

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Faculté des Sciences de Sport

Master Agrégation-Recherches



**CROISADE CONTRE LA COURBURE :
L'EDUCATION PHYSIQUE POUR LES JEUNES « DEFICIENTS »
AU LENDEMAIN DE LA SECONDE GUERRE MONDIALE (1945-1958)**

Présenté et soutenu par

TAJRI Yacine

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Grade de Master

Sous la direction de Jean SAINT-MARTIN, Professeur à l'université de Strasbourg

Avril 2015

SOMMAIRE DU MÉMOIRE

Remerciements.....	5
Introduction générale.....	6
Première partie. Un contexte « favorable » aux préoccupations sanitaires, vers des définitions et un positionnement à l'égard du sujet.....	11
Chapitre 1. Un contexte social et politique « propice » aux soucis hygiéniques dans la société : le désastre de la Seconde guerre mondiale.....	12
1. 1. Une société meurtrie.....	12
1. 2. Volontés, réalités et instabilités : vers une reconstruction atonique ?	13
1. 3. La jeunesse : objet de fantasmes et d'appréhensions.....	15
Chapitre 2. La santé, génératrice de représentations en matière de normalité et d'anormalité.....	20
2. 1. La santé, une définition en constante évolution.....	20
2. 2. De la déficience à la vulnérabilité.....	21
2. 3. Corps droit, corps en bonne santé ?.....	23
Chapitre 3. Positionnement et méthodologie : du questionnement aux hypothèses.....	25
3. 1. Positionnement. Santé, École et Éducation Physique.....	25
3. 2. L'analyse des contenus en histoire et corpus.....	26
3. 3. Le questionnement, un cheminement vers les hypothèses.....	28
Deuxième partie. Résultats : une triple réponse pour l'enfant déficient. Classer – Placer – Redresser.....	30
Chapitre 4. Une réponse sociale : classer – Triage et école des aptitudes.....	31
4. 1. L'école et la création du Service d'hygiène scolaire et universitaire	31
4. 2. Le contrôle médical, une gare de triage ?.....	33
4. 3. Vers des groupes d'aptitudes, classement aux frontières poreuses	37

Chapitre 5. Une réponse politique et structurelle : placer – Les Centres de Rééducation Physique.....	41
5. 1. Les centres rééducation physique : une victoire pour la SFRP et la LFEP ?.....	41
5. 2. La création des centres de rééducation physique.....	44
5. 3. Une classification dans la classification : les déficients « raides » et les déficients « laxes ».....	48
Chapitre 6. Une réponse pédagogique : re-dresser – La gymnastique corrective, vaccin et/ou médicament ?.....	51
6. 1. La gymnastique corrective : une lutte contre les courbures et les déficiences.....	51
6. 2. Les principes de la gymnastiques corrective.....	54
6. 3. La gymnastique corrective féminine : un bastion genré ?.....	57
Conclusion.....	60
Annexes.....	63
Bibliographie.....	71

REMERCIEMENTS

Mes premières pensées sont adressées à Jean Saint-Martin, mon directeur de recherches. Son aide et ses précieux conseils ont largement contribué à la constitution de ce mémoire. Je lui en suis extrêmement reconnaissant.

Ensuite, je tiens à remercier MM. G. Vieille-Marchiset et M. Herr de me faire l'honneur de constituer mon jury de mémoire.

Un grand merci également à Jérôme pour ses relectures attentives et sa gentillesse sans failles. Sans oublier Fouad, Lucie et Jean, qui ont su respecter mon rythme de travail et m'aider à penser à autre chose. Merci à Pasiphaé d'avoir fait un bout de chemin avec moi. Pareillement, ces mots s'adressent aussi à Laura, Lola et Alexis qui m'accompagnent depuis le début de ce mémoire. Je remercie aussi toute l'équipe de la bibliothèque universitaire U2-U3 pour leur compréhension et leurs services.

Sans oublier ma famille, qui m'a toujours soutenu.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Pourquoi avoir choisi ce thème d'étude ? C'est d'abord pour répondre à un domaine d'intérêt qui a grandi au fil des années universitaires : les questions relatives aux loisirs, à l'hygiène et à la santé aux XIX^e et XX^e siècles dans la société et à travers l'école. En arrivant à la Faculté, j'ai pu découvrir un autre versant de l'histoire : l'histoire du sport envisagée au regard de l'évolution culturelle de la société. Voilà qui a changé mon point de vue sur l'histoire, celle qui m'a toujours été enseignée comme une succession de guerres et de crises, comme s'il n'y avait aucune « vie » entre les guerres ni aucune « activité » sociale ou culturelle...

Ainsi, c'est tout naturellement que je me suis intéressé, grâce à mes études et à côté de celles-ci, à la triade "éducation corporelle – hygiénisme – plein air", à des auteurs comme Rauch, Villaret, Corbin ou encore Vigarello ayant structuré ma pensée et attisé mon appétit.

De ce centre d'intérêts est né ce mémoire. En lien avec mes études et mon projet professionnel, c'est bien vers l'histoire de l'éducation physique que je me suis tourné. Ainsi, j'ai choisi cet objet d'étude, avec l'aide de Jean Saint-Martin, directeur de mon mémoire, en articulant ce qui a su retenir mon attention, le concours que je vais passer et le besoin de recherches dans ce domaine pour cette période. En effet, comme le souligne Thierry Terret¹, les recherches concernant l'éducation physique durant la Quatrième République sont peu nombreuses et disparates. Et l'auteur de continuer : « *est-ce à dire que ces 15 années ne constituent qu'une poursuite logique engagées antérieurement, en jouant au mieux un rôle de transition entre la période dite hygiénique et la période dite sportive ?* ». En effet, même si l'héritage de Vichy en matière d'éducation physique et de sport est présent dans la période étudiée, cette dernière mérite d'être questionnée et approfondie.

Tout ce cheminement m'a donc amené à envisager l'éducation physique² à un moment donné : après le massacre de la Seconde Guerre mondiale. Comment l'école peut-elle participer au projet de rénovation de la société ? Comment l'éducation physique peut-elle reconstruire la République grâce à la jeunesse ? Ce terme de « jeunesse », employé au singulier, transforme « *en*

1. Thierry T., « Le sport contre la santé », in Didier Nourrisson, *À votre santé ! Éducation et santé sous la IV^e République*, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2002, p. 11.

2. L'éducation physique sera envisagée ici comme « *une discipline exerçant une action normative* » à l'égard du corps et « *dont les valeurs dépendent d'un contexte culturel, idéologique et politique* » (Le Pogam Y., « Images symboliques du corps et du sport en éducation physique et paradigmes sociologiques », *Trema*, 8, 1995).

catégorie une réalité pourtant diverse et mouvante »³. En effet, elle ne regroupe pas un ensemble cohérent de jeunes à un moment donné : « *chaque société "produit sa ou ses jeunesses", en même temps que des "rôles d'âge", comportements considérés comme "normaux" par une société historiquement déterminée* »⁴. Pour Pierre Bourdieu, les notions de « jeunesse » et de « vieillesse » se construisent à travers « *la lutte entre jeunes et vieux* »⁵. La jeunesse sera entendue au sens large, marquant une période allant de la fin de l'enfance à l'entrée dans l'âge adulte, en sachant que chaque individu ou groupe possède ses propres définitions de ses seuils d'âge.

Ainsi, cet objectif ambitieux a retenu mon attention, plus particulièrement en ce qui concerne la reconstruction des corps. C'est la notion de santé qui va induire une vision du corps sain. Dans ce contexte, de nombreuses classifications vont foisonner et investir la société et l'école pour ranger les élèves dans des groupes divers. L'emprise médicale sur l'éducation corporelle trouve ici une certaine légitimité dans un domaine qu'elle est censée connaître : la santé. Les contrôles font loi en matière d'orientation des élèves. Ainsi, l'Éducation Physique (EP) s'inscrit dans cette logique. Or, si l'explicitation des Instructions ministérielles du 1er octobre 1945 (IM de 1945), instituant les groupes d'aptitudes, est courante dans la littérature professionnelle, les pratiques enseignées pour les groupes III et IV le sont moins. C'est précisément l'objet de ce mémoire. Ce projet va donc tenter de montrer ce que ces presque 20% d'enfants « déficients » classés dans ces groupes ont le droit de pratiquer. Plus précisément, cette offre pédagogique à l'usage d'enfants considérés comme en-dehors d'une norme corporelle se double d'une offre structurelle proposée à ces élèves : les centres de rééducation physique. Véritables institutions à redresser les corps, ces structures d'accueil vont permettre à certains élèves choisis de suivre une forme de thérapie, dans le but de leur faire atteindre ce seuil plancher de bonne santé, fixé par la norme médicale. La gymnastique corrective sera alors ce moyen pour faire tendre le corps des élèves inaptes à une pratique normale de l'EP et des sports pour poursuivre un idéal sanitaire.

Pour construire cette recherche, notre perspective d'étude s'inscrira dans une démarche historique. L'histoire se précise et s'affine en fonction des investigations. C'est à partir de traces que l'historien peut révéler des informations et les analyser pour mieux les comprendre. En plus de dévoiler les faits du passé, l'historien les interprète en croisant ses sources. L'Histoire est donc à envisager sous plusieurs angles complémentaires entre eux. C'est pourquoi, au cours de ce mémoire,

3. Bantigny L., *Le plus bel âge. Jeunes et jeunesse en France de l'aube des « Trente Glorieuses » à la guerre d'Algérie*, Paris, Fayard, 2007, p. 13.

4. Prost A., cité par Bantigny L., *op. cit.*, 2007, p. 13.

5. Bourdieu P., « La jeunesse n'est qu'un mot », in *Questions de sociologie*, Paris, Minuit, 1984.

nous nous inscrirons à la croisée de trois histoires : politique, sociale et culturelle.

Tout d'abord, nous puiserons dans l'histoire politique. Cette histoire concerne les « *problèmes qui intéressent les acteurs de la vie publique et utilise le vocabulaire qui a été forgé par eux* »⁶. Pour R. Rémond, « *le culturel, l'économique, le social, le politique s'influencent mutuellement et inégalement selon les conjonctures, tout en ayant chacun sa vie autonome et ses dynamismes propres... La politique est un lieu de gestion du social et de l'économique* »⁷. Cette histoire a donc tissé des liens avec l'histoire sociale et culturelle. Elle peut concerner les relations internationales ou les élections comme l'opinion publique. Ce qui nous intéresse le plus dans ce domaine de recherche est le lien qu'elle entretient avec l'évolution des processus institutionnels qui s'insèrent dans un certain contexte, mais également l'analyse des idées, ou plutôt des idéologies. Pour M. Herr, « *est idéologique ce qui est au service d'un pouvoir* »⁸. Nous verrons alors que certains acteurs influencent des conceptions et des pratiques pour des enjeux de pouvoirs. Les discours tenus par les grands acteurs de l'époque considérée peuvent être analysés pour mettre en valeur des traditions de pensées et observer leur évolution. L'histoire politique « *privilégie l'étude des arguments développés par tel ou tel auteur (homme politique, intellectuel, etc.) dans un contexte donné, afin de comprendre comment celui-ci justifie sa position ou ses actions, en fonction du système d'interdépendances dans lequel il est pris* »⁹. Certaines positions des acteurs nous renseignent alors sur leurs discours et leurs revendications. Dès lors, nous verrons que certains acteurs membres d'institutions exerceront un pouvoir afin d'influencer les orientations de l'EP après la Seconde Guerre mondiale et de faire accéder leurs aspirations au rang de revendications légitimes.

Ensuite, c'est l'histoire sociale qui permettra d'éclairer notre raisonnement. Cette déclinaison de l'histoire s'intéresse à la société et à l'économie à un moment donné. Elle reconstitue des comportements, des expressions et des silences qui traduisent des sensibilités collectives, des représentations, des mythes et qui constituent les contenus des psychologies collectives¹⁰. Cette histoire se centre sur les conditions de vie des membres d'une société à un instant t et sur les moyens à mettre en œuvre pour les améliorer : conditions de travail, politiques publiques, institutions, actions de bienfaisance, règles juridiques, etc.. En s'appuyant sur la sociologie, elle entretient des

6. Noiriel G., *Introduction à la socio-histoire*, Paris, La Découverte, 2008.

7. Rémond R., *Pour une histoire politique*, Paris, Seuil, 1988, p.8.

8. Herr M., « Les textes officiels et l'histoire », in Arnaud (coll.), *Éducation physique et sport en France 1920-1980*, Paris, AFRAPS, 1989, p. 282.

9. Noiriel G., *op. cit.*

10. Atsma H., Burguière A., *Marc Bloch aujourd'hui, histoire comparée et sciences sociales*, Paris, EHESS, 1990.

rapports étroits et actifs avec les espace politiques, économiques et culturels¹¹.

Finalement, à l'instar de C. Charle, nous considérerons que l'histoire sociale « *consiste à croiser plusieurs niveaux d'interprétation historique et plusieurs échelles d'analyse pour relier le collectif et l'individuel, le voulu et le subi, le perçu et l'impensé, ou, pour reprendre la terminologie de Bourdieu, le champ, l'habitus et le capital propre aux groupes ou aux individus (ou, à l'inverse, leur déficit de capital)* »¹². Par exemple, l'histoire des acteurs fait partie de l'histoire sociale. Le terme d' « acteur » sera entendu ici au sens de M. Crozier et E. Friedberg, renvoyant à un individu « *autonome, capable de calcul et de manipulation et qui non seulement s'adapte mais invente en fonction des circonstances et des mouvements de ses partenaires* »¹³. À la différence de l'acteur individuel, l'acteur collectif « *est un groupe de personnes organisé, mobilisé à partir d'expériences, d'intérêts et de solidarités convergentes autour d'un projet commun qu'il tente d'imposer, par le biais de l'action collective* »¹⁴. Il exerce alors des pressions sur les institutions pour bouleverser l'ordre des choses.

L'histoire culturelle, à la fois en vogue mais parfois jugée envahissante, peut être définie comme « *l'histoire sociale des représentations* »¹⁵. Elle est intimement attachée à l'histoire sociale dans la mesure où son objectif reste l'élucidation du social¹⁶. C'est donc une histoire des mentalités, de l'imaginaire, des sensibilités et des sens. Ainsi l'histoire culturelle puise-t-elle dans le vécu et le quotidien des acteurs et de leurs représentations qui ont fait l'histoire, forgeant une manière de voir, de penser, pour éclairer leurs pratiques. Dans cette perspective, nous envisagerons la culture, à l'instar de P. Ory, comme l' « *ensemble des représentations collectives propres à une société* »¹⁷. Ces représentations, quant à elles, seront considérées ici comme une forme d'expression de la perception d'une entité propre à un groupe d'individus aux traits communs. C'est une production de l'esprit formatée pour la culture où baignent les sujets. Ainsi, l'histoire de l'EP est traversée par différentes conceptions émanant d'acteurs influencés par un contexte socio-politique et par des logiques d'organisations internes renvoyant à certaines représentations des objets. La santé peut donc avoir diverses définitions en fonction du trajet des acteurs en question.

