succédera en 1979 ; il sera le principal responsable de son développement. L'arrêté du 2 février 1977 (cf. *infra*) confirme l'importance de ce dispensaire au sein du département médical.

La formule est particulièrement intéressante, à double titre. Pour les sportifs, d'abord qui disposent ainsi, sur place, des avis spécialisés de nombreux médecins vacataires. Ont ainsi pu être ouvertes des consultations de rhumatologie, radiologie, podologie, ophtalmologie, médecine physique, cardiologie, dermatologie, endocrinologie, diététique, ORL, gynécologie, psychiatrie, pédiatrie, puis, plus tard, médecine du travail (pour les personnels de l'INSEP), dentisterie, etc. Quant aux médecins affectés à l'INSEP ayant un contrat de prévention médicale avec le ministère des Sports, ils se sont aussi inscrits au dispensaire pour avoir le droit de prescription et proposer ainsi aux sportifs un large éventail des compétences médicales.

La convention prévoit aussi la possibilité d'agrément pour certaines spécialités complémentaires, en cas de besoin.

Au plan financier, cette création est également très intéressante pour l'Institut, car la rémunération des médecins vacataires n'est pas supportée par le budget de l'établissement, mais assurée par les recettes du centre de santé, dans le cadre de cette convention. Quant aux médecins contractuels qui prescrivent des actes médicaux, leur rémunération continue à être prise en charge directement par l'État, dans le cadre de leur contrat.

Le budget du centre de santé est donc distinct de celui de l'INSEP. Il fait l'objet d'un compte spécial, peut constituer des réserves et investir (en complément des investissements faits également sur le budget général de l'Institut). Le matériel initial de radiologie a ainsi été acquis sur le budget du centre de santé. Il en fut de même pour beaucoup d'autres.

À la différence des médecins scolaires qui ne peuvent pas prescrire et sont amenés à renvoyer leurs jeunes patients vers leurs confrères, les médecins du centre de santé de l'INSEP peuvent prescrire des actes médicaux et les effectuer, le cas échéant. Les médecins contractuels de l'INSEP sont inscrits au centre de santé ; ainsi, ils peuvent eux aussi soigner et prescrire, ce qu'ils apprécient, comme les sportifs bénéficiaires, et ce qui complète également les recettes du centre.

Par ailleurs, pour les médecins vacataires eux-mêmes, leur participation aux missions de l'INSEP est professionnellement enrichissante et valorisante pour leur carrière.

Mais cette convention crée également quelques obligations et/ou contraintes :

- Le centre de santé doit obligatoirement être ouvert au public.
- Les locaux doivent être agréés (qualité des bâtiments, accessibilité, signalétique, sécurité incendie, stockage des déchets, etc.).
- Les locaux techniques doivent également être agréés (cabinets de consultation, radiologie, service dentaire, etc.).
- Les compétences des professionnels médicaux et paramédicaux doivent être attestées officiellement ; les médecins doivent être inscrits à l'Ordre national et avoir souscrit une assurance professionnelle.
- Le fonctionnement doit satisfaire à des règles précises concernant notamment la tenue des dossiers médicaux et surtout les règles de confidentialité à respecter, la durée des vacations, le nombre de patients, la gestion administrative et financière (tarif de la Sécurité sociale), etc.
- Des contrôles sont régulièrement effectués, au moins tous les quatre ans, mais souvent plus fréquemment, par des inspecteurs de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS, devenue Agence régionale de santé, ARS, au début des années 2000) et de la CPAM.

Ultérieurement, des centres de ressources, d'expertise et de performance sportives, selon l'appellation actuelle (avec toujours l'acronyme CREPS) s'inspireront de l'INSEP pour créer un centre de santé (Toulouse, Nantes, etc.), ou tenter de le faire, car ils se heurteront souvent à un refus des caisses régionales d'assurance maladie, pour non-conformité au cahier des charges et/ou insuffisance du public concerné. Pour ceux qui pourront le créer, la reconnaissance d'un service médical comme « centre de soins » ou « centre de santé » sera déterminante dans l'évolution du service. Son ouverture, non plus limitée aux seuls usagers de l'établissement, mais ouvert au public, avec toutes les conséquences bénéfiques que cela entraîne, notamment financières, seront pour beaucoup dans l'évolution positive de l'établissement.

%%%%%%%%%

Troisième partie

-

De 1976 à 2009

De la constitution de l'Institut national du sport et de l'éducation physique (INSEP) à sa transformation en établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel.

1976 Contexte ministériel : Depuis le 27 août, Jean-Pierre SOISSON a succédé à Pierre MAZEAUD comme secrétaire d'État auprès du ministre de la Qualité de la vie, chargé de la Jeunesse et des Sports. Il a été antérieurement secrétaire d'État aux Universités (du 25 mai 1974 au 12 janvier 1976), puis secrétaire d'État chargé de la Formation professionnelle (du 12 janvier 1976 au 25 août 1976). Il restera en poste (transformé en ministère de la Jeunesse, des Sports et des Loisirs) jusqu'au 13 mai 1981. C'est sur lui que reposera, *in fine*, la création réglementaire de l'INSEP, à commencer par le [décret n° 76-1330](#) (JoRf n° 15 du mercredi 19 janvier 1977, p. 477) qu'il signe le 31 décembre 1976. Ce décret fixe l'organisation et le fonctionnement administratif de l'Institut national du sport et de l'éducation physique ; il sera suivi de l'[arrêté du 2 février 1977](#) (JoRf n° 45 du mercredi 23 février 1977, p. 1 045) qui précise l'organisation des départements et services de l'Institut et leurs missions.

Organisation : En 1976, le climat relationnel du service médical fusionné ne s'est toujours pas amélioré. Jean-Pierre SOISSON fait alors appel au Dr Maurice VRILLAC, médecin militaire, chef du service médical de l'École interarmées des sports (EIS) de Fontainebleau. Ce service est en effet réputé pour son travail au profit des sportifs de haut niveau, avec ses deux adjoints de valeur, les médecins colonels BARRAU et Jean MOLINIÉ.

Par une convention établie entre le ministre chargé des Sports et celui chargé de la Défense, le Dr Maurice VRILLAC est détaché à l'INSEP. Il y restera jusqu'en 1978 et aura pour successeur, *de facto*, le Dr Denys BARRAULT (*cf. infra*). Le Dr VRILLAC réintègrera alors l'EIS, sera médecin de l'équipe de France de football, créera et présidera la commission médicale du Comité national olympique et sportif français (CNOSF) à partir de 1980 et jusqu'en 2008. Il terminera sa carrière comme médecin général.

Le Dr VRILLAC constate que la constitution d'une équipe médicale soudée demeure impossible. Il divise alors le département médical en deux secteurs distincts, qui fonctionneront effectivement de manière très indépendante, au plan technique comme au plan géographique, l'un de traumatologie sportive et de rééducation, dirigé par le Dr Robert ANDRIVET (avec l'aide, notamment, de plusieurs étudiants en fin d'études de médecine), l'autre de suivi de l'entraînement (surveillance, détection des aptitudes, contrôle des athlètes et de leur environnement), dirigé par le Dr Jacques LECLERCQ, secondé, notamment, par le Dr Jean-Claude CHIGNON (cardiologue) et le Dr Hervé STÉPHAN (entraîneur d'athlétisme, par ailleurs).

Dans l'organigramme inséré dans la plaquette de présentation de l'INSEP que Claude PINEAU, son directeur, réalisera en 1978, il est mentionné un troisième secteur, s'occupant de recherche médicale. Il semble que ce secteur n'ait jamais réellement fonctionné (aucun nom de responsable n'est indiqué). Par ailleurs, faute de moyens et sans doute de méthode, les tentatives de recherches en cardiologie du sportif des Drs LECLERCQ et CHIGNON n'eurent pas de suite, car l'utilisation récente de l'échocardiographie dans le monde médical mit à mal leur surveillance de l'entraînement fondée sur les variations de l'électrocardiogramme à l'entraînement, ce qui fut mis en évidence lors du congrès de la Société française de médecine du sport en 1978.

Éthique – prévention et répression du dopage : En 1976, le laboratoire national de détection du dopage (LNDD), dirigé par le Pr LAFARGE, s'installe à Châtenay-Malabry, dans l'enceinte du CREPS.

Organisation financière : Le [décret n° 76-1330](#) du 31 décembre 1976 a donc créé l'INSEP sous forme d'établissement public à caractère administratif (EPA). Doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière, il dispose d'un budget. S'agissant de son département médical, ses ressources proviennent du budget général de l'Institut, comme les autres départements, ainsi que du compte spécial, alimenté par les recettes du dispensaire (*cf. supra*). Mais ce n'est pas un compte distinct ; il fait partie du budget général et l'ordonnateur est le même : le directeur. Cela lui donne une marge de manœuvre supplémentaire, surtout quand les recettes propres de l'établissement (provenant de la facturation de ses prestations et des subventions du ministère) ne sont pas suffisantes. Ainsi de nombreux équipements du DM furent acquis sur ce compte spécial, ce qui n'aurait sans doute pas été possible sur le budget spécifique de l'Institut.

Les rapports d'activité du DM ne donnent que rarement des précisions financières et, si c'est le cas (comme dans le rapport d'activité de 2011, pour la période 1989-2011), c'est de manière globale. Des informations plus détaillées figurent dans les rapports financiers de l'établissement présentés aux différents conseils d'administration.

1977 Statuts - Missions : Quatorze mois après la loi de 1975 qui le prévoyait, l'INSEP naît donc juridiquement de la fusion de l'INS et de l'ENSEPS au 1^{er} janvier 1977 (*cf.* le décret du 31 décembre, *supra*). L'[arrêté du 2 février 1977](#) (JoRf n° 45 du mercredi 23 février 1977, p. 1 045), signé de Jean-Pierre SOISSON, précise ses missions, en matière de recherche dans ses articles 5 et 6, au plan médical, dans ses articles 10 et 11.

En effet, dès son titre II (le titre I concernant l'organisation de la direction de l'INSEP), cet arrêté évoque « La recherche scientifique », avant le département du sport de haut niveau (titre III), celui de la formation (titre IV) et celui du médical (titre V). Bien qu'il n'y ait pas de priorité entre les départements, ce positionnement de la recherche scientifique en première place dans cet arrêté est cohérent avec les orientations ministérielles annoncées dès le début de l'année 1975 par Pierre MAZEAUD et le premier point de l'article 8 de la loi du 29 octobre qui porte son nom (*cf. supra*).

Cette « *mission de recherche scientifique fondamentale et appliquée* » est transversale : elle « *s'exerce au sein de chaque département* » « *en matière pédagogique, médicale et technique* ».

Mais, en même temps, ce n'est pas un « département » (cela le deviendra, *de facto*, en 1985). Un « *chargé de mission auprès du directeur (...) a pour tâche de coordonner les activités de recherche menées à l'INSEP. Un correspondant lui est désigné, à cet effet, dans chaque département* ».

Il y a une cohérence, au moins au plan théorique, dans tout cela. Toutefois, c'est sans doute la première fois qu'une distinction aussi nette est faite dans l'organisation de l'INSEP en matière de recherche, associée auparavant de manière très étroite au secteur médical.

Organisation : Pour définir cette nouvelle organisation, sans doute fallait-il aussi tenir compte de celle de l'ENSEPS, fusionnée avec l'INS. Le premier responsable de la mission recherche, Claude ADAM, était en effet issu de l'ENSEPS, où il occupait la fonction de chef du département « Recherche ». Sans être lui-même chercheur, au sens universitaire, il coordonnera la mission. La carte des emplois de l'INSEP prévoyait trois postes de chefs de départements, ce qui est assez logique selon les termes de l'arrêté, mais l'un d'eux sera immédiatement occupé par le chargé de mission pour la recherche, ce qui posera plus tard un problème pour le responsable du département médical (*cf. infra*) ; mais ne le posait apparemment pas personnellement pour le Dr VRILLAC, détaché de l'armée (ou mis à disposition), donc n'occupant pas de poste de chef de département.

Missions : Quant à ce département médical, le titre V de cet arrêté du 2 février 1977 indique :

« Le département médical assure :

- *Un service de traitement, de traumatologie sportive et de rééducation. Il peut faire appel, dans le cadre du dispensaire agréé par la sécurité sociale, à des médecins spécialisés de l'INSEP ou de l'extérieur.*
- *Un service de surveillance médicale, de détection des aptitudes, de contrôle médical et de prévention. L'environnement médical des athlètes de haut niveau est confié à une équipe spécialisée.*

Le département médical mène des activités de recherche dans le domaine de la médecine du sport ».

En matière d'organisation du service médical, cet arrêté de 1977 reprend les préconisations faites par le Dr Maurice VRILLAC l'année précédente.

Surveillance médicale du sportif : Par ailleurs, le [décret n° 77-554 du 27 mai 1977](#) (Jorf n° 127 du vendredi 3 juin 1977, p. 3 109) relatif au contrôle médical des activités physiques et sportives impose, dans son titre III, une surveillance particulière pour les sportifs de haut niveau. Son article 10 confère aux fédérations la charge de prévenir l'utilisation par les athlètes de produits dopants, en référence à la [loi n° 65-412 du 1er juin 1965](#) (Jorf n° 126 du mercredi 2 juin 1965, p. 4 531).

Le « double projet » : Plus que l'INS, qui avait néanmoins lancé quelques initiatives en ce sens avec les centres d'entraînement, c'est avec la création de l'INSEP que se concrétise réellement une organisation facilitant la réussite du Shn au plan sportif et en matière de formation, puis d'insertion professionnelle, ce que l'on a appelé son double projet.

Pour des raisons éthiques et psychologiques, il fallait préparer la reconversion des athlètes après leur carrière dans le sport de haut niveau. Et, simultanément, une bonne gestion de leur emploi du temps au quotidien était primordiale, compte tenu des nécessités de l'entraînement. L'idée est donc alors de regrouper sur place, autant que possible, l'ensemble des services dont les Shn ont besoin, pour éviter tous déplacements à l'extérieur, synonymes de perte de temps : lieux d'entraînement de qualité, organisation sur place des études, de la restauration, de l'hébergement, du suivi médical et des loisirs, etc.

Statuts des médecins et des kinésithérapeutes : Jusqu'en 1978, la situation statutaire des médecins était très variée et leurs contrats, parfois négociés individuellement (ce qui augmentait leur disparité), dépendaient de deux ministères, Éducation nationale et Jeunesse et Sports. Les fonctions étaient mal définies ; l'activité auprès d'une fédération était souvent confondue avec celle de l'Institut. La durée de ces contrats était souvent d'un an (ce qui a facilité le renouvellement de l'équipe en 1978 – *cf. infra*) ; mais, associé à leur faible rémunération, cela ne favorisait ni leur stabilité, ni leur investissement.

À partir de 1976, le ministère commence à faire référence à la grille indiciaire des médecins de santé scolaire pour les médecins affectés dans ses services ou établissements (dont CREPS, ENV, ENSA, lycée climatique de Font-Romeu, etc.), et à une grille de l'assistance publique pour les kinésithérapeutes. Ces contrats ont une durée de 1 an, puis de 3 ans. Ils deviennent à durée indéterminée en 1986. En 1990, le ministère reviendra à des contrats de 3 ans pour les nouveaux recrutements.

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, comme on l'a vu précédemment (*cf. 1968, supra*), les contrats sont toujours d'une année, renouvelable, et les missions définies oralement.

Contexte universitaire : À la fin des années 1970, on dénombre plus de 5 000 médecins praticiens titulaires du certificat d'étude spécialisé (CES) appliquée à l'éducation physique et au sport, créé le 15 décembre 1949. En 1977, ce CES est transformé en CES de biologie et médecine du sport, pour la formation théorique et pratique des médecins du sport.

1978 Organisation : Le fonctionnement du département médical de l'INSEP demeure toutefois insatisfaisant. Le ministre chargé des sports, Jean-Pierre SOISSON, imagine une autre organisation. En tant que secrétaire d'État aux Universités, quatre ans auparavant, il avait remarqué le développement des travaux de physiologie de l'exercice physique menés à l'université Paris V, autour de son président, le Pr Florian DELBARRE, chef du service de rhumatologie à l'hôpital Cochin.

En effet, une unité de médecine du sport était déjà organisée dans le service du Pr LE-MAIRE, titulaire de la chaire de physiologie (faculté de médecine Cochin-Port Royal) par l'équipe du Pr Michel RIEU, avec les Drs Jean-Pierre FOUILLOT, Alain DUVALLET et Denys BARRAULT.

Jean-Pierre SOISSON demande donc alors au Pr Florian DELBARRE de prendre en main le département médical (DM) de l'INSEP pour l'amener à un niveau technique équivalent à celui des meilleurs centres hospitalo-universitaires (CHU) français. Le Pr DELBARRE charge le Pr Michel RIEU, professeur de physiologie au CHU Paris-Cochin d'élaborer un programme d'organisation (il deviendra ultérieurement président de la [Société française de médecine du sport](#)).

Dans sa lettre de mission, il lui sera demandé « *de créer un nouveau contenu des missions du département médical et d'(en)assurer l'organisation et la responsabilité technique* » ainsi que « *d'organiser, en vue de la préparation des Jeux olympiques de Moscou [1980], les examens médicaux avec le concours des services de son choix afin que l'élite sportive soit l'objet d'une surveillance médicale régulière et approfondie* ».

En cohérence avec la notion de « double projet » évoquée précédemment, la priorité est donnée aux athlètes de haut niveau s'entraînant à l'INSEP. Dans le respect de ses missions définies par arrêté l'année précédente, cela conduit à une articulation du DM autour de trois pôles :

- La permanence médicale, car la plupart des sportifs de l'INSEP ont des besoins urgents et immédiats, sans avoir à demander des rendez-vous.
- Le suivi de l'entraînement au plan cardiologique, respiratoire, locomoteur, avec des épreuves d'effort et des bilans biologiques.
- Les consultations de médecine générale et de spécialités, couplés au dispensaire de soins (le centre de santé, agréé par la CPAM, *cf. supra*).

Le Pr Michel RIEU se heurtera à quelques difficultés, notamment liées aux différences d'approches des personnels issus de l'INS et de l'ENSEPS (*cf. les conflits historiques entre les tenants de l'éducation physique et ceux du sport de haut niveau*), comme entre médecins (le « statut » de la médecine du sport ne faisant pas encore unanimité à cette époque). Néanmoins, il persévère et charge son plus jeune assistant, Dr Denys BARRAULT (qui sera par ailleurs médecin fédéral pour le judo et deviendra lui aussi président de la [Société française de médecine du sport](#)) d'organiser la mise en place à l'INSEP des transformations préconisées dans son rapport.

Le Dr BARRAULT prend ses fonctions en septembre 1978 et restera 11 ans en poste. Initialement, il est recruté dans le cadre d'un contrat à temps partiel avec l'INSEP ; l'université Paris V transforme son contrat d'assistant plein temps en un temps partiel complémentaire, les trois postes budgétaires de chefs de département étant déjà occupés (il apparaîtra comme faisant fonction de chef de département dans l'organigramme interne de l'Institut, en 1980, et la direction de l'époque ne manquera pas de lui rappeler ce positionnement...).

Le ministre donne trois mois au Pr RIEU pour évaluer le fonctionnement du département médical et formuler des propositions. Il s'entoure de conseillers, notamment le Dr Jean-Noël HEULEU, rhumatologue, collaborateur du Pr Florian DELBARRE, et le Dr JOLIBOIS, pédiatre dans le service du Pr JOB. Durant cette période, le Dr BARRAULT travaille dans des conditions difficiles, la convention entre le ministère et l'université de Paris V, comme sa nomination, n'étant pas du goût du directeur en exercice, ni des personnels de l'INSEP déjà en poste au service médical.

Fin 1978, au terme de ces trois mois fixés par le ministre, le Dr Denys BARRAULT établit une liste de matériel à acquérir, dont un équipement isocinétique (*cf. infra*). Le rapport du Pr RIEU demande d'importants changements de personnel parmi les médecins et les kinésithérapeutes, souhaitant que leurs contrats soient occupés par du personnel complètement diplômé, et respectant les horaires et les missions de leur contrat.

Pendant cette période difficile pour le département médical de l'INSEP, le ministre Jean-Pierre SOISSON (qui fréquenta personnellement ce service en tant que patient et vivra *in situ* le fonctionnement du DM pendant quelques semaines) et le Dr Henri PERIÉ eurent une écoute très attentive et lui apportèrent un puissant soutien.

Jean-Pierre SOISSON retient les propositions du Dr BARRAULT. Sur la base de bilans d'activité demandés aux personnels concernés, il est mis fin à la plupart des contrats de médecins et kinésithérapeutes (la durée de ces contrats était d'un an, renouvelable).

De nouveaux contrats (*cf. infra*) sont proposés à de jeunes médecins titulaires, dynamiques, ayant soutenu leur thèse à Paris V. Cela permettra notamment les recrutements, au fil des ans et de la création des postes (jusqu'à une dizaine, comme pour les masseurs-kinésithérapeutes, avec des contrats de plus longue durée), des docteurs Yves DEMARAIS, Robert HANDSCHUH, Luc BAGGIO, Éric JOUSSELLIN, Jean-Pierre CERVETTI, Françoise FRAISSE, Didier ROUSSEAU, Dominique POUX etc. Sauf rares exceptions, ces médecins sont tous des sportifs ou anciens sportifs, parfois de haut niveau, souvent entraîneurs et/ou impliqués dans les fédérations sportives.

Ainsi Yves DEMARAIS fut joueur de rugby au Racing club de France, puis médecin du RCF, puis du PSG ; Éric JOUSSELLIN, athlète (400 m) fréquentait l'INSEP depuis 1967 et était devenu entraîneur d'athlétisme, 3^{ème} degré ; Luc BAGGIO avait été champion de France (400 m haies), sélectionnable pour les JO de 1976 (Montréal) ; Jean-Pierre CERVETTI, rugbyman, Françoise FRAISSE athlète (haies et longueur), Didier ROUSSEAU champion de judo, etc.

Les masseurs-kinésithérapeutes recrutés à cette époque, comme Marielle VOLONDAT (plongeon), Marc SAUNIER (football), Gilles OMNÈS (basket), Olivier de LAGAUSIE sont également pour nombre d'entre eux d'anciens sportifs de haut niveau et d'anciens stagiaires du service. Ce sera également le cas, plus tard, de Jean-François LAMOUR, double champion olympique. Cette culture sportive commune facilite évidemment les contacts avec les entraîneurs des Shn de l'INSEP, d'autant plus que, comme c'était préconisé dans le rapport, les missions de ces médecins prévoient un temps de présence « sur le terrain », lors des entraînements, ce qui, en retour, amène les athlètes à fréquenter plus facilement le département médical. Par ailleurs la présence de nombre d'entre eux lors des compétitions nationales, internationales et des Jeux olympiques renforcent ces liens. Le chef du département médical de l'INSEP fera en effet toujours partie de la commission médicale du Comité national olympique et sportif français (CNOSF). Cela constitue un vrai tournant important dans l'histoire du positionnement du DM à l'INSEP.

Des désaccords entre le Pr RIEU et le Dr ANDRIVET au sujet de cette nouvelle organisation conduisent au départ de ce dernier et à l'arrivée du Dr Yves DEMARAIS, rhumatologue, en avril 1979. Le contexte interne demeure difficile, la direction de l'INSEP n'appréciant pas ces orientations imposées de l'extérieur et par le ministre. Elle ne favorise pas non plus la collaboration des autres départements de l'INSEP avec le DM.

Le Dr BARRAULT met néanmoins en place l'organisation du service articulée autour des trois pôles préconisés par le Pr RIEU (*cf. supra*). Il assure, de fait, la direction du département médical et sa gestion, tout en poursuivant une activité clinique auprès des sportifs.

L'arrêté du 22 juillet 1980, signé du ministre Jean-Pierre SOISSON, institue un « *Comité des experts* », créé à l'initiative du Pr Michel RIEU. C'est un groupe inter-universitaire, non limité à Paris V, composé d'une trentaine de spécialistes hospitalo-universitaires dans divers domaines de la médecine.

Il est constitué du Pr Sylvain BAUX, chef du service de chirurgie orthopédiste à l'hôpital Rothschild de Paris, du Dr BOEDA, président de l'Union nationale des médecins fédéraux, du Pr BROUSSIN, physiologiste au CHU de Bordeaux, du Dr Francisque COM-MANDRÉ, rhumatologue et président de la Société française de médecine du sport, du Dr CROCQ, médecin en chef à la DRET, psychiatre militaire, du Pr DELBARRE, chef du service rhumatologie à l'hôpital Cochin, du Pr FLANDROIS, chef du service de physiologie au CHU de Lyon, du Pr Jean GINET, physiologiste au CHU de Nantes, du Pr GUILLET, médecin du sport à l'hôpital Édouard Herriot à Lyon, du Dr Jean Noël HEULEU, rhumatologue à l'hôpital Cochin, du Pr JOB, chef du service de pédiatrie à l'hôpital Saint Vincent de Paul de Paris, du Pr Jacques KLEPPING, chef du service de physiologie au CHU de Dijon, du Dr Henri LAMENDIN, odontostomatologiste, institut de biologie à Orléans, de Mme LEVY LEBOYER, directrice de l'Institut de psychologie à Paris, du Pr MACABIES, professeur de physiologie au CHU Montpellier, du Pr MAGNIN, recteur du CHU de Strasbourg, du Dr Pierre MARCONNET, Prof EPS et physiologiste à Nice, du Dr MOLINIÉ, chef d'unité médicale à l'EIS de Fontainebleau, du Pr Hugues MONOD, chef du service de physiologie et d'ergonomie du travail au CHU Pitié-Salpêtrière, du Dr Henri PERIÉ, pédopsychiatre, chef du bureau médical au ministère des Sports, du Dr Pierre PESQUIES, physiologiste en métabolisme et endocrinologie au CERMA (armée de l'air), du Pr PORTOS, doyen de la faculté de médecine de Créteil, du Pr POSTEL, chef de service de chirurgie orthopédique à l'hôpital Cochin, du Dr Jacques RODINEAU, médecin MPR à la Pitié-Salpêtrière, du Pr Maurice TANCHE, professeur de physiologie au CHU de Grenoble, du Pr WITVOET, chef du service de chirurgie orthopédique à l'hôpital Saint Louis de Paris, de M. Gérard GAROFF, président de l'association des DTN, puis de M. Pierre GUICHARD, président de l'association des DTN, successeur de Gérard GAROFF.

Réunis périodiquement, ce comité des experts auquel les médecins présentaient les résultats de leurs actions et travaux, en particulier dans le domaine du suivi de l'entraînement, a beaucoup aidé le département médical par ses conseils et par le détachement de personnels (par exemple le Dr MARCONNET, de Nice), sans compter l'aide à la réalisation de recherches scientifiques en médecine du sport et le soutien à leur publication. Les résultats de ces recherches seront souvent présentés dans des congrès de médecine, les premières années, puis dans des congrès consacrés au sport, et publiés dans des revues spécialisées, par exemple : actes des congrès internationaux de médecine, du sport ; actualités en rééducation fonctionnelle ; Gazette médicale ; Science et sport ; Journal de traumatologie du sport, Kiné plus ; Médecin du sport ; Synoviales ; Cinésiologie ; etc. Le Dr JOUSSELLIN dispose d'une abondante bibliographie à cet égard).

Moyens : Ce sont les médecins et masseurs-kinésithérapeutes affectés à l'INSEP, contractuels, qui, au principal, effectuent ce suivi, chacun des médecins et MK contractuels ayant la responsabilité du suivi de plusieurs disciplines sportives. Ils peuvent bénéficier, en renfort, de médecins spécialistes du centre de santé, vacataires. Ce suivi médical de l'entraînement se fait en concertation avec les entraîneurs et les médecins fédéraux.

En 1978, l'effectif des sportifs permanents de l'INSEP est encore de l'ordre de 300.

La permanence médicale, confiée au Dr Alain SIMON, est assurée par des médecins contractuels de l'INSEP ; elle accueille les sportifs et les personnels de l'INSEP, sans rendez-vous de 7 h à 20 h 30 en semaine, de 8 h à 13 h le samedi, puis par une garde jusqu'au lundi matin par un roulement des médecins contractuels logés dans le bâtiment médical. Cette garde sera transformée en astreinte téléphonique à partir de 1992, au constat d'une présence moins importante des sportifs le week-end.

Le dispensaire agréé par la sécurité sociale, regroupe un grand nombre de médecins spécialistes, vacataires ; il est ouvert à tous sur rendez-vous. Le Dr Yves DEMARAIS, assistant en rhumatologie au CHU Paris-Cochin, en assure la responsabilité à partir de 1979 (il en avait créé un, antérieurement, au Racing Club de France). C'est sous l'impulsion du Dr DEMARAIS que ce dispensaire (appelé plus tard centre de santé) se développe réellement, sans porter pour autant préjudice aux Shn, le public extérieur étant accueilli pendant les heures d'entraînement ou de formation. Ce public était d'ailleurs et est encore largement composé de sportifs extérieurs et/ou d'anciens Shn.

