

SPORTS,
CULTURES,
SOCIÉTÉS



Thomas Bujon,
Frédéric Mougeot



LE SPORT DANS LA DOULEUR

De l'automédication
au *Mental training*

PUG

Thomas Bujon, Frédéric Mougeot

LE SPORT DANS LA DOULEUR

De l'automédication au *Mental training*

Presses universitaires de Grenoble

Pour Simon Bujon

La douleur est impérative, elle n'obéit qu'à l'action du toxique
qui la supprime et à l'influence d'une diversion psychique.

Sigmund Freud,
« Le refoulement », dans *Œuvres complètes*,
Tome XIII, Paris: Presses universitaires de France, 2005, p. 190

Chapitre 1

Apprendre à souffrir

C'est un fait : la pratique intensive du sport expose les athlètes au risque de blessure et à d'inéluctables douleurs. Ceux-ci font face à des douleurs physiques et morales récurrentes (Loland, Skristad, Waddington, 2006). Ils doivent « fonctionner avec » s'ils souhaitent poursuivre leur carrière sportive au niveau professionnel. Dans ce contexte, l'usage de médicaments antalgiques (dont les anti-inflammatoires) est à mettre en rapport avec ces différents types de douleurs dont les sportifs font régulièrement l'expérience : que ce soit celles *sui generis*, générées dans le cours même de la pratique de leur sport, ou celles relatives aux charges liées aux programmes d'entraînements ou produites par le cycle soutenu des compétitions.

Le recours au médicament antalgique s'analyse au regard de l'intensification de l'effort, des traumatismes¹⁷ ou des violences corporelles liées à la pratique sportive, provoqués ou subis dans un contexte particulièrement concurrentiel du sport de haut niveau, caractérisé par le « culte de la performance » (Ehrenberg, 1991). La professionnalisation, la médiatisation, l'accroissement du nombre de compétitions et la quête inlassable des records contraignent les sportifs à s'entraîner plus longtemps, plus intensément et plus durement (Loland, Skristad, Waddington, 2006 ; Dalgarrondo, 2015). Ce processus peut affecter, provisoirement ou définitivement, le corps des athlètes et menacer leur santé ou leur bien-être. Les problèmes de santé générés par des douleurs chroniques ou par des blessures répétées (courbatures, crampes, élongations, tendinites, claquages, déchirures, entorses, fractures, syndrome

17. Par « traumatisme », nous reprenons la définition retenue par l'Inserm (2008) soit : « toute blessure ayant suscité un arrêt de plusieurs jours (souvent une semaine) et l'absence de participation à une compétition ».

des loges¹⁸, et ainsi de suite) font d'ailleurs partie intégrante de la carrière des sportifs et de leur quotidien. Une véritable culture de la douleur a émergé et s'est implantée dans le monde du sport. Les douleurs ou les blessures ne sont pas seulement des événements, des accidents affectant de manière contingente ou aléatoire la carrière et pris en charge ponctuellement par un segment particulier de la médecine (Brissonneau, 2006). Au contraire, on peut affirmer qu'elles constituent des épreuves déterminantes dans la carrière des sportifs, des points de passages obligés, des étapes à franchir qu'il faut apprendre quotidiennement à gérer et à « négocier » (Strauss, 1992). Dans cette perspective, il convient de faire l'hypothèse selon laquelle la réussite ou l'échec d'une carrière sportive amateur, semi-professionnelle ou professionnelle est moins conditionnée par les résultats obtenus ou les performances que par le contrôle quotidien des douleurs et des blessures régulièrement générées par le sport intensif. En disant cela, le champ de vision sociologique s'élargit à des éléments qui bien souvent restent dans l'ombre du dopage et des consommations de substances interdites à des fins d'amélioration de la performance¹⁹. Elle emporte avec elle les pratiques du soin. La notion de « carrière déviante » peut être mobilisée avec la même efficacité dans la mesure où l'expérience de la douleur sportive, son apprentissage, sa gestion par toute une gamme d'activités s'organise et se structure en différentes étapes qui seront mises en relief par l'accentuation des deux dimensions qui lui sont constitutives : la dimension temporelle et la dimension interactionnelle (De Queiroz, Ziolkowski, 1994 : 68).