11. Noulin F., Wagniar J., « La place de l'histoire sociale : de la recherche à l'enseignement », in *L'Histoire dans le Secondaire : un enseignement en péril ?*, Cahiers d'Histoire, 122, 2014.

12. Charle C., « Quels "combats pour l'histoire" aujourd'hui ? », propos recueillis par Michel Pinault, *Histoire et Sociétés*, 2^e trimestre 2008, n° 25-26, p. 161.

13. Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977, p. 38.

14. Duperré M., *L'organisation communautaire : la mobilisation des acteurs collectifs*, Québec, Les Presses de l'Université de Laval, 2004, p. 13.

15. Ory P., *L'histoire culturelle*, Paris, PUF, « Que sais-je », 2011, p. 13.

16. Noulin F., Wagniar J., « La place de l'histoire sociale : de la recherche à l'enseignement », in *L'Histoire dans le Secondaire : un enseignement en péril ?*, Cahiers d'Histoire, 122, 2014.

17. Ory P., *op. cit.*, p. 8

En somme, dans cette « histoire dans l'Histoire », nous verrons que des facteurs de différents ordres fondent un contexte particulier dans lequel les acteurs de la Quatrième République vont tenter de s'inscrire pour tendre vers certains objectifs. Il conviendra alors de considérer la République comme un « *écosystème social dont tous les éléments sont en étroite symbiose les uns avec les autres : représentations mentales, fondements philosophiques, références historiques, valeurs, institutions, organisations et structures sociales, pratiques politiques* »¹⁸.

18. Berstein S., Rudelle O., *Le modèle républicain*, Paris, PUF, 1992.

PREMIÈRE PARTIE

**Un contexte « favorable » aux préoccupations sanitaires,
vers des définitions et un positionnement à l'égard du sujet**

*« La marée, en se retirant,
découvre soudain,
d'un bout à l'autre,
le corps bouleversé de la
France. »*

C. De Gaulle, *Mémoires de guerre, t. III,
Le Salut (1944-1946)*, Paris, Plon, 1959

CHAPITRE I. Un contexte social et politique « propice » aux soucis hygiéniques dans la société : le désastre de la Seconde guerre mondiale.

1. 1. Une société meurtrie

La Seconde Guerre mondiale, en s'achevant, laisse derrière elle de sérieux dégâts humains. Même si la Grande Guerre a fait beaucoup plus de victimes du côté français, cette dernière marque les esprits tant elle occasionne un lourd tribut du côté des civils. En touchant directement 74 départements¹⁹, c'est presque 1,5 millions de personnes que la France a perdues. Ainsi, en totalisant 40 503 000 habitants recensés en métropole en 1946, la France retrouve par-là ses chiffres de la fin du XX^e siècle²⁰.

<i>Pertes humaines du côté Français²¹</i>	
Militaires tués au combat ou morts de leurs blessures	170000
Morts retenus par l'ennemi	280000
Victimes civiles	150000
Déficit de naissances sur les décès naturels	530000
Départs français et étrangers	320000
TOTAL : perte de 1 450 000 personnes	

Comme après la Première Guerre mondiale, la repopulation du pays est l'une des priorités socio-politiques de ce milieu des années 1940, marquées par une politique nataliste (revalorisation du couple, sacralisation de l'enfant, allocations prénatales, etc.). Face à l'urgence, la préservation des vies humaines épargnées et la reconstruction de leur corps est d'autant plus important que « *les adolescents de 1945 ont perdu de 7 à 11 centimètres en taille et de 7 à 9 kilos en poids* »²² pour ceux âgés de 14 ans et comparés à leurs aînés de 1935. Ces moyennes statistiques se superposent à celles de 1900... Le rachitisme fait des dégâts tandis que des tickets de rationnement sont distribués jusqu'en 1949, avec une ration propre à une catégorie en fonction de son âge. En effet, l'alimentation, à cette époque, est un souci majeur : « *c'est l'obsession de la ration quotidienne qui fixe les mécontentements* »²³. La guerre s'accompagne d'une pénurie alimentaire. Ainsi, le « système

19. Borne D., *Histoire de la Société Française depuis 1945*, Paris, Armand Colin, 1988, p. 20.

20. Rioux J.-P., *La France de la Quatrième République. Tome I : l'ardeur de la nécessité 1944-1952*, Seuil, 1980, p. 31.

21. Rioux, *op. cit.*, p. 31.

22. Rioux, *op. cit.* p. 32, note 1.

23. Rioux, *op. cit.* p. 39.

D » est de vigueur pour permettre d'accéder aux calories nécessaires pour survivre. « *L'insuffisance tragique des produits disponibles, alors que la masse monétaire s'est gonflée pendant la guerre entraîne les classiques phénomènes inflationniste, que ne peut enrayer le blocage des prix ; une situation qui favorise naturellement le développement des marchés noirs* »²⁴. En plus de ces carences alimentaires, il faut ajouter la reprise farouche des maladies infectieuses comme la tuberculose ou la variole, la régression généralisée de l'hygiène ainsi que la désorganisation des services de santé²⁵. Enfin, les traumatismes moraux et psychologiques laissés par la guerre resteront longtemps ancrés chez ceux qui l'ont vécue : morts de proches, familles déchirées, exodes, bombardements, incertitudes, etc.

Le bilan économique est également morose. Les destructions immobilières sont énormes, un million de familles sont sans abri. De plus, les transports ont été gravement touchés. L'industrie et la situation monétaire sont au plus bas tandis que le manque d'énergie se fait ressentir. L'économie est littéralement « étranglée »²⁶.

1. 2. Volontés, réalités et instabilités : une reconstruction atonique ?

Face à cette situation désastreuse et ces constats alarmants, l'objectif prioritaire de l'État est de reconstruire la République et de donner aux citoyens les moyens de retrouver une vie décente au sens large.

Dans cette volonté de moderniser la société, l'ordonnance du 4 octobre 1945 crée la Sécurité sociale : « *Article premier. Il est institué une organisation de sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de famille qu'ils supportent.* ». Elle est progressivement étendue à l'ensemble de la population française à partir de 1947²⁷. Quelques jours plus tard est créée l'École Nationale d'Administration, dans l'espoir de recruter la future élite des fonctionnaires capables de redynamiser le pays²⁸. Dans cette mouvance, l'INSEE est créée le 27 avril 1946 pour mieux renseigner l'État sur les évolutions économiques et sociales de la société française. Durant cette année 1946, l'assurance sociale devient obligatoire pour tous les Français, les

24. Borne D., *op. cit.* p. 20.

25. Nourrisson D., « Les années 50, un temps fort de santé », in Nourrisson, *À votre santé, Éducation et santé sous la IV^e République*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2002, p.7.

26. Rioux, *op. cit.* p. 32.

27. Attali M., Saint-Martin J., *L'éducation physique de 1945 à nos jours, Les étapes d'une démocratisation*, Armand Colin, « U Sciences sociales », 2009, p. 36.

28. Rioux, *op. cit.* p. 239.

prestations familiales sont réorganisées et le SMIG est créé en 1950. Bref, il y a une volonté affichée de répondre au chagrin et aux souffrances des années passées.

Or, cet élan de modernisme a connu des résistances face à un gouvernement politique changeant. En effet, la IV^{ème} République, proclamée par la Constitution du 27 octobre 1946, est le théâtre d'une période de forte instabilité politique à laquelle il faut ajouter la misère d'après-guerre. Les excès dénoncés du parlementarisme concourt à la mauvaise réputation de cette République, « mal aimée ». Dans ce contexte, les différentes actions menées par l'État ont connu quelques déconvenues à cause notamment de cette alternance politique.

Ainsi, malgré la nomination de Gaston Roux à la tête de la Direction Générale de l'Éducation Physique et des Sports (DGEPS) de 1946 à 1958, l'instabilité parlementaire, les bricolages gouvernementaux, les fragilités ministérielles et le manque de moyens humains et financiers²⁹ rendent toutes politiques publiques en matière de sport mort-nées. Face à cette instabilité parlementaire, la DGEPS affiche une certaine stabilité même si Gaston Roux fait souvent la connaissance d'un responsable politique pour connaître les nouvelles orientations en matière d'éducation physique et de sport. Effectivement, du gouvernement d'Alger à la nomination de Maurice Herzog, ce sont dix-neuf ministères et/ou secrétariats d'État qui se sont succédé pour se charger de l'éducation physique et/ou des sport et de la jeunesse³⁰.

Cette association entre jeunesse et sport fut largement accélérée par les orientations du gouvernement de Vichy. La défaite et la soumission engendre un désir de relèvement national dont la préparation physique est un moyen pour concourir à ce souhait. La débâcle de 1940 est attribuée au Front populaire et aux instituteurs, qui ont promulgué un « esprit de jouissance » au détriment d'un « esprit de sacrifice ». Cependant, la politique éducative en ce qui concerne l'Éducation Générale et Sportive reste largement tributaire de ce qui se faisait durant l'Entre-deux-guerres : même si cette politique en matière de sport et d'éducation s'insère dans un nouveau contexte fasciste, les mises en œuvre s'accélérent avec une continuité troublante par rapport à ce qui se faisait avant les années 1940. « *Qu'il s'agisse de massification des pratiques, d'opposition au professionnalisme sportif ou de contrôle médical de la jeunesse, le même fil semble bien se dévider de 1936 à 1941, voire 1944* »³¹. Ainsi, le sport est instrumentalisé pour renforcer « *la fibre morale de la jeunesse* »³²

29. Chovaux O., « L'organisation du sport en France à l'aube de la Cinquième République et le "retard français" : aux origines d'un système de gouvernance (1956-1958) », in Attali, Bazoge, *Diriger le sport. Perspectives sur la gouvernance du sport du XX^e siècle à nos jours*, Paris, CNRS Éditions, 2012, p. 54

30. Chovaux O., *op. cit.*, p. 54, note 6.

31. Gay-Lescot J.-L., *Sport et éducation sous Vichy (1940-1944)*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1991, p. 195.

et construire un homme d'action. Les sports d'équipe permettent, au sein de l'EGS, d'enseigner la vertu, l'entraide et l'abnégation à la jeunesse. Cette reconstruction des corps et des esprits entraîne le renforcement des stéréotypes de genre « *au nom d'une dictature de la fécondité* »³³ : le travail, la reconstruction du pays, le salut de la patrie et la défense de la famille pour les jeunes gens, le rôle de future mère, gardienne du foyer et génitrice pour les jeunes filles.

La volonté de se préoccuper de la santé des enfants ne date donc pas de la Libération. Sous Vichy, il faut reconnaître que cela constituait déjà un objectif en matière de lutte contre la faim, l'alcoolisme et les maladies pouvant toucher la jeunesse. En effet, dans une période de crise, les responsables politiques s'interrogent sur cette jeunesse qui fait tant parler d'elle.

1. 3. La jeunesse : objet de fantasmes et d'appréhensions

Parallèlement à cette modernisation de la société et à ces évolutions législatives et structurelles, la notion de santé évolue comme nous l'avons déjà énoncé dans l'introduction. « *Les propos inquiets sur les jeunes, qui abondent à l'époque, sont une autre façon d'évoquer de tout autres anxiétés, lorsque le passé se fait se sombre et l'avenir incertain* »³⁴. La guerre, « *laboratoire psychologique* »³⁵, engendre une préoccupation des enfants, également touchés par les dommages de la Seconde Guerre mondiale. La jeunesse est porteuse de stigmates, mais laisse également présager de nouveaux lendemains. Or dans une société qui semble « dévitalisée », une nation « vieillie et malade » et en proie à la « sclérose »³⁶, les jeunes, futur-e-s citoyen-ne-s, acteurs en devenir de la reconstruction et du rajeunissement du pays, font l'objet d'une attention particulière. Cependant, la vision d'une enfance en perdition frappe l'imaginaire des adultes et des dirigeants politiques pendant cette période de guerre et juste après celle-ci. En effet, « *l'insouciance de l'enfance est assombrie par le spectre de la délinquance juvénile en forte hausse et l'image d'une jeunesse perdue* »³⁷.

32. Halls W., *Les jeunes et la politique*, Paris, Syros/Alternative, 1988, p. 203.

33. Terret T. (coll.), *Sport, genre et vulnérabilité au XX^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, p. 178.

34. Bantigny L., *Jeunesse oblige. Histoire des jeunes en France XIX^e-XXI^e siècle*, Paris, PUF, 2009, p. 153.

35. Fauché S., *Du corps au psychisme*, Paris, PUF, 1993.

36. Bantigny L., *op. cit.*, 2009, p. 155.

37. Robène L., in *Sport, genre et vulnérabilité au XX^e siècle*, *op. cit.*, p. 169.

Mineurs condamnés	
Année	Nombre
1936	10879
1940	16937
1944	23384
1948	27638

Notes et Études documentaires,
La délinquance juvénile, n°1423³⁸

Le mythe de cette « délinquance juvénile » des années 1940 a largement été répandu par les médias qui l'exacerbaient jusqu'à lui donner l'allure véritable d'un problème de société³⁹. Or dans les représentations collectives, la génération J.3⁴⁰ demeure un symbole de crime. Les « bandes » se développent, en même temps que « *le pays se révolte contre une jeunesse insolente qui ne cache pas son mépris pour les valeurs traditionnelles* »⁴¹.

En effet, l'Occupation et les exodes à répétitions ont induit une certaine instabilité sur le parcours scolaire des enfants et une augmentation de l'anxiété de ceux-ci. Les études sur les populations juvéniles sont parlantes. Le *Recensement des anormaux de France* (43-44), dirigé par le Dr Mandé à la demande de Me Ducugis et Dr Heuyer, révèle qu'il y a dans le pays 300 à 400 000 enfants déficients (mais éducatibles et perfectibles)⁴². De plus, si en 1938, 492 mineurs vagabonds sont confiés à des œuvres privées, ils sont 2585 en 1944⁴³. Ainsi, dans une société où la guerre fut « un naufrage pour l'autorité », la jeunesse est source d'interrogations et créatrice d'imaginaire.