Ce dispensaire inclut également un service de soins dentaires. Malheureusement, suite au décès de la personne titulaire du poste quelques années plus tard (accident de la route devant l'INSEP) et faute de remplacement, l'INSEP perdra son agrément et seul un service de prévention sera effectué, notamment à partir des panoramiques dentaires. Un nouveau service de soin sera mis en place près de 20 ans plus tard, en 1998 (*cf. infra*).

Surveillance médicale du sportif à l'INSEP : Le suivi médical des sportifs est assuré par des bilans de santé et l'organisation d'épreuves fonctionnelles. On l'appellera plus tard « surveillance médicale réglementaire » (SMR) ; le contenu de ces bilans se développera et se précisera au fil des ans, en fonction de matériels plus performants, mais demeurera pratiquement sur la même trame mise en place dès 1979.

Ces bilans sont en général effectués en début de saison sportive. Ils s'accompagnent d'un suivi sur le « terrain », grâce aux médecins et masseurs-kinésithérapeutes (MK) chargés d'accompagner chaque discipline disposant d'un centre d'entraînement à l'INSEP (que l'on appellera « pôles » à partir de 1995 - *cf. l'instruction n° 95-057 JS du 24 mars 1995*). Ce suivi médical est placé sous l'autorité du Dr Hervé STÉPHAN, puis du Dr MARCONNET. Il est destiné à optimiser l'entraînement.

Le Dr Jean-Pierre FOUILLOT, du CHU Cochin, aide le Dr Denys BARRAULT, notamment pour la mise en place de la salle d'efforts et pour l'institution du dossier MEDSPO. C'était le premier dossier médical informatisé du sportif. Les dossiers sont remplis sur place, à l'INSEP, lors des bilans et des consultations des sportifs, et les données sont entrées dans un gros ordinateur situé à Cochin, où il a été conçu. Tous les sportifs de l'EIS et de l'INSEP en ont bénéficié. C'était aussi une belle innovation. Le traitement informatique a permis de réaliser plusieurs thèses en médecine et plusieurs communications en congrès.

Missions : Dans le document de présentation de l'INSEP que Claude PINEAU élabore, publié en 1978, les pages relatives au département médical soulignent notamment les points suivants. L'objectif est d'assurer « *les meilleures conditions de vie au sportif de valeur soumis à un entraînement de haut niveau* ». Au plan médical, un intérêt soutenu doit être apporté à la « *diététique des athlètes* » et à leur « *conditionnement psychologique* » pour favoriser « *l'épanouissement de chacun* ».

« *Dès l'arrivée d'un athlète, un premier bilan est établi (psychologique, physiologique)* », ce qui permet ensuite de « *suivre périodiquement les réactions de cet athlète en fonction de l'entraînement qu'il subit, par des explorations fonctionnelles, tant en laboratoire que sur le terrain* ». Ce travail fait l'objet d'entretiens avec les entraîneurs afin qu'ils puissent adapter leur travail en conséquence.

On notera que ces bilans et l'examen « *des dossiers des sportifs sélectionnés par les fédérations doivent permettre l'établissement des caractéristiques essentielles des athlètes de haute performance* ». La détermination des « *éléments d'une détection systématique des talents* » est alors une préoccupation importante de l'Institut, et de sa mission de recherche (*cf. la fiche de repères historiques sur le [sport de haut niveau](#), p. 13 sq.*).

1979 Statuts des médecins : À la suite des propositions du Dr BARRAULT, tous les contrats et dispositions individuelles antérieures à 1979 sont annulés. Un nouveau type de contrat, identique pour tous les médecins, leur est proposé à partir de juillet 1978 (à l'occasion des renouvellements ou des nouveaux recrutements, des adaptations mineures leur seront parfois apportées).

Par rapport aux dispositions antérieures, ce contrat évoque davantage leurs fonctions (prévention, explorations fonctionnelles, hygiène, surveillance médicale des entraînements, participation à des travaux de documentation, d'expérimentation, de publication, d'enseignement, de recherche, etc.) et leurs astreintes (permanences d'infirmier et gardes), sans les préciser. Ces contrats peuvent être à temps plein ou à mi-temps, les horaires étant définis par le chef de département. Dans la pratique, pour un temps plein, il est demandé d'effectuer 30 heures de travail hebdomadaires, mais cela ne sera jamais mentionné explicitement dans ces contrats ou leurs avenants.

En matière de salaire, le contrat précise une rémunération annuelle de base fixée par référence à un indice brut. Le ministère chargé des Sports, toujours très dépendant de celui de l'Éducation nationale, y chercha cette référence, reprenant par commodité celle des médecins de santé scolaires, dont le statut avait été défini par le [décret n° 73-418 du 27 mars 1973](#) (JoRf n° 81 du jeudi 5 avril 1973, p. 3 872). Leur grille indiciaire comprenait cinq échelons sur 16 ans (Indice brut de 530 à 835 – 885 pour l'échelon exceptionnel ; indice nouveau majoré de 448 à 678). La progression entre échelon s'effectuait tous les trois ans, ou tous les trois ans et six mois pour les troisièmes et quatrièmes échelons, selon la grille indiciaire de référence. Le contrat était renouvelable par convention expresse.

Sans que n'en soit précisée la source, ni que figure un engagement sur la progression de carrière, c'est donc l'indice des médecins de santé scolaires qui est mentionné.

Il est néanmoins explicitement précisé que la rémunération est exclusive « *de toutes autres rémunérations publiques ou privées et notamment de la part du mouvement sportif* ». Quant aux publications ou conférences ayant rapport avec les fonctions exercées à l'INSEP, elles ne peuvent se faire « *sans l'autorisation préalable du ministre ou secrétaire d'État chargé de la Jeunesse et des Sports* ».

L'article relatif à la durée des congés fait référence au texte général en vigueur dans la fonction publique.

Ces contrats mis en place à cette époque présentaient quelques avantages par rapport à ceux établis antérieurement (contrats types pour tous, relative stabilité de l'emploi). Mais ils présentaient aussi un certain nombre d'inconvénients qui créeront de vraies difficultés pendant longtemps, notamment pour certaines clauses et la référence à la grille indiciaire des médecins de santé scolaire, provoquant un blocage systématique du contrôle financier du ministère, par erreur d'interprétation quant à leurs fonctions.

Une première adaptation, importante, avait pu être faite pour les médecins, à l'initiative du Dr Henri PERIÉ, celle de leur donner la capacité de prescrire, grâce à la création du dispensaire (centre de santé) agréé par la CPAM (*cf. supra*). Mais, même si les médecins étaient tous particulièrement motivés par le sport, comme les masseurs-kinésithérapeutes, les contrats n'étaient pas suffisamment attractifs en termes de rémunération pour attirer ou maintenir à l'INSEP des personnels du niveau de compétence dont l'Institut avait besoin, au regard de ses missions.

Faute de mieux, la direction de l'INSEP était donc amenée à moduler les conditions et/ou les durées de leur travail. Ainsi, outre leurs 30 jours de congé annuels, ils pouvaient consacrer 30 jours à accompagner des équipes de France dans des compétitions nationales, internationales et aux Jeux olympiques en étant rémunérés à ce titre. Par ailleurs, même si formellement c'était là aussi en contradiction avec les termes des contrats, leurs emplois du temps permettaient l'exercice d'une activité libérale à temps partiel pour la plupart d'entre eux.

À titre d'exemple, pour permettre cet exercice libéral, le service de kinésithérapie fonctionnait en deux équipes, l'une le matin, l'autre l'après-midi et le soir. Ces aménagements étaient indispensables pour maintenir ces professionnels à l'INSEP, leur contrat, à durée déterminée et faible au départ (2 ans), ne leur garantissant qu'un salaire proche du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) de l'époque, voire inférieure.

Certes, ces dispositions n'étaient pas d'une rigueur administrative exemplaire, mais le système fonctionnait à la satisfaction d'à peu près tout le monde, à commencer par les Shn et leurs fédérations qui disposaient ainsi d'un renfort appréciable et apprécié, et par les personnels eux-mêmes, ce qui confortait leur motivation.

Mais, autre conséquence moins intéressante, ces aménagements horaires diminuaient le temps de présence de ces personnels dans l'Institut, d'autant plus que pendant une période assez longue, l'effectif des Shn a augmenté significativement, en triplant quasiment sur 20 ans, passant d'environ 300 en 1975 à 980 en 1996. Ce n'est qu'après qu'elle décroîtra, en revenant à 510 (Shn inscrits dans 18 pôles) en 2019 (630 en 2010, 571 en 2017). Et il ne s'agit ici que des effectifs permanents des pôles de l'INSEP. D'autres Shn, s'entraînant ailleurs, ont toujours été accueillis au DM pour un suivi médical, souvent approfondi. Ils pouvaient constituer un effectif doublant largement celui des pôles. C'était le cas d'équipes de club qui profitaient d'un plateau technique qu'ils n'avaient pas : clubs professionnels de football (PSG, Matra Racing, Auxerre) et les équipes nationales de handball, volley, basket, rugby, course d'orientation, sport automobile, voile, golf, karaté, etc., avant leurs championnats d'Europe, du Monde ou des Jeux olympiques.

Ainsi certains pouvaient considérer que l'INSEP était en sous-effectif chronique de médecins et MK au regard des missions de l'Institut, malgré l'investissement conséquent des personnels (souvent au-delà de la nomenclature générale des actes professionnels, comme pour les MK, par exemple).

Cela amène également à relativiser les effectifs des personnels du DM indiqués dans de nombreux documents et rapports d'activité. L'effectif total en personnel est un effectif nominatif, et non pas un effectif en équivalent temps plein (ETP). Seuls les personnels administratifs et certains paramédicaux étaient à temps plein. Le nombre d'ETP était en général seulement un peu supérieur à la moitié de l'effectif nominatif total.

Ce système fonctionnera un certain temps, mais, pour diverses raisons (*cf. infra*), sera remis en cause dans le courant des années 2000.

Équipements : Commandé par le Dr Denys BARRAULT, un appareil isocinétique arrive des USA au département médical de l'INSEP. C'est le premier en France et en Europe. Il permet d'évaluer les capacités musculaires, les articulations et le ratio agonistes-antagonistes, ainsi que la dissymétrie de latéralité à vitesses constantes.

Cet appareil peut également être utilisé en prévention et en rééducation.

Toute la salle d'effort va rapidement être équipée de matériel neuf (tapis roulant, ergocycles, rameurs, analyseurs de gaz, analyseurs de lactates, enregistreurs cardiaques ambulatoires, etc.), permettant l'analyse de l'état physique des sportives et sportifs.

Cette évaluation des aptitudes physiologiques apporte à l'entraîneur et à l'athlète des indications objectives visant une optimisation du suivi de l'entraînement. Pour la majorité des entraîneurs et Shn, la nouveauté de ces approches comme les compétences en entraînement de l'équipe à plein temps, Marilyn STRADY (l'infirmière était championne de France de demi-fond) et Marie THOMAIDIS, laborantine, assistées des Drs Éric JOUSSELLIN et Robert HANDSCHUH, auront un impact positif sur l'adhésion au suivi de l'entraînement. Ainsi, les épreuves énergétiques en laboratoire et sur le terrain auront un succès très rapide et aideront à la reconnaissance de la qualité du DM auprès des pôles de l'INSEP, ainsi que, plus largement, aux niveaux national et international par les publications relatives à ce secteur et les échanges des équipes sportives en déplacements.

Kinésithérapie : Le Dr Denys BARRAULT recrute Marielle VOLONDAT au service de kinésithérapie en février 1979. Mme VOLONDAT est une ancienne sportive de haut niveau, plusieurs fois championne de France et sélectionnée internationale en plongeon. Elle fréquente l'INS depuis 1963, y est interne et obtient son diplôme de masseur-kinésithérapeute en 1972 à l'école de Saint-Maurice. Éluée associative, entraîneuse, puis juge, elle devient kinésithérapeute de la Fédération française de natation, avec le Dr Jean-Pierre CERVETTI, parallèlement à son travail en cabinet libéral.

Mme VOLONDAT est la première femme recrutée au service de kinésithérapie de l'INSEP (Mme Colette EUSTACHE-REVENU l'avait été à l'INS). Elle sera la seule pendant une quinzaine d'année. Elle exercera 37 ans à l'INSEP, jusqu'à son départ à la retraite en 2016. Elle sera également kinésithérapeute de la Fédération française d'escrime (à partir de 1981), puis du pentathlon moderne (à partir de 2003). Elle sera adjointe du chef du service de kinésithérapie à partir de 1995 et responsable de l'unité de récupération.

Diffusion des connaissances : Le Dr Yves DEMARAIS met en place des staff médico-chirurgicaux, organisés tous les mois ou deux mois, en général en soirée à partir de 21h et se terminant souvent après minuit, après les horaires de service, réunissant les médecins de l'INSEP avec des spécialistes extérieurs. On y traite des problèmes de santé complexes (le plus souvent en traumatologie) de certains sportifs en leur présence, de façon à leur proposer la meilleure prise en charge. La formule est originale, à l'époque, et son ouverture sur l'extérieur contribue au rayonnement de l'INSEP. Le Dr Didier ROUSSEAU s'investira également dans l'organisation de ces staff médico-chirurgicaux.

Des journées et soirées médicales sont proposées plusieurs fois par an aux médecins et kinésithérapeutes des fédérations et de la région sur la traumatologie et le suivi médical.

Surveillance médicale du sportif à l'INSEP : Après la mise en place, en 1979, d'une unité « épreuves d'effort » par le Dr Jean-Pierre FOUILLOT, devenu maître de conférence de physiologie à la faculté de médecine de Cochin – Port Royal, le DM de l'INSEP aura effectué, de 1979 à 1990, entre 600 et 800 épreuves d'effort annuelles auprès d'une quarantaine de fédérations sportives, plusieurs milliers de prélèvements d'acide lactique et d'enregistrement de fréquences cardiaques sur le terrain, sans doute la base de donnée la plus importante en France en ce domaine. Les résultats seront publiés en 1991 aux éditions de l'INSEP par Éric JOUSSELLIN et Patrick LEGROS (*Exploration du métabolisme énergétique chez le sportif de haut niveau*).

1980 Direction : Robert BOBIN, antérieurement chef du département du sport de haut niveau, a succédé à Claude PINEAU à la direction de l'INSEP depuis le 8 mai 1979. Robert BOBIN avait été recordman français du triple saut (1947-1951), plusieurs fois champions de France, huit fois international et avait participé aux Jeux olympiques de Londres en 1948. De 1959 à 1973, il fut directeur technique national de la Fédération française d'athlétisme (FFA), avant de rejoindre l'INSEP à sa création. De 1987 jusqu'à son décès, en 1994, il fut président de la FFA.

Du fait de son passé sportif et d'entraîneur, comme de son intérêt auquel il associa d'autres entraîneurs de la FFA (dont, notamment Robert VAUSSENAT et Jacky VERZIER) pour les travaux du laboratoire du Pr RIEU depuis 1976 (il fut lui aussi comme le Dr Henri PÉRIÉ, membre du jury de thèse de médecine du Dr Éric JOUSSELLIN), il contribuera à une certaine amélioration des relations entre l'Institut et son département médical.

Missions : Dans le document de présentation de l'Institut qu'il réalise, publié en 1980, les pages relatives au département médical rappellent que son « *objectif prioritaire est le maintien en bonne santé des sportifs de l'INSEP et des équipes nationales* ». Cela se construit, à chaque rentrée scolaire, à partir « *d'une visite médicale approfondie (qui permet de constituer ou de compléter un dossier comprenant un carnet de santé)* ».

Il est intéressant de noter que c'est apparemment la première fois qu'apparaît *la bonne santé du sportif comme objectif prioritaire* de l'INSEP, même si ce document n'a pas la valeur réglementaire d'un décret ou d'un arrêté. Cela sera repris ultérieurement dans nombre de documents de présentation du département médical, mais il faudra attendre une confirmation officielle dans l'article 1^{er} du [décret n° 2009-1454](#) du 25 novembre 2009, qui définira son nouveau statut d'établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel (EPSCP) et ses missions. Repris dans l'article R. 211-2 du code du sport, cet article 1^{er} du décret de 2009 mentionne que « *L'INSEP (...) contribue à la protection de la santé des sportifs et au respect de l'éthique sportive.* »

Une ambiguïté a en effet souvent régné dans le milieu sportif sur le rôle des médecins : étaient-ils au service de l'entraîneur pour obtenir des performances, ou auprès des sportifs pour préserver leur santé dans leur accomplissement au plus haut niveau ?

Ce document de présentation de l'INSEP de 1980 souligne également l'importance des liens du département médical (DM), en interne comme en externe : il est « *étroitement lié à toutes les activités de l'établissement. Il a de plus vocation d'unir tous les médecins qui œuvrent auprès des sportifs (médecins fédéraux, médecins des équipes de France, essentiellement), et d'être un lien entre les sportifs de haut niveau (Shn) et l'université des sciences de la santé* ».

Il insiste sur l'importance des activités communes avec l'université et les hôpitaux.

L'hôpital Bégin, hôpital d'instruction des armées, ainsi que l'hôpital Rothschild, proches de l'INSEP, accueillent les urgences chirurgicales et médicales. Des correspondants du DM, chirurgiens et médecins d'autres hôpitaux parisiens, peuvent recevoir les Shn dans des délais très brefs et les suivre avec les médecins de l'Institut. Plusieurs « *laboratoires de recherche universitaires apportent leurs connaissances et leur concours* » au DM, notamment les laboratoires de physiologie des hôpitaux Cochin et Necker (avec le Pr SACHS et le Dr ZAZZO), et d'autres laboratoires parisiens ou provinciaux.

Ce document indique l'organisation mensuelles de « *réunions médico-chirurgicales* » « *faisant de l'INSEP un centre de réflexion scientifique de haut niveau dans un domaine jusque-là insuffisamment exploré en France* », où sont invités une vingtaine de chirurgiens et médecins correspondants, à qui sont soumises les pathologies complexes de quelques sportifs.

Il évoque l'importance du « *Comité des experts* » constitué, à l'initiative du Pr Michel RIEU (*cf. supra*).

Moyens : L'organigramme interne de l'Institut de 1980 indique la composition du département médical, coordonné par le Pr Michel RIEU : les Drs Denys BARRAULT, Yves DEMARAI, Pierre DUMAS (issu de l'ENSEPS), Alain SIMON, Hervé STÉPHAN. Jacques LECLERCQ, issu de l'INS, avait quitté son poste lors de son départ à la retraite, en 1979 (ce poste servit de support au recrutement d'Éric JOUSSELLIN).

Le Dr Christian DIBIE (déjà évoqué précédemment, *cf.* 1974, *infra*) demeure dans l'équipe du DM et y crée, en 1980, le premier service d'imagerie médicale. Avec le Dr Éric JOUSSELLIN, Christian DIBIE est un des médecins dont la longévité dans l'Institut fut l'une des plus longues. Reçu au concours de santé des armées en 1964, il commence ses études de médecine au CHU Saint-Antoine de Paris en 1965. Il est surveillant à l'INS à partir de 1969, pendant ses études de médecine. Il obtient le CES de biologie et médecine du sport en 1975 et soutient sa thèse en 1976. Il se spécialise ensuite en radiologie et obtient son CES en 1980. À partir de 1974, il devient médecin contractuel à l'INSEP. Il y poursuivra ses activités jusqu'à 2017. Il eut également en parallèle une activité de médecin radiologue libéral dans le département de l'Essonne, de 1983 à 2017.

Il écrivit ou participa à la publication de nombreux ouvrages ou articles médicaux, à l'INSEP ou dans le monde médical, intervint dans de nombreuses conférences et congrès, comme dans les formations en médecine et kinésithérapie du sport, en matière d'imagerie en traumatologie du sport.

En 1980, l'effectif du département médical atteint près de 70 personnes au total (soit environ 40 équivalents temps plein), dont 30 médecins (10 contractuels) et 15 kinésithérapeutes (10 contractuels).

Diffusion des connaissances : À partir du début des années 1980, le Dr Denys BARRAULT organise, sous l'égide du Pr RIEU, les journées de bioénergétique musculaire qui, pendant 10 ans, réuniront de nombreux et fidèles scientifiques de réputation internationale, tel le belge Jacques POORTMANS, les français Pierre PESQUIÈS et Yannick GUEZENNEC, les italiens Paolo CERRETELLI et Pietro di PRAMPERO, le norvégien Lars HERMANSEN, le suisse Hans HOPPELER, etc.

Ces séminaires réuniront plusieurs centaines d'auditeurs. Interviendront également le Pr Hans HOWALD de Macolin (Institut Suisse consacré notamment au SHN) ainsi que les médecins français, le Pr Alain FREMINET, le Dr Jean-Pierre FOUILLOT, le Dr Alain DUVALLET, le Dr Robert HANDSCHUH, le Dr Éric JOUSSELLIN, le Pr Claude GALLIEN, etc. Les actes de ces séminaires sont imprimés et diffusés par la revue EPS (<https://www.revues-eps.com/>), revue de référence pour de nombreuses publications relatives à la médecine du sport et ses relations avec l'éducation physique et sportive (EPS).

De son côté, le Dr Yves DEMARAIS met en place les journées scientifiques de l'INSEP, organisées une fois par an, largement ouvertes sur l'extérieur, accueillant des médecins de renom dans de nombreuses spécialités. Elles permettent communications et échanges, souvent suivies de publications dans les revues médicales. Ces journées scientifiques seront, un moment, construites en partenariat avec les journées organisées par l'hôpital Bichat.

Le DM devient peu à peu la référence nationale en matière de médecine du sport, accueillant tous les médecins et masseurs-kinésithérapeutes des équipes nationales, ayant un pôle ou non à l'INSEP (football, rugby, hand-ball, voile, auto, moto, course d'orientation, golf, hockey, hockey sur glace, karaté, patinage sur glace, roller, ski, trampoline, triathlon, etc.), qui profitent ainsi pour leurs équipes du plateau technique de l'Institut.

Le DM attire également de nombreux étrangers en stage ou en visite, et son organisation inspire de plusieurs pays, grâce aux relations institutionnelles ou personnelles des médecins (Australie, Grande-Bretagne, USA, Canada, pays de la francophonie, etc.).

C'est aussi à partir du début des années 1980 que le DM de l'INSEP devient lieu de stage et de formation pour les médecins en cours de spécialisation dans le cadre du CES de biologie et médecine du sport, le Dr BARRAULT étant référent pour la physiologie, le Dr DEMARAIS pour la traumatologie (il fut élu quelques années plus tard président de la Société française de traumatologie du sport).

1983 Kinésithérapie : Marielle VOLONDAT et Marc SAUNIER, MK à l'INSEP, créent l'association des kinésithérapeutes des équipes de France.

1984 Contexte législatif : La loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 (dite loi AVICE) relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives (JoRf n° 165 du dimanche 15 au mardi 17 juillet 1984, p. 2 288) traite du sport de haut niveau dans son chapitre V, article 26. Elle évoque, au plan général, la surveillance médicale dans son chapitre VIII. Le Dr Denys BARRAULT, parmi d'autres, a été associé à sa préparation pour les aspects de médecine du sport.

Son chapitre VII, art. 34, prévoit la création d'un Comité national de la recherche et de la technologie en activités physiques et sportives, dont la composition et le fonctionnement seront à fixer par décret. Sa mission est de promouvoir la recherche fondamentale et appliquée dans ces domaines.

L'INSEP est mentionné dans l'article 46 de cette loi, comme un élément (le premier cité) du « *service public de formation* », notion nouvelle formulée ainsi de manière législative. Les missions de ce service public comprennent notamment :

- La préparation et la formation des sportifs de haut niveau (Shn).
- La recherche et la diffusion des connaissances dans le domaine des APS.
- Le suivi médical et paramédical des sportifs et le développement de la médecine du sport.

1985 Équipement : Un premier appareil d'échographie est installé à l'INSEP, au sein du service d'imagerie médicale piloté par le Dr Christian DIBIE.

Orientations : Le Pr Michel RIEU, rend son rapport final de mission et estime son rôle achevé. Cependant, il continuera à s'intéresser de près à l'INSEP en étant membre de son conseil d'administration jusque dans le courant des années 2000.

1986 Direction : Suite à ce retrait, la convention entre le ministère chargé des Sports et l'université Paris V, datant de huit ans, devient de fait caduque. Les protagonistes ont changé, le climat s'est apaisé.

L'université Paris V ne souhaite plus reconnaître la bi-appartenance du Dr BARRAULT concrétisée par deux contrats à temps partiel.

Le directeur de l'INSEP de l'époque, Claude BOUQUIN, nommé le 16 mai 1983, réussit à faire créer un quatrième poste budgétaire de chef de département, pour l'attribuer au Dr BARRAULT, devenant ainsi le premier médecin chef du département médical de l'INSEP. Claude BOUQUIN, antérieurement conseiller technique au cabinet d'Edwige AVICE et à ce titre l'un des principaux rédacteurs de la loi du 16 juillet 1984, avait rencontré le Dr BARRAULT lors de sa préparation et pu l'apprécier.

En 1986, le climat conflictuel lié à la création de l'INSEP 10 ans plus tôt s'est globalement apaisé, mais quelques tensions demeurent avec certaines personnes ou organismes, dont, en interne, la mission recherche.

1987 Contexte législatif : Christian BERGELIN, secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargé de la Jeunesse et des Sports, signe le [décret n° 87-473 du 1er juillet 1987](#) (JoRf n° 151 du jeudi 2 juillet 1987, p. 7 207) relatif à la surveillance médicale des activités physiques et sportives qui abroge partiellement celui du 27 mai 1977, promulgué dix ans plus tôt.

Surveillance médicale du sportif : Il prévoit, dans son titre III une surveillance médicale spécifique à certaines catégories de sportifs, dont les sportifs de haut niveau. Son art. 6 indique que les fédérations sportives concernées « *assurent l'organisation de la surveillance médicale particulière* » de ces sportifs et qu'elles « *déterminent la nature des examens médicaux et leur fréquence, qui est au minimum de trois examens pendant la saison sportive* ».

1988 Contexte universitaire : Le CES de biologie et médecine du sport est supprimé le 29 avril 1988. Une capacité de médecine du sport est créée. À partir de cette date, l'enseignement de la capacité est assuré par Paris V à l'hôpital Cochin pendant deux semaines, puis deux semaines au département médical de l'INSEP. Cela permet de consacrer toutes les fins d'après-midi, de 17 à 20 h, à des visites (le plus souvent accompagnées par le Dr Éric JOUSSELLIN ou Alain BRÉMARD) sur les terrains de l'Institut. Le même principe sera adopté pour le diplôme universitaire de kinésithérapie du sport pendant quatre semaines de formation à l'INSEP. Ces visites offrent un « plus » qualitatif aux enseignements purement universitaires des autres facultés (*cf. infra*).

1989 Éthique – prévention et répression du dopage : La [loi n° 89-432 du 28 juin 1989](#) relative à la prévention et à la répression de l'usage des produits dopants à l'occasion des compétitions et manifestations sportives est signée de Roger BAMBUCK, secrétaire d'État chargé de la Jeunesse et des Sports. Elle abroge celle du 1^{er} juin 1965, qui était une loi pénale, d'usage difficile ; son champ devient plus large ; elle est plus pratique, davantage applicable et ne se limite pas aux mesures de répression.

Elle évoque, dans son titre I, les mesures de prévention à développer. Son titre II institue une commission nationale de lutte contre le dopage (qui sera confiée au professeur Jean-Paul ESCANDE). Le titre III détaille les mesures de contrôle.

Cette loi constitue le vrai départ de la politique ministérielle en la matière. Elle prend en compte le sportif et s'inscrit dans une perspective humaniste (notamment, les risques pour la santé). Elle introduit la notion de justification thérapeutique. La définition du dopage n'est plus limitée à l'usage de substances mais étendue aux procédés destinés non seulement à améliorer la performance mais aussi à la modifier.

En 1989, le laboratoire national de détection du dopage (LNDD), créé en 1966, devient un groupement d'intérêt public (GIP) sous l'égide du Conseil national de lutte contre le dopage (CNLD).

Douze médecins seront nommés experts au LNDD. Dès son origine, l'INSEP y sera représenté par le chef de son département médical, ce qui sera conservé dans les diverses structures ayant succédé au LNDD, le CPLD et l'AFLD.

Direction : Issu du service de physiologie de l'hôpital Cochin, le Dr Éric JOUSSELLIN a été recruté à l'INSEP depuis décembre 1978 sur un contrat précaire en qualité de spécialiste de médecine du sport (*placé sous l'autorité du professeur Michel RIEU, chargé de mission*). Il obtient un nouveau contrat, davantage satisfaisant, le 1^{er} avril 1979 (sur le poste libéré par Jacques LECLERCQ, parti à la retraite). Il est nommé chef du département médical à compter du 1^{er} octobre 1989, sur proposition de son prédécesseur, le Dr Denys BARRAULT, souhaitant pour sa part créer à l'extérieur de l'INSEP un cabinet libéral de médecine du sport. Le Dr JOUSSELLIN occupera cette fonction jusqu'à son départ à la retraite, le 30 septembre 2012, à l'issue des Jeux olympiques de Londres. Une de ses premières actions sera de renouer les liens avec la mission recherche de l'Institut.