-
18. Le syndrome des loges est constitué par un accroissement de la pression sur les tissus internes que l'on qualifie de loge musculaire. Ce syndrome peut toucher l'avant-bras ou le mollet. Il s'observe chez des sujets soit à la suite d'une blessure, soit lors d'une surstimulation. Il se manifeste le plus souvent au niveau du mollet, après une fracture du tibia ou du péroné.
 19. Des chercheurs estiment que les blessures sportives constituent un problème de santé publique beaucoup plus inquiétant encore que le dopage lui-même (Frisch *et al.*, 2009). Fabien Ohl le souligne à son tour : « Les blessures et les traumatismes du corps et des âmes sont normalisés alors que la menace du dopage est proportionnellement hypertrophiée » (2011). Cette inversion des priorités est partagée par un grand nombre d'acteurs situés en première ligne de la lutte contre le dopage comme Martin, médecin-conseil dans la lutte antidopage : « Moi, ma position c'est que le dopage n'est pas un problème de santé publique. Le problème numéro 1 dans le sport, du point de vue médical mais aussi du point de vue des entraîneurs, des sportifs, c'est la blessure. Le dopage, pour moi, c'est l'arbre qui cache la forêt ; les problèmes sont ailleurs. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas le médicament qui est le problème. S'il existe, s'il est là, c'est qu'il y a autre chose. »

La douleur sportive comme « fait moral »

L'expérience de la douleur et la signification sociale que les sportifs et leur entourage lui attribuent ne peuvent pas être dissociées de la réaction sociale qu'elle suscite et qui tend, en retour, à la requalifier en des termes moraux (Becker, 1985 ; Roderick, 2006). La douleur ressentie et exprimée par les sportifs peut être jugée acceptable pour les uns, mais elle peut être jugée inacceptable pour les autres. Elle peut faire l'objet de conflits d'interprétations entre le sportif et l'entraîneur.

« Mon coach pense que c'est bien d'avoir mal. C'est sûr que des fois c'est bien de se faire mal dans le sens où, par exemple, quand on va faire une séance de course il faudra aller chercher au bout de ses limites, courir jusqu'à ne plus en pouvoir. Derrière, on va progresser, on sait que cela va être plus facile pendant le match, on pourra courir plus longtemps. Mais je pense que mon coach évalue mal cette douleur, la douleur physique quand on a pris un coup. On arrive à faire la différence, mais lui, il ne fait pas vraiment la différence. Il aimerait plus qu'on se "déchire" dans le sens de se faire mal. Du coup, il ne voit pas quand on se fait vraiment mal. » (Lucas, 17 ans, handballeur)

Le jeune Lucas n'est pas totalement « maître de ses appréciations » dirait Durkheim (1996), il est à l'inverse terriblement « lié et contraint » par celles de son entraîneur. Il faut donc essayer de comprendre les relations qui se tissent autour de l'expérience de la douleur ainsi que les différentes significations attribuées à cette expérience par différents acteurs tout au long de la carrière sportive. Toujours subjective, cette expérience fait l'objet d'interprétations profanes, puis d'expertises par toute une série d'acteurs issus du monde sportif (les entraîneurs qui en tant que sportifs ont eu aussi, par le passé, à affronter les mêmes épreuves, les mêmes traumatismes, fondent leur savoir sur leur expérience) ou issus du monde médical (les médecins qui, eux, s'appuient sur les savoirs académiques produits par la science et ses instruments pour produire leur expertise – et parfois aussi sur leur propre expérience sportive). Dès l'entrée dans une carrière sportive, les jeunes sportifs investissent la douleur comme un registre d'expériences spécifiques, en évaluent la nature et la fonction, mettent en œuvre des pratiques destinées à l'objectiver, à la surveiller, à en contrôler l'évolution et également à l'éradiquer ou à la dissimuler. Parfois ils le font avec les moyens du bord. Tatiana, âgée de 12 ans, est une joueuse de tennis prometteuse mais dont les douleurs au talon, au genou et au dos se sont accumulées au fil des mois. Son premier grand tournoi international, Roland-Garros, se profile. Elle doit y participer. Son entraîneur de club poursuit alors son programme d'entraînement et tente de l'adapter en fonction des douleurs

ressenties mais qu'il tentera d'objectiver en utilisant un outil, une échelle de la douleur, que l'on utilise généralement dans le monde hospitalier pour évaluer de manière graduée la douleur ressentie par le patient :

« Entraîneur : Tatiana a eu du mal au départ. On a ce système d'échelle de la douleur de 1 à 10. Quand on arrivait à 7, 8 on arrêtait, mais on a eu du mal.