Ainsi, avec un foisonnement d'établissements dont la recrudescence est fonction des découvertes psychologiques et du développement des compétences de la psychiatrie sur les enfants et adolescents « anormaux », le sport et l'école sont des moyens pour reconstruire les corps et redonner une morale aux jeunes considérés comme « déviants ». Ces deux institutions seront alors envisagées comme des moyens pour reconstruire la République et la race « mises à mal » pendant des années de Guerre.

À côté de cette méfiance collective à l'égard des enfants et des adolescents, cohabite la

38. Amar M., *Nés pour courir. Sport, pouvoirs et rébellions 1944-1958*, Grenoble, Presse Universitaire de Grenoble, 1987, p.11.

39. Bantigny L., *op. cit.*, 2007, p. 124.

40. Elle catégorise les adolescents de 13 à 21 ans (et les femmes enceintes) donnant droit à une certaine ration « privilégiée ».

41. Amar M., *op. cit.*, 1987, p. 12.

42. Cité par Fauché, *op. cit.*, 1993.

43. Cité par Fauché, *op. cit.*, 1993.

volonté politique de repeupler la nation. Après toutes les pertes causées par la guerre, le contexte hygiénique justifie cette orientation. Les politiques natalistes sont relancées dans un moment où la natalité a baissé et le déficit de naissances a sévi. Si le discours eugénique se fait plus rare, il ne disparaît pas totalement⁴⁴. L'eugénisme, défini ici comme des méthodes et pratiques développées dans le but d'améliorer la race humaine, a mauvaise presse après ses dérives perpétrées par les Nazis. Le gouvernement, tracté « *par la locomotive du Progrès* »⁴⁵, abandonne progressivement ces thèses. En effet, le baby boom vient contrer la diminution de naissances enregistrée durant le guerre. De plus, le développement de la médecine permet de limiter certaines maladies, comme le médicament permettant de soigner la syphilis par exemple. Ainsi, une politique familiale va être engagée pour favoriser la procréation et encourager cette démarche chez les couples.

La loi du 22 août 1946 définit les quatre prestations de la branche famille de la sécurité sociale⁴⁶ :

- les allocations familiales versées sans condition de ressources à partir du deuxième enfant
- l'allocation de salaire unique versée dès le premier enfant
- les allocations prénatales
- l'allocation de maternité

L'ordonnance du 2 novembre 1945 modifie l'examen prénuptial déjà engagé sous Vichy. Cet examen invite les couples désirant un enfant à passer des tests radiographiques et sérologiques chez un médecin. Il constitue alors un véritable instrument de dépistage⁴⁷. Finalement, après la guerre, l'eugénisme se veut plus « éducatif », « euthénique » dans le sens où l'amélioration de la race humaine passe par des influences externes, sans considérations héréditaires⁴⁸.

<i>Nombre de naissances vivantes (en milliers)</i> ⁴⁹	
1941	522,9
1942	575,9
1943	616,3
1944	630,2
1945	646,5
1946	844,1
1947	870,7

44. Carol A., *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Seuil, 1995, p. 339.

45. Carol A., *op. cit.*, p. 341.

46. <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/famille/chronologie/> – Consulté le 5/02/2015

47. Carol A., *op. cit.*, p. 349.

48. Sutter, *L'eugénique, problèmes, méthodes, résultats*, 1950, cité par Carol A., *op. cit.*, p. 351.

49. Jacques Dupâquetier (coll.), *Histoire de la population française – Tome 4*, Paris, PUF, 1988, p. 290.

Cependant, la progression accélérée de la natalité n'éradique pas pour autant les inquiétudes : toutes ces naissances devront être envisagées au regard de leur évolution en ce qui concerne l'éducation ou l'emploi par exemple. La politique doit être repensée pour éviter une nouvelle « invasion des J3 »⁵⁰.

Alors que le *baby boom* est en marche, la politique nataliste développée après la Seconde Guerre mondiale est encore tributaire d'une vision genrée des femmes et des hommes. Le genre sera défini ici comme « *l'ensemble des formes d'expressions sociales de la féminité et de la masculinité, et l'ensemble des signes, pratiques et symboles qui dénotent une appartenance identitaire et fondent un type de relation (pouvoir, hiérarchie...) entre les sexes ou au sein de chacun des sexes* »⁵¹. La séparation des sexes reste de mise à l'école sauf pour quelques cas où la gémination devient une nécessité (pour des raisons de locaux ou de manque d'enseignants par exemple). Dans une société française où les inégalités entre les sexes perdurent⁵², l'école reste un bastion genré où les élèves apprennent à devenir homme ou femme. Le projet des « travailleuses familiales » est un exemple pour révéler l'ambiguïté de cette époque. Dans le but de venir en aide aux épouses et mères dans leur rôle de ménagère mais aussi pour éduquer les jeunes filles aux tâches domestiques, ce projet porté par l'association Aide aux Mères est censé donner aux jeunes filles âgées de 18 ans ou plus les rudiments de la gestion d'un ménage (cuisine, nettoyage, hygiène, etc.) pour qu'elles puissent assister des familles dans le besoin et les conseiller⁵³. A l'école, l'enseignement de l'art ménager est même considéré comme une nécessité du rajeunissement national, pour former d'authentiques « fées du logis »⁵⁴.

L'éducation physique, mettant en jeu le corps, accentue la séparation des filles et des garçons dans la mesure où le corps est le lieu des différences entre les sexes. Mais c'est également une période où le statut de la femme évolue timidement. Yvonne Surrel, directrice de l'École Normale supérieure d'Éducation physique de jeunes filles, qui développe dans son ouvrage un discours ambivalent sur la femme dans la société, va même jusqu'à attribuer deux aspects à l'éducation de celle-ci :

« *D'une part, il faudra entretenir en elle le goût du travail au foyer, la préparer à son rôle de mère et d'épouse faisant de son charme comme l'a dit Loisel une "fonction vitale". D'autre part, la Femme devra élargir ses connaissances et ses possibilités pour être dans la société aussi efficiente que possible. Il faut donc lui permettre de continuer l'évolution commencée* »⁵⁵.

50. Bantigny L., *op. cit.*, 2007, p. 25.

51. Saint-Martin J., Terret T., « Quand le genre s'apprend »..., in *Sport et Genre – Volume 3*, Paris, L'Harmattan, 2005.

52. DAVISSE A., LOUVEAU C., *Sports, école, société : la part des femmes*, Paris, Actio, 1991.

53. Bantigny L., *op. cit.*, pages 138-142.

54. Bantigny L., *op. cit.*, pages 138-142.

55. Surrel Y., « Rôle de la femme dans la société », in *Contribution à l'étude de l'éducation physique et sportive féminine*, Direction Générale de la jeunesse et des sports, 1949.

Finalement, face à l'ensemble de ces problèmes politiques, sociaux, sanitaires et économiques, l'École, le sport et surtout l'EP sont utilisés pour reconstruire les corps et forger une morale chez des jeunes « normaux » mais aussi et surtout chez ceux considérés comme « déviants ». L'institution scolaire, via l'originalité de l'EP, participe « à tout un ensemble de procédures pour quadriller, contrôler, mesurer, dresser les individus »⁵⁶ afin de normer les corps en fonction des besoins et des maux de cette société d'après-guerre. En effet, l'école s'insère dans une société à un instant t. Elle ne peut être légitime qu'en formant le futur citoyen en répondant aux enjeux d'une époque. Nous verrons ici que les acteurs de l'EP scolaire et extra-scolaire dans l'organisation et les moyens mis en œuvre répondent directement à un contexte socio-sanitaire alarmant alors que dans le même temps, le politique apportera des réponses de différents ordres.

56. Foucault M., *Surveiller et punir, naissance d'une prison*, Paris, Gallimard, 1975.

Chapitre 2. La santé, génératrice de représentations en matière de normalité et d'anormalité

2. 1. La santé, une notion en constante évolution

Définir la santé est un objectif ambitieux, tant cette notion est le théâtre d'évolutions sémantiques au cours des derniers siècles, au gré des cultures, des contextes, des bouleversements scientifiques et techniques. Si aujourd'hui chacun a une idée plus ou moins vague de la santé, concept vulgaire⁵⁷, la définir précisément semble un peu plus épineux. L'éducation physique a toujours été mêlée, de près ou de loin, aux questions sociétales qui se posaient en matière de santé. Si l'EP s'inscrit dans une démarche en fonction d'une période, cette démarche est d'autant plus justifiable dans un contexte d'après-guerre. Cependant, comment la santé a-t-elle évolué dans la société avant et après la Seconde Guerre mondiale ?

D'abord considérée par Leriche comme « *la vie dans le silence des organes* »⁵⁸, la santé était envisagée sous le pôle physique. Si aucune douleur ou gêne physique n'est perçue par l'individu, il peut dès lors se déclarer en bonne santé. L'absence de douleurs conditionne donc la bonne santé. C'est durant l'année 1946 qu'une révolution majeure s'opère quant à la définition de la santé, définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »⁵⁹. Cette définition utopique visant un bien-être total sur tous les plans dépasse alors largement celle de Leriche et de l'absence de maladie.

Au fil du XX^e siècle, la santé s'est affinée pour devenir de plus en plus individuelle et de moins en moins fermée. En effet, à l'instar de Georges Canguilhem, la santé est « *une marge de tolérance aux infidélités du milieu. [...] On peut mesurer la santé à sa capacité de surmonter les crises organiques pour instaurer un nouvel ordre. [...] L'abus possible de santé fait partie de la santé* »⁶⁰.

De là découlent deux conceptions différentes de la santé qui ont traversé la société et l'EP en référence au « normal ». La première, plutôt traditionnelle, considère la maladie comme un

57. Canguilhem G., « La santé : concept vulgaire et question philosophique », Cahiers du séminaire de philosophie, vol. VIII, 1988.

58. Leriche, *Souvenirs de ma vie morte*, Paris, Seuil, 1956.

59. OMS, *Actes officielles de l'OMS*, n°2, 1946, p. 100.

60. Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1re éd., 1966.

dérèglement dans le fonctionnement d'un organe, c'est-à-dire une modification quantitative de l'activité de cet organe. La santé est alors une norme de fonctionnement dont la maladie ne dérive que de manière quantitative. Pour la seconde, la conception adaptative, la santé n'est plus considérée comme une norme absolue mais plutôt comme la capacité à dépasser ses normes actuelles pour en créer de nouvelles, être « normatif ».

La définition de la santé a toujours été influencée par l'idée de « normalité ». Cette notion renvoie à deux sens de l'adjectif normal⁶¹. Si la première acception du normal fait référence à ce qui est tel qui doit être et ce qui est conforme à la règle, la seconde renvoie à la « normalité » comme ce qui se rencontre dans la majorité des cas, ce qui se voit, se mesure et qui constitue la moyenne. Dès lors, dans la conception normative, la norme fixe la moyenne, tandis que dans la conception quantitative, c'est la moyenne qui fixe la norme. Ainsi, ces deux acceptions du normal ne s'excluent pas nécessairement. Au contraire, elles peuvent très bien coexister et s'influencer dans un champ donné. Cependant, comme l'a rappelé G. Canguilhem, la moyenne peut être considérée comme signe de norme et non comme norme.

Dans la mesure où la norme définit, selon E. Durkheim, ce qui est conforme à la règle⁶², comment envisager ce qui est en-dehors de la règle ? La personne n'entrant pas dans la norme (qui s'insère dans un champ précis) est-elle déficiente, inapte, vulnérable ? Plus précisément, comment pouvait être qualifié l'élève « hors des normes » au lendemain de la Seconde Guerre mondiale ? En référence à quelles notions ?

2. 2. De la déficience à la vulnérabilité

La définition de la santé renvoie alors à la dialectique de ce qui est de l'ordre du « bon » et du « mauvais », du « normal » et de l'« anormal », du « sain » et du « malsain » pour l'organisme. Les frontières, parfois floues et variables en fonction des individus, peuvent être niées par les normes médicales faisant loi. Si la loi du 11 février 2005 reconnaît que c'est bien la situation qui peut-être handicapante pour un individu, en 1945, les IM d'EPS, classant les élèves en quatre groupes d'aptitudes, catégorisent certains d'entre eux de « déficients ». N'étant pas « aptes » à la pratique d'une EP « normale » car ne répondant pas à certaines normes fixées par le pouvoir

61. Loudcher J.-F., Vivier C., « La santé dans l'histoire de l'éducation physique », in Gleyze J. et coll., *L'éducation physique au XX^e siècle. Approches historique et culturelle*, Paris Vigot, 1999, p. 81.

62. Durkheim E., *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1^{re} éd., 1895, 1977.

médicale, ces élèves vont bénéficier d'une autre EP. Cependant, que cache ce vocable pour définir les élèves en marge des normes sanitaires ? L'élève est-il jugé déficient, inapte ou vulnérable ?

La déficience, telle qu'elle était conçue après 1945, renvoie à un manque ou à l'altération d'une fonction physique ou intellectuelle. La personne atteinte de déficience est alors une personne « diminuée ». En effet, est jugé « déficient » l'élève qui n'entre pas dans les grilles de la norme médicale⁶³. L'élève « déficient » est alors « inadapté » ou inapte pour pratiquer une éducation physique normale ou participer à l'association sportive. Ces élèves à part ont donc une éducation à part. Si en EP les groupes d'aptitudes assoient les différences corporelles en classant des « catégories » d'aptitudes, l'école classe également les élèves en fonction de leur caractère et de leur intelligence⁶⁴. Les élèves « déficients » ne répondent pas à une norme mais sont éducatibles. Dans l'EP d'après-guerre, les élèves sont donc classés dans des groupes d'aptitudes. Cette catégorisation admet néanmoins que même les élèves déficients sont aptes à suivre un certain type d'enseignement adapté. Dès lors, si l'élève est d'une certaine façon inadapté pour suivre un enseignement d'EP normal, il peut le réintégrer à la suite d'un programme de rattrapage corporel.

Il n'est pas étonnant de voir ce terme « d'aptitude » entrer dans le champ de l'EP. En effet, dès les années 1920, cette notion prend de plus en plus de place au sein de l'école à cause de l'allongement de la scolarité obligatoire puis de l'unification des deux ordres d'enseignement, primaire et secondaire, qui posent la question de l'orientation des élèves⁶⁵. Il s'agit d'orienter les écoliers en fonction de leurs goûts, mais surtout de leurs aptitudes. Au sein même du projet « Langevin-Wallon » de 1947, le mot « aptitude(s) » est cité 45 fois.