Connaissant l'INSEP en tant qu'athlète depuis 1967 (spécialiste du 400 m), puis entraîneur d'athlétisme, Éric JOUSSELLIN connaîtra la vie de l'Institut pendant 45 ans, dont 33 en tant que professionnel, sans doute la plus grande longévité au DM.

Éléments financiers : Les recettes du DM s'élèvent globalement à 1 190 627 F (181 510 €) en 1989.

1990 Kinésithérapie : Le Dr Yves DEMARAIS, responsable du centre de santé, recrute Jean JUSSERAND, masseur-kinésithérapeute réputé, pour assurer, avec Alain BRÉMARD (recruté en 1968 ; *cf. infra*) la co-responsabilité du service de kinésithérapie. Jean JUSSERAND devait exercer cette fonction jusqu'à son départ à la retraite, prévu en 2001. Malheureusement il décèdera de maladie 6 mois avant.

1991 Équipe médicale : L'équipe des médecins contractuels de l'INSEP était composée de la manière suivante au 31 décembre 1991 (avec date de recrutement, temps plein – TP – ou mi-temps – MT, soit 8 ou 4 demi-journées de présence, sauf exception) :

Philippe ARTIGALA (1/11/1989 – TP), Yves DEMARAIS (1/01/1979 – TP), Françoise FRAISSE (15/09/1982 – TP), Robert HANDSCHUH (1/08/1979 – TP) , Christian PALIERNE (1/01/1991 – TP ; vacataire depuis septembre 1986 ; contrat d'assistant médecin au 1^{er} décembre 1989), Luc BAGGIO (1/09/1979 – MT), Jean-Claude CHIGNON (1/01/1963 – MT) , Bernard DESNUS (15/01/1983 – MT), Christian DIBIE (1/02/1979 – MT), Philippe LEVAN (1/09/1990 – MT), Jean MERAT (28/01/1978 – MT), Annie PEY-TAVIN (1/01/1987 – MT), Dominique POUX (1/01/1980 – MT), Didier ROUSSEAU (1/10/1982 – MT), Hubert TISAL (16/05/1983 – MT).

1992 Conditions de travail : Pas plus que celle des masseurs-kinésithérapeutes, la situation des médecins contractuels de l'INSEP n'est jugée satisfaisante, à l'usage (cf. 1979). L'administration centrale du ministère et/ou le contrôle financier semblent toujours les assimiler administrativement à des médecins de santé scolaire alors que leurs tâches sont très différentes et plus lourdes. Pour les médecins à temps plein, il leur est demandé d'effectuer huit demi-journées de présence et un roulement pour les permanences du week-end (compensé ensuite par une demi-journée en moins). La rémunération n'est pas attractive. C'est essentiellement sur la base de leur motivation et de leur intérêt pour la médecine du sport et le sport de haut niveau que la réforme initiée par le Pr RIEU a permis de recruter des médecins de valeur, le plus souvent des jeunes.

Aussi, c'est surtout à partir de 1992, dans un contexte de bases réglementaires assez floues et discutables que plusieurs directeurs successifs de l'INSEP tentent de clarifier et d'améliorer la situation, notamment avec l'aide des Drs JOUSSELLIN, PALIERNE, FREY et des masseurs-kinésithérapeutes BRÉMARD, FERREY et VOLONDAT (cf. *infra*).

On notera que l'administration centrale, ayant relevé des anomalies dans l'application de ces contrats de travail, avait décidé de geler les évolutions indiciaires à partir de 1989, sans en prévenir les intéressés... Ceux-ci découvrent cette mesure en 1992, à l'échéance de leur changement indiciaire.

Cela génère un certain émoi et la direction de l'INSEP réagit. La lettre du directeur de l'INSEP, Jacques DONZEL, au directeur des sports, du 6 juillet 1992, pose le problème au plan général et considère qu'à défaut d'un dispositif statutaire particulier, long à obtenir, « *il est indispensable de faire évoluer la situation actuelle en débloquent un système contractuel qui pourrait représenter une formule transitoire acceptable s'il est abordé avec réalisme et souplesse* ». Il suggère notamment l'application des dispositions du décret-loi du 29 octobre 1936 relatif aux cumuls de rémunération, et sa référence en substitution de la clause du contrat en vigueur depuis 1978 interdisant « *tout cumul de rémunération publique ou privée et notamment de la part du mouvement sportif* ».

On notera que le Conseil national de l'ordre des médecins, dans une lettre du 10 août 1992 adressée au ministère des Sports, critiquait les clauses de ces contrats, notamment celle relative au cumul de rémunérations, en s'appuyant notamment sur un jugement du Conseil d'État.

Jacques DONZEL demande l'organisation d'une réunion regroupant les directions chargées des sports et de l'administration, ainsi que le contrôle financier, pour débloquent la situation, notamment sur ce point.

En septembre 1992, un nouveau modèle de contrat est proposé, soumettant à l'avis du directeur (et non plus du ministre) toute communication, article ou conférence ayant un rapport avec l'activité professionnelle du médecin (cf. art. 3) et envisage des autorisations de cumul de rémunération en application du décret-loi de 1936 (cf. art. 5). La durée du contrat passe à trois ans (cf. art. 8).

Cela se concrétise en 1993, avec un contrat d'objectif et un avenant régularisant la situation indiciaire. Toutefois, des personnels disposant d'un contrat à durée indéterminée depuis 1986 ne signent pas ce nouveau contrat, transformant leur CDI en CDD... Leur situation reste figée à celle définie antérieurement, y compris au plan indiciaire.

À cette époque, l'effectif de Shn permanents à l'INSEP est de l'ordre de 700, complété par environ 800 autres Shn, suivis également au DM.

Kinésithérapie : Jean-François LAMOUR, futur ministre chargé des Sports (de mai 2002 à mai 2007) et ancien champion d'escrime, au sabre (dont deux médailles d'or aux Jeux olympiques et un titre de champion du monde), fréquenta l'INSEP à partir du début des années 1980. Il y poursuivit, entre autres, des études de kinésithérapie. Il eut comme responsable de stage Marielle VOLONDAT. Jean-François LAMOUR travailla à mi-temps au DM jusqu'aux Jeux olympiques d'été de Barcelone, en 1992, puis à temps plein avant de devenir conseiller technique de Jacques CHIRAC à la mairie de Paris, en 1993, puis à la présidence de la République, en 1995.

Devenu ministre, il fut à l'initiative d'un très vaste plan de rénovation de l'INSEP dans le cadre d'un partenariat public-privé (PPP). Il soutint intégralement les propositions de renouvellement du plateau technique du DM, qu'il avait demandé au Dr Éric JOUSSELLIN (*cf. infra* : 2009).

1993 Kinésithérapie : Un diplôme universitaire (DU) de kinésithérapie du sport est créé en 1993, en liaison avec l'université René Descartes – Paris V.

1994 Organisation : Jean-Robert FILLIARD, professeur d'EPS titulaire du diplôme de l'INSEP, chargé de mission à la recherche depuis 1981, est nommé adjoint administratif et financier au chef du département médical, le Dr Éric JOUSSELLIN. C'est une création de poste, une fonction nouvelle répondant à un besoin constaté dans l'organisation du département et la gestion du centre de santé. Il occupera cette fonction jusqu'à son départ à la retraite, en 2021. Il connaîtra, lui aussi, la vie de l'Institut pendant longtemps, 40 ans, dont 27 au DM.

1995 Statuts des médecins et kinésithérapeutes : Après une lutte opiniâtre pour améliorer leur situation statutaire menée depuis de nombreuses années par plusieurs kinésithérapeutes de l'INSEP autour d'Alain BRÉMARD, l'administration leur propose la grille indiciaire des anciens combattants de la Fondation des Invalides (mais ces derniers font pression pour que leurs nouveaux collègues de l'INSEP ne bénéficient pas de progression de carrière...). Un concours est proposé en vue de leur titularisation avec un contrat à durée indéterminée. Seuls Alain BRÉMARD, Gilles OMNÈS et Marielle VOLONDAT s'y présentent et sont reçus.

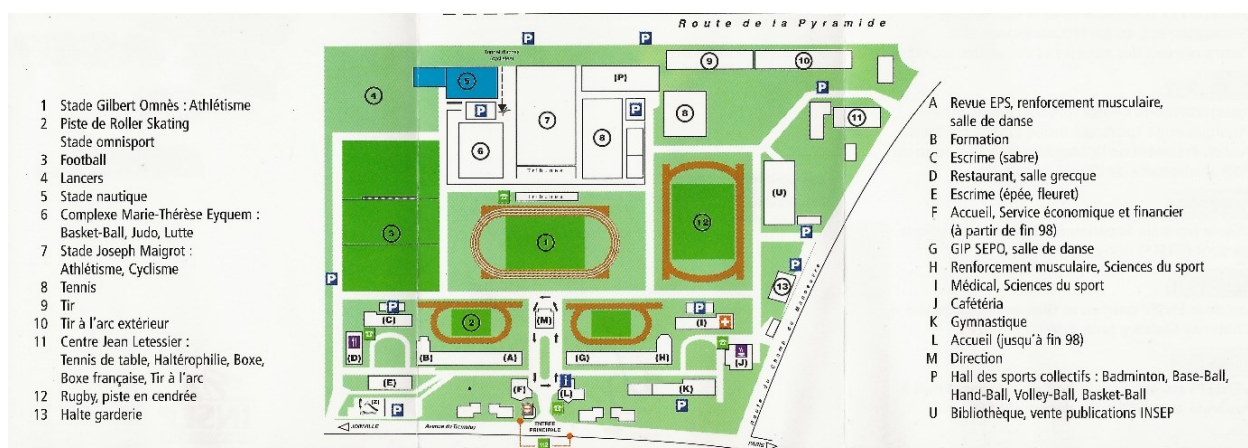
S'agissant des médecins, des confusions ou diversités de traitement demeurent : deux médecins de CREPS (Aix-en-Provence et Toulouse), qui avaient des CDI depuis 1986 et une situation indiciaire bloquée négocient et signent individuellement un avenant, améliorant pour l'un d'entre eux sa situation indiciaire, sous forme de rattrapage.

Il sera donc nécessaire de reprendre globalement ce dossier (*cf. infra*, 1999).

1996 Diffusion des connaissances : À l'initiative du Dr Yves DEMARAIS, en liaison avec *Les entretiens de l'INSEP*, organisés par Henri HÉLAL, le DM et le département de la recherche, notamment, l'INSEP réunit les plus éminents spécialistes, médecins, physiologistes, nutritionnistes, kinésithérapeutes, etc., pour faire le point sur les techniques et les moyens de récupération, facteur central de la performance sportive.

Cette initiative a fait l'objet d'une publication : [Les cahiers de l'INSEP n° 14-15](#)).

1997 Plan général de l'INSEP en 1997 :



Le département médical aura successivement occupé des locaux dans une aile du RdC du bâtiment B (en 1947), puis au I (partiellement), à partir de 1975. La rénovation profonde de 2006 le conduira au bâtiment H, fin 2008, le service de kinésithérapie étant installé au bâtiment G, mitoyen.

1998 Aide à la performance : Dans un but de meilleure coordination interne, au bénéfice des Shn, se mettent en place des équipes d'aide et de conseils (EAC) au début de l'année 1998. Elles sont transversales. Elles rassemblent des compétences de l'INSEP des différents départements et services concernés, des entraîneurs, voire des partenaires extérieurs. Comme leur nom l'indiquent, elles ont pour mission d'apporter aide et conseils aux entraîneurs et athlètes.

L'animation de ces équipes, pluridisciplinaires, est confiée, selon le cas, à un cadre de tel ou tel département (médical, sciences du sport, sport de haut niveau). Sont ainsi créées progressivement des EAC sur les thèmes suivants :

- Nutrition et diététique
- Évaluation bioénergétique
- Vision et performance
- Préparation mentale et accompagnement psychologique
- Renforcement musculaire
- Récupération.

Recherche : Jean-Robert FILLARD soutient une thèse de doctorat en sciences du sport à l'université de Paris X, sous la direction du Pr Raymond THOMAS, sur le thème « Contribution à la modélisation de la croissance des sujets très grands : validité d'un indice d'âge statural, en relation avec des épreuves d'efficiency motrice ».

Communication : L'unité des productions audiovisuelles (UPA) de l'INSEP réalise un document de présentation de l'INSEP accessible sur YouTube par le lien suivant : <https://youtu.be/MkG48r6Nf6E>

1999 Organisation : Il est créé en novembre 1999 une fonction d'adjoint au chef du département médical, chargé notamment du secteur « *Suivi médical de l'entraînement* », en l'occurrence la surveillance médicale réglementaire (SMR) des Shn. Le Dr Éric JOUSSELLIN confie cette mission au Dr Christian PALIERNE, qui l'exercera durant 14 ans, jusqu'en juin 2013. Il poursuivra ensuite sa carrière à l'INSEP jusqu'à son départ à la retraite en 2021, s'occupant toujours, notamment, de la SMR.

Le Dr PALIERNE a beaucoup pratiqué le tennis de table et est rapidement devenu entraîneur (brevets fédéraux, puis BEES 1^{er} en 1980 et 2^{ème} degré en 1984). Il deviendra médecin fédéral, puis président de la Fédération française de tennis de table de décembre 2011 à décembre 2020.

Très intéressé au cours de ses études médicales par la physiologie, il obtient le CES de médecine du sport en 1984, soutient sa thèse en 1985, obtient en 1986 un diplôme en traumatologie du sport avec le professeur Gérard SAILLANT (qui fut chef du service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU la Pitié-Salpêtrière et conseiller technique du ministre chargé des Sports).

Le cursus pratique de ce diplôme l'amène à assister à des consultations de traumatologie à l'INSEP, où il est recruté d'abord comme vacataire, en septembre 1986, puis médecin contractuel à mi-temps en 1989, et à temps plein en 1991. Il obtient un diplôme universitaire (DU) de médecine manuelle et vertébrothérapie en 1993, auprès du Dr MAIGNE, et un DU de médecine de montagne en 1998, auprès du Pr RICHALET.

Il suivra notamment, au plan médical, les Shn du pôle aviron de l'INSEP.

Éthique – prévention et répression du dopage : La [loi n° 99-223 du 23 mars 1999](#) (JoRf n° 70, du 24 mars 1999) relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage, (signée de Marie-George BUFFET) abroge l'article 35 de la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 et la complète, ainsi que la loi n° 89-432 du 28 juin 1989 (signée de Roger BAMBUCK).

Jean POCZOBUT, ancien DTN (de 1978 à 1984) puis président de la Fédération française d'athlétisme (de 1993 à 1997), successeur de Robert BOBIN à ce poste, était alors conseiller technique au cabinet de Marie-George BUFFET (de 1997 à 1999). Il contribua à la préparation de cette loi.

Elle reprend globalement les dispositions du décret du 1^{er} juillet 1987 en matière de surveillance médicale et détaille de manière très précise ses conditions d'application (*cf. infra*), les moyens de prévention et de lutte contre le dopage, les modalités de contrôle et les sanctions envisageables.

Elle crée le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD), autorité administrative indépendante.

Le contexte médiatique de l'époque (un Tour de France cycliste de 1998 entaché de nombreux problèmes de dopage) a pour conséquence que cette loi y ajoute un certain nombre de dispositions relatives à la protection de la santé et la lutte contre le dopage.

Elle ne sera pas sans poser quelques problèmes éthiques aux médecins, à qui elle impose « *de signaler les signes de dopage repérés lors d'examens cliniques a priori confidentiels, qui plus est basés sur la relation médecin/patient, médecin/sportif. C'était relativement gênant pour les relations entre le médecin et le sportif* » (*in* l'article du Dr Christian PALIERNE – 2008 – *cf. bibliographie infra*). Certes, les articles 7 et 8 de la loi précisent que ce signalement aux antennes médicales créées par les ministères chargés de la santé et des sports est couvert par le secret médical, mais cela peut rendre délicate la relation entre le médecin et le sportif. Les médecins des équipes de France, réunis avant la promulgation de la loi, avaient signalé ce problème à Jean POCZOBUT. Le respect du secret médical a toujours été le souci du DM de l'INSEP, malgré, parfois, quelques pressions extérieures.

Un programme de recherche relatif à la détection de l'érythropoïétine (EPO) sera alors mis en place. Il associe le comité international olympique (CIO), le LNDD (dirigé alors par le Pr Jacques de CEAURRIZ), le laboratoire de lutte contre le dopage de Sydney et l'INSEP. Il sera mis en œuvre avec la participation d'une centaine de Shn de l'Institut (dont des champions du monde et des champions olympiques). Une mission d'un mois au Kenya de Claire-Marie GUILLEMOT, infirmière de l'INSEP, permettra de compléter cette recherche. Elle aboutira à la validation du test du LNDD par Françoise LASNE et le Pr Jacques de CEAURRIZ. Ce test, complété par celui du laboratoire australien, sera utilisé lors des Jeux olympiques de Sydney, en 2000.

Surveillance médicale du sportif en 1999 : Le [décret n° 87-473 du 1er juillet 1987](#) (cf. *supra*) avait imposé « au minimum de trois examens pendant la saison sportive » pour les Shn. La [loi n° 99-223 du 23 mars 1999](#) (cf. *supra*) est plus contraignante et plus précise.

Le bilan minimal effectué pour chaque sportif de l'INSEP est le suivant :

- Recueil des antécédents médicaux
- Bilan biométrique et anthropométrique
- Dépistage dynamique des troubles de la vue et bilan ophtalmologique
- Dépistage des troubles de l'audition et bilan ORL
- Podoscopie électronique statique et dynamique ; posturographie
- Panoramique dentaire et bilan stomatologique
- Électrocardiogramme et bilan cardiologique
- Bilan de l'appareil locomoteur
- Bilan nutritionnel
- Bilan sur le sommeil par questionnaire
- Mise à jour des vaccinations
- Examen clinique
- Remise de documents d'information au sportif sur sa santé : nutrition, SIDA, vaccination, tabac, drogue ; et de documents spécifiques pour la préparation des compétitions (décalage horaire, acclimatation, etc.)

Des examens complémentaires peuvent être réalisés sur demande du médecin du pôle d'entraînement fédéral correspondant : radiographie, échographie musculaire, force musculaire isocinétique, métabolisme énergétique par épreuves d'effort et tests de terrain, épreuves fonctionnelles respiratoires, bilan gynécologique, biologie, etc.

Le Dr Christian PALIERNE assure depuis novembre 1999 (cf. *supra*), la responsabilité de la mise en œuvre de ces bilans de santé à l'INSEP, avec l'aide, en 1999, des Drs Jean-Claude GUISE, Françoise FRAISSE, Georges CHALLE, Bernard DESNUS, Philippe LE VAN, Jean-Louis LLOUQUET, Dominique POUX, Didier ROUSSEAU, Hubert TISAL, Jean-Marc-VALLIER, Jean-Yves VANDENSTEENE, etc.

Ils sont assistés d'infirmières : Sylvie GÉRAUDIE-GENTIL, Claire-Marie GUILLEMOT, Pascale CHARLOT.

La présence d'une pédiatre dans l'équipe permet de prendre en compte les spécificités de l'entraînement précoce et intensif chez les jeunes adolescents en pôles France. De même, depuis 1990, la gynécologue accompagne les sportives Shn dans leur contraception, leur grossesse et la reprise de l'entraînement après accouchement. Autant de spécificités très spécifiques pour protéger la santé de l'élite.

Les infirmières veillent à expliquer à chaque Shn les finalités de chaque examen, dans leur intérêt, afin d'optimiser leur participation. L'ensemble du bilan donne lieu à un compte-rendu précis, discuté avec l'athlète. Avec son accord, entraîneur et médecin peuvent être mis en relation pour adapter au mieux l'entraînement. Une attention particulière est apportée aux mineurs.

Équipement : Début 1999, en complément des matériels de récupération déjà acquis par le département médical, un centre d'hydro-récupération est ouvert, près du centre nautique. Il comprend notamment des douches multi jets, des lances et arroseurs à pression, des baignoires individuelles et un jacuzzi. Un espace de relaxation est également en cours de réalisation. L'utilisation de ce centre est réservée aux Shn classés élite ou préparant les JO, à la demande du coordonnateur du pôle concerné et en liaison avec l'équipe d'aide et de conseil (EAC, cf. supra). La création de ce centre est le résultat d'un travail mené en concertation entre le DM, le service des travaux et installations sportives (STIS) dirigé par Camille LECOMTE et le département du sportif de haut niveau (DSHN) dirigé par Caroline CARPENTIER, au titre duquel Yves FRAISSE apporte sa contribution.

Le département médical en quelques chiffres, en 1999 :

- 43 médecins, dont 11 affectés sous contrat à l'INSEP et 32 vacataires spécialistes ;
- 20 kinésithérapeutes, 10 sous contrat et 10 vacataires ;
- 4 infirmières ;
- 13 personnels administratifs et techniques ;
- de nombreux stagiaires, médecins, kinésithérapeutes, infirmières, diététiciennes, etc.

soit 80 personnes, hormis les stagiaires, pour un peu plus de 40 équivalents temps pleins (ETP).

L'organisation du département médical, en 1999 :

Le centre de santé regroupe une vingtaine de spécialités dont, notamment, la rhumatologie, la cardiologie, la physiologie, la biologie, la radiologie, la pédiatrie, l'endocrinologie, la diététique et la nutrition, l'ophtalmologie, la podologie, l'oto-rhino laryngologie, l'odontologie (installée en 1998), la rééducation, la psychiatrie, la gynécologie, la mésothérapie, l'acupuncture, l'homéopathie, la médecine du travail, etc. Il réalise annuellement 12 000 consultations ; les kinésithérapeutes effectuent 15 000 actes dans le cadre de la prévention, de la rééducation fonctionnelle et de la podologie.

Le Dr Yves DEMARAIS, son responsable, dont la réputation de rhumatologue est devenue internationale, précisait que « *Le centre de santé complète, par ses consultations spécifiques, l'accueil général des patients de la permanence et représente le plateau technique pour les médecins correspondants des équipes nationales et des fédérations* ».

Le département, toujours installé au bâtiment I depuis 1975, s'étend sur 2 000 m² et quatre niveaux. Il reçoit quotidiennement entre 200 et 300 sportifs (l'effectif de sportifs permanents à l'INSEP est passé de 300 à près de 1 000 en moins de 20 ans ! Il est de 959 en 1999, soit 289 sportives et 660 sportifs). Le service a dû s'adapter à une population toujours plus nombreuse et aux technologies nouvelles.

Ce sont entre 35 000 et 40 000 actes qui sont effectués chaque année, de la simple consultation à la séance de kinésithérapie, en passant par les épreuves d'effort et les bilans. La permanence médicale accueille entre 6 500 et 7 000 personnes par an.

La permanence de soins assure 70h de présence par semaine (de 7h à 21h), mais le médecin-chef et une infirmière (logés sur place) sont disponibles 24h sur 24. Le DM est toujours en lien étroit avec les hôpitaux, pour les urgences. À cette époque où l'Institut n'est pas encore doté de diagnostic par IRM (imagerie par résonance magnétique), il peut compter sur eux pour cela, ou réduire en urgence une luxation, par exemple. Les interventions de nuit, assurées par le médecin-chef (une à deux par semaine), concernent des urgences médicales.

La surveillance médicale réglementaire (SMR) est assurée pour chaque pôle, par un ou plusieurs médecins référents ; certains sont aussi médecins des équipes de France. Ils reçoivent les sportifs selon les besoins au département médical mais sont aussi présents sur les lieux de l'entraînement pour un meilleur suivi. (Cette situation de 1999, avec des médecins souvent encore jeunes, a néanmoins eu tendance à s'étioler au fil du temps, du fait de leurs activités extérieures).

Le Dr Éric JOUSSELLIN, chef du DM, imagine alors l'avenir du département centré sur la recherche appliquée, *via* l'exploitation des données médicales recueillies grâce au logiciel « *consult* », en cours de mise au point à l'INSEP (*cf. infra*). Il permettra la réalisation d'études épidémiologiques, pouvant mettre en évidence des pathologies survenant à certaines périodes d'entraînement. La prévention pourra ainsi être améliorée et les programmes d'entraînement adaptés pour préserver au mieux la santé des Shn. L'utilisation de ces statistiques pourra permettre de progresser considérablement dans la connaissance de l'entraînement et sa programmation.

Éclairages spécifiques sur certains secteurs du département médical, à l'aube du XXI^e siècle :

Au sein du DM, plusieurs médecins (dont les Drs Jean-Marc VALLIER et Bernard DESNUS) et une laborantine (Marie THOMAIDIS) constituent l'équipe du laboratoire d'explorations fonctionnelles. Les tests qu'ils réalisent permettent d'évaluer les capacités du sportif afin d'aider l'entraîneur et l'athlète dans la conception des entraînements et de déceler d'éventuelles anomalies cardio-respiratoires à l'effort. L'ensemble des tests et des bilans fait l'objet de statistiques par disciplines, âge et sexes, pouvant ensuite être utilisées pour les évaluations (*cf.* la bibliographie incluse dans l'ouvrage du Dr Éric JOUSSELLIN, de 2005, cité en référence). La cardiologie, avec le Dr Jacques GUÉNERON (recruté en 1994, sur le poste laissé vacant par le Dr Jean-Claude CHIGNON, parti à la retraite) participe au suivi médical des sportifs (suivi clinique, suivi électrocardiographique). Le DM sera doté d'un premier appareil d'échocardiographie en 2002.

À titre d'anecdote, on peut signaler qu'avec notamment les Drs Philippe ARTIGALA, Philippe LE VAN et Jacques GUÉNERON, plusieurs membres de l'INSEP et de son département médical continuèrent une pratique sportive intense lors des marathons de New-York, Paris, cross du Mont Blanc, courses du cœur pour promouvoir le don d'organe sous la présidence du Pr CABROL, etc. Jacques GUÉNERON participa ainsi à 25 marathons pendant ses plus de 20 années passées à l'INSEP. Il quittera l'Institut en 2016, pour partir à la retraite. Il aura pour successeur le Dr François RAOUX, cardiologue, grand sportif également, chef de service à l'Institut mutualiste Montsouris (avec qui l'INSEP passera convention).

Le service de kinésithérapie, confié à Jean JUSSERAND et Alain BRÉMARD, s'étend sur trois niveaux au sein du bâtiment I. Chacun des 20 masseurs-kinésithérapeutes (MK) est rattaché à un pôle fédéral. Cette organisation permet à chacun d'être intégré à l'équipe qui encadre le sportif. Bien évidemment, le service prodigue des soins, mais son action s'exerce également dans les domaines de la prévention et de la récupération, avec des outils adaptés (lits d'eau, piscine chauffée, balnéothérapie, etc.).

Le service accueille de nombreux stagiaires (de 2^{ème} et 3^{ème} année, par convention avec la DRASS), qui apportent une aide significative à son fonctionnement. En retour, l'Institut leur offre des conditions de formation particulièrement riche. En 1999, outre ceux déjà cités, l'équipe des MK de l'INSEP était composée notamment de Emmanuel BOIS-SEAUD, Olivier de LAGAUSIE, Olivier DESSERT, François-Xavier FERREY, Christophe GAILLARD, Bruno Le NATUR, Olivier MORE, Gilles OMNES, Bernard PARIS, Marc PUJO, Arnaud RICHAUD, Marc SAUNIER, Marielle VOLONAT, Jacques ZAVARONI.

En termes d'affichage, sans que cela modifie pour autant son fonctionnement, le « service de kinésithérapie » du département médical, qui était son appellation jusqu'au cours des années 2000, sera progressivement identifié à part, sous l'appellation de « centre de masso-kinésithérapie », au même titre que le centre de santé médical et dentaire. Ce sera notamment le cas à l'occasion de sa nouvelle installation au bâtiment H, en 2008.

En 1999, le service d'imagerie médicale demeure confié au Dr Christian DIBIE. Il dispose à cette époque d'outils radiologiques et d'échographie, un appareil effectuant des panoramiques dentaires pour les bilans stomatologiques et un appareil de radiodiagnostic classique, essentiellement utilisé pour l'étude du squelette osseux, la recherche de fractures, de luxations, etc.

L'appareil d'échographie est indispensable pour l'étude des muscles et tendons, dans la recherche des lésions musculaires, claquages, épanchements articulaires, etc.

Mais scanner, scintigraphie et IRM sont encore réalisés à l'extérieur. Une IRM dédiée à l'étude de l'appareil locomoteur apparaît comme le besoin le plus prioritaire. Certains pays limitrophes, comme l'Italie et le Portugal en sont déjà dotés. En France, une autorisation ministérielle est nécessaire. Au sein du DM, Jean-Robert FILLIARD tente de faire avancer ce dossier. Il aboutira trois ans plus tard, en janvier 2002 (*cf. infra*).