Tatiana : Des fois, dès la fin de l'échauffement c'était 7, 8, et du coup je ne faisais même pas une demi-heure d'entraînement.

Entraîneur : On jouait selon la douleur de Tatiana, un quart d'heure, vingt minutes. Cela dépendait des séances...

Tatiana : Je voulais jouer ! »

Parmi les recours mobilisés par les athlètes pour faire face à la douleur et régler l'activité musculaire et sportive peuvent figurer les usages occasionnels ou réguliers d'antalgiques ou d'autres techniques thérapeutiques, médecines alternatives, complémentaires ou non conventionnelles. Ces pratiques peuvent être appréciées ou désapprouvées, légitimées ou dissimulées : tout dépend de la manière dont on va évaluer la douleur. Dans les mondes du sport, la douleur constitue une « valeur » (Loland, Skristad, Waddington, 2006). Dans son acception scientifique et technique, cette valeur peut se mesurer, s'objectiver. Elle est un « paramètre » à intégrer dans la chaîne de production de la performance. Elle fonctionne comme un indicateur à partir duquel s'élaborent une expertise, un processus diagnostique et un traitement thérapeutique. Mais elle représente aussi une valeur au sens moral. La douleur dans le monde du sport fait l'objet d'un jugement normatif et moral. La douleur est valorisée : « *no pain, no game* », comme le note Ivan Waddington (Loland, Skristad, Waddington, 2006).

Cependant, l'expérience de la douleur comme les significations sociales et morales qui lui sont attribuées évoluent tout au long de la carrière des sportifs. La « valeur d'usage » de la douleur se complexifie au fur et à mesure que la carrière se développe au sein d'un système clos et fermé sur lui-même avec ses propres règles et logiques de fonctionnement. La dimension du temps est essentielle pour appréhender le rapport ambivalent à la douleur : certaines carrières peuvent être écourtées ou freinées du fait de blessures répétées ou de douleurs chroniques. Elles peuvent remettre en cause la participation à une compétition préparée parfois depuis plusieurs semaines, mois ou années. Elles peuvent enfin précipiter la sortie d'une carrière jusqu'alors prometteuse.

Un impératif : taire et « faire taire » la douleur

La première étape de la carrière correspond à l'entrée dans la carrière sportive de haut niveau. Dès l'enfance et l'adolescence, les jeunes sportifs qui accèdent à des filières de haut niveau – et dont le mode de vie est déjà centré vers la performance et le dépassement de soi (horaires scolaires aménagés, plusieurs heures d'entraînements par semaine, un mode de vie familial discipliné organisé autour de la compétition) – sont conduits à redéfinir leur rapport à la douleur en fonction de la réaction sociale qu'elle suscite. La douleur, intimement liée à l'activité intensive, est alors décrite de manière positive par l'encadrement sportif et par la plupart des sportifs de haut niveau. Souvent légitimée, valorisée, voire « glorifiée » (Hughes, Coakley, 1991 ; Young, 2007), la douleur est perçue comme une marque morale de l'effort, du dépassement de soi²⁰. Elle délivre une vérité, elle exige du sportif de « sortir de soi », en l'élevant « au-dessus de son être naturel, ce qui ne va pas sans une certaine tension, une certaine contrainte sur soi » (Durkheim, 1996 : 64). Elle est l'expression, incarnée, de la performance sportive, son expression la plus « authentique », sa « vérité ».

« Toutes les douleurs physiques type courbatures, brûlures, tout ce genre de choses qui sont inhérentes à notre pratique, qui sont difficiles à vivre pour les jeunes – et peut-être même pour tout athlète – le fait de sentir qu'on a les jambes qui tremblent, que les bras nous brûlent, que les poumons sont en feu, que c'est très difficile. Ce type de douleur-là est, au contraire, à rechercher. Il doit tester ses capacités, les rechercher non pas pour se faire mal, mais pour s'éprouver, voire se dépasser. Cela doit être un des indicateurs pour l'entraîneur qui va lui dire que oui, il est à un niveau de performances suffisant. » (Alain, entraîneur, sport de combat)

« La douleur, cela fait partie de moi. Si tu n'as pas mal, c'est que tu ne forces pas assez ou que tu fais mal. Cela permet de connaître sa limite. C'est toujours bien de savoir ses limites. » (Étienne, 20 ans, basketteur)

20. Comme dans d'autres mondes sociaux (musique, danse, etc.) où la douleur est aussi omniprésente, l'« image romantique de la souffrance a contribué à la croyance que la douleur est nécessaire et inévitable » pour obtenir des résultats, être performant ou devenir un virtuose. Ce « facteur est aussi lié à une culture de la virilité, à l'idéal stoïque de contrôle du corps » (Alford, Szanto, 1995). Dans le monde du sport, le rapport entre la manifestation de la douleur et la construction de la masculinité a fait l'objet d'études de la part de Kevin Young ou Howard Nixon. Pour un tour d'horizon de la sociologie de la douleur sportive : voir Roderick (2006).