« Tous les enfants, quelles que soient leurs origines familiales, sociales, ethniques, ont un droit égal au développement maximum de leur personnalité comporte. Ils ne doivent trouver d'autre limite que celle de leurs aptitudes. [...] L'introduction de la "justice à l'école" par la démocratisation de l'enseignement, mettra chacun à la place que lui assignent ses aptitudes, pour le plus grand bien de tous ».

Pour C. Dorison, on peut repérer deux conceptions opposées accompagnant le terme d' « aptitude » dans les différents projets d'enseignement et discours. Soit il est accompagné de « développer », « épanouir » et fait alors de l'aptitude un potentiel que l'éducation doit faire mûrir, soit il faut les « déceler » ou les « rechercher », confondant ainsi les aptitudes avec un don, induisant leur repérage précoce.

63. Cette établissement de normes médicales se matérialise dans la construction de courbes de poids et de taille, de tableaux de mensurations diverses, qui varient au gramme ou au centimètre près, en fonction de l'âge et du sexe.

64. Fauché S., *op. cit.*, 1993.

65. Dorison C., « Orienter selon les aptitudes. Enjeux institutionnels et pédagogiques », 1936-1959, in *En attendant la réforme*, D'Enfert R., Kahn P., Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2010.

Dès lors, tout ce vocable renvoie à la notion de vulnérabilité, même si elle n'existait pas en tant que telle en 1945. L'élève vulnérable est alors exposé à une certaine forme de précarité qui peut nuire à sa santé, entendue dans son sens le plus large et englobant le pôle physique, psychologique et social. Pour T. Terret, la vulnérabilité « renvoie en effet d'abord, fondamentalement, à la fragilité de l'existence humaine », c'est un « état particulier de sensibilité et de fragilité à la fois subjectif et objectif, face à un risque potentiel ou réel, et construit par la rencontre de facteurs individuels (par prédisposition ou apprentissage), groupaux (liés par exemple à l'ordre du genre) situationnels (associé par exemple à l'institution sportive, à l'institution pénitentiaire, etc.) et conjoncturels (relatifs à un moment singulier) »⁶⁶. Elle qualifie « une personne très sensible, qui donne prise aux attaques morales, aux agressions extérieures et qui les ressent douloureusement »⁶⁷.

Dans la société normative et sélective d'après-guerre, il n'est pas étonnant de voir que cette fragilité corporelle des élèves est institutionnalisée par les groupes d'aptitudes, ou physiologiques. Cette vulnérabilité est non seulement reconnue, mais également traitée. En effet, l'inadaptation et la déficience suppose la réadaptation et la rééducation.

2. 3. Corps droit, corps en bonne santé ?

Dès lors, si les centres de rééducation physique re-dressent les corps des élèves déficients, cette contrainte favorise-elle l'acquisition d'une bonne santé ? En effet, la définition de la santé qui circulait dans l'éducation physique au lendemain de la Seconde Guerre mondiale est restrictive en envisageant surtout le pôle physique. Chez Tissier par exemple, le corps droit est édicté en norme. « Le redressement s'impose comme vérité première qui détermine ensuite, grâce à la mesure et à la vérification scientifique, l'état moyen de santé »⁶⁸. La construction du mythe du corps droit s'est progressivement construit à partir du XVII^e siècle⁶⁹. Le corps, d'abord contraint au redressement par de savantes techniques de manipulations physiques et de fortes pressions sur le corps, va ensuite, à l'aube du XX^e siècle, connaître un redressement plus subtil, mettant en jeu un processus d'intériorisation et d'affinement des normes.

Or, ce primat de la santé physique sur les autres dimensions est pourtant infirmé avec la définition de l'OMS de 1946. La santé envisagée au prisme du corps droit reste de vigueur dans les

66. Terret T., *op. cit.*, 2013, pages 7-8.

67. Dutheil-Warolin L., thèse de doctorat, cité par Terret T., *op. cit.*, 2013.

68. Loudcher J.-F., Vivier C., *op. cit.*, p. 83.

69. Vigarello G., *Le corps redressé*, Paris, J.P. Delarge, 1978.

représentations des acteurs de l'EP de cette époque. Cependant, pour Haure, « *contrairement à ce qu'affirment les partisans d'une gymnastique de maintien, il n'y a presque aucune relation entre la posture et la santé, l'efficacité et la résistance* »⁷⁰. Est-ce le présage d'une perte à venir du fait de la non redéfinition de cette notion ?

Cependant, la santé « psychique » n'est pas omise. Effectivement, pour certains théoriciens comme Tissier par exemple, la droiture morale est liée à la droiture physique. Des pratiques psychomotrices émergent pour éduquer le corps à l'autosurveillance, à la prise de conscience⁷¹. La rectitude morale fait également débat. Des nomenclatures sont édifiées pour classer les jeunes inadaptés. Un « *quadrillage minutieux* » s'opère pour répartir « *l'inadaptation dans les catégories d'infirmité, de déficiences, de maladies et de troubles mentaux* ». Ainsi, pour le docteur Lagache, l'enfant normal peut maintenir une attitude et rester silencieux, ce que l'anormal ne peut faire. Le classement des anormaux a révélé une redistribution affinée des étiologies et des nosographies. La psychiatrie peut alors investir le domaine de la santé mentale. Le plan Langevin-Wallon énonce notamment les buts de la psychologie scolaire. Au final, on assiste durant cette période à un timide changement dans les représentations qui s'exerceront dans les centres de rééducation physique : progressivement, la référence ne sera plus le corps a-droit mais le corps conscient. De ce fait, nous pouvons d'ores et déjà observer que ces centres proposent aux élèves déficients une rééducation globale de la personne, entendue ici au sens de l'OMS comme des « *techniques qui visent à réduire les déficiences et les incapacités d'un patient* », mais aussi une réadaptation, définie comme un « *ensemble de moyen mis en œuvre pour aider le patient à s'adapter à ces incapacités lorsqu'elles deviennent stabilisées et persistantes* ».

70. Haure, 1964, cité par Fauché, *op. cit.*, p. 145.

71. Fauché S., *op. cit.*, 1993.

Chapitre 3. Positionnement et méthodologie : du questionnement aux hypothèses

3. 1. Positionnement. Santé, École et Éducation Physique

Ce présent mémoire m'a amené à constituer une revue de littérature pour avoir une idée des travaux existant sur mon thème de recherche et de leur thèse respective. Ainsi, nous allons nous positionner par rapport aux auteurs ayant travaillé sur la question de la santé en éducation physique sous la Quatrième République.

Tout d'abord, le premier ouvrage vers lequel je me suis tourné est celui de Didier Nourrisson (*À votre santé ! Éducation et santé sous la IV^e République*, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2002). Dans ces recherches, les auteurs exposent différents arguments montrant les liens entre l'éducation et la santé au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Ainsi, que ce soit en EP (T. Terret), dans l'histoire la médecine scolaire (N. Verney-Carron), dans le développement des cantines dans les écoles ou dans l'introduction du lait à l'école (D. Nourrisson), il apparaît que les années qui suivent 1945 sont un tournant dans les relations qui lient école et santé. Ainsi, dans mon cadre de recherche, je m'inscrirai dans la continuité de la thèse de cet auteur. La définition de l'EP apparaît soumise à des conceptions partiellement différentes, qui sont mouvantes en fonction du public à qui s'adresse son enseignement.

Plus particulièrement, toujours dans cet ouvrage, Thierry Terret (« Le sport contre la santé : les redéfinitions de l'EP. 1945-1960 », in Nourrisson, *op. cit.*) observe un éclatement du champ de l'EP en fonction du public visé, dans une forme de consensus institutionnel qui distribue les compétences. En effet, une diversité de pratiques professionnelles issues de conceptions différentes cohabitent au sein de l'Éducation physique. Les IM de 1945 fixant des buts classés dans trois groupes sans imposer une méthode spécifique, les acteurs prennent la liberté de choisir ou d'ignorer certains buts, en appliquant une ou plusieurs méthodes. En ce qui concerne les centres de rééducation physique, nous nous inscrirons en continuité avec l'auteur. Nous approfondissons largement l'offre que proposent ces centres ainsi que l'influence de la Ligue française d'éducation physique (LFEP) et de la Société française de rééducation physique (SFRP).

Il apparaît ensuite qu'à cette époque les vulnérabilités biologiques se doublent de

vulnérabilités de genre, à cause notamment de l'institutionnalisation des groupes physiologiques (Attali, Robène, Saint-Martin, Terret, « Éducation physique et vulnérabilités de Vichy à la reconstruction (1940-1948) », in *Sport, genre et vulnérabilité au XX^e siècle*, T. Terret, sous la direction de, Presses universitaires de Rennes, 2013). Dans cet article, les auteurs montrent que l'apprentissage du genre durant cette période n'est pas affiché, néanmoins, l'école participe à l'intériorisation de certaines normes genrées. La maternité et le foyer pour les filles, le monde du travail et la protection du foyer pour les garçons. Ainsi, une double violence symbolique est faite aux élèves de cette époque : d'abord en les classant dans des groupes en fonction de leurs aptitudes physiologiques, et ensuite en leur imposant des objectifs de formation en fonction des sexes. Au final, la pratique de la gymnastique corrective à l'usage des jeunes filles est-elle différenciée de celle des jeunes gens ? Ici encore, nous nous inscrivons en continuité avec la thèse des auteurs tout en allant plus loin afin de savoir si il y a une manière différente de rééduquer en fonction du sexe des élèves placés dans les centres de rééducation physique. Existe-t-il une gymnastique corrective féminine ? La vision des genres dans les centres de rééducation physique se calquent-elles sur celle de la société et l'école ?

Pour Fauché (*Du corps au psychisme, histoire et épistémologie de la psychomotricité*, PUF, 1993), les centres de rééducation physique sont aussi l'occasion d'éduquer les élèves des groupes 3 et 4 à la correction des attitudes par la prise de conscience. Il s'agit d'un remodelage de la raison par le mouvement. Seul le mouvement volontaire et contrôlé par le sens musculaire permet en retour de discipliner ou de raffermir le caractère. Ainsi, la gymnastique corrective redresse à la fois le corps et l'esprit. Ici encore, nous nous inscrivons en continuité avec S. Fauché.

3. 2. Analyse des contenus en histoire et corpus

Pour faire de l'histoire, le chercheur dispose de divers matériaux. En effet, cette quête de source occupe la majeure partie de son temps. Il utilise des documents au sens large : des archives, des articles de presse, des documents iconographiques, etc. Les sources écrites ont toute leur importance mais faire de l'histoire contemporaine c'est aussi utiliser des sources orales⁷². Certains faits passés sous silence par les documents support peuvent être révélés par le témoignage d'un acteur.

72. Guibert J., Jumel G., *La socio-histoire*, Paris, Armand Colin, 2002, p. 21.

Dans notre travail, nous nous appuyerons essentiellement sur des sources archivistiques. Dans cette typologie, nous pouvons retrouver différentes catégories. Tout d'abord les sources primaires, composées de documents bruts et non interprétés (courriers, documents personnels, etc.). Les sources secondaires existent quant à elles à partir des sources primaires et sont destinées à être diffusées (rapports, comptes rendus, etc.). Enfin, les sources tertiaires s'appuient sur les sources secondaires pour informer ou commenter une situation, c'est le cas pour les articles de presse par exemple ou notices de présentation. La limite des sources archivistiques réside dans le fait qu'elles sont le résultat d'un double tri : en premier celui du contemporain qui lui attribue de l'intérêt ou une valeur, ensuite l'archiviste qui juge si un document est digne de mémoire ou non. Le décalage entre les préoccupations du contemporain et de l'archiviste peut mener à la perte du document.

Ensuite, les sources écrites et littéraires peuvent constituer un matériau pour l'historien. L'utilisation de biographies ou de documents épistolaires peut se révéler pertinente car quand le narrateur rédige son document, ce témoignage n'a aucun rapport avec une quelconque recherche. En effet, il ne sait pas qu'un chercheur l'interprétera plus tard, contrairement à un témoignage oral. L'utilisation des sources orales permet d'éclairer des zones d'ombres qui ne sont pas relatées par les autres sources. Cet entretien d'enquête privilégie alors les représentations que le témoin interrogé se fait de tel événement ou de telle période. Ce type de sources n'a pas pu être utilisé au cours de ce mémoire, les témoins ayant vécu la période après la Seconde Guerre mondiale dans les centres de rééducation physique se faisant rare. Cependant, j'ai pu travailler sur des dossiers conservés aux Archives nationales.

Ainsi, nous nous appuyerons sur divers sources qui constitueront notre corpus. Nous avons croisé les sources émanant de la DGEPS et certaines issues de concepteurs ou même de revue appartenant à des institutions publiques. En ce qui concerne les ouvrages élaborés par des concepteurs influents en matière de rééducation physique, nous avons notamment consulté celui de Pétat et Blanchon (*Principes élémentaires de gymnastique corrective et de réadaptation aux activités physiques* publié en 1944). Ces deux auteurs exposent dans ce livre certaines déficiences corporelles et les principes de la gymnastique corrective. De la même manière, l'ouvrage publié à l'issue du Congrès de Pau de 1946, conjointement organisé par la LFEP et la SFRP, nous renseigne sur la nécessité des préoccupations des jeunes justiciables de la rééducation physique. Les discours des différents intervenants sont retranscrits dans l'ouvrage avec parfois certaines questions posées par l'auditoire.

Ensuite, nous avons pu avoir accès à différents documents officiels, comme le BO de l'Éducation nationale du 24 juin 1948 ou les divers notices et directives de la DGEPS de 1946, 1947, 1950 et 1954. Ces documents nous renseignent davantage sur la manière dont s'organisent et fonctionnent les centres de rééducation physique. La sélection des élèves sur des bases médicales y est évoquée ainsi que des leçons types. Finalement, ces documents officiels sont d'ordre administratif et politique tandis que les ouvrages des concepteurs ont des visées plus pédagogiques.

Enfin, la revue officielle de la SFRP constitue également une source pour ce mémoire. Ces *Annales de cinésithérapie et de rééducation physique* succèdent à la revue *Rééducation physique* publiée par la Société entre 1932 et 1942. En se revendiquant scientifique, la revue dispense aux éducateurs et rééducateurs les principes d'une action au bénéfice d'une « *jeunesse terriblement éprouvée* »⁷³. Elle fait appel à des collaborateurs différents, des biologistes aux médecins, en passant par des techniciens du mouvement. « *Cette revue est celle de tous ceux qui ont le désir de s'instruire, de se perfectionner et de tous ceux qui ont quelque chose à dire pour le perfectionnement des autres* »⁷⁴. Ces documents, s'adressant à la fois aux professeurs de rééducation physique, aux médecins ou aux kinésithérapeutes, constituent une formidable source pour analyser les conceptions véhiculées par la SFRP et leurs influences dans les centres de rééducation physique.