Un bon équilibre alimentaire du Shn est l'une des conditions de sa réussite sportive. Il faut l'adapter à la discipline et aux périodes d'entraînement ou de compétition. Le Dr Marie-France OPRENDEK, endocrinologue et nutritionniste, assure ce service, complété par l'aide d'une diététicienne, Véronique ROUSSEAU.

Avec l'aide du Dr Isabelle LAMOUR (ancienne Shn en escrime et future présidente de la Fédération française d'escrime) et du Dr Emmanuel REGARD (international d'aviron), le soin dentaire s'implante de nouveau à l'INSEP à partir de 1998, avec deux autres dentistes vacataires, Patrick WILSON et Emmanuel RIVIÈRE. Seule la prévention était réalisée jusque-là, par examen des panoramiques dentaires. Sur le site de l'INSEP peu d'interventions concernent des traumatismes, contrairement à ce que l'on peut voir en compétition (dans les sports de combat ou de contacts, par exemple). Les actes concernent surtout des soins, et la confection sur mesure de protège-dents de plus en plus demandés. Ils contribuent à préserver le bon état de santé général des Shn et, par ailleurs, comme tous les services implantés à l'INSEP, ils leur permettent de mieux gérer leur temps d'entraînement et de formation, sans avoir à effectuer des déplacements à l'extérieur.

Un accompagnement psychologique du Shn est également proposée par le DM. Il est assuré par Claire CARRIER, psychiatre/psychologue. Il est complémentaire des techniques de préparation mentale utilisées dans l'entraînement. Mais il vise également à accompagner l'athlète tout au long de sa carrière, jusqu'à sa sortie du monde sportif et son intégration sociale et professionnelle ultérieure.

Le DM manifeste également son ouverture vers d'autres approches médicales, en accueillant des spécialistes en mésothérapie, acupuncture et homéopathie. Il cherche également à concevoir et mettre au point des produits innovants, correspondant aux besoins des sportives et des sportifs, tel l'électrostimulation, développé par Marc PUJO, masseur-kinésithérapeute du DM. Conçu avec la participation des athlètes, entraîneurs, médecins et masseurs-kinésithérapeutes, un nouvel appareil (Microstim), miniaturisé, contribue à une meilleure récupération après blessure ou opération, afin d'éviter une atrophie musculaire. Il peut également avoir une action antidouleur et compléter la récupération.

Le DM met également au point lui-même des outils de travail dont il a besoin au plan administratif et financier. Ainsi Jean-Robert FILLIARD et le Dr BAGGIO conçoivent et réalisent avec, notamment, le service informatique de l'Institut et Mme Marie-José ALRAUD, ingénieur, un logiciel de consultation (« *Consult* »), selon les demandes et attentes des médecins. Outil évolutif en fonction des besoins, il a vocation à être relié à la caisse primaire d'assurance maladie et aux CREPS. Il permettra de réaliser des études statistiques et de récupérer des données pour des recherches scientifiques.

Dans le domaine de la recherche, de nombreux projets sont développés par les acteurs du DM (médecins et masseurs-kinésithérapeutes), au sein même de l'INSEP (avec le département des sciences du sport, le DSS, dans le cadre des EAC, etc.) ou en collaboration avec des universités. À titre d'exemple, en 1999, on peut citer les recherches sur les stratégies visuelles des sabreurs, les comportements alimentaires des Shn, les coûts énergétiques en duathlon, la mise au point de tests d'effort spécifiques au badminton, un nouveau « protège dents » en boxe, une évaluation de la masse grasse, etc.

Dans le domaine de la formation, le département médical de l'INSEP participe à la formation des entraîneurs pour les brevets d'État, le professorat de sport et surtout le diplôme de l'INSEP (nouvellement créé en 1997).

Le DM est impliqué dans les formations universitaires des médecins et masseurs-kinésithérapeutes, réalisées en partenariat avec l'université Paris V – René Descartes, puis Paris VI et Paris XIII (capacité en médecine du sport et diplôme universitaire en kinésithérapie du sport). Alain BRÉMARD, Marielle VOLONDAT et François-Xavier FEREY s'investiront beaucoup dans cette formation à ce DU.

Lors de leurs deux à trois semaines de formation à l'INSEP pour les médecins, et quatre pour les masseurs-kinésithérapeutes, un passage sur les sites d'entraînement est effectué tous les jours et donne lieu à de nombreux échanges avec les entraîneurs et sportifs, en général très satisfaits de cet intérêt. Cette spécificité de l'Institut, qui le différencie de toutes les autres formations universitaires, est très appréciée des personnes en formation.

Le DM intervient également dans les diverses formations des sportifs de l'INSEP, le plus souvent en s'intégrant aux cursus de formation, pour les sujets concernant leur hygiène de vie (sommeil, alimentation, pathologie, prévention des infections sexuellement transmissibles, dopage, etc.).

Des séminaires à destination des personnels médicaux et paramédicaux sont régulièrement organisés et le DM intervient souvent lors des entretiens de l'INSEP.

Statuts des médecins : Le directeur de l'INSEP, Michel CHAUVEAU, tente de relancer les négociations avec l'administration centrale pour trouver une solution plus satisfaisante et globale, compte tenu, notamment, de deux éléments nouveaux, qu'il évoque dans sa lettre du 20 août 1999 adressée au directeur de l'administration générale.

En effet, l'administration n'avait pas prévu de commission administrative paritaire (CAP) pour cet effectif modeste de médecins, alors qu'il en existait pour tous les autres corps. Sa consultation étant nécessaire pour la promotion à l'échelon exceptionnel de la grille indiciaire de référence (celle des médecins scolaires), aucun médecin de l'INSEP remplissant les conditions d'ancienneté n'a pu être promu à cet échelon...

Par ailleurs, pour l'application de la [loi n° 99-223 du 23 mars 1999](#) (JoRf n° 70, du 24 mars 1999) citée précédemment, le ministère prévoyait de recruter des médecins conseillers auprès des directeurs régionaux de la Jeunesse et des Sports. Le directeur de l'INSEP suggère alors que ce soit l'occasion d'aborder globalement l'ensemble des questions administratives et financières relatives à la situation des personnels médicaux et paramédicaux du ministère, pour l'administration centrale, les services déconcentrés et les établissements.

Plutôt que la référence à la grille des médecins de santé scolaire (datant déjà de plus de 20 ans...), il propose celle des agrégés hors classe (nombreux à l'INSEP, parmi les enseignants), soit un net mensuel de 18 900 F en début de carrière et de 26 500 F en fin de carrière, ce qui les placerait dans la moyenne nationale des médecins, mais seulement en fin de carrière.

Au 1^{er} décembre 1999, on peut constater le niveau de rémunération initial des médecins-conseillers régionaux, soit 22 243,81 F net (dans l'annexe financière à leur contrat, visée du contrôleur financier et signée du directeur du personnel et de l'administration). Il prend pour référence, cette fois, la grille indiciaire des médecins inspecteurs en chef de la santé publique, comme quoi l'administration disposait d'une certaine liberté de manœuvre et n'était pas tenue à la grille des médecins scolaires...

Cela amène le Dr PALIERNE à transmettre une nouvelle note à l'administration centrale « *Perspectives pour une médecine du sport intégrée au ministère de la Jeunesse et des Sports* », du 15 décembre, un véritable projet politique global. Accessoirement, on y note que la rémunération nette d'un médecin à temps plein en début de carrière à l'INSEP est de 10 000 F, et de 15 000 F en fin de carrière (après 15 ans), et qu'elle est de 6 700 F pour un masseur-kinésithérapeute en début de carrière...

Faute de réponse concrète à sa lettre du 20 août, le directeur de l'INSEP relance l'administration centrale en réunion des chefs de service, le 9 octobre, puis s'en entretient avec le directeur des sports (DS) le 16 décembre, et obtient un accord de principe pour la mise en place d'une réflexion sur la situation d'ensemble des médecins et kinésithérapeutes du MJS.

2000 Surveillance médicale réglementaire du Shn : L'arrêté du 28 avril 2000 (JoRf n° 102 du 30 avril 2000, texte n° 29) fixe la nature et la périodicité des examens médicaux assurés dans le cadre de la surveillance médicale des sportifs de haut niveau. Le sigle SMR, pour surveillance médicale réglementaire, deviendra utilisé plus systématiquement à partir de 2004 (cf. *infra*).

Le contenu des examens permettant la surveillance médicale particulière des sportifs de haut niveau doit comporter au minimum :

- 1° Un examen clinique de repos comprenant en particulier des données anthropométriques, un entretien diététique et une évaluation psychologique ;
- 2° Un examen biologique composé au minimum d'un prélèvement sanguin, éventuellement complété d'un prélèvement urinaire ;
- 3° Un examen électrocardiographique de repos ;
- 4° Un examen dentaire, complété d'un examen panoramique radiologique ;
- 5° Une épreuve fonctionnelle respiratoire comprenant au moins une courbe débit/volume ;
- 6° Un examen de dépistage des troubles visuels ;
- 7° Un examen de dépistage des troubles auditifs et vestibulaires ;
- 8° Une recherche d'albuminurie et de glycosurie ;
- 9° Une épreuve d'effort maximale avec profil tensionnel et mesure des échanges gazeux ;
- 10° Une échocardiographie de repos.

Des examens complémentaires peuvent être réalisés dans le cadre de la surveillance spécifique d'une discipline sportive.

Les résultats des examens sont transmis au médecin fédéral et à un autre médecin précisé par le sportif dans son livret médical.

La fréquence des examens est au minimum de trois fois par an, à l'exception de l'entretien diététique (au minimum deux fois par an) et de l'évaluation psychologique (au minimum une fois par an).

L'échocardiographie de repos doit être réalisée au moins une fois lors de la première année qui suit l'inscription sur la liste des sportifs de haut niveau.

L'INSEP aura été associé à la préparation de cet arrêté du 28 avril 2000, en la personne de son chef du DM. Les examens qu'il indique étaient pratiqués à l'Institut depuis 1980. Seule l'obligation de trois bilans annuels sera difficile à respecter, du fait de la disponibilité des Shn, principalement.

Kinésithérapie : Plusieurs masseurs-kinésithérapeutes de l'INSEP participent en tant que formateurs à la préparation au diplôme universitaire (DU) de kinésithérapie du sport, créé en 1993, dont, comme antérieurement, Alain BRÉMARD, Marielle VOLONDAT et François-Xavier FERREY.

Statuts des médecins et personnels paramédicaux : Malgré l'accord du directeur des Sports obtenu fin 1999 par le directeur de l'INSEP pour un examen global de la situation de ces personnels au MJS, le dossier piétine. Les dix médecins contractuels de l'INSEP (Drs C. PALIERNE, B. DESNUS, F. FRAISSE, J-C. GUISE, Ph. LE VAN, D. POUX, D. ROUSSEAU, H. TISAL, J-M. VALLIER, J-Y. VAN DEN STEENE) demandent une rencontre avec la ministre, par lettre du 15 mai 2000, transmise sous couvert du directeur de l'Institut.

Ce dernier évoque de nouveau la question en conseil d'administration. Pour sa part, le Dr PALIERNE s'adresse au directeur du personnel et de l'administration (DPA) le 14 novembre. Il obtient une réponse le 18 décembre, s'engageant à étudier « *la possibilité d'améliorer [la] situation* », déplorant qu'une revalorisation n'ait pas été obtenue dans le cadre de la préparation de la loi de finances (PLF) pour 2001. Il indique que : « *s'agissant enfin de votre suggestion concernant la mise en place d'un groupe de travail chargé de l'étude d'un véritable plan de carrière pour l'ensemble des médecins* », il transmet sa lettre « *au directeur des sports et [examinera] avec lui comment donner suite à [cette] proposition* ».

2001 *Missions - projets* : Dans un document de présentation de l'INSEP, le département médical définit ainsi ses missions et ses projets :

Missions

- Le département médical veille à la santé des sportifs.
- Il enseigne et forme entraîneurs et médecins.
- Il participe aux grands rassemblements sportifs internationaux ainsi qu'aux colloques et autres séminaires.
- Il co-organise de grandes manifestations telles que les journées de traumatologie du sport.
- Il publie dans la presse spécialisée ou généraliste des dizaines d'articles par an, dans les différents domaines de compétence du personnel.
- Il collabore avec des instituts étrangers.
- Il joue un rôle d'expert dans le domaine de la prévention et de la lutte contre le dopage (cf. le rôle de l'INSEP au LNDD, *supra*).

Projets

- Études épidémiologiques.
- Récupération.
- Collection médicale audiovisuelle.

Diffusion des connaissances : Les 5 et 6 juin 2001, le DM organise à l'INSEP un colloque consacré à la santé des Shn. Il a fait l'objet d'une [publication](#) (cahier de l'INSEP n° 31 – La santé du sportif de haut niveau). D'autres cahiers portant sur des sujets médicaux l'avaient précédé (n° 14 & 15) ; d'autres le suivront (n° 35, 41, 43, etc., *cf. infra*).

Kinésithérapie : En avril 2001, suite à son obtention du diplôme de moniteur-cadre en kinésithérapie, François-Xavier FEREY, est nommé responsable du service de masso-kinésithérapie.

François-Xavier FEREY fut personnellement toujours intéressé par le sport ; il en pratiqua plusieurs. À la suite d'un accident de la route, il découvre le métier de masseur-kinésithérapeute (MK) lors de sa rééducation, ce qui déclenche sa vocation. Il dit avoir eu la chance d'être affecté comme stagiaire à l'INSEP en 1991-1992, durant sa formation. Marielle VOLONDAT et Marc SAUNIER sont responsables de son stage.

Après l'obtention de son diplôme, il poursuit sa formation par des stages à l'étranger, notamment en Suisse. Un poste de masseur-kinésithérapeute se libérant à l'INSEP (occasion rare, à l'époque), il postule et est coopté par toute l'équipe, qui l'avait connu et apprécié pendant son stage.

En 1996-1997, M. FEREY, très motivé par l'enseignement, poursuit de sa propre initiative sa formation pour pouvoir intervenir comme formateur.

À la date de rédaction de la présente fiche, il est toujours responsable du service, dont il a largement contribué au développement (*cf. tableaux d'activité, infra* 2005, et 2019), et à sa meilleure identification au sein du département médical, en faisant adopter les termes de « masso-kinésithérapie », davantage représentatifs de l'activité et plus cohérents avec les appellations étrangères.

Il proposa à Mme Marielle VOLONDAT (*cf. infra* – 1979) de demeurer son adjointe (jusqu'à son départ à la retraite en 2016). Lorenzo MARTINEZ succédera à Mme VOLONDAT comme adjoint, puis Arnaud MAURIER effectuera un intérim pendant une période de disponibilité de Lorenzo MARTINEZ.

Bilan d'activité : Dans son rapport d'activité présenté au conseil d'administration de l'INSEP, le département médical souligne les points suivants.

La saison 2000-2001 a principalement été centrée sur la mise en application de l'arrêté du 28 avril 2000 (*cf. supra*) relatif aux bilans médicaux des Shn. Une bonne partie a pu être réalisée ; l'acquisition prochaine d'un appareil d'échocardiographie permettra de les terminer. Les bilans biologiques sont réalisés avec l'hôpital Bégin, dans le cadre d'une convention tripartite l'associant avec les fédérations sportives et l'INSEP. Une exploitation statistique des données est prévue.

Les locaux du service de kinésithérapie ont été réaménagés. Deux Shn ayant suivi la formation de kinésithérapeute à l'INSEP ont été recrutés dans le service, gage de bonne adaptation à son public spécifique.

Un nouveau médecin psychiatre, le Dr Gérard GARREAU, et une psychologue clinique, Meriem SALMI, sont recrutés en 2001.

S'agissant des formations, le DM, toujours partenaire de l'université Paris V pour les capacités universitaires de médecine du sport et le diplôme universitaire de kinésithérapie du sport, constate que le nombre d'inscrits chaque année diminue et n'a pas vocation à intervenir dans le sport de haut niveau. Il propose donc un recentrage, correspondant aux missions prioritaires de l'Institut, s'adressant aux médecins et kinésithérapeutes des équipes de France. L'option 1 du diplôme de l'INSEP (Entraînement des Shn) peut également en bénéficier, sur la partie médicale de l'entraînement. Toutefois ces propositions, validées par la direction de l'INSEP, ne bénéficieront pas de tout le soutien nécessaire.

Le DM est également partenaire des universités Paris VI et XIII, et des centres hospitaliers universitaires (CHU) de province.

En matière de recherche, le DM candidate à l'appel d'offre européen lancé par le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD) pour la réalisation d'une étude épidémiologique sur la santé des anciens sportifs de haut niveau. Un partenariat est prévu en interne (avec le laboratoire de sociologie du DSS) et en externe (INSERM et CNRS).

Partenariat : Le 21 décembre 2001, un nouveau partenariat est conclu entre le DM de l'INSEP et les laboratoires pharmaceutiques MENARINI, qui s'ajoute à d'autres déjà établis (avec SMITH & NEPHEW, EONA, WELEDA, etc.).

Le partenariat avec des entreprises de matériel médical et paramédical a toujours été important depuis la création de l'INSEP, et s'est accéléré depuis 1999, avec l'arrivée d'un adjoint administratif et financier au DM, Jean-Robert FILLIARD. Chacun y trouvait son compte, l'INSEP avec du matériel nouveau, haut de gamme, acquis à des conditions avantageuses ou mis à disposition gratuitement, les entreprises concernées avec la « vitrine » prestigieuse de l'Institut et la possibilité de tester leur matériel par des sportifs et professionnels (médecins et kinésithérapeutes) renommés.

Un label « INSEP médical » avait été mis en place pour concrétiser ce partenariat.

La procédure était très normée. Ainsi, au service de masso-kinésithérapie, toujours attentif à l'évolution des nouvelles technologies comme il se devait dans un Institut dont la vocation était le plus haut niveau sportif, ce label pouvait être attribué à un nouveau matériel qu'après sa validation par des études médicales indépendantes et sous réserve qu'il présente un intérêt pour le service, puis testé sur place dans le cadre d'un prêt. Un bilan était ensuite effectué et, s'il s'avérait positif, une discussion avait lieu avec le fournisseur sur ses modalités d'acquisition par l'INSEP.

Éléments financiers : Les recettes du DM atteignent globalement 400 000 €. Elles ont plus que doublé en 12 ans (181 510 €) en 1989.

Statuts des médecins et personnels paramédicaux : De nouveau, le directeur de l'INSEP transmet à l'administration centrale, le 30 avril 2001, une analyse et des propositions d'amélioration de la situation des médecins et kinésithérapeutes contractuels de l'INSEP, élaborées après concertation interne. Il souligne que, comparativement, les tâches effectuées par les médecins de l'INSEP s'apparentent à celles des médecins militaires, voire des médecins hospitaliers (option soutenue par le chef du DM) : consultation en cabinet et prescription, suivi sur le terrain et intervention opérationnelle, travail sur « l'homme à l'effort ».

Il évoque quatre orientations administratives susceptibles d'être explorées pour obtenir une amélioration de la situation financière des médecins contractuels de l'INSEP, notamment, par souci de rapidité et d'efficacité, une référence à une grille de référence davantage appropriée. Il obtiendra une réponse cosignée du DS et du DPA le 14 novembre 2001.

Entre temps, les Drs Christian PALIERNE et Frédéric DEPIESSE (médecin-conseiller à la DRDJS de Midi-Pyrénées) avaient relancé la ministre sur ce sujet. Jacques DONZEL, conseiller technique sport à son cabinet (et ancien directeur de l'INSEP) leur fait savoir, par lettre du 23 octobre 2001, qu'elle est favorable à l'ouverture d'une concertation portant sur le statut des médecins du MJS et leur suggère de prendre contact avec le DPA et le DS.

Leur réponse du 14 novembre au directeur de l'INSEP donne un accord à sa proposition d'amélioration contractuelle, sur la base d'une revalorisation de la grille indiciaire de référence utilisée. Elle concernerait la moitié des médecins contractuels pour le PLF 2002, l'autre moitié ensuite. Le principe de réunions destinées à réexaminer les clauses de leurs contrats est envisagée.

La note du chef du DM au directeur de l'INSEP du 27 novembre 2001 propose un ordre de priorité des médecins qui pourraient bénéficier de ces nouveaux contrats (fondé sur leur ancienneté dans l'ordre d'arrivée à l'Institut).

Le projet de loi de finances (PLF) prévoit une possibilité de revalorisation de 9 médecins en 2001, et de 9 autres en 2002.

2002 *Éthique – prévention et répression du dopage* : En 2002, le LNDD devient un établissement public administratif rattaché au ministère chargé des Sports. L'INSEP est représenté à son conseil d'administration (CA) par le chef du DM. Les bonnes relations entre ce dernier et le directeur du LNDD permettront au laboratoire d'affiner ses protocoles.

Moyens : Le 31 janvier 2002, après plusieurs années d'études et d'engagement relationnel, un appareil d'imagerie à résonance magnétique (IRM) de 0,2 Tesla (bas champ) est mis à disposition de l'INSEP par la société italienne ESAOTE dans le cadre d'une convention de recherche, dans l'attente d'un agrément par les pouvoirs publics. C'est néanmoins une avancée technologique considérable pour le DM en matière de diagnostic et d'imagerie médicale.

Contexte universitaire : Un arrêté du 26 juillet 2002 porte création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) en médecine du sport. L'INSEP sera lieu de stage de six mois pour des médecins en formation.

Statuts des médecins : En février 2002, des échanges sur un projet de contrat ont lieu entre le directeur de l'Institut et la direction chargée du personnel et de l'administration au ministère (DPA), et cette dernière programme le 7 mars une réunion associant les Dr Christian PALIERNE et Frédéric DEPIESSE. Mais, bien que positive dans ses orientations, elle n'est pas encore constructive. Une autre réunion est programmée dans les mois suivants. En novembre 2002, la grille indiciaire des médecins de santé scolaire (cf. le décret n° 73-417 du 27 mars 1973) est augmentée de 17 points d'indice.

2003 *Diffusion des connaissances* : En mai 2003, le 3^{ème} congrès scientifique mondial des sports de raquette est organisé en partenariat avec *Les entretiens de l'INSEP* (organisés par Didier LEHÉNAFF, qui a succédé à Henri HÉLAL).

Ouvert par Jean-François KAHN, maître de conférences au CHU Pitié-Salpêtrière, président du comité « Sciences du sport » de la Fédération internationale de tennis de table, ce congrès, auquel participe activement plusieurs médecins de l'INSEP, s'intéresse aux données scientifiques et méthodologiques de ces sports et à leurs applications pour l'entraînement. Il a fait l'objet d'une publication en 2005 : [cahiers de l'INSEP n° 35](#)).

Statuts des médecins et kinésithérapeutes : Les projets de nouveaux contrats n'ont pas encore abouti. La direction des sports (DS) considère avoir fait des propositions à la DPA. Cette dernière attend une réunion de finalisation, mais personne ne semble vouloir la programmer. Les crédits permettant la revalorisation de 9 autres médecins semblent perdus...

Le 10 mars, le Dr C. PALIERNE adresse un dossier très argumenté (avec 15 annexes) à la directrice des sports (Mme. Dominique LAURENT) rappelant son historique et les propositions d'amélioration faites, tant pour la situation des médecins que pour celle des masseurs-kinésithérapeutes. Il s'agit toujours, dans le cadre de la définition d'une vraie politique médicale globale au ministère chargé des Sports, de leur accorder un statut correspondant à la réalité de leur service, de les doter d'un plan de carrière et de résorber l'emploi précaire. Le syndicat national des activités physiques et sportives (SNAPS), regroupant les conseillers techniques sportifs (CTS) leur apporte son soutien (depuis 2001).

Mme D. LAURENT reçoit le Dr C. PALIERNE le 1^{er} avril et une réunion se tient le 12 mai avec la DS et la DPA. Mais là encore, la déception est grande. En matière de revalorisation, il est proposé aux médecins de l'INSEP un prolongement de carrière en 3 nouveaux échelons, ne tenant compte ni de leur ancienneté, ni de leur rémunération, bloquée pour quelques-uns depuis 25 ans. Dans tous les cas, cette rémunération demeure bien inférieure à celle des médecins conseillers auprès des directeurs régionaux. Le nouveau contrat de travail qui leur est proposé est restrictif, notamment pour l'accompagnement des équipes nationales, et il ne les rend pas bénéficiaires de l'article 10 du [décret n°2000-815 du 25 août 2000](#), relatif à l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT), consistant à globaliser annuellement leur temps de travail.

Le directeur de l'INSEP, Jean-Richard GERMONT, saisit le directeur de cabinet du ministre (Jean-François LAMOUR) à ce sujet, dans une lettre du 15 mai.

Le 10 décembre, au moment où le Parlement discute d'un projet de loi sur la santé publique, les Drs C. PALIERNE et F. DEPIESSE saisissent le Premier ministre de cette affaire et lui adressent un dossier plaidant pour « une véritable médecine du sport au sein du ministère des Sports ».

S'agissant des contrats des médecins et MK, la situation ne semble pas beaucoup évoluer jusqu'à 2011 (*cf. infra*).

2004 *Surveillance médicale réglementaire* : Le [décret n° 2004-120 du 6 février 2004](#) (JoRf n° 33 du 8 février 2004, texte n° 19) précise les examens médicaux obligatoires pour les licenciés inscrits dans la liste des sportifs de haut niveau, ou dans les filières d'accès au sport de haut niveau, ou pour les candidats à cette inscription. Il modifie les articles 2 et 11 du décret du 29 avril 2002 et abroge les articles 1^{er} à 6 du décret n° 87-473 du 1^{er} juillet 1987 relatif à la surveillance médicale des activités physiques et sportives.

On parle alors de « *surveillance médicale particulière* » des Shn, définie par ce décret. Il est suivi de l'arrêté du 11 février 2004, qui simplifie celui du 28 avril 2000 (seulement deux visites par an) et étend à l'ensemble de la population sportive de la filière d'accès au haut niveau l'obligation de satisfaire à ces examens de contrôle (ils ne sont plus uniquement réservés aux sportifs inscrits en liste de Shn). On parlera dorénavant de *surveillance médicale réglementaire* (SMR).

Il est par ailleurs demandé au médecin fédéral chargé de la surveillance médicale de présenter en assemblée générale l'état sanitaire de la population sportive et de haut niveau de la fédération concernée.

Le Sénat interroge le ministère chargé des Sports à propos de la surveillance médicale des Shn (Question écrite de Michel SERGENT n° 14474 du 4 novembre 2004), notamment sur le fait que seule la moitié d'entre eux se « *plieraient* » à ce suivi.

Dans sa réponse, le ministère indique l'augmentation régulière de Shn ayant bénéficié du suivi médical réglementaire (SMR) dans sa totalité ou de manière partielle : 58 % en 2001, 72 % en 2002 et 83 % en 2003, selon les données fournies par les fédérations sportives. Les résultats sont encourageants, mais encore insuffisants. Ce sont, selon le ministère, davantage des difficultés logistiques d'organisation de la médecine fédérale, plutôt que des problèmes strictement financiers, qui expliquent la situation. Les moyens alloués à la médecine fédérale par le ministère depuis 2000 sont en effet en augmentation constante et l'élargissement de la SMR à l'ensemble des sportifs de la filière l'a amené à les augmenter plus encore.

Certaines fédérations se sont organisées pour assurer ce nouveau suivi ; d'autres sont en train de le faire ; le ministère s'engage à faire « *un état des lieux précis de mise en œuvre* », pour aider à une meilleure structuration.

Afin d'assurer les bilans psychologiques des sportifs prévus par la loi, le DM recrute deux psychologues cliniciens, Elise ANCKAERT (ancienne internationale de volley-ball, qui a vécu trois années d'internat à l'INSEP au bâtiment U, et Cédric QUIGNON-FLEURET, afin de compléter l'équipe auprès du Dr Gérard GARREAU et de Meriem SALMI.

Statuts des médecins et kinésithérapeutes : Le 26 février 2004, une lettre du DPA au secrétaire général du SNAPS l'informe qu'il est envisagé d'inclure les médecins contractuels de l'INSEP dans la liste des bénéficiaires de l'article 10 du décret du 25 août 2000 (cf. supra). Quelques améliorations sont apportées au projet de contrat, notamment la suppression de la mention « *cette rémunération est exclusive de toute autre rémunération publique ou privée* », remplacée par une référence au décret-loi du 29 octobre 1936 relatif aux cumuls de rémunération (ce que Jacques DONZEL avait demandé en 1992...) et l'usage (comme simple référence) de la grille indiciaire des médecins inspecteurs en chef de la santé publique.

Mais la capacité de prescription n'est pas retenue (ce qui est pourtant une nécessité pour soigner sans délais les Shn, et faire fonctionner le dispensaire - centre de santé), sauf « en cas d'urgence », comme l'indique l'article 2 de l'avenant au contrat des médecins qui leur est transmis par l'administration en juin.