La douleur sert à s'éprouver. Comme l'affirme l'anthropologue David Le Breton, la douleur est pour le sportif « la matière première de l'œuvre qu'il réalise avec son corps en essayant toujours d'aller au-delà de lui-même » (2010 : 158). De fait, l'expression d'une douleur incapacitante au cours d'un entraînement ou d'une compétition fait l'objet d'un jugement moral défavorable de la part du groupe sportif. Dire ou taire la douleur apparaît alors comme un élément déterminant du franchissement de cette première étape dans l'apprentissage de la douleur²¹. La désapprobation sociale du groupe face à l'expression publique et non héroïque de la douleur est d'ailleurs, avant même l'intégration de cette injonction normative, vécue comme une « sanction ». Être blessé et ne plus pouvoir tenir sa place sur le terrain apparaît ainsi aux yeux du sportif et de son entourage comme une « punition », le signe d'un potentiel déclin.

« Mon fils s'est blessé au mois de décembre. Il a repris au mois de mars. C'est bien, mais il a recommencé par les coupes européennes. Donc tu es puni. Tout le monde aimerait faire ces compétitions mais c'est une punition. [...] Il y en a un autre qui s'est installé à sa place, donc il faut y retourner. C'est normal. Cela tient à rien du tout. Pourquoi celui qui est derrière attendrait qu'il revienne ? Il prend la place. Il est motivé. [...] En fait, on est toujours sur la défensive. C'est permanent donc il faut avoir le mental quand même. La blessure est pénalisante, c'est clair. » (Père de deux jeunes sportifs de haut niveau, 15 et 17 ans, sports de combat)

C'est aussi ce que pense cette mère d'une jeune handballeuse revenant de blessure :

« Quand elle a repris le hand, l'entraîneur n'a pas voulu la faire jouer : "Non, c'est trop chaud, j'ai peur que tu t'abîmes." Elle était fâchée. C'est pour cela aussi qu'elles ne se plaignent pas. Être sur le banc, c'est une insulte. »

L'expression plaintive de la douleur devient le signe manifeste, pour les pairs ou pour l'entraîneur, d'un désengagement et le témoin d'une faiblesse de volonté. Elle révèle cette inaptitude au sport de haut niveau. Pour certains, cette douleur devient d'emblée pathologique – incapacitante – mais pour d'autres, il s'agit d'en explorer les « potentialités créatrices » (Molinier, 2006 : 312) et de tester les capacités à aller au-delà de ses limites et de répondre

21. Dans un de ses articles, Isabelle Baszanger (1989, p. 18-20) évoque l'ouvrage de J. Kotarba, 1983, *Chronic pain: its social dimensions*, Beverly Hills, Californy, Sage Publication. Dans ce livre, Kotarba s'était penché sur la perception par les athlètes professionnels de leurs douleurs chroniques et familiaires et la manière dont ils expriment et socialisent ce problème (dire ou taire la douleur).

aux exigences de performance. La douleur devient donc, par un processus de conversion, « positive » (Howe, 2004). Pour requalifier ce processus en des termes durkheimiens, on pourrait avancer que la douleur vécue en temps normal comme une « sanction négative » s'est muée dans l'exercice sportif en une « sanction positive » (Ogien, 1990).