3. 3. Le questionnement, un cheminement vers les hypothèses

Après ces prolégomènes, nous pouvons nous interroger sur le rôle joué par l'éducation physique dans la prise en charge des enfants déficients. En effet, comment ces élèves sont-ils envoyés dans les centres de rééducation physique ? Qu'est-ce qu'un centre de rééducation physique ? Sur quelle(s) conception(s) de la santé s'appuie-t-on au sein de ces structures ? Comment fonctionne-t-il ? Comment les élèves des groupes 3 et 4 vont-ils être pris en charge ? Quels contenus propose-t-on à ces presque 20% d'élèves « en marge » d'une normalité corporelle ? Si cette rééducation physique tente de faire tendre les élèves vers une culture corporelle plancher, de quelle normalité parle-t-on ? Qui fixe cette normalité ? Comment le poids des médecins s'exerce-t-il dans les CRP ?

Ainsi, ce mémoire a-t-il pour ambition de montrer que, suite à l'institutionnalisation des groupes d'aptitudes, la DGEPS apporte une triple réponse pour prendre en charge l'éducation

73. *Annales de cinésithérapie et de rééducation physique*, n°1, Société française de rééducation physique, 1947, p.3.

74. *Annales de cinésithérapie et de rééducation physique*, n°1, *op. cit.*, p. 4.

corporelle des jeunes « déficients ». Une réponse sociale d'abord : il s'agit de classer et d'orienter les élèves selon des normes médicales pour une éducation physique différenciée en fonction des aptitudes. La réponse est également d'ordre politique : la création des centres de rééducation physique et le placement, dans ces infrastructures à redresser, des « illettrés physiques » concourent à une rééducation corporelle pour viser une culture plancher qu'il n'est plus permis d'ignorer. Enfin, la troisième réponse, pédagogique, s'articule avec les deux premières : redresser les corps. Pour cela, une pédagogie adaptée et une gymnastique corrective mesurée seront au secours de l'élève « déficient ».

DEUXIÈME PARTIE

Résultats : une triple réponse pour l'enfant déficient. Classer – Placer – Redresser

La création des centres de rééducation physique n'est pas un hasard, elle est le fruit de préoccupations hygiéniques et d'influences diverses qui contribuent à leur construction. Pour cela, suite à l'institutionnalisation des groupes physiologiques, la DGEPS annonce la mise en place de ces structures en 1947. Pour les cours d'EP, les élèves sous la IVème République sont séparés puis regroupés en fonction de leurs aptitudes corporelles. Si les élèves des groupes I et II peuvent bénéficier d'une EP normale et participer à l'Office du Sport Scolaire et Universitaire, ceux des groupes III (à ménager) et IV font l'objet d'une attention particulière et sont soumis à une gymnastique spéciale que les centres de rééducation physique dispensent. Ces établissements fournissent un cadre aux élèves jugés déficients. En définitive, l'école apporte une triple réponse pour ces élèves en marge d'une « normalité » corporelle que nous allons expliciter dans les prochains chapitres.

Chapitre 4. Une réponse sociale : classer – Triage et école des aptitudes

4. 1. L'école et la création du service d'hygiène scolaire et universitaire

Après la Libération, la France réalise l'ampleur des dégâts causés par la guerre. Le préambule de la Constitution de 1946 proclame que « *la Nation garantit l'égal accès de l'enfant et de l'adulte à l'instruction, à la formation professionnelle et à la culture. L'organisation de l'enseignement public gratuit et laïque à tous les degrés est un devoir de l'État* ». Dans cette dynamique d'ouverture de l'école, le Plan Langevin-Wallon est conçu dans le but de remplacer une organisation scolaire fondée sur des critères d'appartenance sociaux par une organisation réellement méritocratique. Il est alors l'aboutissement de deux dynamiques de pensées⁷⁵ : l'école unique pour les structures et l'école nouvelle pour la pédagogie. En effet, la reconstruction nationale passe par une démographisation de l'école pour s'adapter aux nouveaux besoins de la société nécessitant une formation de masse au-delà de l'école élémentaire⁷⁶. Ainsi, toujours selon le Plan Langevin-Wallon, l'école doit devenir obligatoire de 6 à 18 ans, l'écolier devant traverser trois cycles au cours de l'enseignement du premier degré. Le premier, commun à tous, est dispensé de 6 à 11 ans. Pour le second cycle, de 11 à 15 ans, l'enseignement est en partie commun et en partie spécialisé pour déceler les aptitudes et les goûts individuels. Enfin, dans le cycle de détermination, les élèves sont orientés dans l'une des trois sections pour former le futur travailleur et citoyen. Par conséquent, ce projet mort-né, réinstaura sans le vouloir ni le savoir, une démocratisation d'accès à l'enseignement tout en conservant une orientation selon les aptitudes des élèves et donc des dons. L'illusion du principe de justice sociale que souhaite mettre en œuvre ce projet doit être rapportée aux connaissances de l'époque⁷⁷. En effet, la corrélation entre appartenance sociale et réussite ou échec scolaire n'a pas pu être mise en évidence du fait de la séparation hermétique entre primaire et secondaire, entre école du peuple et école des notables. L'idéal méritocratique peut alors être compris dans le sens où « *tous les enfants étant mis à égalité par la communauté d'accès aux mêmes enseignements, seul le mérite personnel, et non plus la naissance, les distinguerait* »⁷⁸. Ainsi, les élèves sont aiguillés vers une section (pratique, professionnelle ou théorique) relative à un métier futur, par un service de psychologie et d'orientation décelant les aptitudes des élèves au préalable. Si

75. Lebecq P.-A., « L'école : lieux d'existence et d'expression de l'EPS », in *Leçon d'histoire sur l'EP d'aujourd'hui*, Paris, Vigot, 2005.

76. Attali M., Saint-Martin J., *op. cit.*, 2009, p. 22.

77. Robert A., *L'école en France de 1945 à nos jours*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2010, p. 28.

78. Robert A., *ibid.*

l'école souhaite ouvrir ses portes au plus grand nombre, c'est aussi au prix d'une rude sélection ultérieure. Dans une école des aptitudes, l'éducation physique prépare-t-elle les élèves à accepter leur sort scolaire ?

L'école doit faire face à l'explosion du nombre d'élèves⁷⁹ qui augmente à partir de la fin des années 1940 avec le baby boom et à la fin des années 1950 grâce aux différentes réformes du système scolaire.

Cependant, la reconstruction nationale passe aussi par une volonté politique de rapprocher l'éducation et la santé. Dans le préambule de la Constitution de 1946, il est mentionné que l'État « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* ». La politique de santé publique intègre l'école dans une période où les services de santé se restructurent et donnent naissance à une véritable médecine scolaire. Face à l'urgence, l'ordonnance du 18 octobre 1945 « *entérine la création du Service national d'hygiène scolaire et universitaire, relevant du ministère de l'Éducation nationale* »⁸⁰. Si au XIX^e siècle, la médecine scolaire reste embryonnaire et que c'est bien la crainte de la contagion et des maladies qui amène le médecin à l'école, en 1945 elle prend un nouveau tournant. En effet, les missions de ce service nouvellement créé sont précises :

« *organiser une visite médicale gratuite et obligatoire pour tous les enfants au cours de leur 6^e année, effectuer des examens annuels, durant toute la scolarité, rendre systématique le dépistage des maladies contagieuses et en particulier de la tuberculose aussi bien pour les élèves que pour les personnels. Il faut donc suivre les individus de leur naissance à leur sortie du système scolaire, enseignement supérieur inclus et prévoir une couverture sociale pour les étudiants.* »

Pour être accepté à l'école primaire, les enfants doivent désormais passer une visite médicale qui doit être renouvelée tous les ans. Même si en 1947 elle ne touche que 6 000 élèves sur les 500 000 théoriquement concernés⁸¹, le Bulletin officiel de l'Éducation nationale du 28 mai 1948 révèle les progrès accomplis et ce que qu'il reste à faire. Des clivages entre la ville et la campagne persistent. Pour remplir cette mission, des médecins inspecteurs régionaux sont nommés par l'État en obtenant le statut de fonctionnaire. Aussi, les médecins d'orientation jouent un rôle considérable dans l'aiguillage des études des élèves. En effet, dans un système où les deux écoles correspondent à deux besoins professionnels différents, les élèves consultent ce médecin lors de leur quatorzième

79. INA, *L'explosion des effectifs scolaires : la rentrée 1964*, <http://fresques.ina.fr/jalons/fiche-media/InaEdu01068/l-explosion-des-effectifs-scolaires-la-rentree-1964.html>, consulté le 15/02/2015.

80. Verney-Carron N., « Des conditions nécessaires mais insuffisantes : petite histoire de la médecine scolaire », in *À votre santé, Éducation et santé sous la IV^e République*, op. cit., p. 61.

81. Verney-Carron N., *ibid.*, p. 62

année. Après la consultation, le médecin relève les aptitudes, les goûts et l'état de santé des élèves. De plus, il fait correspondre à la morphologie de l'élève un métier.

Dans une société en mutation, le Service d'hygiène scolaire devient *Service de santé scolaire et universitaire* le 28 septembre 1955. C'est la conception du rôle de la médecine au sein de l'école qui évolue. En effet, « *il ne s'agit donc plus de donner la priorité à l'hygiène corporelle et au dépistage mais de réaliser une approche globale des problèmes d'échec qualifiés de problèmes "d'inadaptation scolaire" »*⁸².

Finalement, l'éducation physique s'insère dans une école des aptitudes où le « social » considère l'hygiène, la santé et la re-formation des futur-e-s citoyen-ne-s comme une condition *sine qua non* de la reconstruction nationale. En effet, l'EP se révèle opportuniste pour asseoir sa place au sein de l'école et justifier son rôle aux yeux de la société. Dans une école qui trie ses élèves, comment l'EP classe-t-elle et oriente-t-elle les élèves ? Comment le poids des médecins s'exerce-t-il dans la discipline ?

4. 2. Le contrôle médical : une gare de triage ?

Dans une société où les soucis sociaux sont plutôt orientés vers l'hygiène en général, il n'est pas étonnant que l'arrêté du 20 novembre 1945 sur l'organisation provisoire du contrôle médical dans les établissements publics d'enseignement du second degré réhabilite le contrôle médical à l'école. En effet, sur beaucoup de points et malgré une rupture idéologique affichée et revendiquée contre le régime de Vichy, la continuité dans les pratiques et les discours de « ce qui faisait avant » (sous le Front populaire et Vichy) est manifeste. De plus, bon nombre de Hauts fonctionnaires de la DGEPS sont d'anciens membres du cabinet de Léo Lagrange.

Ainsi, dans les instructions officielles du 1er juin 1941, le contrôle médical est soigneusement organisé et permet aux maîtres « *d'attirer fréquemment l'attention de leurs élèves sur les règles essentielles de l'hygiène, trop souvent méconnues dans notre pays* ». Déjà sous le gouvernement de Vichy, le contrôle médical devait, en plus de surveiller l'hygiène générale, déterminer le degré d'aptitude aux activités physiques et sportives. L'Éducation Générale et Sportive s'inscrit finalement dans le discours eugéniste souhaité par Alexis Carrel, chirurgien, biologiste et sociologue s'intéressant de près à l'éducation⁸³.

À la fin de l'année 1945, et suivant la même logique qu'avant la Libération, le contrôle

82. Verney-Carron N., *ibid.*, p. 67

83. Attali M., Saint-Martin J., *op. cit.*, p. 18.

médical a pour objet de surveiller la santé des élèves et de contribuer à un premier triage d'ordre médical afin d'apprécier l'aptitude de chacun des élèves à la vie scolaire mais aussi afin de suivre leur développement physique. Cet examen permet également de dépister les maladies latentes ou les anomalies méconnues, « *notamment les affections contagieuses ou pouvant être nuisibles à la collectivité* »⁸⁴. En plus de cette mission scolaire et socio-sanitaire, le contrôle médical va surtout se doubler d'une mission plus physiologique et développementaliste : déterminer les aptitudes des élèves aux exercices d'EP scolaire et enregistrer leur progrès dans ce domaine. L'action de ce contrôle est envisagée comme une action de prévention et de dépistage. Le décret du 26 mai 1946 et l'arrêté interministériel du 31 mai 1947 organisent la visite d'admission scolaire. Au moment d'entrer à l'école, soit à l'âge de 6 ans, le futur écolier, en présence de ses parents, a l'obligation de passer cette visite. L'examen permet de recueillir des informations générales sur l'enfant : le milieu familial, les antécédents héréditaires et personnels de l'enfant. La visite « *permet de dresser un premier bilan complet de la santé et de déterminer l'aptitude de l'enfant à la vie scolaire en le classant dans un des trois groupes suivants : aptes, à surveiller, inaptes* »⁸⁵.

Aussi, dans les Instructions ministérielles du 1er octobre 1945 à l'usage des professeurs et maîtres d'éducation physique et sportive, il est stipulé que le professeur, en début d'année, procède à l'examen de ses élèves et relevant chez eux les mensurations staturales, pondérales et spirométriques. Grâce à ces informations et aux performances réalisées par l'élève l'année précédente, l'enseignant peut classer les élèves dans un groupe déterminé. Néanmoins, le contrôle médical reste le seul décideur de l'orientation des élèves : en effet, suite à cette visite, le médecin a le dernier mot dans l'aiguillage des élèves dans un groupe d'aptitude pour pratiquer l'éducation physique. Les mensurations relevées en octobre, février et juin de l'année scolaire par le professeur sont communiquées au médecin lors des visites semestrielles.

Le contrôle médical, encore appelé examen médico-physiologique, a pour objet⁸⁶ :

- a. De donner accès aux compétitions sportives qu'aux sujets capables d'y prendre part sans risque pour leur santé (certificat médical d'aptitude aux sports) ;
- b. De surveiller périodiquement la santé des sportifs et sportives, titulaires de licences, en dehors des périodes de délivrance ou de renouvellement de celles-ci ;
- c. D'aider à les orienter rationnellement vers une activité d'éducation physique et sportive concourant à développer leur état de santé et leur équilibre général. »

84. Arrêté du 20 novembre 1945, article 2.

85. Encyclopédie pratique de l'éducation en France, 1960, p. 415.

86. DGEPS, Bureau du contrôle médical, *Notice administrative et technique sur le contrôle médical*, Paris, imprimerie nationale, 1946.