Le Dr C. PALIERNE informe ses collègues de la situation le 24 juin, puis le directeur de cabinet. Dans sa lettre du 8 septembre au DPA, le directeur de l'INSEP lui demande « *de bien vouloir rectifier cet article et de faire surseoir aux signatures ces avenants en cours* ».

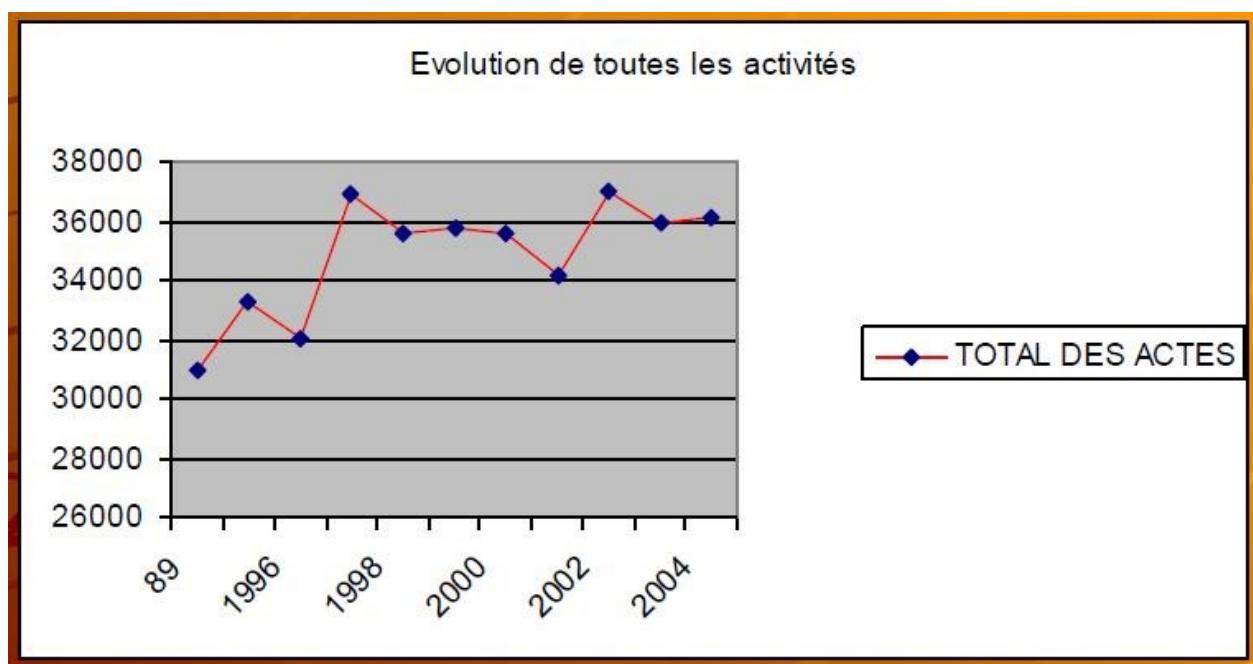
2005 Bilan d'activité : Le Dr Éric JOUSSELLIN, chef du département médical, et Jean-Robert FILLIARD, adjoint administratif et financier, font un bilan de l'activité du département en 15 ans, de 1989 à 2004.

ACTIVITES	RAPPEL STATISTIQUES										
	nombre de patients										
	89	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Permanence médicale	3874	6376	6384	6488	6152	6295	6710	6104	5903	6026	5777
Actes infirmiers	938	1430	1038	959	741	777	729	575	686	581	593
Suivi de l'entraînement											
Bilans cliniques	1286	976	1022	948	1141	1247	952	979	1128	1014	1125
Biologie	488	386	415	362	413	454	675	678	780	785	708
Epreuves énergétiques	569	513	605	501	442	562	525	199	368	210	188
Epreuves isocinétiques	209	509	467	242	312	297	187	156	151	393	191
Podologie				320	340	330	352	350	350	290	344
suivi psychologique								124	400	597	833
Entretiens diététiques					733	757	762	694	879	812	1097
Centre de Santé											
Consultations spécialisées	6571	6117	6173	6122	6033	6225	5856	6090	6161	6357	6100
Imagerie (radio. Echo, IRM)	937	884	1720	1934	2151	2303	2405	2486	2589	2954	2875
Kinésithérapie	16105	16070	14261	19030	16779	15691	15470	14661	16635	14763	15235
Activité dentaire					185	625	766	870	796	927	858
Médecine du travail				10	189	218	189	236	190	230	208
TOTAL DES ACTES	30977	33261	32085	36916	35611	35781	35578	34202	37016	35939	36132

Novembre 2005

Quelques éléments peuvent être notés :

- Le total des actes est régulièrement autour de 36 000 par an depuis 1997.
- Leur augmentation est importante à partir de 1989, passant de 30 000 à 36 000 en 8 ans (28,86 %).
- Ce sont la permanence médicale (+ 67,48 %), l'imagerie médicale (+ 106,40 %) et la kinésithérapie (+ 18,16 %) qui sont les secteurs où l'augmentation est la plus forte dans cette période.
- L'activité dentaire apparaît à partir de 1998 et est en augmentation continue pendant les années suivantes, comme le suivi psychologique, qui, lui, apparaît spécifiquement dans les bilans d'activité à partir de 2001.
- On observe une relative diminution d'activité dans quelques secteurs : les actes infirmiers, les épreuves énergétiques, les épreuves isocinétiques, les consultations spécialisées.



Moyens : En 2005, la répartition des effectifs des personnels (95) est la suivante :

- 45 médecins, dont 15 contractuels (8 équivalents temps plein – ETP) rémunérés sur les crédits du ministère et 30 vacataires, rémunérés à partir des recettes du centre de santé ;
- 4 dentistes vacataires ;
- 5 infirmières (dont une vacataire),
- 20 kinésithérapeutes, dont 10 vacataires ;
- 2 podologues vacataires,
- 1 diététicienne titulaire ;
- 3 psychologues cliniciens (dont 2 vacataires) ;
- 2 manipulatrices radiologie contractuelles ;
- 1 assistante dentaire contractuelle ;
- 12 personnels administratifs, dont 3 contractuels.

Éléments financiers : Les recettes globales du DM dépassent 600 000 € en 2005. Elles ont augmenté de près de 50 % en quatre ans (400 000 €) en 2001.

2006 Éthique – prévention et répression du dopage : La [loi n° 2006-405 du 5 avril 2006](#) (JoRf du 6 avril 2006, texte n° 2) relative à la lutte contre le dopage et à la protection de la santé des sportifs, signée par Jean-François LAMOUR, ministre de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, met la France en conformité avec le nouveau code mondial anti-dopage.

Elle procède à la création de l'Agence française de lutte contre le dopage (AFLD), autorité publique indépendante qui dispose de tous les pouvoirs en la matière (programmation et réalisation des contrôles antidopage, analyse des échantillons, sanction des contrevenants). L'AFLD succède au Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD), créé en 1999 (*cf. supra*), qui était plus simplement une autorité administrative indépendante.

Le laboratoire national de dépistage du dopage (LNDD), créé en 1966 (*cf. supra*) devient le département des analyses de l'AFLD. C'est l'unique laboratoire accrédité en France par l'Agence mondiale antidopage (AMA).

Diffusion des connaissances : Sous la codirection du Dr Henri PERIÉ, du Dr Denys BARRAULT et du Dr Francisque COMMANDRÉ (*cf. supra*) est publié un ouvrage *Vers la médecine de l'homme en mouvement* (*cf. bibliographie*), associant plusieurs médecins ou anciens médecins de l'INSEP (dont Dr Claire CARRIER, Dr Yves DEMARAIS, Dr Jean-Marc VALLIER) et du ministère chargé des Sports (Dr Frédéric DEPIESSE). Ce livre s'inscrit résolument et de manière pratique dans une perspective de sport-santé, du simple pratiquant au sportif de haut niveau. Il montre que l'activité physique est productrice de santé et de mieux-être. Elle constitue un moyen simple et efficace de réguler sa santé et son équilibre intérieur.

Organisation : L'[arrêté du 6 juin 2006](#) (JoRf n° 145 du 24 juin 2006, p. 9 548, texte n° 26) modifie l'organisation de l'INSEP définie par l'arrêté du 2 février 1977 (c'est la première fois que cet arrêté, datant de près de 30 ans, est modifié).

Il valide juridiquement l'organisation de l'INSEP avec, notamment quatre départements. Ces départements n'étaient que trois en 1977 (haut-niveau ; formation ; médical). Le secteur de la recherche était initialement une « mission » transversale (*cf. supra*), mais elle prit rapidement le nom de département de la recherche, de sa propre initiative.

Cet arrêté crée deux nouvelles structures, *un département nommé « Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport » (IRMES)* et *une unité de soutien à la préparation des sportifs en vue des Jeux olympiques et paralympiques (POP)*.

IRMES : La création de l'IRMES est l'une des propositions formulées par le professeur Jean-François DHAINAUT, président de l'université Paris V - René Descartes, dans le rapport « Médecine et Sport : constat 2005 et propositions d'avenir » que lui avait demandé Jean-François LAMOUR, ministre chargé des Sports, suite aux conclusions des États généraux du sport, tenus en décembre 2002. L'idée de travailler davantage sur l'épidémiologie du sport n'était toutefois pas nouvelle (*cf. supra* les projets du chef du DM en 1999), même si cela était envisagé au sein du département médical.

L'installation de l'IRMES au sein de l'INSEP s'inscrit dans le cadre du projet de modernisation de ce dernier, voulue par le ministre, pour contribuer à renforcer l'excellence et le rayonnement de cet établissement dans le domaine de la performance sportive.

L'IRMES est dirigé depuis le 1er septembre 2006 par Jean-François TOUSSAINT, à l'époque maître de conférence universitaire (université Paris V - hôpital de l'Hôtel Dieu).

Dans le cadre de ce partenariat, l'INSERM met à la disposition de cet institut de recherche un chercheur en épidémiologie et un biostatisticien. Des étudiants en thèse peuvent compléter l'équipe.

L'IRMES exerce ses missions dans le cadre d'un partenariat avec des organismes publics et privés qui concourent, par convention, à son activité. Cette convention, renouvelable, a été signée le 6 juillet 2006 entre le ministère chargé des Sports, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP), l'université René Descartes – Paris V (UP5), le centre national pour le développement du sport (CNDS) et l'INSEP a été renouvelée pour une durée de 4 ans le 14 avril 2010.

L'IRMES a pour objectifs de :

- ▶ constituer une banque nationale de données épidémiologiques du sport de haut niveau, en liaison avec les plateaux techniques des établissements de santé et des centres d'éducation populaire et de sport (CREPS), ainsi qu'avec les autres unités de suivi médical des sportifs ;
- ▶ encourager, conduire et développer des recherches épidémiologiques, physiopathologiques et physiologiques dans le domaine du sport de haut niveau ;
- ▶ mettre en place, formaliser et animer un réseau national de recherche biomédicale et épidémiologique du sport de haut niveau, associant les structures assurant le suivi sanitaire des sportifs et les structures de recherche ;
- ▶ organiser des séminaires sur des thèmes scientifiques et médicaux et contribuer à la publication des résultats des recherches conduites dans son domaine de compétence ;
- ▶ accueillir en formation des chercheurs et des étudiants provenant des filières médicale, scientifique ou sportive ;
- ▶ faciliter les relations entre le plateau technique de soins de l'INSEP et les services de médecine du sport de l'AP-HP, notamment par des échanges de pratiques et d'expériences entre les médecins de l'INSEP et les praticiens hospitaliers ou médecins en formation de l'AP-HP ;
- ▶ contribuer à la formation et l'information des cadres techniques sportifs, des médecins du sport et des personnes concernées par la santé des sportifs, relatives aux résultats de ses recherches.

Un comité de pilotage, constitué des parties signataires de la convention et dont le président est désigné par le ministre chargé des Sports, est chargé de veiller au respect des objectifs fixés par cette convention. Il se réunit au moins deux fois par an.

Le chef du département IRMES est nommé par arrêté du ministre chargé des Sports sur proposition conjointe du président de l'université Paris V – René Descartes et du directeur de l'INSEP, après avis du conseil d'administration de l'INSEP. Il dirige les activités et le personnel de l'IRMES. Il rend compte de son activité devant le comité de pilotage. Il prépare les projets de convention et accord qui peuvent éventuellement être passés dans le cadre de l'activité de son département avec les organismes extérieurs à l'établissement.

Le chef du département est assisté d'un comité scientifique composé de personnalités compétentes désignées notamment par le ministre chargé des sports. Le comité scientifique propose les axes de recherche et évalue les projets de recherche menés ou soutenus par le développement.

Le département IRMES est doté d'un compte de ressources affectées.

À plusieurs égards (dont les conditions de nomination du chef de département, sa dépendance hiérarchique, le financement de l'IRMES), cette structure est assez originale dans le cadre d'un EPA. Les statuts de l'INSEP permettaient pourtant à l'INSEP de passer une convention avec Paris V sans que pour autant soit créé un nouveau département en son sein (cf. art. D211-1 du code du sport).

Composition initiale du comité scientifique de l'IRMES :

- Société Française de Médecine du Sport : Professeur Pierre ROCHCONGAR
- INSERM : Professeur Didier MAINARD
- Université René Descartes - Paris V : Professeur Olivier HERMINE
- AP-HP : Docteur Vincent HAZEBROUCQ
- MJSVA : Docteur Gilles EINSARGUEIX
- INSEP : Docteur Éric JOUSSELLIN (chef du DM de l'INSEP)
- MENESR : Professeur Gérard DINE
- Le directeur de l'IRMES : Jean-François TOUSSAINT

Composition initiale du comité de pilotage de l'IRMES :

- INSERM : Xavier JOUVEN
- AP-HP : Alain LEPERE
- INSEP : Hubert COMIS (directeur de l'INSEP)
- Université René Descartes - Paris V : Paul ALART
- CNOSF : Claude-Louis GALLIEN
- CNDS : Bertrand JARRIGE

Le journal [Le Monde](#) du 2 novembre 2006 rend compte de l'inauguration de l'IRMES.

Surveillance médicale réglementaire: L'[arrêté du 16 juin 2006](#) (JoRf du 15 août 2006, texte n° 28) fixe la nature et la périodicité des examens médicaux pour les Shn. Il modifie l'arrêté du 11 février 2004 (cf. *supra*). Il impose un suivi psychologique. Ce suivi sera mis en place immédiatement à l'INSEP par le psychiatre et les trois psychologues cliniciens du DM. Ces bilans mettront en évidence les difficultés, très souvent sous-estimées, rencontrées par les Shn dans leur vie et leur projet de carrière.

2007 Kinésithérapie : Les responsables du service, François-Xavier FERREY et Marielle VOLONDAT, insistent pour la création d'un bassin de balnéothérapie dans le cadre des travaux de rénovation de l'INSEP. Ils en prévoient le projet dans les détails et élaborent avec le service de la recherche un ouvrage, *Récupération et performance sportive* (éditions INSEP en 2010), mettant en évidence les bienfaits de l'eau en matière de soin. Un film intitulé « Le sportif et l'eau » sera également réalisé par l'INSEP.

Éléments financiers : Les recettes globales du DM atteignent 700 000 € en 2007. Elles étaient de 600 000 € en 2005.

2008 Surveillance médicale réglementaire : À l'occasion du colloque des 7 et 8 mai 2008 organisé dans le cadre des « Entretiens de l'INSEP » avec pour thème « *Le sport, c'est la santé ?* », le Dr Christian PALIERNE, adjoint au chef du département médical de l'INSEP, fait un rappel des textes législatifs et réglementaires relatifs à la SMR du sportif de haut niveau.

Son intervention fera l'objet d'une publication, intégrée dans la collection « [Les cahiers de l'INSEP, n° 41](#) », comme celles de plusieurs membres du département médical (Dominique POUX, Éric JOUSSELLIN, Meriem SALMI) ou d'autres départements de l'INSEP (Patrick MIGNON, Jean-François TOUSSAINT). Dans cette collection, une dizaine d'autres ouvrages portent sur des thèmes médicaux.

Priorités du DM pour 2008 : Pour la première fois, l'INSEP rend public un rapport d'activité, (qui sera présenté au conseil d'administration du 29 avril 2009). On y réaffirme la mission prioritaire du département médical de l'INSEP, « *assurer la préservation de la santé des sportifs confrontés au contexte de la performance de très haut niveau* », qui sera reprise en substance dans le décret du 25 novembre 2009 (*cf. infra*).

Le schéma d'organisation du DM est présenté en quatre secteurs, interconnectés : suivi médical de l'entraînement, kinésithérapie (dont on affiche le rôle spécifique depuis quelques années), centre de santé (les trois sur rendez-vous), la permanence médicale (sans rendez-vous).

Pour l'ensemble du département, les deux principaux objectifs de l'année étaient l'accompagnement des Shn préparant les Jeux olympiques et paralympiques organisés à Pékin et la préparation du déménagement du département dans de nouveaux locaux, du bâtiment I vers les bâtiments G (pôle de kinésithérapie) et H (pôle médical), effectués fin 2008.

Les fédérations sportives et le CNOSF ont beaucoup sollicité le DM pour les JO : sept médecins, cinq kinésithérapeutes et une psychologue clinicienne faisaient partie de la délégation française à Pékin, un médecin accompagnait la délégation paralympique.

Le DM souligne dans son rapport l'importance de ses actions dans le domaine de la prévention. « *La meilleure des préventions demeure la présence la plus régulière possible des personnels médicaux auprès des sportifs* ».

Plateau technique : Le plan de rénovation a été l'occasion d'effectuer un renouvellement très important du matériel médical, avec des acquisitions haut de gamme (étalées de 2009 à 2011), permettant également de développer de nouveaux partenariats (15, au total, en 2009), contribuant à ces acquisitions :

- Un nouvel appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM), unique en France, permettant de réaliser des images en position allongée, inclinée et debout.
- Un appareil de radiologie numérisée, moins irradiant, facilitant le stockage et la transmission des données.
- Un échographe et un électrocardiographe de dernière génération, aux images plus fines.
- Un nouveau cabinet dentaire, complétant celui existant, permettant de réserver un fauteuil aux soins, un autre à la prévention.
- Des appareils d'isocinétisme et des ergomètres.
- Des analyseurs de gaz pour les épreuves d'effort.
- Une salle de cryothérapie corps entier (*cf. infra*).
- Une salle de récupération avec lits d'eau et coffres infra-rouge.
- Une salle de luminothérapie pour anticiper et récupérer des décalages horaires.

Recherches : Les actions sont orientées vers l'application au terrain : motifs des consultations, techniques d'évaluation, de récupération, de réadaptation, etc. Des travaux sont menés avec la mission recherche sur les effets de la cryothérapie sur la récupération, avec l'IRMES sur l'analyse du suivi psychologique et sur les effets de la pratique intensive sur les articulations des jeunes gymnastes.

Formations : Outre les interventions habituelles du DM dans les cursus de formation des Shn, le département est lieu de formation pour la capacité universitaire de médecine du sports (Paris 13), du diplôme universitaire en kinésithérapie du sport (Paris V), d'un master en STAPS (Paris 13), etc. Le DM accueille en 2008 une trentaine d'élèves infirmières et infirmiers, une soixantaine en kinésithérapie, une vingtaine en diététique, une dizaine en sciences médico-sociales et un médecin en DESC de médecine du sport.

Bilan d'activité chiffré : Le DM réalise plus de 33 000 actes en 2008 (cf. le tableau de synthèse pour la période 2008-2019 figurant à l'année 2019, *infra*). Elle est en baisse de 15 % par rapport à l'année précédente, du fait du départ d'un médecin du centre de santé et, surtout, du déménagement et de sa préparation. Cette baisse a été globalement répartie sur l'ensemble des secteurs du département. L'activité a été très réduite en décembre 2008.

Bilan de l'IRMES : Après avoir procédé à ses recrutements en 2007 et à la mise en place de ses premiers registres, l'IRMES a fait approuver à son comité de pilotage et au conseil d'administration de l'INSEP des projets recouvrant trois axes de recherche, en physiopathologie, en épidémiologie de la performance et en santé publique et prévention.

Deux thèses et cinq masters sont en cours, quatre chefs de clinique assistants (CCA) en formation. L'IRMES a participé à trois colloques et publié quatre articles dans des revues scientifiques, cinq étant en cours de finalisation.

Le personnel de l'équipe IRMES se compose de 15 personnes, soit deux universitaires (à temps partiel – TP), deux ingénieurs INSERM (TP), deux ingénieurs de recherche (temps plein), deux CCA de recherche, six titulaires de masters et une secrétaire de direction.

L'IRMES étant encore à ses débuts, il établit en interne des connexions avec les autres secteurs de la mission recherche et, en externe, avec plusieurs fédérations sportives (rugby, équitation, athlétisme, natation, etc.). La visite des présidents de partenaires fondateurs (Pr André SYROTA pour l'INSERM, Pr Axel KAHN pour l'université Paris V) permet de préciser les perspectives institutionnelles. La recherche de soutiens actifs, publics et privés, se développe pour assurer la pérennité de la structure et améliorer son financement.

%%%%%%%%%

Quatrième partie

-

De 2009 à 2020

L'Institut national du sport, de l'expertise et de la performance (INSEP) de sa création jusqu'à 2020.

2009 Statuts : L'INSEP devient l'Institut national du sport, de l'expertise et de la performance, établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel (EPSCP). Il rentre ainsi dans la catégorie des grands établissements. Le [décret n° 2009-1454](#) du 25 novembre 2009 définit son statut et ses missions (extraits ci-après).

L'INSEP participe à la politique nationale de développement des activités physiques et sportives, particulièrement dans le domaine du sport de haut niveau, et contribue à la protection de la santé des sportifs et au respect de l'éthique sportive.

(...)

Il concourt à des programmes de recherche scientifique, médicale, technologique en matière d'activités physiques et sportives, produit et diffuse des connaissances liées au sport de haut niveau et valorise ses ressources documentaires.

(...)

Comme évoqué précédemment (cf. § 1980), c'est la première fois qu'apparaît dans un texte réglementaire *la protection de la santé du sportif comme objectif prioritaire* de l'INSEP, objectif repris dans l'article R. 211-2 du code du sport : « *L'INSEP (...) contribue à la protection de la santé des sportifs et au respect de l'éthique sportive.* »

Conjoncturellement (cf. § 2010, *infra*), cela donne satisfaction au DM, comme à son chef de département qui, inlassablement, mettait en avant cet objectif à l'occasion de nombreuses réunions, conférences et publications, comme lors des conseils d'administrations.

Cet affichage réglementaire est en effet très important. Toutefois la question éthique demeure et demeurera sans doute toujours. Le département médical de l'INSEP est-il au service de la performance du sportif de haut-niveau, ou au service du sportif confronté « *aux contraintes de la performance de très haut niveau* », comme ses rapports d'activité annuels le rappellent ? Les évolutions de l'organisation interne de l'INSEP depuis ce nouveau statut peuvent être, comme par le passé, l'occasion de se poser cette question.

Organisation : Quoi qu'il en soit, s'agissant du positionnement du département médical dans ce nouvel institut, le décret statutaire de novembre 2009 de l'INSEP ne précise pas son organisation au-delà des deux postes de directeurs généraux adjoints, chargés respectivement de la « *coordination de la politique sportive* » et de la « *gestion de l'établissement* ». Il renvoie aux décisions du conseil d'administration l'organisation interne en « *directions, départements, unités, services ou missions* » (cf. son article R. 211-6).

À la différence de l'arrêté du 2 février 1977 qui définissait l'organisation antérieure de l'INSEP, en prévoyant explicitement un département médical (DM) dont le responsable était placé immédiatement sous l'autorité du directeur de l'Institut, le décret du 25 novembre 2009 laisse au nouveau directeur général une plus grande liberté pour son positionnement et son appellation, sous réserve de l'approbation du conseil d'administration.

Ainsi, selon les directeurs généraux successifs, le DM s'appellera « service médical » au sein du « pôle du sportif de haut niveau », l'un des trois pôles de la direction chargée de la coordination des politiques sportives (DPS), en 2010 ; puis « département médical » au sein du « pôle du sportif de haut niveau », l'un des deux pôles de la direction de la performance sportive (conservant le sigle DPS) à partir de mars 2013 ; puis rattaché directement à la direction de la performance sportive (2014), puis « pôle médical » à partir de 2015.

Ces changements d'appellation ne posent pas nécessairement problème, en soi, le DM semblant conserver toujours les mêmes missions. Les échelons de décision sont néanmoins plus nombreux, ce qui peut créer des difficultés en termes de rapidité de réaction et de communication.

Ce qui interrogera peut-être davantage, c'est l'organisation dans d'autres services de l'INSEP de structures intervenant dans des domaines proches du médical, comme la psychologie du sport ou la diététique, mises en place à partir de 2013 et apparemment renforcées en 2017 (*cf. infra*).

Par ailleurs le décret du 25 novembre 2009 crée un conseil scientifique, médical et de formation.

Ce conseil est *notamment consulté par le conseil d'administration sur* :

- *Le programme de recherche de l'établissement ainsi que les actions de recherche auxquelles il concourt.*
- *La stratégie de l'établissement en matière de protection de la santé des sportifs.*
- (...).

Il se réunit annuellement. Son champ de compétence, très vaste, est surtout l'occasion pour les responsables des services concernés de présenter leurs bilans et leurs projets, qu'il peut soutenir auprès de la direction générale de l'Institut, le cas échéant.

Pierre ROCHCONGAR, professeur des universités, praticien hospitalier, directeur de l'unité de biologie et de médecine du sport au CHU de Rennes, est le premier président de ce conseil (il décèdera en décembre 2016).

Plateau technique : Une chambre de trois pièces de cryothérapie à – 110° corps entier (CCE) est installée dans le DM de l'INSEP (dans l'ancienne cave du bâtiment H, entièrement restaurée et réhabilitée). La CCE est une technique de soulagement et d'accompagnement, non de traitement. Elle a notamment été créée suite aux travaux menés en ce domaine par Jean-Robert FILLIARD (qui deviendra le président de la Société française de cryothérapie corps entier – <http://sfcce.fr/>). Elle sert à la récupération et la rééducation des Shn, en priorité, mais elle accueillera également des patients porteurs de pathologies rhumatismales, cette salle étant à l'époque unique en France.

Elle permet également l'accueil en récupération des équipes de France de hand-ball, basket-ball et de nombreuses équipes professionnelles parisiennes de rugby (Stade français), hand-ball (US Créteil, US Ivry, Tremblay-en-France), basket (Levallois, Nanterre), Paris volley, etc.

L'appareil d'IRM nouvellement acquis est également unique en France. C'est une machine à bas champ magnétique (0,25 tesla), ouverte : le patient n'est pas bloqué dans un chariot. Elle est posturale ; elle passe de la position horizontale à la verticale, permettant de mieux visualiser certaines pathologies du rachis, par exemple.

Les années 2009 et 2010 sont des périodes de rodage de ces nouveaux matériels. C'est parfois long ; ils nécessitent l'élaboration de protocoles et l'adaptation des horaires des personnels afin qu'ils soient utilisés à leur pleine capacité.

Kinésithérapie : Ce secteur du département médical est dorénavant nommé service de masso-kinésithérapie. L'utilisation d'un nouveau logiciel de suivi de son activité permet de mettre en évidence qu'elle s'applique nettement en faveur des soins (70 %), plutôt que de la récupération. Cette tendance, apparemment nouvelle, est interprétée comme le résultat d'une augmentation des pathologies traumatiques des sportifs, davantage sollicités par l'entraînement et le nombre de compétitions. Elle met également en évidence l'insuffisance du nombre de masseurs-kinésithérapeutes pour couvrir en récupération les besoins des pôles de l'INSEP, 27 à cette époque.

Surveillance médicale réglementaire : Le projet de contrat de performance de l'INSEP élaboré en juin 2009 (en phase avec le projet de nouveau statut) pour la période 2009-2011 fixe, comme objectif n° 2 « *Renforcer le respect de l'éthique dans le sport et préserver la santé des sportifs* ».

Un des indicateurs d'atteinte de cet objectif est le nombre de bilans effectués par les Shn dans le cadre de l'offre du département médical de l'INSEP. Ce projet de contrat de performance indique les prévisions et réalisations à partir de 2006.

2006 Réalisa- tion	2007 Prévision	2007 Réalisa- tion	2008 Prévision	2008 Réalisa- tion	2009 Prévision	2010 Prévision	2011 Cible
1 165	1 250	1 353	1 430	1 248	1 400	1 450	1 550

Le réalisé 2008 est inférieur au réalisé 2007 et aux prévisions du fait que cette année étant olympique, la participation à des compétitions ou stages extérieurs préparatoires a généré une forte baisse de fréquentation du DM entre février et mai, autant pour les Shn que pour le personnel médical. Par ailleurs, le déménagement dans de nouveaux locaux, en décembre 2008, a engendré une diminution de ces bilans.