« Je n'ai pas un moral d'acier donc j'ai tendance avec la douleur à m'arrêter assez vite. Justement, cela me renforce donc je commence à plus me donner à fond. Mon moral commence à résister en gros et là je commence à bien... j'ai envie de lâcher et mon père me dit "allez" et je repars. Mon coach, lui, c'est encore pire! Sur un 200 mètres sur la piste, je vais le faire à fond, je pense que je suis à fond, mais lui, il va me dire que ce n'est pas bon. Je vais descendre du vélo, il va me remettre sur le vélo et je vais repartir. Je vais aller de plus en plus vite; si je ralentis, il me dit: "Non, tant que tu ne fais pas mieux, tu ne repars pas" après j'aurai tellement de haine que là, je vais envoyer, et je vais avoir un bon résultat. » (Sacha, 13 ans, cycliste)

« C'est terrible parce que la question de la douleur, ça devient même un critère: quand on est blessé et que l'on s'entraîne, c'est un critère d'implication, d'engagement, d'investissement, c'est un mec qui en veut quoi! Et puis si on a des douleurs cela veut dire que l'on s'est bien entraîné parce que si on a pas des douleurs, que l'on est pas fatigué, exténué, si on a pas des blessures c'est que l'on ne s'est pas bien entraîné. Si on fait tel exercice, tel apprentissage il va falloir qu'à un moment donné on ait une tendinite parce que sinon cela veut dire que l'on n'aura pas assez répété. Ça en devient un critère discriminant. C'est un repère pour savoir celui qui a bien ou pas bien travaillé. Et puis la douleur, on va aussi la chercher parce que c'est une preuve d'attention que l'entraîneur nous apporte, c'est une preuve que l'on a envie, et puis et on va même la chercher puisqu'au travers de la douleur on a un ressenti intense qui nous renvoie à quelque chose de positif. » (Hélène, psychologue du sport)

Au cours de cette première étape, la réprobation morale de la douleur dans le sport est dans tous les esprits: les jeunes sportifs apprennent à taire leurs douleurs physiques ou morales et à ne pas s'insurger. Et, dans le même temps, ils apprennent à les dissimuler par le biais d'une gestion profane de la douleur. Dans ce cadre, la prise en charge est d'abord familiale – sous forme d'automédication²² de médicaments homéopathiques, d'antalgiques

22. Sylvie Fainzang définit l'automédication comme l'« acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet dans une pharmacie ou auprès d'une autre personne ». De cette définition elle y ajoute une « dimension anthropologique » laquelle réside en grande partie dans le fait qu'il y a, avec l'automédication, « rupture de dépendance à l'égard des médecins. [...] l'automédication suppose l'exercice d'une autonomie » (2010).

(paracétamol) ou d'anti-inflammatoires (AINS niveau I) puisés dans la pharmacie familiale. Ces médicaments sont utilisés occasionnellement, à titre curatif mais aussi à titre préventif « avant d'entrer sur le terrain » tout comme les produits de *strapping*. C'est le cas de cette nageuse de 12 ans qui, avant chaque départ en stage d'entraînement, part avec plusieurs boîtes de paracétamol dans son sac de sport.

« Sarah : Je prends des Doliprane® quand j'ai des courbatures, pas forcément quand je suis mal, fatiguée.

Mère de Sarah : En général elle en prend quand elle rentre, quand je lui dis : "Tu n'as pas des courbatures?". Si elle dit "oui", je lui en donne un ; c'est plutôt après pour réparer et non en préventif. Tu dois en prendre toutes les deux semaines peut-être. C'est moi qui lui donne, elle ne le prend jamais de toute façon.

Sarah (se tournant vers sa mère, surprise) : À part en stage où j'en prends...

Mère de Sarah : Oui, je lui en mets dans son sac. Si je ne lui pose pas la question, elle n'en prend pas ; je ne lui pose pas la question à tous les entraînements, mais quand elle a fait des entraînements compète. »

Les parents sont très souvent les pourvoyeurs de médicaments antidouleur donnés à titre prophylactique²³ (Grémion, Saugy, 2013) :

« Une fois, sur ces deux entorses, j'en ai pris, j'ai joué tout défoncé d'ailleurs, car je m'étais blessé, pas au basket, en matchant et j'ai joué. Ma mère m'avait donné des médicaments assez puissants quand même, des sortes d'antidouleurs, je ne sais plus leur nom. Ma mère est infirmière donc elle sait ce qu'il faut. J'ai fait un des meilleurs matches d'ailleurs. Je jouais à moitié en boitant, en plus j'ai joué super longtemps. Je l'ai fait quelquefois de prendre des médicaments comme ça quand tu es obligé de jouer, c'est ma mère qui me donne ces médicaments, elle sait très bien les mélanges qu'il ne faut pas faire, elle me dit ça, tu manges en même temps, c'était jamais des trucs de fou, je pense, moi ma mère c'est ma pharmacienne, c'est mon docteur. [...] Elle savait ce qu'elle me donnait, car c'étaient des médicaments sous la prescription du médecin. » (Tom, 25 ans, basketteur)