Le médecin est accompagné d'un assistant chargé de prendre diverses mensurations comme la capacité vitale (mesure du volume d'air expiré après une inspiration forcée) ou l'indice de robustesse⁸⁷ et prélever des échantillons d'urine sur avis du médecin. Ensuite, le médecin procède à un examen rapide mais complet des élèves en insistant particulièrement sur les appareils pulmonaire et cardio-vasculaire. Le médecin prend le pouls des élèves au repos, juste après l'effort et lors du retour au calme. Des épreuves variées comme celles de « Lian » ou de « Schneider » sont préconisées⁸⁸.

Les informations observées lors de ces examens sont recueillies sur une fiche médicale qui demeure secrète ainsi que sur une fiche d'éducation physique ou physiologique⁸⁹. La fiche médicale est conservée à l'abri de toute indiscretion par le médecin examinateur tandis que l'autre est tenue à jour par le professeur d'EP. Sur cette fiche physiologique, le professeur d'EP note les mensurations des élèves qui seront par la suite reportées sur la fiche médicale par l'auxiliaire du médecin. Celle-ci n'est donc pas soumise au secret médical. Le Bureau médical de la DGEPS propose même des modèles types de ces fiches⁹⁰. Dès lors, la fiche médicale nous renseigne sur les examens effectués. En effet, en plus des classiques relevés de mensurations et d'indices relatifs aux appareils cardiaques et pulmonaires, la morphologie entre largement en ligne de compte pour le futur aiguillage des élèves. Le médecin observe l'attitude de l'élève, sa musculature, son squelette et sa peau. Pour cette examen, il s'agit d'une véritable chasse à la déformation, surtout au niveau du dos. En effet, les déviations vertébrales (cyphose, lordose et scoliose) sont l'une des préoccupations prioritaires de ces examens, comme l'attestent souvent les premières pages des divers manuels ou notices⁹¹. En plus de ces inspections méticuleuses, les appareils digestifs et génito-urinaires sont examinés.

En cette matière, l'héritage du docteur Marc Bellin du Coteau est notable. Il propose en 1930 l'établissement de fiches physiologiques et de fiches de performances⁹². Sa fiche a pour mission de « *faciliter la valorisation, à suivre l'évolution de la poussée du sujet et à noter parallèlement l'amélioration de "son" record, la progression de ses performances* ». À l'instar de la fiche

87. Cette mesure peut être relevée grâce à l'*indice de Pignet*, l'*indice de Ruffier*, ou encore selon le *coefficient de Démenjy*. Pour l'*indice de Ruffier*, on établit cet indice en soustrayant le périmètre abdominal en expiration au périmètre thoracique en inspiration, puis il faut retrancher au chiffre obtenu la différence entre la taille (nombre de centimètres au-dessus du mètre) et le poids (en kilos). Au-dessous de 10, l'indice est considéré comme « médiocre », « bon » entre 10 et 15, « très bon » entre 15 et 20, et enfin « exceptionnel » au-dessus de 20.

88. Pour l'*épreuve de Lian* par exemple, il s'agit de réaliser une minute de pas gymnastique sur place en fléchissant les jambes à angle droit, une forme de « talons-fesses », au rythme de deux foulées par seconde. Le pouls est noté immédiatement après l'exercice, puis dans le premier quart de chacune des minutes qui suivent. Pendant ce temps, le sujet reste debout, immobile et silencieux.

89. DGEPS, Bureau du contrôle médical, *op. cit.*

90. Un exemple de fiche est proposé en annexe, Annexe 2.

91. Pétaat P., Blanchon G., *Principes élémentaires de gymnastiques correctives et de réadaptation aux activités physiques*, Legrand et Bertrand éditeurs, 1944, page 18 ; ou encore DGEPS, Bureau du contrôle médical, *Directives de gymnastique corrective à l'usage des adolescents déficients*, Paris imprimerie nationale, 1947, page 8.

92. Bellin du Coteau M., « La valorisation humaine », in *Traité d'éducation physique*, Labbé M., tome 1, 1930.

médicale de 1945 qui accompagne l'élève tout au long de sa scolarité pour améliorer son suivi médical et physiologique, la fiche de Bellin du Coteau procède à des relevés de mensurations diverses et des prises de performances athlétiques. Ce sportif accompli va même jusqu'à parler de « *maquignonnage humain* » pour qualifier l'examen médical tel qu'il le pensait à son époque. Pour lui, cet examen ne doit pas être réalisé sans activité physique du sujet, « *la façade d'un individu n'est rien* ». En effet, « *c'est après l'avoir vu marcher, trotter, galoper, sauter que le maquignon formule son verdict* »⁹³. Dès lors, il n'est pas étonnant d'observer que lors des visites médicales, à partir de 1945, les élèves-patients sont mis en activité pour procéder à des relevés de fréquence cardiaque par exemple.

Il est également intéressant de voir que le contrôle médical est légèrement différent lorsque l'élève souhaite participer à l'AS. Face à l'accès aux pratiques sportives, les inégalités restent de mise. La circulaire du 8 novembre 1945 énonce qu'« *aucun élève d'un établissement d'un enseignement public du second degré ne peut devenir titulaire d'une licence lui permettant de disputer une compétition sous les couleurs de l'association sportive de l'établissement s'il ne joint à sa demande un certificat médical constatant son aptitude physique à la pratique des sports* ». Ce certificat est délivré par le médecin examinateur qui est de droit médecin de l'association selon un modèle prescrit par la DGEPS⁹⁴. Les élèves voulant leur licence sont inspectés en priorité et dans les moindres délais. Le surclassement des élèves est possible. Tandis qu'un examen de base pour un élève du second degré doit être fait au rythme moyen de douze élèves par heure, il doit se faire, toujours selon la précédente circulaire, au rythme de six par heure. Les élèves voulant participer à l'OSSU mériteraient alors une attention accrue de la part du service médical. Paradoxalement, ce sont les élèves jugés les plus aptes physiquement qui disposent d'un temps d'examen plus conséquent. La pratique sportive serait-elle dangereuse ? Il importe alors, à cette époque, de ne pas prescrire de sport à n'importe quel élève dans le but de le préserver. Par-là, nous pouvons souligner une certaine forme de démocratisation ségrégative de cette discipline scolaire⁹⁵.

Le pouvoir exercé par les médecins sur et en EP après la Libération est considérable. En plus d'exercer leurs compétences dans un domaine qui relève de leur légitimité (le contrôle médical), ils restent seuls décideurs de l'orientation des élèves vers un groupe physiologique précis en fonction de leurs aptitudes ou déficiences détectées. Cependant, selon quels critères les groupes sont-ils

93. Bellin du Coteau M., *L'éducation physique. Obligation nationale*, Berger-Levrault, 1920.

94. Voir en annexe 4.

95. Attali M., Saint-Martin J., *op. cit.*, 2009.

constitués ? Qu'implique ce placement pour les élèves ? Ces groupes physiologiques viennent-ils sanctionner des aptitudes innées ?

4. 3. Vers des groupes d'aptitudes, classement aux frontières poreuses

Les instructions ministérielles du 1er octobre 1945 et la circulaire du 29 octobre 1945 mettent en place les « groupes d'aptitudes ». C'est l'intégration, par la DGEPS, d'une vulnérabilité institutionnelle⁹⁶ dans des programmes scolaires. Ce classement des élèves est l'héritage d'une différenciation réalisée selon des critères physiologiques pour faciliter le travail pédagogique du professeur. En effet, en 1923 déjà⁹⁷, le docteur Diffre envisageait de classer les élèves selon cette logique et posant ainsi les bases des groupes physiologiques définis par Chailley-Bert en 1943. Pour ce dernier, le médecin « *rangera les enfants en quatre catégories, d'après leur état et leurs possibilités physiques* »⁹⁸.

Les élèves sont orientés par un médecin dans l'un de ces quatre groupes. Pour la DGEPS, « *orienter c'est établir la convenance entre les exigences d'un sport donné et les aptitudes d'un sujet. Tandis que la sélection s'adresse à des sujets dont les possibilités sont bien déterminées, l'orientation se rapporte à des individus dont les qualités athlétiques et physiologiques n'ont pas encore été consacrées par l'expérience* »⁹⁹. En somme, la conclusion de l'examen médico-physiologique a pour finalité de proposer une éducation physique adaptée aux aptitudes de l'élève. De ce fait, quatre groupes sont distingués pour remplir cette mission de classement selon les IM de 1945 :

GROUPE	Régime
I	Le premier groupe rassemble les « bons » élèves, justiciables du régime normal d'EP et pouvant participer à la demi-journée de plein air, à l'OSSU ainsi qu'à ses compétitions réglementées.
II	Le groupe II réunit les élèves jugés « moyens », justiciables du régime normal d'EP et pouvant participer aux entraînements sportifs de l'AS et aux « petites compétitions » sous réserve d'un contrôle médical particulier.

96. Attali M., Robène L., Saint-Martin J., Terret T., « Éducation physique et vulnérabilités de Vichy à la reconstruction (1940-1948) », in *Sport, genre et vulnérabilité au XX^e siècle, op. cit.*, 2013.

97. Froissart T., « La relation enseignant/élèves en EPS : processus subi ou agi ? Fin XIX^e à nos jours », in Ottogalli, Liotard, ., *L'éducation du corps à l'école. Mouvements, normes et pédagogies. 1881-2011*, AFRAPS, 2012, p. 34.

98. Chailley-Bert P., Fabre R., Merklen L., *Éducation physique et contrôle médical*, Paris, J-B. Baillière, 1943, p. 224.

99. DGEPS, Bureau du contrôle médical, *op. cit.*, 1946, p. 29.

III	Ce sont les enfants à ménager ou déficients, devant bénéficier d'une gymnastique dont la dominante consiste en des exercices de maintien.
IV	Les élèves classés dans le groupe IV sont jugés « inaptes », temporaires ou définitifs, à suivre des cours les cours d'EP. Ils doivent suivre des cours spéciaux de corrective dans un dispensaire ou à l'établissement. Dans ce dernier cas, c'est le médecin qui donne des directives sur les mouvements à effectuer et contrôle l'enseignement.

Ces consignes issues des instructions ministérielles restent floues. Ainsi, la circulaire du 29 octobre 1945 vient préciser les critères de ces groupes.

Les élèves du groupe I sont des individus de taille et de poids normaux présentant un accroissement normal et sans déformations thoraciques et rachidiennes. Leur paroi abdominale est indemne et tonique, tandis que leur « perméabilité nasale » est normale. Ils ne présentent pas non plus de lésions organiques, cardiaques, pulmonaires et rénales. Leurs développements musculaire, osseux et nerveux sont normaux.

Les élèves « moyens », orientés dans le groupe II ont une taille et un poids inférieurs à la moyenne (taille inférieure de 5 centimètres à la moyenne, poids inférieur de deux kilos à la moyenne). Ils sont également caractérisés par une insuffisance musculaire généralisée n'entraînant pas de troubles de la statique. Les filles dont « l'installation des règles est douloureuse ou difficile » sont placées dans ce groupe.

Le groupe III, concernant les élèves « à ménager », comprend les déficients ou enfants à surveiller. Toujours selon la circulaire, il offre un grand intérêt dans la mesure où le placement des élèves qui le composent (enfants présentant des troubles anatomiques et physiologiques) limitent l'aggravation de leurs altérations en exécutant une gymnastique qui vise justement l'effet inverse. Dans ce groupe, sont classés les troubles de la statique par action de la pesanteur sur les différents segments du corps déficient (accentuation des courbures, etc.), les attitudes vertébrales défectueuses mais réductibles, les insuffisances respiratoires et les obésités infantiles « *constituant une véritable infirmité* ».

Enfin, sont classés dans le dernier groupe les élèves « inaptes ». Les enfants inaptes définitivement sont caractérisés par des déformations vertébrales non réductibles et/ou des séquelles nerveuses importantes. Le versant « irrécupérable » marque ce groupe. Les enfants inaptes temporairement, quant à eux, rassemblent les convalescents de maladies aiguës, d'interventions chirurgicales ou d'accidents. Ce sont des enfants atteints de tuberculose par exemple ou des enfants ayant beaucoup maigri sur une courte période.

Cependant, les limites entre les groupes restent floues, surtout entre les groupes 3 et 4¹⁰⁰. La frontière entre ces deux groupes n'est pas vraiment claire. En effet, le caractère dynamique du développement de l'enfant et le caractère subjectif du contrôle médical classant l'élève dans un groupe concourent à certaines approximations quant au placement des élèves dans les différents groupes, nécessitant parfois des réajustements.

Ainsi, « loin d'offrir une ouverture culturelle sur des pratiques sociales en expansion, l'EPS s'appuie sur la diversité des vulnérabilités pour construire un programme censé répondre aux priorités du moment »¹⁰¹. Entre 1949 et 1956, ce sont environ 15% des élèves qui sont classés dans les groupes 3 et 4¹⁰² :

Années Scolaires	Groupes d'éducation physique (%)		
	Élèves aptes Groupes I et II	Élèves à ménager Groupe III	Élèves inaptes Groupe IV
1949-1950	83	12	2,9
1950-1951	82	14	2,2
1951-1952	81	14	3,5
1953-1954	81	14	3,4
1954-1955	82,1	13,8	4,1
1955-1956	82,1	13,6	4,2

En somme, le contrôle médical et le classement des élèves dans un des groupes d'aptitudes permettent, selon la DGEPS, de perfectionner les corps performants, de préserver les corps déficients et d'éviter l'aggravation de cette fragilité. De plus, à son arrivée au centre de rééducation physique, le sujet classé déficient est de nouveau examiné par le médecin du centre. Dans une société marquée par les conséquences de la Seconde Guerre mondiale et par une volonté de reconstruction nationale, l'école et la santé revêtent un rôle essentiel dans l'atteinte de cette finalité. Dans l'école des dons, l'éducation physique revendique sa légitimité grâce à un discours hygiénique pour répondre aux besoins des élèves, futurs travailleurs œuvrant à la rénovation du pays. L'éducation physique propose des formes de pratiques corporelles différentes en fonction de la vitalité des élèves. La rééducation s'impose comme nécessaire pour les élèves jugés les moins « aptes » par le pouvoir médical et orientés dans les derniers groupes, sorte de groupes pour

100. Fauché S., *op. cit.*, p. 94.

101. Attali M., Robène L., Saint-Martin J., Terret T., *op. cit.*, p. 190.

102. Encyclopédie pratique de l'éducation en France, 1960, cité par Attali M., Saint-Martin J., *op. cit.*, p. 37.

« illettrés physiques » et autres enfants en marge d'une corporéité normale car normée.