Une des difficultés de la mise en place de cette surveillance médicale réglementaire tient à l'absentéisme ou aux annulations de dernière heure de certains Shn (de l'ordre de 10 %). Des mesures seront prises en 2011 avec les entraîneurs pour organiser ces séances, notamment en début de saison sportive (durant une journée pour les Shn « entrants » à l'INSEP, de septembre à octobre), à des moments permettant de diminuer cet absentéisme.

Il convient de rappeler que cette SMR est également possible à l'INSEP pour des Shn hors pôles, voire de fédérations non implantées dans l'Institut, ce qui peut amener, selon les années, à plus que doubler l'effectif suivi.

Recherche et diffusion de connaissances : Ce projet de contrat de performance (p. 38 sq.) met aussi en évidence le nombre de publications scientifiques ou techniques par chercheur et par an pour l'IRMES et la mission recherche, de 2006 à 2008, recensées par l'agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES), créée peu de temps auparavant, en 2007. Les précisions données sur les indicateurs retenus sont importantes, l'évaluation des productions scientifiques étant un sujet complexe.

Un projet de recherche s'élabore avec l'IRMES, centré sur l'analyse des informations recueillies par l'étude de la pratique intensive sur les articulations des jeunes gymnastes.

Comme les années antérieures, les sollicitations médiatiques du DM sont nombreuses, la mise en service de la cryothérapie corps entier ayant été l'occasion d'une dizaine de reportages, souvent télévisés.

Bilan 2009 : Outre les points spécifiques mentionnés précédemment, l'activité du DM, en hausse de 17,2 % (en nombre d'actes), retrouve le niveau des années antérieures, l'année 2008 ayant connue une baisse liée principalement à la préparation du déménagement.

On note également le développement important de l'activité en psychologie clinique, compte tenu de la demande. Les trois psychologues éprouvent des difficultés à y répondre complètement, faute de temps.

Éléments financiers : Les recettes globales du DM dépassent 1 M€ en 2009. Elles étaient de 700 000 € en 2007.

Bilan de l'IRMES : L'IRMES poursuit ses travaux sur les trois axes de recherche approuvés l'année précédente : physiopathologie, épidémiologie de la performance et santé publique et prévention. Le nombre de masters en cours passe de 5 à 9, cinq chefs de clinique assistants (CCA) sont en formation, au lieu de quatre l'année précédente. L'effectif du service est toutefois un peu réduit, il passe de 15 à 12.

L'Institut publie un livre d'analyse des performances olympiques aux JO de Pékin et sept articles sur des sujets divers. Il est audité par l'Assemblée Nationale et le Sénat, ainsi que par la Commission d'évaluation du plan national nutrition santé et par la Commission nationale de lutte contre l'obésité. Il participe à de nombreux congrès scientifiques et intervient fréquemment dans les médias. Ses axes prioritaires de recherche sont illustrés par des études portant sur les effets de l'âge au tennis, sur les nouvelles combinaisons de natation et sur les évolutions à attendre en termes de résultats sportifs selon les différences entre genres, par exemple.

2010 IRMES : La convention de l'IRMES avec ses partenaires est renouvelée pour une durée de 4 ans le 14 avril 2010.

Organisation : Le conseil d'administration du 15 avril 2010 valide la nouvelle organisation de l'INSEP, conséquence de son nouveau statut (cf. le [décret n° 2009-1454](#) du 25 novembre 2009). S'agissant du département médical, il est donc appelé dorénavant service médical (SM), au sein de la direction chargée de la coordination des politiques sportives (DPS), confiée à Claude FAUQUET (ancien DTN de la Fédération française de natation). Éric JOUSSELLIN demeure médecin-chef du service médical, mais, dans une note préalable du 18 mars au directeur général de l'Institut, Thierry MAUDET, il lui fait part de sa désapprobation quant à cette nouvelle organisation, craignant notamment que l'objectif de préservation de la santé des sportifs, maintenant affiché comme prioritaire dans les statuts de l'Institut, soit soumis à des pressions contradictoires. Il propose, sans succès, un positionnement au même niveau que les départements de l'expertise et du projet de la vie des sportifs, en interface. Ce sujet sera également évoqué en conseil d'administration.

Néanmoins, comme antérieurement, le SM est présenté en quatre secteurs interconnectés, le suivi médical de l'entraînement des Shn, où sont assurés les bilans de prévention (la SMR), le centre de santé médical et dentaire, où sont assurés les soins (ouvert aux Shn et à tous les publics), le service de masso-kinésithérapie (pour les soins, la réhabilitation et la récupération, ouvert aux Shn et à tous les publics), la permanence médicale, assurée en continu de 7h15 à 20h30 (de 9h à 13h les samedis et jours fériés), ouverte aux Shn et aux personnels de l'INSEP. Un service d'astreinte est assurée la nuit par le responsable du service.

Plateau technique : Le matériel acquis en 2009 est complété par la mise en service du bassin de balnéothérapie, en juillet 2010, permettant la prise en charge des pathologies de l'appareil locomoteur et la récupération. La demande est forte, notamment en fin de journée. Elle nécessitera le recrutement d'un Shn, maître-nageur, pour assurer la surveillance.

Depuis la rénovation de l'INSEP, le SM, avec son plateau technique, est devenu une « vitrine » de l'Institut. Il attire de nombreuses visites de délégations étrangères.

Bilan d'activité : En 2010, l'activité du SM est globalement en hausse de 8,6 % par rapport à l'année précédente, avec 42 120 actes, toutes spécialités confondues.

On note la confirmation de la prépondérance des actes de soins du service de kinésithérapie (70 %), plutôt que de ceux de prévention ou de récupération, leur analyse étant plus précise grâce à un nouveau logiciel. Il se confirme que cela est dû, au moins en partie, par l'augmentation des pathologies traumatiques des Shn, davantage sollicités par l'augmentation du volume et de la charge d'entraînement et du nombre de compétitions.

Comme en 2009, l'activité en psychologie clinique est devenue très importante. Elle a nécessité le recrutement de deux autres psychologues cliniciennes à temps plein pour les quatre derniers mois de l'année, afin de permettre la réalisation des bilans de la quasi-totalité des Shn mineurs.

Recherche : Les recherches du SM sont orientées vers l'application au terrain : motifs de consultation, épidémiologie des pathologies, analyse des bilans cardiologiques, etc.

En partenariat avec le service de la recherche et/ou avec l'IRMES, des projets sont envisagés sur les effets de la cryothérapie corps entier, sur la cryothérapie et la cicatrisation des blessures, et sur la récupération.

Christophe HAUSSWIRTH, du service de la recherche, laboratoire de biomécanique et physiologie (maître de conférence – HDR), a également joué un rôle moteur en ce domaine. Avec le service médical, il a publié une dizaine de travaux scientifiques dans des revues internationales sur la CCE. Plusieurs personnes du SM se sont également impliqués dans la rédaction de l'ouvrage *Améliorer sa récupération*, édité en 2013 par l'INSEP.

Depuis 2008, en deux ans, plus de 3 000 expositions en cryothérapie ont été réalisées par les masseurs-kinésithérapeutes ou infirmiers du SM. Le bilan présenté dans le rapport d'activité de l'année en donne le détail, indique le nombre de Shn par fédération et précise les éventuelles pathologies rencontrées.

Formation : Les actions déjà engagées (cf. *infra* 2008) sont poursuivies. Le nombre de stagiaires accueillis demeure identique, globalement de l'ordre de 120. Le SM s'implique davantage dans les formations supérieures de l'Institut et le professorat de sport. Les compétences et expertises acquises par le vivier important de personnel du SM qui accompagne les équipes en stages et aux Jeux olympiques (14 à ceux de Pékin) sont « réinvesties » dans les formations.

Depuis 2007, le SM accueille un médecin en DESC pour un stage à temps complet de six mois, formation de terrain sans équivalent en France, complétant par ailleurs très utilement l'offre du service. Le SM souhaite pouvoir en accueillir deux, simultanément.

Diffusion des connaissances : Les personnels du SM ont publié une vingtaine d'articles dans les revues professionnelles. Ils ont présenté une trentaine de communications dans des congrès et ont été sollicités une cinquantaine de fois par les médias.

Bilan de l'IRMES : En matière de physiopathologie, l'IRMES travaille notamment sur la mise en place d'une base de données communes pour le suivi des Shn de l'INSEP, portant sur des informations sportives, sociodémographiques et médicales. Il procède à une enquête nutritionnelle sur les sports à catégorie de poids et à une étude génétique des athlètes de haut niveau français. Il élabore un registre de mortalité dans le contexte sportif, en liaison avec l'INSERM, et un registre national du suivi psychologique des Shn français.

S'agissant de l'épidémiologie de la performance, il étudie notamment les évolutions séculaires et les interdépendances avec la démographie, bases de réflexion d'un colloque organisé les 29 et 30 octobre au Muséum d'histoire naturelle. En matière de santé publique et prévention, six projets sont poursuivis, en relation avec plusieurs partenaires.

L'IRMES envisage un quatrième axe de travail, avec la constitution d'un laboratoire de physiologie expérimentale, en liaison avec l'université Paris-Descartes, centré notamment sur le développement et le vieillissement musculaire.

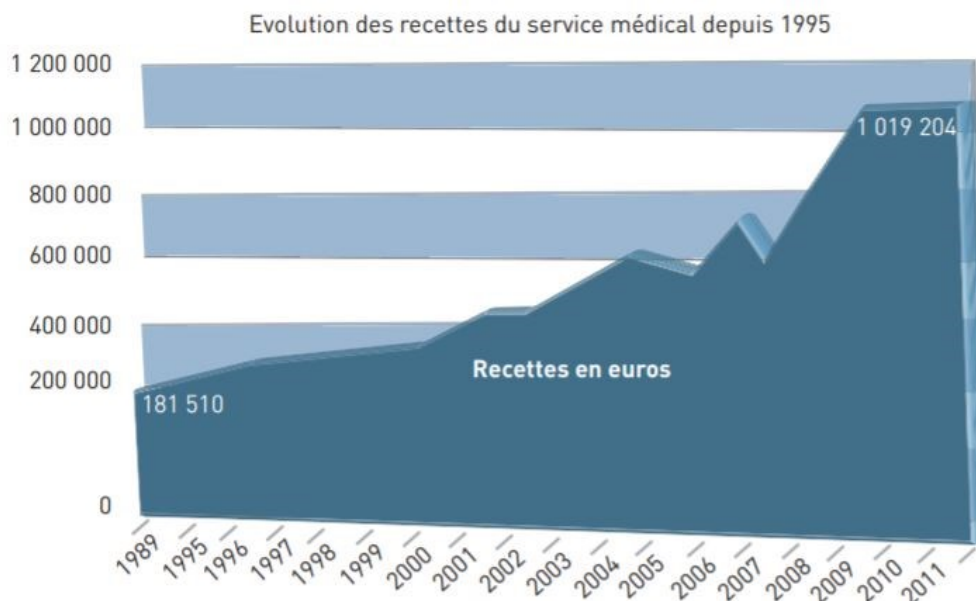
2011 **Masso-kinésithérapie** : En 2011, plus de 19 000 actes de soins, de réhabilitation, de réathlétisation, de récupération et de prévention ont été réalisés, soit 18,75 % de plus que l'année précédente (16 000). La récupération en balnéothérapie en milieu aquatique a été renforcée par la présence d'un maître-nageur vacataire le soir, en semaine, dès 17h30. Ainsi 1 278 Shn ont pu être accueillis au cours de l'année, et 600 sur les appareils d'hydrojet.

Fin 2011, un demi-poste (1/2 ETP) supplémentaire a été ouvert, orienté vers le soin et surtout la récupération.

La mise en place d'un logiciel (Wellness-system) de la société Technogym a facilité le recensement précis des pathologies prises en charge par l'équipe du service et permis une réflexion opérationnelle aboutissant à un protocole adapté au plateau technique. L'achat de nouveaux matériels (tel le « Human-Tecar », appareil d'ondes magnétiques en hyper-fréquence) est venu renforcer l'offre de soin.

Le centre de masso-kinésithérapie fait maintenant l'objet de visites régulières de délégations nationales ou internationales en raison de sa qualité professionnelle, matérielle, bâtiminaire et de la valeur de son plateau technique. La vidéo accessible avec le lien suivant : <https://youtu.be/L0ZviVMf2bk>. Elle illustre ce plateau technique, comme un lien de partenariat.

Aspects financiers : Le rapport d'activité de l'année indique l'évolution des recettes du service médical depuis 1989. Le chiffre d'affaire qu'il génère est légèrement supérieur à 1 M€ en 2011 (1 019 204 €) ; il est en augmentation significative depuis 2008/2009, contribuant à l'atteinte des nouveaux objectifs économiques de l'Institut.



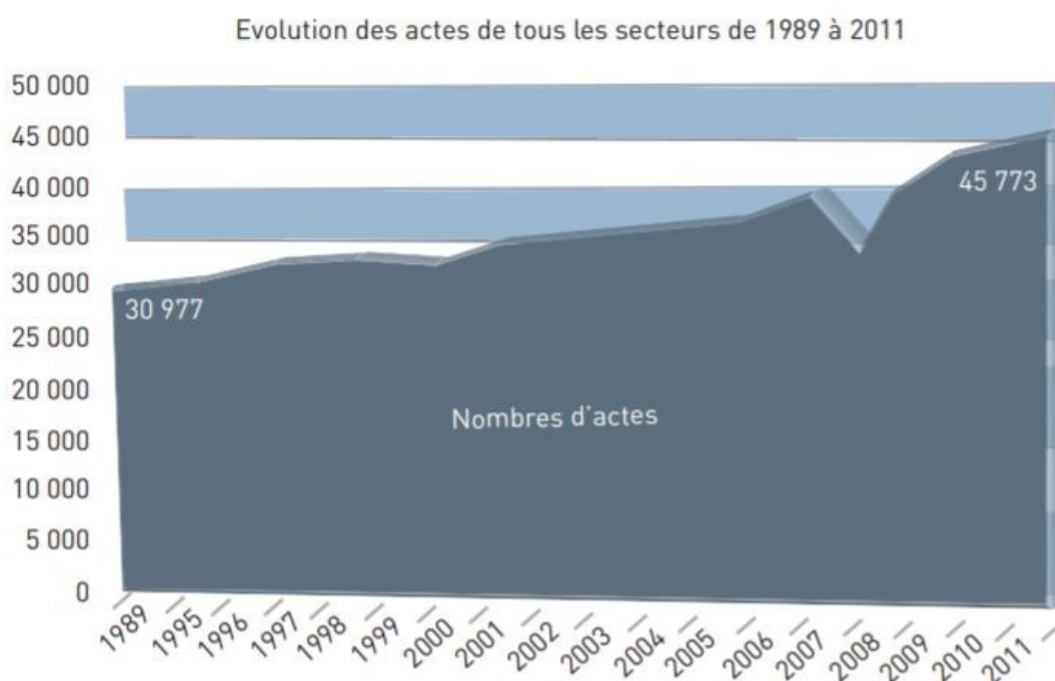
Permanence médicale : La permanence médicale observe une forte augmentation de la demande en 2011 : + 15 % par rapport à 2009, conduisant à une affluence importante à certaines heures, plus difficile à gérer. Cela conduit à une réflexion conjointe avec la mission du sport de haut niveau et à la finalisation de dix préconisations, dont la mise en place d'une réunion hebdomadaire entre chaque pôle France, son responsable ou son entraîneur, le médecin référent du pôle, destinée à mieux partager les informations sur les besoins des Shn et les réponses qui leur sont apportées. Un deuxième médecin est également affecté à la permanence médicale dès que 4 Shn sont présents en salle d'attente. De nouveaux contrats des médecins, avec de vrais temps-pleins pour trois d'entre eux, permettent également de mieux assurer cette permanence dans la durée.

Plateau technique : En 2011, le service imagerie a réalisé 5 245 examens, répartis en radiologie (31,4 %), échographies (42,2 %), IRM (22 %) et panoramiques dentaires (4,3 %). En décembre 2011, un nouvel appareil de panoramique dentaire, numérique, est acquis par le service.

Partenariat : En 2011, deux nouvelles entreprises (DJO-CEFAR-compex et ÉLITE Médical) s'ajoutent aux quinze autres partenaires signataires de conventions.

Surveillance médicale réglementaire : La qualité du plateau technique de l'INSEP et la compétence des personnels attirent de plus en plus les DTN et les médecins des équipes de France pour y faire assurer la SMR de leur Shn. Le nombre total de bilans effectués en 2011 est de 1 278, dont 448 l'ont été pour des Shn hors pôle de l'INSEP. Ont ainsi été accueillies les équipes de France A de basket-ball, de natation, de volley-ball, les équipes juniors et espoirs (masculines et féminines) de hand-ball.

Bilan d'activité : En 2011, l'activité du SM continue sa progression significative, toujours autour de 9 % par rapport à l'année précédente (8,7 %), avec 45 773 actes (contre 42 120 en 2010), toutes spécialités confondues. Cela concerne notamment l'activité de masso-kinésithérapie (*cf. supra*), mais également l'activité en psychologie clinique, pour laquelle des recrutements complémentaires ont pu être faits, permettant de réaliser la quasi-totalité des bilans pour les Shn mineurs.



Statuts des médecins et kinésithérapeutes : Une revalorisation de la rémunération des MK intervient au 1^{er} novembre 2011, sous forme de complément indemnitaire de 750 € mensuels prélevé sur les ressources propres de l'INSEP ; par ailleurs la grille indiciaire de référence de leur contrat s'aligne sur celle de la fonction publique hospitalière. En contrepartie, le nombre de journées de déplacement autorisé pour accompagner les équipes de France est ramené de 30 à 10 et il leur est demandé d'effectuer un service de 6h/jour pour un contrat à temps plein. Ces dispositions semblent apporter une amélioration dans la disponibilité du service pour les Shn.

Une amélioration des contrats des médecins est également envisagée, mais reste sans suite.

Bilan de l'IRMES : En matière de physiopathologie, l'IRMES a poursuivi les travaux menés précédemment (cf. 2010, *supra*), complété par un suivi des équipes de France masculines et féminines de rugby (blessures et performance).

S'agissant de l'épidémiologie de la performance, il a poursuivi ses travaux d'études des interdépendances (énergie, démographie, performance) présenté au colloque organisé en octobre 2010. Un second colloque a été organisé à Montpellier en avril 2011 et un troisième est prévu à Paris en janvier 2013.

Il a publié deux documents sur le concept d'expansion phénotypique et de couloirs de progression, développé un programme de détermination des performances atypiques et mesuré les *optima* de performance en relation avec les grands déterminants température, altitude, etc.) et leurs interactions.

En matière de santé publique et prévention, on notera que le volet activités physiques et sportives préparé par l'IRMES a été intégré dans le programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015. Une enquête a par ailleurs été réalisée avec l'institut BVA sur les pratiques quotidiennes ; elles seront présentées aux entretiens de l'INSEP de décembre 2011 consacrés à la nutrition, en présence du Pr Serge HERCBERG, président du PNNS.

On notera également, entre autres travaux, la publication de résultats d'une évaluation d'un programme de prise en charge d'activités physiques en milieu de travail (avec Peugeot SA et Malakoff Médéric). La Commission européenne a reconnu comme majeur cet axe de santé et a créé un groupe d'experts « Sport, santé et participation », dont la présidence a été confiée au directeur de l'IRMES, Jean-François TOUSSAINT, le 27 septembre 2011.

Le rapport d'activité de 2011 de l'INSEP détaille, comme dans les rapports annuels précédents, toutes les participations de l'IRMES à des formations, encadrements, séminaires, publications, conférences, etc. (cf. ses p. 144 à 155).

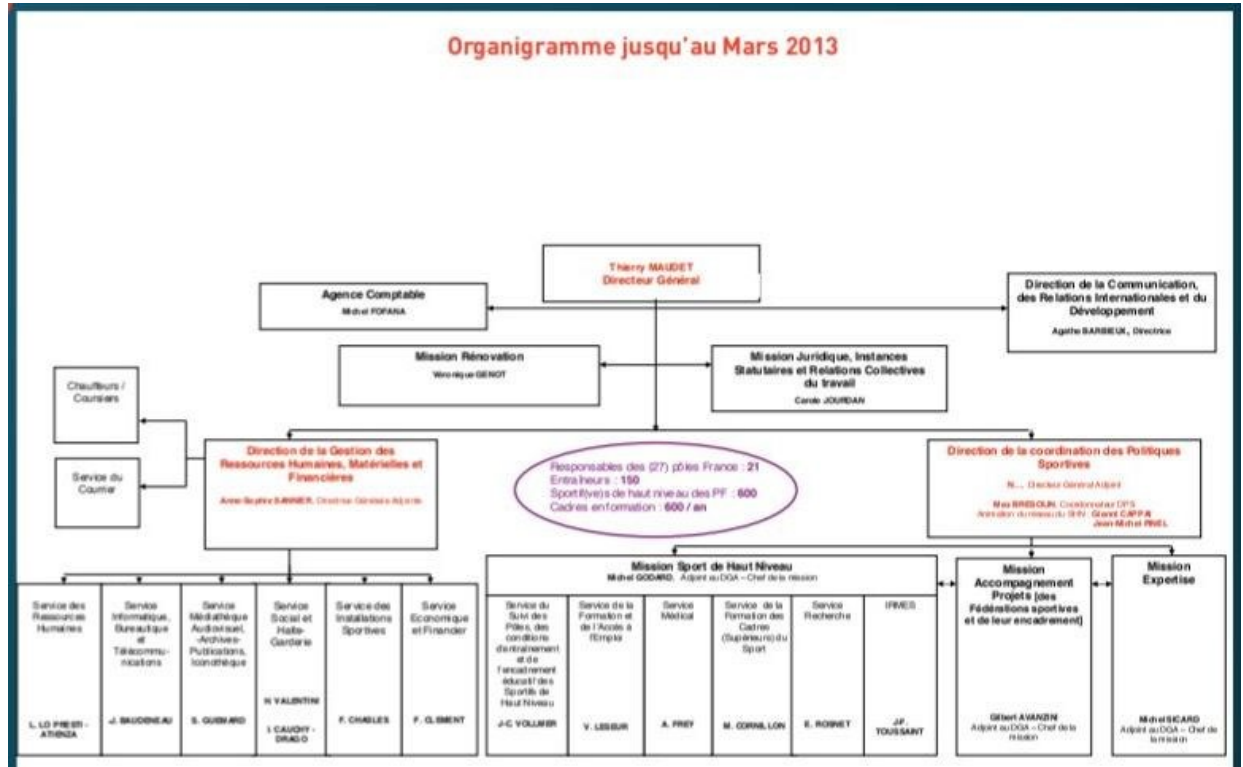
2012 Visite présidentielle : À la suite de l'élection présidentielle de 2012, le nouveau Président de la République, François HOLLANDE, se rend à l'INSEP le 16 juillet, avant les Jeux olympiques de Londres et visitera particulièrement le service médical, accompagné par la ministre des Sports, Valérie FOURNEYRON, ancienne médecin du sport de l'équipe de France de volley-ball, puis chef du bureau médical du MJS, qui connaît bien le département médical.

Direction : Le Dr Éric JOUSSELLIN, chef du DM depuis le 1^{er} octobre 1989, part à la retraite le 30 septembre 2012. Le Dr Alain FREY lui succède le 1^{er} octobre 2012. Il obtient un détachement de son administration d'origine et négocie avec l'INSEP un contrat spécifique prenant en compte sa situation antérieure.

Le Dr FREY connaît l'INSEP depuis près de 25 ans. Il y avait travaillé comme médecin stagiaire à partir de 1988. À partir de la fin des années 1990, il est médecin vacataire à l'INSEP car il occupe par ailleurs un poste de praticien hospitalier à l'hôpital de Poissy / St. Germain.

Parallèlement, il prit les fonctions suivantes au sein de deux fédérations : médecin fédéral et un temps médecin des équipes de France pour le pentathlon moderne, puis médecin des équipes de France junior puis senior pour le judo, succédant à ce dernier poste au Dr Didier ROUSSEAU. Le Dr FREY sera élu président de la société française de traumatologie du sport (SFTS) en septembre 2020.

Le Dr Yves DEMARAIS, responsable du centre de santé depuis 1979, part à la retraite fin décembre 2012.



Organisation : Le directeur général de l'INSEP (Thierry MAUDET) demande au Dr FREY d'élaborer un nouveau projet pour le service médical. À cette fin, il rencontre individuellement l'ensemble des personnels dans les mois qui suivent sa prise de fonction, crée de nouveaux liens avec l'IRMES et confortent ceux établis avec le service de la recherche.

Des modifications sont apportées au sein du service, dont la mise en place d'une infirmière d'accueil, permettant de trier et d'orienter les Shn, une amélioration du logiciel informatique pour faciliter l'archivage des documents et la transmission des données vers les médecins coordinateurs de la SMR des fédérations, un passage hebdomadaire des médecins référents dans les pôles France, etc.

La mise en place d'un staff bihebdomadaire est envisagée, pour faciliter les échanges entre médecins afin d'effectuer la prise en charge des blessures complexes des Shn.

Bilan d'activité : En 2012, l'activité globale du SM augmente de 6,3 %, avec 48 642 actes (contre 45 773 en 2011), toutes spécialités confondues. L'augmentation des consultations à la permanence médicale (+ 3,6 %, avec 7 229 consultations, contre 6 979 l'année précédente) et celle des actes infirmiers (+ 77,4 %, avec 431 actes, contre 243 en 2011) montrent que ce secteur est vital pour le fonctionnement du service. Le logiciel MAIDIS permet une codification des actes infirmiers.

L'imagerie médicale a réalisé 5 608 examens, soit une augmentation de 7 % ; les consultations spécialisées du centre de santé (5 579) baissent de 10 % par rapport à l'année précédente (6 256), notamment du fait de la baisse du montant des vacations mobilisées.

Le rapport d'activité de l'INSEP de 2012 indique des perspectives de travail du service médical pour 2013 (cf. p. 129). Leur concrétisation est évoquée ci-après (§ 2013, *infra*).

Bilan de l'IRMES : En matière de physiopathologie, une étude du taux de blessures en équipe masculine de gymnastique a été réalisée durant l'été 2012. Elle a été connectée à la base de données du suivi des Shn de l'INSEP et a vocation à l'être également avec le logiciel médical MAIDIS implanté en début d'année.

Grâce au financement résultant de l'appel d'offre « Recherche Sports 2012 », deux grandes études sont engagées sur la longévité des Shn pour les cyclistes et les participants aux JO depuis 1896, ainsi qu'une étude sur l'impact des ruptures de ligaments dans la carrière des skieurs alpins français.

S'agissant de l'épidémiologie de la performance, les travaux menés antérieurement ont pu être valorisés à l'occasion des JO de Londres. L'étude des interdépendances a permis le dépôt d'un projet multidisciplinaire auprès de l'Agence nationale de la recherche (ANR), regroupant cinq laboratoires de haut niveau.

En matière de santé publique et prévention, les travaux menés autour du programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015 ont fait l'objet d'une nouvelle publication, en 2012, dans la prestigieuse revue *British medical journal*.

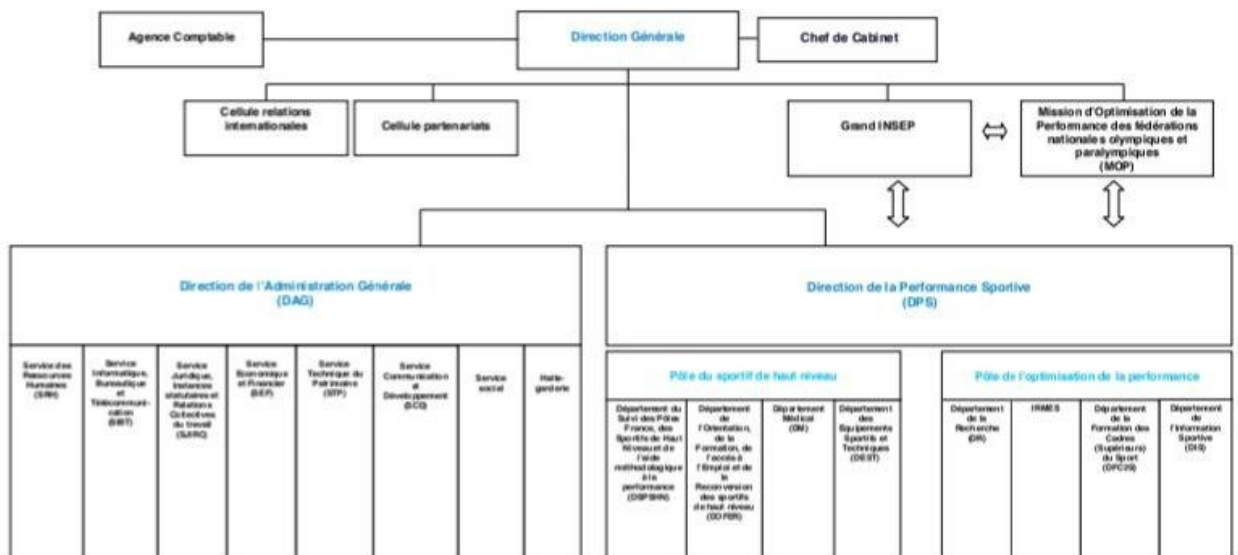
Surveillance médicale réglementaire : La [loi n° 2012-348 du 12 mars 2012](#), tendant à faciliter l'organisation des manifestations sportives et culturelles, a introduit, dans le code du sport, par ses articles 4 à 6, la faculté, au bénéfice de l'Agence française de lutte contre le dopage (AFLD), d'établir, par les prélèvements biologiques effectués dans le cadre de la lutte anti-dopage, le profil des paramètres pertinents dans l'urine ou le sang des sportifs, aux fins de mettre en évidence l'utilisation d'une substance ou méthode interdite.