23. Les pratiques d'automédication ne sont pas uniquement stimulées par les parents. Elles peuvent également être encouragées par les institutions sportives et par leurs partenaires privés (sponsors), par l'industrie pharmaceutique qui, par différents canaux de communication (publicité), s'adresse directement au patient consommateur. Par exemple, cette publicité télévisée, courant septembre 2017, vantant les mérites d'un médicament antidouleur (ibuprofène) d'un laboratoire pharmaceutique aux musiciens et aux sportifs, mis en scène dans le spot.

C'est aussi le constat fait par ce médecin du sport à propos de pratiques ritualisées d'automédication (prises de granules homéopathiques, d'antalgiques, pose de *strapping*) qui ont tendance à se glisser, subrepticement, parmi les autres pratiques conjuratoires à l'anxiété et que les psychologues du sport nomment des « routines de performance » (Ripoll, 2008 : 227)²⁴ précédant la compétition.

« Quand on arrive plus vers les 14, 15 ans et jusqu'à 18 ans, il y en a déjà qui ont leurs habitudes et on n'arrive plus à imposer notre patte. Il y en a qui ont leurs granules et s'ils ne les ont pas, cela ne va pas. Ils commencent à avoir leurs habitudes. J'en connaissais qui prenaient un gramme de Doliprane® tout le temps avant les matchs, d'autres qui prennent un peu d'homéopathie. Pour moi, c'est toujours cet aspect un peu magique : chez le gamin, on y arrive avec une parole, un petit coup de machin et chez le plus grand, ils adorent l'élasto. Les trois quarts du temps, cela ne sert à rien. Ils se sentent contenus. Cela mériterait un vrai truc, car c'est incroyable comme ils bouffent de l'élasto. Dès qu'ils ont un petit truc, un strapping et vous pouvez être sûrs qu'ils font leur match. C'est vraiment incroyable ; ils en bouffent une grande quantité. » (Olivier, médecin du sport, football)

Conjuration de la douleur par le médicament, ces traitements dispensés de manière informelle par les parents permettent au jeune sportif de parvenir à tenir la morale sportive en lien avec la douleur. La douleur doit être glorifiée et elle doit être dépassée, notamment lorsqu'elle est incapacitante.

Accepter et normaliser la douleur

La douleur devient rapidement un enjeu entre une pluralité d'acteurs qui « tentent d'en établir la réalité, les règles et les rôles qui s'y rattachent dans des situations sociales diverses » (Baszanger, 1989). Elle fait très tôt, et de manière précoce, l'objet d'un commerce, d'une transaction, entre les jeunes sportifs, l'entraîneur et les parents. Howard L. Nixon (1992, 1994) a décrit cette organisation sous l'angle de la « conspiration » : les entraîneurs, les parents ou les médecins du sport agiraient de concert, en réseau, pour faire accepter au jeune sportif la douleur et les soins médicaux qui pourraient lui être prodigués. Ils exerceraient une forme de « pression » sur le sportif afin

24. Hubert Ripoll cite un sportif intégrant dans ces « rituels » la blessure : « Je me rends compte que je suis toujours arrivé blessé aux grandes compétitions. Toujours blessé et j'ai toujours gagné. C'était peut-être un rituel de plus » (2008 : 229).

Table des matières

Remerciements	7
Introduction	9
Pour une approche interactionniste de la douleur sportive	16
Terrain et méthodes	22
<u>Chapitre 1</u>	
Apprendre à souffrir	25
La douleur sportive comme « fait moral »	27
Un impératif : taire et « faire taire » la douleur	29
Accepter et normaliser la douleur	33
<u>Chapitre 2</u>	
« Vivre avec et en dépit » de la douleur : le corps et ses manipulations ...	41
La médecine du sport et la réduction des risques	42
Les filières du soin	53
« L'influence qui guérit »	60
<u>Chapitre 3</u>	
Surinvestir le « mental » pour transfigurer les maux du sport	73
Le rêve sportif a un avenir neuronal.....	75
Un processus de défragmentation du corps	79
Des pratiques de « soin extrême ».....	84

Conclusion	89
Bibliographie	93
Annexe	103
Tableaux des personnes interviewées au cours de l'étude.	103