En définitive, si durant cette époque 82% des élèves peuvent pratiquer une éducation physique normale, que vont pratiquer les élèves restant des groupes 3 et 4 ? Quelle éducation corporelle leur propose-t-on pour améliorer leurs aptitudes physiques et morales sans aggraver leurs déficiences ? Pratiquent-ils à côté de leurs camarades « normaux » ou sont-ils déplacés vers d'autres structures d'accueil ? En effet, il ne suffit pas de constater que l'élève est déficient, encore faut-il exercer sur lui des contraintes pour lui faire atteindre ce seuil plancher que toute personne est censée incorporer.

Chapitre 5. Une réponse politique et structurelle : placer – Les Centres de Rééducation Physique

L'institution des groupes d'aptitudes en 1945 inaugure un temps de flottement : en effet, si les IM de 1945 et la circulaire du 29 octobre 1945 délimitent plus ou moins précisément les contours de chaque groupe, les acteurs de l'EP en savent moins sur la manière dont ils vont accueillir les élèves des groupes 3 et 4 et sur l'enseignement qu'ils doivent leur dispenser. Pour cela, le 28 mars 1946 sont créés les centres de rééducation physique (CRP) à l'usage des jeunes déficients. La mise en place de ces « structures à redresser » vient au secours de ces élèves précaires corporellement et résulte de l'influence croisée de deux institutions de poids : la Société Française de Rééducation Physique (SFRP) et la Ligue Française d'Éducation Physique (LFEP).

5. 1. Les centres de rééducation physique : une victoire pour la SFRP et la LFEP ?

D'abord appelée *Société des professeurs spécialistes de culture physique médicale en France*, la Société Française de Rééducation Physique (qui prend ce titre le 21 septembre 1938) est fondée le 1er juin 1932 avec pour premier Président Paul Pétat, professeur d'éducation physique spécialiste de culture physique médicale à Montluçon. Sa société voit collaborer des médecins et des professeurs d'EP dont les buts sont clairs : « À l'initiative des maîtres spécialisés dans la rééducation des arriérés et anormaux intellectuels et mentaux, des professeurs d'éducation physique ont estimé de leur devoir professionnel et social de se dévouer à la récupération des "illettrés physiques", des arriérés organiques et psycho-moteurs, des déficients de toute sorte que la maladie ou l'accident mêle aux tributaires de l'éducation physique normale »¹⁰³. À l'instar de ce qui se fait pour les déficients intellectuels, Pétat et les membres de la Société veulent créer une structure rééducative pour les « illettrés physiques ». Il s'agit de créer un lieu où l'exercice physique est « reconnu comme socialement utile [pour] récupérer ces êtres déficients, à la fois pour leur rendre la vie possible et pour épargner à la collectivité des charges lourdes parfois »¹⁰⁴. Pour Pétat, la coopération entre les médecins et les éducateurs doit être effective car d'elle dépend l'avenir de la race. Pour les membres de la Société, à chaque déviation correspond une gymnastique spécifique : « la rééducation de l'appareil squelettique par la gymnastique orthopédique, la rééducation

103. Pétat P., *Rééducation physique*, 10, 1936, cité par Fauché S., *op. cit.*, p. 34.

104. *Ibid.*

organique et viscérale par la gymnastique médicale proprement dite [...] »¹⁰⁵.

En 1947, son comité d'honneur est composé de plusieurs grands noms de l'époque issus de milieux médicaux différents, surtout des Facultés de médecine. C'est par exemple le cas des docteurs Chailley-Bert, Boigey, Fournié, Merklen ou encore Privat. L'assemblée générale du 28 juin 1947 déclare que cette société a pour but « *l'étude scientifique, technique, pédagogique et sociale du mouvement, sous toutes ses formes, appliqué à l'hygiène et à la thérapie* »¹⁰⁶. Ses membres diffusent grâce à la revue *Annales de cinésithérapie et de rééducation physique* leurs revendications professionnelles et idéologiques en matière de rééducation. La SFRP adresse ses productions, avec un vocabulaire médicale assez technique, à un large public : professeurs d'EP spécialistes de rééducation physique, kinésithérapeutes, médecins ou encore chirurgiens orthopédistes. Pour Pétat, si « *éducation et rééducation sont intimement mêlées, rééducation et médecine se pénètrent* »¹⁰⁷. Finalement, le dessein des membres de la société est de structurer un espace spécifique pour la rééducation physique scolaire et périscolaire.

À côté de l'activisme de la SFRP, la Ligue Française d'Éducation Physique revendique également ses compétences en matière de rééducation physique. Fondée en 1888 par le docteur Philippe Tissié sous l'appellation de Ligue Girondine d'Éducation Physique, elle prend le nom de LFEP en 1910. Dès sa création, la Ligue se fixe pour but¹⁰⁸ : le développement de l'hygiène et de la santé des enfants et adolescents au moyen de la gymnastique suédoise, des jeux de plein air et des sports, sous réserve qu'ils ne supplantent jamais les exercices « formatifs-éducatifs » ; l'étude et l'expérimentation des divers procédés et méthodes pédagogiques ; l'obtention de moyens indispensables à la pratique régulière de l'EP dans les écoles. En résumé, le but « est de reconstruire une jeunesse saine et vigoureuse au moyen d'une éducation morale et corporelle »¹⁰⁹. À partir de 1945, sous la présidence de Raoul Fournié, la Ligue regroupe près d'un millier d'adhérents, recrutant des enseignants d'EP mais aussi des médecins et kinésithérapeutes. Les revendications de la Ligue sont d'abord publiées dans la *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale*, qui après plusieurs changements de dénomination devient *L'Homme sain* en 1940. D'après R. Fournié, le travail de la Ligue doit s'employer « *plus activement que jamais en coopérant à l'œuvre de rééducation*

105. Pétat, P., "Quelques principes de rééducation neuro-motrice", *Rééducation physique*, 11, 1936, cité par Fauché S., *op. cit.*

106. *Annales de cinésithérapie et de rééducation physique*, n°1, *op. cit.*, p. 37.

107. Pétat P., 1941, cité par Fauché S., *op. cit.*

108. Paris B., « La Ligue Française d'EP et l'EP scolaire entre 1945 et 1960 », in *Éducation physique et sport en France*, *op. cit.*, 1989, p. 81.

109. Froissart T., « Fondements et usages de la gymnastique scolaire », in *À l'école du sport*, sous la dir. de Attali M, Saint-Martin J., de boeck, 2014.

physique dont nous [la Ligue] allons nous occuper »¹¹⁰. La formation de cadres pour les CRP constitue également un axe de réflexion des membres de la Ligue. Aussi, Henri Balland, membre de la LFEP est conseiller technique national pour la gymnastique corrective. Auteur de nombreux articles sur cette gymnastique, il deviendra quelques années plus tard médecin-chef du Centre national de rééducation physique mais aussi médecin-inspecteur de la rééducation physique. À la mort de Founié en 1953, Balland devient président et la ligue change d'appellation : elle devient Fédération Française de Gymnastique Éducative. Sous l'influence de Pierre Seurin, la LFEP œuvre à la mise d'une véritable éducation physique rationnelle et méthodique. Ainsi, la séparation conventionnelle entre la gymnastique de formation et la gymnastique d'application est reprise. Les mouvements sont réalisés sous une forme allant de l'analytique au global, du simple au complexe.

Cependant, sur le plan du placement des élèves, ces deux institutions s'opposent. Alors que la SFRP souhaite déscolariser les élèves déficients dans les CRP, les partisans de la LFEP veulent activement les garder au sein de l'institution scolaire au nom de l'idéal républicain. En outre, des conflits apparaissent avec la structuration d'une nouvelle profession légitime dans le milieu de la rééducation : la création d'un diplôme officiel de masseur-kinésithérapeute reconnue par l'État (loi promulguée le 30 avril 1946) crée des tensions entre deux corps professionnels concurrents. Effectivement, une « *lutte pour l'appropriation du territoire s'engage* »¹¹¹.

L'établissement des CRP est alors l'aboutissement d'une revendication réclamée depuis 1932 par Paul Pétat et ses membres. C'est une réelle victoire pour les deux institutions. En effet, elles vont se révéler légitimes car la rééducation relève de leurs compétences. L'urgence affichée par les différents acteurs est sans appel. Alors que le docteur Sambucy parle de la France comme d'un « *pays bourré de débiles pulmonaires* »¹¹², l'Inspecteur Général Berthoumieu voit en 1946 une jeunesse en perte de repères spirituelle accompagnée d'une misère physiologique : « *80% de nos jeunes sont des déficients physiologiques, scoliotiques, insuffisants respiratoires et musculaires* ». Face à cette situation, les statistiques sur le taux alarmants des enfants déficients en France foisonnent chez les différents concepteurs et venant ainsi prouver la nécessité de leur prise en main dans des structures adaptées.

110. *Vers la rééducation physique*, Travaux de la LFEP, Congrès de Pau, 1946, p. 9

111. Fauché S., *op. cit.*, p. 94.

112. De Sambucy, A., *Manuel de gymnastique corrective et de traitement respiratoire*, Legrand, 1944.

5. 2. La création des Centres de rééducation physique

Le Bulletin Officiel a publié un décret, le 28 mars 1946, créant les Centres de Rééducation Physique. Ce décret, signé par M. Berthoumieu, directeur des Services post-scolaires de l'EPS, institue et officialise ces structures d'accueil où sont placés les enfants des groupes 3 et 4 jugés déficients pour suivre une EP normale. Ces centres, plus proches des hôpitaux que des écoles, dispensent une gymnastique spécifique aux enfants « inadaptés » corporellement dans le but de les « réadapter » et leur permettre de tendre vers cette « norme plancher » de vitalité. Ainsi, ils « officialisent la collaboration médico-pédagogique que les professeurs spécialistes de gymnastique médicale réclamaient depuis 1932 »¹¹³.

Pour le Bulletin Officiel de l'Éducation nationale numéro 21 bis du 24 juin 1948, « *les Centres de Rééducation physique sont des organismes dépendant de la Direction Générale de la Jeunesse et des Sports destinés à donner à certains enfants désignés par le contrôle médical (groupe III de la classification officielle admise : déficients simples ou préorthopédiques et postorthopédiques, déficients psycho-moteurs) une éducation physique susceptible de remédier à leur déficience en vue de les reclasser dans les cours normaux d'éducation physique* ». Le flou s'installe pour savoir quel(s) groupe(s) les centres vont accueillir : 2 ans auparavant, Fournié affirmait que les CRP pouvaient accueillir des élèves du groupe 4¹¹⁴. Toujours selon le même Bulletin, les CRP sont créés au profit des enfants, jeunes gens et jeunes filles d'âge scolaire et universitaire relevant du contrôle de l'Éducation nationale (du service d'hygiène scolaire) ; des élèves des centres d'apprentissage, de la jeunesse post-scolaire (les apprentis, employés ou travailleurs ruraux) ; enfin, le cas échéant, les jeunes gens justiciables d'un entraînement prémilitaire. Dans les grandes villes, des centres annexes sont créés. En effet, l'éloignement des établissements scolaires et le nombre d'élèves déficients concourent à cet élargissement. Tandis que les CRP proprement dits bénéficient d'un personnel médical et technique fixe dans des locaux déterminés, les centres annexes sont sous la tutelle du Centre principal dans les villes importantes et peuvent fonctionner dans d'autres locaux (scolaires ou non), sous la direction médicale et technique du centre de rééducation physique principal.

Pour Pétat, le « *but poursuivi est d'ordre social. Il fallait permettre à tous les justiciables de la rééducation physique de recevoir une gymnastique convenant à leur cas* »¹¹⁵. Un peu sur le

113. Fauché S., *op.cit.*, p. 93.

114. Fournié R., in *Vers la Rééducation Physique*, *op. cit.*, p. 22.

115. Pétat P., « Les Centres de Rééducation Physique », in *Vers la Rééducation Physique*, *op. cit.*, p. 16.

modèle des Centres de récupération des blessés pendant la guerre, les CRP œuvrent à la récupération de toute une partie de la jeunesse. Toujours selon le Président de la SFRP, un centre « idéal » se caractériserait par un rattachement unique à l'éducation nationale avec des locaux propres et un personnel médical formé correctement à l'examen morphologique et biologique ainsi qu'aux techniques rééducatives.

Certains centres bénéficient d'un personnel à temps complet. Si la municipalité dispose de moyens suffisants, elle peut rétribuer du personnel complémentaire : assistante sociale, masseurs, ou encore secrétaire. Tout dépend de la taille du centre en question. Le directeur, en principe, est un professeur d'éducation physique. Grâce à cette mesure, la discipline assoit un peu plus sa présence au sein des centres face au monde médical. Un inspecteur issu des cadres de professeurs d'EPS peut très bien être nommé. Dans les centres à prédominances sociales, le directeur peut être un médecin spécialisé agréé par la Commission Centrale de rééducation physique. Ce directeur est nommé par le Directeur général de la Jeunesse et des Sports après avis¹¹⁶ :

- des autorités administratives, techniques et médicales du Service Départemental de la Jeunesse et des Sports ;
- de la Commission Centrale de rééducation ;
- du Directeur de l'Éducation physique s'il s'agit d'un professeur ou d'un chef du Bureau Médical Central s'il s'agit d'un médecin.

Le directeur d'un CRP a un double rôle. Ce rôle est d'abord technique, puisqu'il doit faire fonctionner l'établissement correctement, perfectionner le personnel technique, organiser les horaires, établir les programmes et tenir à jour les documents nécessaires au contrôle des résultats. Dans le cas où il n'est pas médecin, il assiste le médecin-examineur et détermine avec lui, les techniques collectives convenant aux besoins de chaque groupe. Ensuite, il a logiquement un rôle administratif. Il gère le personnel et assure les relations avec l'administration, les autorités universitaires, les chefs d'établissements et les familles.

Cependant, même si le directeur peut être un professeur d'EPS, le pouvoir médical reste prégnant dans les CRP et les représentations de la rééducation. Tout d'abord, il assure sa mission médicale en s'assurant de l'hygiène du centre, examine les élèves et prononce leur admission, les oriente dans un groupe d'aptitudes, prescrit les directives médicales générales et particulières pour les élèves justiciables de gymnastique corrective et assure la liaison avec les services médicaux extérieurs. Plus inquiétant pour les professeurs d'EP, c'est le médecin, par sa mission technique, qui

116. Bulletin Officiel de l'Éducation nationale numéro 21 bis du 24 juin 1948, p. 2.

détermine avec le directeur du centre, les techniques collectives convenant aux besoins de chaque groupe et assiste avec le directeur du centre au contrôle technique et pédagogique de ces procédés collectifs. Vieille tradition de l'EP française, au sein des CRP, le professeur d'EP spécialisé ou rééducateur applique les consignes du pouvoir médical. Ainsi, ils réalisent leurs leçons sous l'égide du médecin.