Les renseignements ainsi recueillis peuvent faire l'objet d'un traitement automatisé par l'AFLD dans le respect des dispositions de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978.

L'instauration de ce profil biologique des sportifs fait l'objet d'un suivi particulier.

2013 Organisation : À la suite du changement de directeur général au 1^{er} mars 2013 (Jean-Pierre de VINCENZI succédant à Thierry MAUDET), l'organigramme de l'INSEP est modifié. Le service médical, dont la responsabilité avait été confié au Dr Alain FREY depuis le 1^{er} octobre 2012, était inclus dans la mission Sport de haut niveau (confiée à Michel GODARD), l'une des trois missions de la direction de la coordination des politiques sportives (DPS).

Organigramme de Mars 2013 à Décembre 2013



Le service reprend le nom de « département médical », au sein du pôle du sportif de haut niveau, l'un des deux pôles de la direction de la coordination des politiques sportives, qui prend le nouveau nom de direction de la performance sportive (en conservant le sigle DPS).

Quelques nouveautés sont apportées au fonctionnement du DM. Deux staffs hebdomadaires sont mis en place pour aborder les dossiers à problèmes et prendre des décisions collégiales (diagnostic, avis d'expert, traitement). Le sportif peut être examiné lors de ces réunions et la présence de l'entraîneur est vivement souhaitée, afin d'expliquer la décision finale en accord avec le sportif.

Les quatre staffs médico-chirurgicaux annuels, initiés par le Dr Yves DEMARAIS, sont maintenus pour examiner des cas très complexes et trouver des solutions thérapeutiques adaptées.

Une visioconférence est instaurée régulièrement, deux fois par mois, à partir de la fin de l'année 2013. Elle permet à l'ensemble des centres médicaux des CREPS de communiquer entre eux et avec l'INSEP sur des dossiers de patients, ou des thèmes d'organisation et de fonctionnement. C'est une concrétisation du concept de « Grand INSEP », introduit à l'occasion du changement de statut de 2009.

Un responsable de chaque unité du DM est nommé. Une réunion de concertation est organisée chaque mois. Chaque semaine se réunissent le responsable du DM et son adjoint avec le responsable du service de masso-kinésithérapie et son adjointe.

Une réunion médicotéchnique est mise en place également toutes les semaines au sein de chaque pôle France, associant son responsable, les entraîneurs, le ou les deux médecins référents, un ou deux masseurs-kinésithérapeutes et le psychologue clinicien assurant préférentiellement le suivi de ce pôle.

Le 5 juin 2013 est organisé à l'INSEP un colloque sur la rééducation, avec des intervenants francophones ; 260 personnes y participent.

Après plusieurs années d'interruption, la « journée médicale » de l'INSEP est rétablie. Elle se déroule le 2 décembre 2013, sur trois thèmes (médecine et sport, traumatologie et sport, physiologie et sport) ; 190 personnes y participent. Les interventions sont filmées et mises en ligne sur canal INSEP.

Plateau technique : Le DM a fait l'acquisition d'une ostéodensitométrie en fin d'année 2013, permettant d'analyser plus finement la composition corporelle des Shn que la méthode des plis cutanés. Une mesure impédancemétrique lui est couplée, afin de disposer d'une évaluation complète. L'examen est non invasif, très faiblement irradiant. Il est réalisé par les manipulatrices en radiologie.

Bilan d'activité du département médical : Globalement, le DM réalise 53 491 actes en 2013, soit une augmentation de 10 % par rapport à 2012. Il génère 1,2 million d'euros de chiffre d'affaire, 80 % pour le curatif et 20 % pour la prévention (cf. au § 2019).

Permanence médicale : La fréquentation augmente elle aussi de 10 % (7 977 actes). Pour faire face à certains pics d'influence, le tri opéré par l'infirmière d'accueil permet d'orienter le Shn vers le médecin de son pôle et diminuer son temps d'attente. En dehors des horaires de fonctionnement de la permanence (de 8h30 à 20h30 en semaine, de 9h à 13h le samedi), le système d'astreinte téléphonique (de nuit et de week-end) assurée par les médecins contractuels depuis le début de l'année 2013 a permis de répondre à 66 appels (5 à 6 par mois). Cette astreinte permet de gérer des situations médicales d'urgence survenues sur le site de l'INSEP ou quand les pôles France se trouvent à l'extérieur, en compétition ou en stage.

Centre de santé dentaire : Cette unité a généré 1 428 consultations en 2013, soit une augmentation de 4,4 %, réparties en 60 % de soins et 40 % de bilans préventifs. La responsable de cette unité est le Dr Mélanie BANA.

Suivi médical de l'entraînement (surveillance médicale réglementaire) : Les tests d'effort, 397 en 2013, sont en augmentation de 27 %, les bilans biologiques, 979, de 14 %. Le Dr Marianne GROC est la responsable du SMR.

Imagerie médicale : Le Dr Jérôme RENOUX devient responsable de cette unité. Il prend un poste à mi-temps en septembre 2013. 5 711 actes d'imagerie sont réalisés en 2013, soit + 1,8 % par rapport à 2012.

Rééducation et récupération : En 2013, 18 050 actes de soins ont été pratiqués, soit une augmentation de 11 % par rapport à 2012 (16 267), 3 220 de récupération, soit + 23 % par rapport à 2012 (2 605), 633 tests isocinétiques, soit + 53 % par rapport à 2012 (415), 4 401 séances de cryothérapie corps entier, soit + 69 % par rapport à 2012 (2 604).

Le service de masso-kinésithérapie est le responsable d'une très grande part de l'augmentation d'activité du département médical, du fait de la réorganisation des activités et d'une meilleure gestion au quotidien de l'ensemble des actes.

Unité de psychologie clinique : Cette unité est confiée à Cédric QUIGNON-FLEURET. Des réunions de coordination avec les autres départements de l'INSEP intervenant dans ce secteur sont organisées depuis novembre 2013. Une nouvelle psychiatre, le Dr de CHARRY, renforce occasionnellement l'équipe, une fois par mois. 1 633 consultations ont été réalisées en 2013, se répartissant en 30 % de bilan (en progression) et 70 % de suivi.

Diététique : L'activité de la diététicienne nutritionniste, passée de 471 en 2010 à 937 en 2011, est stable en 2012 et 2013 (934 et 907). Une mission « stratégie nutritionnelle » est mise en place à la DPS fin 2013. Le DM y participe.

Formation et recherche : Le DM participe à la formation des DESC de médecine du sport et des DES de Créteil. Les externes de l'université Paris 6 viennent découvrir la médecine du sport à l'INSEP sur une semaine. Il continue à intervenir dans les enseignements organisés par l'Institut (Master, professorat de sport, DESJEPS, DU de préparation physique, certificat de réathlétisation, etc.).

Le DM encourage et facilite la formation continue de son personnel par des participations à des colloques et congrès. Il s'associe au département de la recherche pour travailler sur plusieurs projets (étude sur la cryothérapie, étude pour les triathlètes, etc.).

Partenariat : L'accueil des équipes sportives professionnelles se développe. Elles utilisent régulièrement les installations du DM pour la récupération.

Informatisation : La réorganisation du DM se poursuit au plan informatique avec le logiciel MAIDIS, dans la perspective de regrouper l'ensemble des données des différents logiciels de suivi des Shn et faciliter l'analyse des données avec l'aide de l'IRMES.

Bilan de l'IRMES : Le bilan d'activité de l'IRMES a été jugé favorablement par l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) après sa visite du 22 janvier.

Le quatrième axe de formation, recherche et publication est constitué à partir d'octobre, avec l'équipe de physiologie expérimentale, équipe d'accueil de l'université Paris-Descartes. Il se concentre d'abord sur le test de plusieurs combinaisons de facteurs génétiques et environnementaux de performance individuelle du petit animal.

En complément des études de physiopathologie déjà menées, concernant le ski et le tennis (*cf. infra*), une analyse des blessures en compétition de judo est lancée (sur 20 ans), en collaboration avec le Dr Alain FREY, responsable du DM.

Un bilan sanitaire des équipes de France aux JO de Londres a été réalisé avec le Dr Philippe LE VAN, responsable médical des équipes de France olympiques.

S'agissant de l'épidémiologie de la performance, une étude sur la longévité des cyclistes est parue dans le *European heart journal*. Deux thèses de membres de l'IRMES ont été soutenues, avec mention. Les premiers résultats relatifs à l'amélioration de la performance ont été publiés. Une étude importante est engagée avec la Fédération française handisport afin de mieux comprendre les marges et limites d'optimisation de la performance en ce domaine.

En matière de santé publique et prévention, les travaux relatifs à la pratique des APS se trouvent confortés au plan européen et interministériel français.

2014 Organisation : Succédant au Dr Christian PALIERNE, le Dr Sébastien Le GARREC est devenu adjoint du Dr Alain FREY, chef du DM, depuis septembre 2013. Il lui succédera cinq ans plus tard (*cf. infra*, § 2018).

L'organisation mise en place en 2012 (staffs hebdomadaires, visioconférences dans le cadre du Grand INSEP, réunions hebdomadaires de service, mensuelles avec les responsables d'unités, etc.) continue à être mise en œuvre. Une réunion mensuelle avec les MK est instaurée. Un séminaire ouvert à l'ensemble des personnels du DM est organisé en novembre 2014.

La 11^{ème} journée médicale de l'INSEP se tient le 8 décembre. Elle s'ouvre pour la première fois à l'international (avec, notamment, l'intervention du Dr DOHI, du *Japan institut sport science*), initiative poursuivie les années suivantes. Elle est parrainée par deux sociétés savantes, les sociétés françaises de médecine du sport et de traumatologie du sport (SFMES et SFTS).

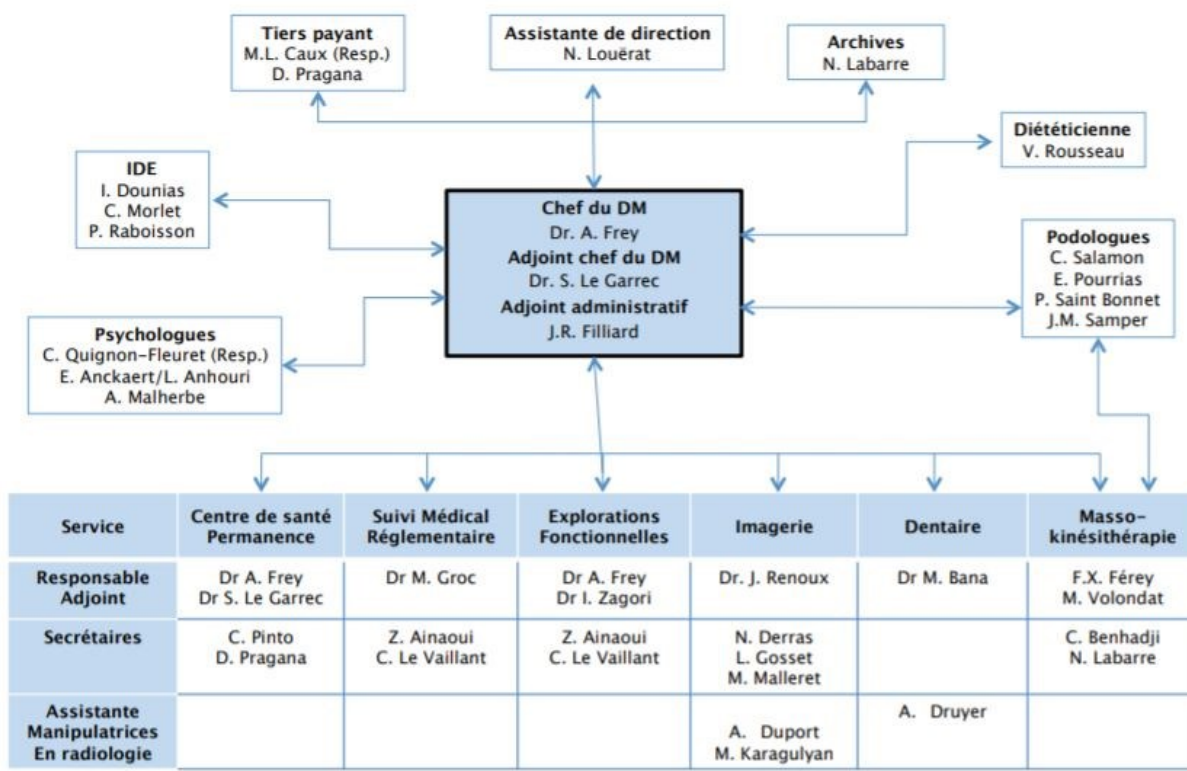
Les radiologues proposent de constituer un groupement d'intérêt économique (GIE) afin de développer le centre d'imagerie, avec une perspective de mise en place en 2016 (*cf. infra*):

Le secrétariat est réorganisé.

L'ouverture du DM vers un public sportif de bon niveau hors INSEP se poursuit, tout en maintenant une priorité pour le suivi des Shn de l'Institut et du grand INSEP, en répondant aux demandes de la mission d'optimisation de la performance (MOP) pour les sportifs « médaillables » pour les JO de Rio 2016.

L'organigramme général du département médical est le suivant :

Organigramme général du Département Médical



Bilan d'activité : En 2014, 63 046 actes ont été réalisés, soit une progression de presque 18 % par rapport à l'année précédente. Le DM génère plus de 1,2 M€ de recettes, répartis en 80 % pour le curatif et 20% pour la prévention.

Le nombre de passage à la permanence médicale s'élève à 8 425 actes, soit une augmentation de 5 % par rapport à 2013. Le système d'astreinte a permis de répondre à 68 appels, ayant entraîné 11 transferts vers le service des urgences de l'hôpital Bégin.

Suivi médical de l'entraînement (surveillance médicale réglementaire) : La SMR a amené la réalisation de 1 462 bilans cliniques, soit une hausse de 18 % par rapport à 2013 et 10 % par rapport à 2012. En outre, 467 tests d'efforts (+ 17 % / 2013) et 1 283 bilans biologiques (+ 26 % / 2013) ont été réalisés. Ces augmentations s'expliquent par la nouvelle organisation des convocations des Shn.

Une fiche de suivi entre le DM et la cellule de réathlétisation est instituée pour la gestion des blessures.

Centre d'imagerie médicale : 6 961 actes de radiologie, d'échographie et d'IRM ont été réalisés, soit + 21 % par rapport à 2013.

Rééducation et récupération : La réorganisation mise en place depuis deux ans conduit, là aussi, à une augmentation d'activité très sensible dans ce service : 18 530 actes de soins (+ 2,6 % / 2013), 3 663 de récupération (+ 13,7 %), 996 tests isocinétiques (+ 57 %), 4 950 séances de cryothérapie corps entier, (+ 12,5 %).

Unité de psychologie clinique : Le nombre de bilans est passé de 459 à 521 (+ 13,5 %), du fait de la nouvelle politique de rendez-vous. Les consultations de suivi ont toutefois diminué de 20 % (de 1 166 à 928), du fait de l'augmentation du nombre de bilans et de l'absence d'une psychologue (congé de maternité).

Bilan de l'IRMES : Depuis six ans, l'IRMES a produit 35 études et publications consacrées à l'analyse du contexte de la performance au plus haut niveau de l'élite sportive mondiale.

La thèse d'Amal HAÏDA, doctorante à l'IRMES, est soutenue à Rouen en novembre 2014. Une large étude de physiologie a permis d'évaluer l'impact de l'entraînement sur la vascularisation pulmonaire. Deux articles sont publiés sur ce thème. D'autres le sont sur les sujets suivants : analyse des raisons médicales des abandons et forfaits en tennis professionnel, mesures préventives des troubles urinaires par sport pour les Shn, rapports entre les charges d'entraînement et les fluctuations saisonnières des infections broncho-pulmonaires des nageurs des équipes de France, étude de longévité comparée entre les Shn et les « super-centenaires », etc.

L'IRMES continue à travailler avec la mission d'optimisation de la performance (MOP) dans le cadre de la préparation des JO de Rio et de Tokyo.

Le travail engagé antérieurement avec la Fédération française handisport sur les spécificités des performances de ses Shn ouvre les conditions favorables à une thèse, qui débute en 2014.

En physiopathologie animale, l'unité de recherche expérimentale dirigée par Philippe NOIREZ a, dès sa première année d'exercice, vu la qualité de ses travaux sur les facteurs génétiques, métaboliques et environnementaux de la performance et de l'entraînement récompensés par les autorités scientifiques européennes.

2015 Organisation : En juillet 2015, un groupement de coopération sanitaire (GCS) est créé, rassemblant l'AP-HP, la Fédération française de football (FFF) et l'INSEP. Ce groupement favorise l'exercice des praticiens au sein de ces structures pour une meilleure expertise et l'accueil de jeunes médecins, internes et assistants, spécialistes en médecine du sport.

Bilan d'activité : Le DM poursuit sa progression d'activité de presque 8 % par rapport à 2014 (68 124 actes réalisés / 63 046). Il génère plus de 1,3 M€ de recettes (1,2 M€ en 2014), toujours répartis en 80 % pour le curatif et 20% pour la prévention.

Informatisation du dossier médical du sportif : Conformément au projet d'établissement (objectif n° 9), les questionnaires médicaux du logiciel MAIDIS sont reformulés afin de les intégrer dans une nouvelle version utilisable sur le Web afin de faciliter son accès aux médecins des équipes de France. Un travail de regroupement des données est également mené avec les CREPS du Grand INSEP et les fédérations, en collaboration avec l'IRMES.

Centre d'imagerie médicale : Le nombre d'actes augmente de 1,5 % par rapport à 2014 (7 065/6 961), mais reste limité, avec seulement 1,1 ETP de radiologue. L'autorisation d'utilisation de l'IRM délivrée par l'agence régionale de santé (ARS) s'arrêtant en mai 2016, les réflexions se poursuivent pour la création d'un GIE. Un dossier est déposé en ce sens, fin 2015, avec une demande d'autorisation pour une nouvelle IRM 1,5 Tesla.

Masso-kinésithérapie : Une transformation du service en hôpital de jour est envisagée, mais il est convenu de n'engager ces démarches auprès de l'ARS qu'après le démarrage du GIE.

Unité de psychologie clinique : Le nombre de consultations augmente de 42 % par rapport à 2014 (2 062/928). Cela est lié pour partie à une augmentation du nombre de vacations de psychologues au sein du DM et du fait d'une demande croissante des responsables de pôles et des entraîneurs.

Suivi des Shn après leur carrière : Le projet d'établissement prévoyait de « mettre en place un suivi médical des sportifs de haut niveau après leur carrière » (objectif n° 36). Différents projets avaient été élaborés depuis les années 1990 (cf. supra) mais n'avaient pu être concrétisés faute de moyens. À cette fin, un projet de questionnaire est élaboré avec l'aide des commissions médicales des fédérations, du département de l'orientation, de la formation, de l'accès à l'emploi et de la reconversion des Shn (DOFER) de l'INSEP, et de l'IRMES.

Formation et recherche : Le DM poursuit sa participation aux formations médicales et paramédicales et accueille de nombreux stagiaires (cf. supra). Toutefois la nouvelle réglementation liée à leur accueil pose de réelles difficultés.

La 12^{ème} journée médicale de l'INSEP se tient le 7 décembre 2015, maintenant ouverte à l'international depuis l'année précédente (avec, notamment, l'intervention du Dr Roberto NAHON du comité olympique brésilien).

Groupement de coopération sanitaire : En juillet 2015, à Clairefontaine, avec la Fédération française de football (FFH), l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP), l'INSEP signe l'acte de création d'un groupement de coopération sanitaire (GSC). Il vise à accroître la reconnaissance du savoir-faire DM en l'exportant au sein des structures composant l'AP-HP. Ces échanges réciproques pourront favoriser la mise en place d'études et de publications dans les revues internationales de médecine du sport.

Bilan de l'IRMES : En dix ans, l'IRMES a produit 65 études et publications consacrées à l'analyse du contexte de la performance au plus haut niveau de l'élite sportive mondiale. La base de données longitudinale de carrière des Shn, engagée avec la MOP dans le cadre de la préparation des Jeux de Rio et de Tokyo, constitue un outil d'aide à la décision lors du processus de sélection des médaillables.

Une étude a porté sur l'héritabilité et la génétique de la performance, avec l'objectif de mesurer les contributions héritées (morphologie, motricité, adaptabilité, etc.). Une étude de même type, prévue sur deux ans, a également débuté pour l'aviron.

Un suivi longitudinal a également été mis en place avec le pôle France de pentathlon, ciblant l'ensemble des performances des athlètes internationaux et français depuis les JO de Londres de 2012. L'objectif principal est de fournir aux entraîneurs des *feedbacks* de progression chiffrés et d'analyser la concurrence spécifique selon les épreuves et les disciplines.

En matière de physiologie expérimentale, la première grande étude est publiée en 2015, donnant les résultats d'analyses génétiques au sein de quatre équipes de France. Ils ont vocation à être présentés à l'Hôtel de ville de Paris, en avril 2016, dans le cadre d'un colloque national et scientifique et de la candidature Olympique Paris 2024.

S'agissant de la santé publique et de la prévention, une étude a été mise en place avec la Fédération de la retraite sportive dont l'objectif principal est de mesurer le niveau de pratique de ses membres, pour identifier les facteurs d'activité les plus influents et les risques liés à la sédentarité.

2016 Organisation : Au sein de la direction de la politique sportive (DPS), le département médical prend progressivement le nom de « pôle médical » (PM).

Objectifs prioritaires : En année olympique, le DM/PM recentre davantage ses efforts sur les futurs médaillables, en leur consacrant davantage de temps et en s'efforçant de répondre très rapidement à leurs demandes.

La mise en œuvre de l'objectif n° 9 (orientation n° 1) du contrat d'objectif de l'INSEP « **Informatiser le dossier médical du sportif de haut niveau et l'exploiter** » se poursuit. En 2016, les questionnaires médicaux du logiciel MAIDIS ont été finalisés. Une exploitation informatique est prévue en 2017. La version Web MAIDIS est, elle aussi, finalisée en fin d'année 2016 pour une exploitation opérationnelle en 2017.

L'objectif n° 34 (orientation n° 3) du contrat d'objectif de l'INSEP est « **Améliorer le diagnostic et le traitement des Shn en constituant un réseau de spécialistes publics et privés** ». Les différents secteurs du pôle médical y contribuent, comme par le passé. On note que le bilan des astreintes de sécurité téléphonique mises en place en 2013 s'avère positif et répond apparemment à l'attente des Shn.

Masso-kinésithérapie : On constate une légère baisse du nombre d'actes par rapport à l'année précédente du fait du départ de deux MK, non remplacés immédiatement. Une réunion a lieu en fin d'année avec des chefs de services de rhumatologie d'hôpitaux de Paris pour mettre en place un protocole d'utilisation de la cryothérapie corps entier (CCE) chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante.

Plateau technique : L'objectif n° 33 (orientation n° 3) du contrat d'objectif de l'INSEP est « **Améliorer le plateau technique d'imagerie et se faire habilitier centre de rééducation pour optimiser la prise en charge des Shn** ». À cet effet, la création d'un groupement d'intérêt économique (GIE) « Imagerie médicale de l'INSEP » est actée en 2016. C'est une structure mixte, public-privé, dont l'INSEP est partie prenante à 50 %. Ouvert au public, ce GIE a une activité en secteur 1 de l'assurance maladie. Les Shn y bénéficient d'un tiers payant intégral et d'une prise de rendez-vous prioritaire. Ce GIE a également une mission de recherche, en collaboration avec le laboratoire sport, expertise et performance (SEP) et le pôle médical.

Le principal intérêt de ce GIE pour les Shn de l'INSEP est que sa plage d'ouverture horaire est beaucoup plus grande qu'antérieurement, quand l'INSEP était limité par les horaires des vacances des médecins radiologues.

Cette unité fonctionne encore de manière limitée en 2016, faute d'effectif suffisant (1,1 ETP), mais cela s'améliore progressivement, avec l'arrivée du Dr Michel CRÉMA fin 2016. Sa valence « recherche » pourra s'appliquer aux données du GIE. Le choix du fournisseur d'IRM sera finalisé en 2017.

Administrativement, ce GIE devient une structure extérieure, distincte de l'INSEP, même si l'Institut en est partie prenante à 50%.

Surveillance médicale réglementaire (SMR) : [L'arrêté du 13 juin 2016](#) (JoRf n° 0147 du 25 juin 2016, texte n° 27) est publié. Il concerne la surveillance médicale des sportifs de haut niveau, de la catégorie Espoirs et des collectifs nationaux.

Dans les deux mois qui suivent leur première inscription, et annuellement pour les suivantes, les sportifs de haut niveau doivent se soumettre à un examen médical réalisé par un médecin du sport qui comprend :

- Un examen clinique avec interrogatoire et examen physique selon les recommandations de la Société française de médecine de l'exercice et du sport.
- Un bilan diététique et des conseils nutritionnels.
- Un bilan psychologique visant à dépister des difficultés psychopathologiques pouvant être liées à la pratique sportive intensive.
- La recherche indirecte d'un état de surentraînement *via* un questionnaire élaboré selon les recommandations de la Société française de médecine de l'exercice et du sport.
- Un électrocardiogramme de repos.
- À la demande du médecin du sport et sous sa responsabilité, les bilans psychologique et diététique peuvent être effectués respectivement par un psychologue clinicien ou un diététicien.

Pour les sportifs de la catégorie Espoirs et des collectifs nationaux, le contenu et la mise en œuvre de la surveillance médicale doivent tenir compte :

- De l'âge du sportif.
- De sa charge d'entraînement.
- Des contraintes physiques spécifiques de sa discipline sportive.
- De la morbidité et des risques inhérents à la pratique de cette discipline.

Formation et recherche : La 13^{ème} journée médicale de l'INSEP se tient le 10 décembre 2016. Le Dr Alexandra BWENGE, du centre canadien de médecine du sport, y intervient sur la prise en charge de la commotion cérébrale au Canada.

Le DM poursuit sa participation aux formations médicales et paramédicales et accueille de nombreux stagiaires (*cf. supra*). Toutefois la nouvelle réglementation liée à leur accueil pose de réelles difficultés.

Le séminaire du pôle médical, organisé tous les deux ans, a lieu en octobre, en commun avec l'unité recherche et l'IRMES. Il permet de dégager plusieurs pistes de travail en commun pour la prochaine olympiade et la décentralisation de ce type de réunion au sein d'autres établissements du Grand INSEP.

Groupement de coopération sanitaire : En référence à l'objectif n° 38 du contrat d'objectif « Être reconnu centre médical de référence pour les Shn, notamment grâce à des collaborations avec des entreprises et des structures médicales de pointe », le GCS auquel participe l'INSEP développe progressivement des échanges avec l'APHP (Hôtel Dieu et Avicenne, principalement). Des réunions quadrimestrielles sont programmées afin de mettre en place aussi bien les échanges que les procédures de prise en charge des sportifs en Île-de-France. Des publications d'études réalisées conjointement paraissent dans des journaux de portée internationale.

Contexte médical : Nouveauté importante, est publié le [décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016](#) relatif aux conditions de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée (application de l'article L. 1172-1 du code de la santé publique) : « *Dans le cadre du parcours de soin des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient* ».

Bilan de l'IRMES : L'étude de physiopathologie portant sur la longévité des Shn français ayant participé aux Jeux Olympiques de 1896 à 2012 est présentée à Paris, le 19 avril 2016, dans le cadre d'un colloque national et scientifique et de la candidature Olympique Paris 2024. Comparativement à la population française, elle montre une importante réduction de mortalité, notamment au bénéfice de la population féminine. Cette étude montre également l'analyse des bénéfices et des risques de chaque sport.

Une étude est menée en collaboration avec la Mutualité sociale agricole (MSA) et France Galop sur la survenue des chutes des jockeys. Une nouvelle méthodologie pour la détection des anomalies dans les suivis longitudinaux de biomarqueurs sanguins est mise au point avec la Fédération française de football (FFF).

En 2016, l'IRMES a collaboré avec 15 fédérations sportives nationales ; il a participé à l'encadrement de 26 thèses, est intervenu dans 6 congrès ou conférences scientifiques et publié 11 articles importants. Adrien MARCK a soutenu avec succès (mention très honorable avec félicitations du jury) une thèse relative à la relation entre locomotion et âge. 6 thèses portées par d'autres membres de l'IRMES sont en cours.

2017 Organisation : La lettre de mission que Patrick KANNER, ministre de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, et Thierry BRAILLARD, secrétaire d'État aux Sports, adressent le 30 avril à Abdelghani YALOUZ, nouveau directeur général nommé le 11 mars, indique notamment que « *la conduite de travaux de recherche scientifique, médicale, technologique prioritairement orientés vers la production de la performance sportive* » constitue l'un des cinq piliers de l'action de l'INSEP.

À partir de 2017, les rapports d'activité de l'INSEP seront présentés de manière thématique, et non plus selon l'organigramme de l'Institut. Les activités du « pôle médical » figurent dans la rubrique « L'accompagnement à la performance ». Le « pôle médical » sera l'un des cinq pôles de la DPS, avec le « pôle formation », le « pôle de la performance », le « pôle haut niveau » et le « pôle accueil » (préfiguré en 2017, concrétisé ensuite).

Sera ainsi créée en 2017, au sein du « pôle de la performance », une « unité accompagnement de la performance » dont les missions concerneront la réathlétisation, la préparation mentale, la préparation physique et le coaching, puis, en 2019 (*cf.* le rapport d'activités), la préparation physique aquatique, l'athlétisation préventive et la préparation physique, l'accompagnement nutritionnel des sportifs, la musculation spécifique, la dimension mentale, la récupération, etc.

Les nouvelles orientations visent à mutualiser les compétences et les expertises, comme à s'organiser en mode « équipes projet ».

Plateau technique : Le centre d'imagerie (GIE), qui a « hérité » du matériel du DM, est doté d'un appareil de radiographie avec capteur plan, d'une IRM dédiée à 0.25 Tesla, d'un appareil d'échographie, d'un appareil d'ostéodensitométrie, d'un appareil de radiographie dentaire. L'ARS ayant donné son accord pour l'installation d'une nouvelle IRM 1.5 Tesla, une procédure concurrentielle a été lancée. La société EXACONCEPT a remporté le marché. Le choix s'est porté sur un appareil Philips en contrat de location. Les travaux d'installation démarrent en octobre.

Partenariat : Sous l'impulsion de Jean-Robert FILLIARD, le partenariat entre l'INSEP (pôle médical) et des fournisseurs de matériel médical et paramédical est toujours important. Il est composé en 2017 des 16 entreprises suivantes : BSN Radiante, ESAOTE, RYWAN, WELEDA, SIDAS POPIATEC, EONA, THUASNE, DJO-CEFAR-compex, ÉLITE Médical, GENEVRIER, INDIBA, TECHNOGYM, EPITACT, HUMAN TECAR, PHILIPS. La vidéo accessible *via* le lien suivant : <https://youtu.be/Ciz2rtUVsv4>. Elle illustre ce partenariat, tout en visitant quelques lieux emblématiques de l'INSEP rénové depuis une dizaine d'années.

Bilan de l'IRMES : La nouvelle présentation du rapport d'activité, en 2017, conduit à présenter les activités de l'IRMES dans la partie 4, « L'accompagnement de la performance », dans un chapitre 5, « La recherche et l'innovation », en parallèle avec le laboratoire « Sport, expertise et performance » (SEP), héritier de la mission de la recherche (1977), devenu ensuite département de la recherche ou des sciences du sport. Le rapport indique, par thème, le nombre d'études réalisées par ces deux structures et présente les projets de recherche de l'IRMES.

Valorisation de la recherche : Dans le prolongement de l'appel à projet annuel du ministère chargé des Sports, une journée de valorisation de la recherche est organisée par le Conseil scientifique, médical et de la formation (CSMF) de l'INSEP. Elle a pour but de mieux faire connaître les travaux réalisés antérieurement, en l'occurrence ceux terminés dans la période 2014-2016, dans le domaine du sport de haut niveau (SHN).

L'originalité de la journée repose sur la présentation des résultats par le référent de la fédération sportive concernée (entraîneur, en général) et le porteur scientifique de la recherche. Neuf rapports sont ainsi présentés, concernant l'aviron, le rugby, le tennis, la natation, l'escrime, le handisport, le rythme de vie des sportifs, etc.

2018 Direction : Le Dr Sébastien LE GARREC succède au Dr Alain FREY en octobre 2018, au poste de chef du pôle médical de l'INSEP.

Le Dr LE GARREC avait été recruté comme adjoint au chef du pôle médical de l'INSEP par le Dr FREY en septembre 2013. Bien qu'ayant pratiqué différents sports (football, tennis de table, aviron, aikido, basket-ball) et s'y étant toujours intéressé, le Dr LE GARREC a commencé une carrière de médecin généraliste à Chartres, en 1996. Rapidement sollicité par le centre médico-sportif, et se passionnant de plus en plus pour la médecine du sport, il obtient rapidement une capacité en médecine du sport et un diplôme universitaire (universités de Paris VI et Paris XIII), devient médecin fédéral pour la plongée subaquatique, puis des équipes de France de natation à partir de 2012.

Le développement considérable de ses activités en médecine du sport, qui l'amènent à découvrir l'INSEP, devient progressivement incompatible avec ses activités de médecin généraliste. En 2013, il postule pour être médecin à l'INSEP. Le Dr FREY le recrute et lui confie un rôle d'adjoint polyvalent.

Recherche : En août 2018, l'INSEP est labellisé centre de recherche pour la prévention des blessures et la protection de la santé de l'athlète par le Comité international Olympique (CIO). C'est un consortium francophone, nommé ReFORM (Réseau francophone olympique de recherche en médecine du sport), regroupant la Belgique, le Luxembourg, la Suisse, le Canada et la France, qui a rendu possible l'obtention de ce label. Différentes recherches sont en cours sur la commotion cérébrale, la prévention des blessures de l'épaule, la traduction de questionnaires fonctionnels, etc.

Au-delà des subventions ainsi obtenues, ce label est une reconnaissance scientifique internationale et une possibilité de mutualisation au sein de ce réseau.

2019 Effectifs : Le rapport d'activité de 2019 (p. 44) indique un effectif de 69 personnes au pôle médical. Cela correspond à environ 41 équivalents temps pleins (ETP).

Ils se répartissent de la manière suivante : 11 médecins contractuels, 12 médecins vacataires, 13 masseurs-kinésithérapeutes contractuels, 6 vacataires, 5 dentistes (vacataires), 4 psychologues, 3 podologues, 3 infirmières, 1 assistante dentaire, 1 adjoint administratif, 1 assistant de suivi de projet.

Instances statutaires : Le Conseil scientifique, médical et de la formation de l'INSEP se tient le 6 décembre 2019, sous la présidence de la Pr Patricia THOREUX. Il est l'occasion d'échanges sur des dossiers structurants, dont l'obtention par l'INSEP du label CIO (cf. supra) et l'implication de l'INSEP dans le programme de recherche sur la très haute performance sportive, piloté par l'Agence nationale de la recherche (ANR), lancé début 2019. Les deux laboratoires de l'Institut sont impliqués dans 8 des 12 projets financés.

Bilan d'activité : Le tableau ci-après résume de manière chiffrée l'activité du DM pour la période 2008/2019, selon quatre secteurs : la permanence médicale, le suivi de l'entraînement, le centre de santé et le service dentaire, le service de masso-kinésithérapie.

Le nombre d'actes réalisés dans chaque secteur n'autorise toutefois pas de comparaison valable de l'un à l'autre. En effet, un soin infirmier peut ne nécessiter qu'une dizaine de minutes, mais la plupart des consultations médicales durent plus longtemps. Il faut compter 20 à 30 minutes pour un acte de kinésithérapie, environ une heure pour des actes comme un entretien psychologique. Le bilan de la surveillance médicale réglementaire (SMR) dure de deux à quatre heures, en fonction de son contenu.

ACTIVITE	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PERMANENCE MÉDICALE												
Permanence médicale	5 429	5 694	6 077	6 979	7 229	7 977	8 425	8 442	8 250	8 269	7 678	7 408
Actes infirmiers	302	414	418	243	431	445	487	651	584	848	881	1 080
Astreinte médicale (appels)						66	68	57	49			
SUIVI DE L'ENTRAÎNEMENT												
Bilans cliniques	1 248	1 260	1 261	1 278	1 343	1 238	1 462	1 534	1 358	1 105	1 081	749
Biologie (bilans biologiques)	614	661	807	1 129	857	979	1 238	1 363	1 081	716	860	733
Epreuves énergétiques (et physiologiques)	268	243	338	266	311	397	467	478	545	508	465	414
Epreuves isocinétiques	746	786	612	727	415	633	996	1 403	1 061	823	659	44
Podologie	297	348	492	540	678	745	759	724	412	325	315	283
Suivi psychologique	1 548	1 952	2 155	2 267	2 079	1 633	1 449	2 062	1 992	2 005	1 593	1 636
Entretien diététiques	373	557	471	937	934	907	768	794	507	468		
CENTRE DE SANTÉ ET DENTAIRE												
Consultations spécialisées	3 704	5 344	5 410	6 256	5 579	5 585						
Consultations spécialisées vacataires							3 582	3 606	3 052	2 993	2 447	1 839
Consultations spécialisées contractuels							7 977	10 090	11 497	12 312	11 657	12 721
Activité dentaire	710	842	1 163	1 299	1 368	1 428	1 332	1 313	1 198	1 347		1 360
Médecine du travail	231	211	163	194	208	142						
Imagerie (radio, écho, IRM)	3 867	4 323	5 201	5 245	5 608	5 711	6 961	7 065	6 829			
KINÉSITHÉRAPIE												
Kinésithérapie (récupération)	6 877	3 132	4 046	3 230	2 605	3 220	3 663	4 010	2 253	3 393	5 063	4 036
Kinésithérapie (soins)	6 877	11 706	12 004	12 860	16 267	18 050	18 530	19 796	18 675	19 234	20 749	21 973
Cryothérapie corps entier		1 324	1 502	2 323	2 604	4 401	4 950	4 793	5 049	4 494	4 154	3 431
TOTAL DES ACTES	33 091	38 797	42 120	45 773	48 516	53 557	63 114	68 181	64 392	58 840	57 602	57 707

[Nota : Il peut y avoir des différences, mineures, entre le total des actes indiqués dans ce tableau et dans les rapports d'activités cités dans les § précédents, selon la date exacte du dénombrement.]

L'imagerie médicale n'est plus mentionnée à partir de 2017, du fait de son organisation sous forme de GIE, indépendant de l'INSEP.]

Valorisation des travaux scientifiques : Le pôle médical organise, les 29 et 30 novembre 2019, le 6^{ème} congrès international ECOSEP (*European college of sports and exercise physicians*), en collaboration avec l'université et l'hôpital universitaire de Liège (Belgique), l'Association européenne des chirurgiens-dentistes ayant une pratique professionnelle à destination des sportifs et le Centre médical d'excellence de la FIFA.

Il réunit plus de 250 participants, près de 100 intervenants, de 25 pays différents.

2020 **Contexte** : Au plan médical, le fait marquant de l'année 2020 est la pandémie liée à l'apparition de la Covid 19. Elle a évidemment entraîné des répercussions importantes pour les Shn, l'Institut et son pôle médical.

L'INSEP est fermé du 17 mars au 18 mai. Lors de cette première période de confinement, les Shn sont invités à rentrer chez eux. Néanmoins le pôle médical reste ouvert avec un personnel restreint pour organiser, en distanciel, un suivi médical et psychologique, ainsi que la rééducation des athlètes blessés et en cours de soins. Médecins, MK, psychologues poursuivent leur travail par téléphone et/ou visioconférence avec les athlètes et le staff des différents pôles. De mars à mai, 248 consultations de psychologie (dont 15 % pour les encadrants) sont effectuées, soit plus d'un quart des consultations de l'année.

L'activité de soins étant réduites, du temps est mis à profit pour avancer sur plusieurs projets de recherche en cours.

Des mesures de protection adaptées sont mises en place pour le personnel présent (matériel de protection, protocoles de soins, etc.).

Le 3 avril, l'établissement est réquisitionné par la préfecture et l'ARS d'Île-de-France comme centre d'hébergement « Sas Covid » pour des publics particuliers. Le pôle médical, aidé par 5 infirmières volontaires, assure le suivi médical des patients, les tests PCR et le lien avec l'ARS.

Des médecins et MK volontaires aident bénévolement six structures hospitalières parisiennes ou périphériques.

Le 15 avril, à la demande du ministère, un travail collaboratif est effectué avec les comités olympique et paralympiques, les sociétés médicales du sport, les syndicats, pour élaborer un document de référence pour le déconfinement et la reprise de l'entraînement des Shn et des sportifs professionnels.

Le 18 mai, l'INSEP rouvre ; les entraînements reprennent progressivement dans le cadre des protocoles sanitaires qui ont été élaborés. Isabelle DOUNIAS, infirmière de prévention, est nommée référente Covid, le Dr LE GARREC est référent suppléant. En octobre, une infirmière intérimaire à mi-temps renforce l'équipe.

Un registre des cas infectés et des cas contacts est mis en place, avec les autres services (pôles Accueil et Haut Niveau, notamment). Cela permet de les isoler rapidement et de prendre les mesures adéquates pour désinfecter les lieux contaminés, avec l'aide du pôle Administration, primordial pour la partie logistique.

De septembre à décembre 2020, 560 tests PCR sont effectués sur place, au PM, en complément de ceux effectués en laboratoire.

Au final, 166 cas positifs ont été recensés, soit 117 Shn, 16 encadrants et 33 agents. Mais, durant cette année 2020, aucun sportif, encadrant ou agent de l'Institut n'a été hospitalisé pour des suites de cette maladie.

Organisation : La composition du pôle médical de l'INSEP est la suivante (extrait de l'organigramme au 5 octobre 2020).

Pôle Médical	
LE GARREC Sébastien <i>Chef de Pôle</i>	
FILLIARD Jean-Robert <i>Adjoint Administratif au Chef de Pôle</i>	
WINCKLER Laurent <i>Adjoint au Chef de Pôle</i>	
REVAULT Adrien <i>Assistant du chef de pôle et suivi de projets</i>	
LOUERAT Nathalie <i>Assistante du chef de pôle</i>	CAUX Mireille <i>Secrétaire médicale</i>

Unité Infirmierie	
DOUNIAS Isabelle	RABOISSON Pascale
MORLET Christine	BLAMEBLE Johanna

Unité Centre de Santé - Permanence	
Suivi Médical Réglementaire	
Unité Explorations fonctionnelles	
BLANCHOD GOSSET Liliane	PALIERNE Christian
GROC Marianne	PINTO DE SOUSA Cristina
HAMADOUCHE Sandra	
LE VAILLANT Chantal	PRAGANA Delphine
LE VAN Philippe	ROSE Camille
MAITRE Carole	ROUSSEAU Didier
NGUYEN Stephanie	SPINOSI Ugo

Unité Centre de Santé Dentaire	
SIMEONI Annabelle	

Unité Masso-Kinésithérapie	
FEREY François-xavier <i>Responsable</i>	MAURIER Arnaud <i>(MARTINEZ Lorenzo)</i> <i>Adjoint</i>
BENHADJI Christelle	LABARRE Noelle
BERNARD Remi	MULLER Anne sophie
CAZOULAT Nicolas	PROME Laurence
CHADIER Mike	SANCHEZ ZAPATA Alberto
DARDELLE Karine	SICARD Audrey
FILLIARD Etienne	VAN NIEKERK Alice
FREUND Thibaud	WOLFARTH Fabien

Unité Podologie	
FEREY François-Xavier	

Unité Psychologie du Sport	
ANCKAERT Elise	SZIGETI Lise

Avec les médecins contractuels, à temps partiel, l'effectif est proche de 80 personnes (hors GIE – Imagerie médicale). Le pôle propose 17 spécialités médicales et paramédicales : cardiologie, chirurgie orthopédique, dermatologie, endocrinologie, gynécologie, médecine du sport, médecine physique et réadaptation, pédiatrie, physiologie, psychiatrie, rhumatologie, masso-kinésithérapie, podologie, psychologie, dentisterie, infirmierie.

Le GIE – Imagerie médicale compte environ 10 salariés, les radiologues étant tous experts en imagerie musculosquelettique. Depuis 2017, il a acquis un IRM 1.5 Tesla et un appareil (Regenlab) de préparation et injection de plasma riche en plaquette (PRP).

Bilan d'activité : Le rapport d'activité pour 2020 rappelle les publics concernés par ses quatre secteurs : les Shn, les équipes de France et les équipes professionnelles pour la SMR, les Shn, les professionnels de l'INSEP et les patients extérieurs pour le centre de santé médical et dentaire, prioritairement les Shn pour la permanence médicale (urgence et permanence de soins) comme pour l'unité de masso-kinésithérapie et de podologie.

Le tableau de présentation des actes médicaux effectués en 2020 (ci-après) est, dans sa forme, légèrement différents des précédents, au sens où il les présente par public.

<u>Secteurs</u>	Actes			
	SHN	Hors SHN ou Non renseignés	Total	Proportion pour les SHN
Dentistes	876	480	1 356	65%
Masseurs-Kinésithérapeutes	10 227	1 148	11 375	90%
Médecins	6 991	9 932	16 923	41%
Podologues	38	54	92	41%
Psychologues	1 416	37	1 453	97%
GIE	2 939	12 675	15 614	19%
TOTAL (hors actes infirmiers et bilan SMR)	22 487	24 326	46 813	48%

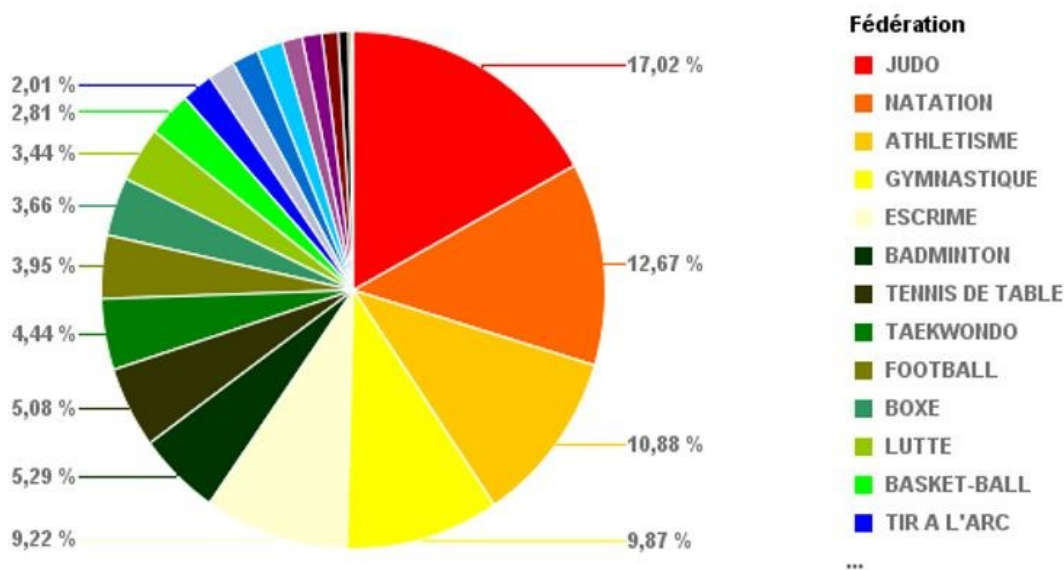
S'agissant des actes infirmiers, 2 486 en 2020, leur proportion est variable selon le type d'acte, mais la majorité est destinée aux Shn, et 90 % pour les épreuves d'effort.

Les actes d'imagerie du GIE (non mentionnés dans les trois rapports précédents) atteignent 15 970 en 2020 :

<u>Activité Imagerie</u>	2020		
	Nombre de dossiers	Nombre de patients	Nombre d'actes
Échographie	3 660	2 903	3 678
Radiographie	2 864	2 312	3 212
IRM	9 090	7 425	9 080
TOTAL	15 614	12 640	15 970

À la différence des précédents, le rapport de 2020 met en évidence la répartition des actes par fédération sportive pour les Shn de l'INSEP :

Répartition des actes par Fédération pour les SHN INSEP en 2020



La SMR a augmenté de 13 % en 2020, avec 402 bilans organisés entre mai et juin, lors du déconfinement, parfois dans des délais très courts au vue de l'échéance olympique et des tournois de qualification.

La reprise de l'entraînement après cette période nécessitait en effet d'obtenir toutes les garanties nécessaires. Des questionnaires ont été élaborés afin d'évaluer l'impact du confinement, tant pour les sportifs que pour leur encadrement.

Cela a entraîné une charge de travail exceptionnelle et nécessité une implication importante de l'ensemble des professionnels du pôle.

Statuts des médecins : Une amélioration de la rémunération des médecins est obtenue à la fin de l'année. Toutefois elle est assortie d'une règle de non cumul de certaines missions, comme le suivi des athlètes pour le compte de l'INSEP et d'une fédération (risque de double rémunération) et d'une diminution du temps qui peut être consacré à l'accompagnement d'une équipe de France en compétition, ce qui ne convient pas à certains médecins et provoque une démission.

%%%%%%%%

Fiche réalisée par **Michel CHAUVEAU**

Inspecteur principal de la jeunesse et des sports honoraire

Chef de bureau chargé des moyens des services déconcentrés et de la tutelle des établissements (DASE 9 – de 1986 à 1990)

Directeur de l'INSEP (de 1997 à 2002)

Pour la rédaction de cette fiche, l'auteur a eu des entretiens avec le Pr Michel RIEU, les médecins chefs du département médical successifs : le Dr Denys BARRAULT, le Dr Éric JOUSSELLIN, son adjoint le Dr Christian PALIERNE, le Dr Alain FREY, le Dr Sébastien LE GARREC. Des entretiens ont également été menés avec le responsable du centre de santé, le Dr Yves DEMARAIS, le responsable du service de masso-kinésithérapie, M. Alain BRÉ-MARD et son successeur, M. François-Xavier FERREY, masseur-kinésithérapeutes, Mme. Marielle VOLONDAT, qui fut l'adjointe de ce dernier. Ont également apporté leur contribution écrite le Dr Christian DIBIE, radiologue, créateur du service d'imagerie médicale de l'INSEP, le Dr Jacques GUÉNERON, cardiologue, etc.

Un hommage particulier est adressé à Jean-Robert FILLIARD, pour son aide déterminante, notamment dans la recherche de ces acteurs, les prises de contacts, les entretiens et le suivi en continu de la rédaction de cette fiche.

La version définitive du projet de cette fiche a été adressée à un certain nombre d'acteurs ou anciens acteurs de l'INSEP et/ou du ministère chargé des Sports, impliqués directement ou indirectement dans la vie du DM de l'INSEP et notamment, par ordre alphabétique, Robert d'ARTOIS, Jean-Pierre BOUCHOUT, Hubert COMIS, Jean-Paul GAUGEY, Michel GODARD, Henri HÉLAL, Christian-Lucien MARTIN, Dr François RAOUX, Dr Didier ROUSSEAU. L'auteur les remercie vivement pour les avis et encouragements qu'il a reçus. Un remerciement particulier est adressé à Denise BARRIOLADE, membre du bureau du CHMJS, pour sa relecture attentive, ses remarques et ses corrections typographiques.

Cette fiche est consacrée à l'une des structures du ministère chargé des Sports, mais les structures ne valent que par les femmes et les hommes qui les ont fait fonctionner. Aussi la présente fiche cite-t-elle de nombreuses personnes qui ont fait l'histoire du département médical de l'INSEP, sans qu'il soit matériellement possible de les citer toutes. En conséquence, si le lecteur souhaite en signaler d'autres en précisant quels ont été leurs apports, l'auteur est prêt à compléter ce document.

Principaux sigles utilisés :

AERES	:	Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
AFLD	:	Agence française de lutte contre le dopage (créé en 2006)
AP-HP	:	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS	:	Agence régionale de santé
BPJEPS	:	Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et des sports
CA	:	Conseil d'administration
CCE	:	Cryothérapie corps entier
CES	:	Certificat d'études spécialisées
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
CIO	:	Comité international olympique
CPLD	:	Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (créé en 1999)
DEJEPS	:	Diplôme d'État de la jeunesse, de l'éducation populaire et des sports
DES	:	Diplôme d'études spécialisées
DESJEPS	:	Diplôme d'État supérieur de la jeunesse, de l'éducation populaire et des sports
DESC	:	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DM	:	Département médical
DOFER	:	Département de l'orientation, de la formation, de l'accès à l'emploi et de la reconversion des Shn

AERES	: Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
DSS	: Département des sciences du sport
DU	: Diplôme universitaire
EPS	: Éducation physique et sportive
ETP	: Équivalent temps plein
ETPT	: Équivalent temps plein travaillé
FFA	: Fédération française d'athlétisme
FFC	: Fédération française de cyclisme
FFF	: Fédération française de football
FIFA	: Fédération internationale de football association
GIE	: Groupement d'intérêt économique
GSC	: Groupement de coopération sanitaire
HDR	: Habilitation à diriger des recherches
IREF	: Institut régional d'éducation physique
IREPS	: Institut régional d'éducation physique et de sport
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
IRMES	: Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport
INSERM	: Institut national de la santé et de la recherche médicale
LNDD	: Laboratoire national de détection du dopage (ouvert en 1966)
MENESR	: Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche
MOP	: Mission d'optimisation de la performance
POP	: Préparation olympique et paralympique
SFMS	: Société française de médecine du sport (jusqu'à 2010)
SFMES	: Société française de médecine de l'exercice et du sport (à partir de 2010)
SFTS	: Société française de traumatologie du sport
SHN	: Sport de haut niveau
Shn	: Sportives et sportifs de haut niveau
SMR	: Surveillance médicale réglementaire

Éléments de bibliographie (classement chronologique)

- *Décret n° 76-1330 du 31 décembre 1976 et arrêté du 2 février 1977 relatifs à l'organisation et au fonctionnement de l'INSEP.*
- *L'Institut national du sport et de l'éducation physique – Claude PINEAU et alii – INSEP – 1978*
- *De l'école de Joinville à l'insep – Continuité... – Robert BOBIN et alii – INSEP – 1980*
- *Organigramme de l'INSEP – Robert BOBIN et alii – INSEP – 1980*
- *De la situation des médecins contractuels de l'INSEP – Note du Dr Éric JOUSSELLIN – 1990 – in archives du Dr PALIERNE*
- *Contrat de travail du Dr PALIERNE – 1/02/1991 – in archives du Dr PALIERNE*
- *Comptes-rendus des conseils d'administration de l'INSEP de 1997 à 2008 (in Archives de l'INSEP)*
- *L'INSEP – De la gymnastique joinvillaise aux sports contemporains – Pierre SIMONET – GÉRARD KLOPP ÉDITEUR – Décembre 1998.*
- *INSEP, carrefour du sport national et international – Dossier de Presse – INSEP – Juin 1999*
- *[Les Jeux olympiques retrouvés : Paris 1900](#) – article d'André DREVON, paru dans les Cahiers de l'INSEP – Année 2000 - Hors-série – *Montrer le sport* – p. 129 à 135.*
- *Rapport d'activités des départements de l'INSEP pour 2001 – Annexes – Conseil d'administration du 12 octobre 2001 - INSEP – 25 septembre 2001*
- *La médecine du sport sur le terrain – Dr Éric JOUSSELLIN – Éd. MASSON - Paris, 2005.*
- *Le département médical de l'INSEP – Dr Éric JOUSSELLIN – Robert FILLIARD et alii – INSEP – Novembre 2005 – Document power-point*
- *Vers une médecine de l'homme en mouvement – Henri PERIÉ, Francisque COMMANDRÉ, Denys BARRAULT – Ed. Frison-Roche – Paris, 2006*
- *Rapports d'activités de l'INSEP, de 2008 à 2020.*
- *Le sport, c'est la santé - Cahier de l'INSEP n° 41 – 2008 – [Article](#) du Dr Christian PALIERNE, adjoint au chef du département médical de l'INSEP, responsable du suivi médical *La loi et l'encadrement du suivi des sportifs de haut niveau* – p. 122 à 127 https://www.persee.fr/doc/insep_1241-0691_2008_num_41_1_964*
- *Contrat de performance 2009-2011 – INSEP – version du 11 juin 2009*
- *La santé par le sport : une longue histoire médicale – Pr Michel RIEU – La revue pour l'histoire du CNRS – 30 novembre 2010.*
- *INSEP le mag – du n° 27 (mai juin 2018) à n° 47 (février 2022).*
- *Le sport et la santé – Conférence du Conseil d'État du 15 mai 2019. <https://www.conseil-etat.fr/actualites/colloques2>*
- *La [revue EPS](https://www.revue-eps.com/) (<https://www.revue-eps.com/>).*
- · Site internet du ministère des Sports.
- · Site internet du Comité d'histoire des ministères chargés de la Jeunesse et des Sports.
- · Journal officiel de la République française (JoRf).
- · Archives personnelles.