Concernant l'organisation pédagogique, deux séances voire trois par semaine sont préconisées¹¹⁷. Le travail effectif doit représenter trente à quarante-cinq minutes d'effort selon l'âge pour une heure de présence par séance. Lors de ces séances, une certaine homogénéité est prévue dans les groupements : il est recommandé de les constituer en fonction de la déficience, du sexe et de l'âge, sans dépasser 15 élèves par groupe. Autant que possible, le directeur et personnel du CRP s'arrangent pour éviter de fatiguer en plus ces élèves à ménager. Les cours au sein des centres se déroulent plutôt le jeudi ou après la classe du soir. Finalement, les CRP traitent d'abord les troubles de la statique. Les représentations sur le corps droit persistent, l'attention se focalisant surtout sur les courbures de la colonne vertébrale. En effet, entre 1947 et 1953, 22 articles des *Annales de cinésithérapie et de rééducation physique* citent des malformations du rachis et du thorax¹¹⁸. Grâce à une gymnastique appropriée, les CRP luttent d'abord contre les courbures rachitiques trop prononcées mais également les anomalies des membres inférieurs, des déformations thoraciques, des insuffisances respiratoires voire de l'obésité. Dans l'urgence, la priorité est mise sur la rectitude.

*Évolution du nombre de centres et de sections de rééducation physique et des sujets les fréquentant*¹¹⁹

Année scolaire	Total des Centres et Sections de rééducation physique	Nombre de sujets ayant fréquenté ces Centres et Sections	Nombre de sujets réadaptés totalement ou partiellement
1948-1949	362	23.835	22.076
1950-1951	540	35.394	30.154
1952-1953	1081	65.457	51.537
1954-1955	1309	69.252	51.082
	Total	345.704	276.947

À côté d'une caractérisation négative et dépréciative des élèves jugés déficients¹²⁰, demeure une

117. Bulletin Officiel de l'Éducation nationale numéro 21 bis du 24 juin 1948, p. 3.

118. Fauché S., *op. cit.*, p. 107.

119. Archives nationales, Carton n° 19770199art12, *Contrôle médical des activités physiques et sportives extra-scolaires*.

mission plus humaniste et philanthropique au sein des CRP. En effet, pour Pétat, ces centres sont profondément éducatifs dans la mesure où l'élève ne « subit » pas la leçon. Avant la création de ces centres, les enfants déficients étaient soit soustraits à l'EP normale soit confrontés à une EP non adaptée à leurs besoins, s'entraînant avec des camarades « plus robustes ». Toujours selon l'auteur, ils pâtissent du manque ou de l'excès. Le jeune déficient vit les principes de santé et d'hygiène en action de telle sorte qu'il se convertisse « à la mystique du respect du corps et de l'amour de la santé »¹²¹. Outre le fait que l'élève devrait prendre goût aux exercices physiques après son passage dans ces structures, le lien entre le personnel technique et médical avec les enfants et leurs parents doit être favorisé. En effet, l'enseignement de l'hygiène active et des mouvements correctifs est mené à bien s'il atteint la famille. « Pour hâter et stabiliser l'action hygiénique et corrective du Centre, il est indispensable que les élèves, dans leur famille, exécutent quotidiennement quelques exercices très simples ». Dans ce but, « il est recommandé à cette effet, de munir chaque enfant de la liste explicative des exercices prescrits »¹²².

En outre, l'œuvre est charitable car en plus de proposer une éducation corporelle adaptée aux « inadaptés », les CRP contribuent à leur ré-insertion scolaire mais aussi disciplinaire. En effet, après s'être « ressaisis », les élèves des groupes 3 et 4 « pourront, pour la plupart, et sans danger, poursuivre leur étude et rejoindre leurs camarades dans les séances d'éducation physique et de plein air de leurs établissements »¹²³. Du bon fonctionnement de ces centres dépend la santé d'innombrables enfants.

Finalement, la création des CRP marque la sortie des élèves de l'école pour pratiquer une éducation corporelle adaptée. En effet, l'action de la rééducation physique s'exerce en-dehors des bâtiments scolaires. Les élèves déficients sont sortis et placés dans ces centres l'espace de quelques heures pour bénéficier d'une gymnastique appropriée. En extrascolarisant la rééducation corporelle des jeunes déficients, une partie de l'éducation physique s'éloigne un peu de l'école alors qu'elle revendique par ailleurs sa place originale en matière de santé au sein de la société. Le constat est paradoxal car Pétat revendique à plusieurs reprises cette attache des CRP au ministère de l'Éducation nationale. Or, les acteurs au service des CRP œuvrent également à l'effet inverse.

120. Paul Pétat qualifie souvent ces élèves « d'illettrés physiques », « d'irréguliers physiques », ou encore de « débiles pulmonaires » pour Sambucy (in *Manuel de gymnastique corrective et de traitement respiratoire, op. cit.*).

121. Pétat P., Les centres de rééducation physique au service de l'hygiène scolaire, *Annales de cinésithérapie et de rééducation physique*, 2, 1948, p. 66.

122. *Rééducation Physique – Notice d'application technique et pédagogique*, Direction Générale de la Jeunesse et des Sports, Bureau médical, 1950, p. 15.

123. Pétat P., Les centres de rééducation physique au service de l'hygiène scolaire, *Annales de cinésithérapie et de rééducation physique*, 2, 1948, p. 66.

5. 3. Une classification dans la classification : les déficients « raides » et les déficients « laxes »

Au sein des CRP et malgré une délimitation officiellement explicite des publics à accueillir, les élèves sont encore une fois séparés en fonction de critères précis. En station verticale, la pesanteur exerce des force sur la colonne vertébrale¹²⁴. Pour maintenir l'équilibre avec un minimum d'effort, le corps du jeune déficient met en place une forme de compensation qui concourt à une compensation des segments. Cette compensation entraîne des déformations et courbures corporelles. De plus, le poids des différents organes et membres accentue l'affaissement thoracique. Les CRP luttent alors contre cette pesanteur induisant des contraintes pour le corps en redressant et tonifiant le corps. En effet, les sujets accueillis dans les centres « *semblent accablés par la pesanteur contre laquelle ils n'ont ni la force ni la volonté de réagir ; ils paraissent réellement affaissés sur eux-mêmes tant sur un axe horizontal que sur un axe vertical* »¹²⁵.

À ces déformations s'ajoute un facteur déterminant dans le placement des élèves au sein des CRP : le degré plus ou moins marqué de laxité des ligaments et capsules articulaires joint à l'hypotonie musculaire conduit à la mise en place de deux catégories. Ainsi, les élèves du groupe A sont de type « raide » tandis que les élèves du groupe B sont de type « laxé ». Ce degré de laxité varie en fonction des individus et est lié à l'âge et au sexe de l'élève. Dans la mesure où constituer des groupes spéciaux pour le traitement de chaque anomalie est inutile car la technique mise au point dans les centres a pour objet le traitement général des déficiences, la laxité constitue un critère plus général pour regrouper les élèves en différentes catégories. De plus, c'est également un moyen pour le professeur d'EP ou rééducateur de gérer plus facilement l'hétérogénéité des publics déficients grâce à l'homogénéité de tels groupes. En plus de trier les élèves par un premier classement dans les groupes d'aptitudes, le pouvoir médical isole des élèves au sein même des CRP pour mieux les reconstruire. Les centres de rééducation physique, comme l'École, deviennent d'immenses machines à connaître, surveiller et modeler les corps des enfants déficients¹²⁶.

124. *Rééducation Physique – Notice d'application technique et pédagogique*, Direction Générale de la Jeunesse et des Sports, Bureau médical, 1950, p.4.

125. *Directives de gymnastique corrective à l'usage des adolescents déficients*, DGEPS, Bureau du contrôle médical, Paris imprimerie nationale, 1947, pages 8-9.

126. Foucault M., *op. cit.*

Classement des élèves au sein des CRP¹²⁷

	Groupe A : Sujets de type « raide »	Groupe B : Sujets de type « laxe »
Caractéristiques	Sujets ayant un habitus asthénique, cyphose dorsale haute, thorax atrésié et raideur relative des segments et des jointures.	Sujets laxes, avec dot plat, attitude cyphotique lombodorsale, ou tendance plus ou moins marquée à l'inversion des courbures.
Préconisations spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Libérer le jeu normal des articulations thoraciques et cervicales ; - éduquer puis renforcer les muscles assurant le soutien et la mobilité thoracique 	<ul style="list-style-type: none"> - Rééduquer la notion de posture correcte pelviloombaire ; - insister particulièrement sur la répétition des exercices abdominaux ; - dans des cas rares, rechercher la tonification courte des muscles spinaux postérieurs de la région lombaire.

Enfin, un « groupe C » est envisagé pour les « cas spéciaux ». Dans ce groupe, sont placés les élèves présentant des déformations en voie de fixation, des déformations fixées, des anomalies interdisant le travail collectif, certaines formes d'obésités accompagnées de déficience organique ou encore des sujets atteints de cardiopathies. Ces individus doivent faire l'objet d'une surveillance accrue de la part des médecins. Seulement, ils ne peuvent pas concentrer toute l'attention des membres du personnel : les centres sont avant tout réservés aux sujets susceptibles d'être rééduqués collectivement.

Finalement, la création des centres de rééducation physique résulte d'une part de l'activisme de certaines institutions, mais également de la volonté de prendre en charge des élèves ne répondant pas aux normes pour pratiquer une éducation physique normale. En établissant les centres de rééducation physique, la réponse apportée par la DGEPS est d'ordre politique. Elle l'est, en effet, car cette décision s'insère dans un projet plus global de politique de santé au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Ensuite, les CRP sont également un lieu où s'exerce un pouvoir, celui des médecins, et des influences, celles de la LFEP et de la SFRP. Ainsi, certains acteurs œuvrent à leur développement et à la sensibilisation des personnels travaillant dans les centres de rééducation physique.

127. *Rééducation Physique – Notice d'application technique et pédagogique*, Direction Générale de la Jeunesse et des Sports, Bureau médical, 1950.

Cependant, l'enfant placé dans cette structure qui vise à reformer les corps doit suivre une gymnastique particulière. Effectivement, les déficiences morphologiques ou physiologiques nécessitent une rééducation particulière qui se différencie de l'EP classique. La gymnastique corrective remplit ce rôle régénérateur mais aussi protecteur pour les sujets les plus fragiles.

Chapitre 6. Une réponse pédagogique : re-dresser – La gymnastique correctrice, vaccin et /ou et médicament ?

Pour que les CRP soient réellement reconnus comme tels, il était nécessaire de s'approprier une gymnastique spécifique à la rééducation physique des jeunes déficients. En effet, pour exister, les acteurs des centres devaient différencier leur offre de l'EP normale pour être légitime et pouvoir extraire les élèves des cours d'EP de l'établissement scolaire. Pour cela, la gymnastique correctrice va être repensée et retravaillée par certains concepteurs œuvrant à sa diffusion dans les CRP.

6. 1. La gymnastique correctrice : une lutte contre les courbures et les déficiences

Pour comprendre ce que la « gymnastique correctrice » désigne et révèle, il faut peut-être analyser les représentations des acteurs au sujet nom « gymnastique » et de son adjectif « correctrice ». Le terme de « gymnastique » a toujours été usité dans les discours de l'EP française et renvoie à des conceptions différentes selon les acteurs et les époques¹²⁸. L'adjectif « correctrice », quant à lui, peut renvoyer à plusieurs définitions : le mouvement doit-il être correctif ou correct ? Dès lors, si le mouvement est correctif, renforce-t-il l'autorité du professeur en rendant son action moins discutable puisque honorable ou rassure-t-il l'exécutant dans le fait de savoir que ce qu'il fait est au service de sa santé ?

Selon le docteur Brandt, « *la gymnastique comprend l'ensemble des moyens qui permettent d'obtenir une éducation physique que l'on estime rationnelle. La gymnastique est donc un ensemble de mouvements* »¹²⁹. Elle peut prendre alors diverses formes : sportive, pour l'entraînement, pour la santé et répondre à des besoins pathologiques. De même, quel que soit le type de gymnastique choisi, son exécution nécessite « *une série de mouvements devant lesquels se posera le problème de la notion "corrective" ou "correcte" du mouvement* ». L'auteur poursuit en insistant sur le fait que c'est bien la conception de l'éducateur de sa gymnastique qui influence son application sur le terrain et ses conséquences sur les élèves. Ainsi, la leçon de gymnastique, qu'elle soit dispensée en EP normale ou dans les CRP, doit répondre à des critères précis. Elle doit être rationnelle et

128. Vigarello, G., *op. cit.*

129. Brandt H., "Mouvement correct et mouvement correctif", in *Vers la rééducation physique, op. cit.*, p. 29.

méthodique. « *Un mouvement qui n'est ni correct, ni correctif, n'a plus sa place dans une leçon de gymnastique* »¹³⁰. Dès lors, le premier rôle du mouvement est de répondre à ce qu'on attend de lui, de répondre au but poursuivi. Dans ce cadre, la gymnastique correctrice est construite à partir de mouvements précis et choisis assurant un objectif de rééducation. En outre, « *le mouvement en question ne sera correctif que s'il assure le résultat thérapeutique* » et sous condition qu'il est défini pour subvenir à un trouble bien défini en apportant les éléments rééducateurs indispensables. Pour le docteur, n'est « *correctif que le mouvement qui a fait ses preuves* »¹³¹. L'emploi du terme « correctif » au masculin ou au féminin ne doit pas être utilisé chez les élèves « aptes » et pour l'EP normale.

La gymnastique correctrice relève de la minutie. Tout mouvement doit être cadré et exact. « *Il n'y a pas de mouvement à peu près correct. Le terme « correct » implique une idée d' « absolu » et non de « relatif »* »¹³². L'éducateur doit se garder de choisir la répétition à la précision. Les positions de chaque segment corporel sont prédéterminées et réalisées avec discernement. Le mouvement correctif comprend plusieurs phases. D'abord une position de départ qui est déjà correctrice en elle-même. Ensuite, intervient le mouvement correctif qui se greffe à la position pour en accentuer l'effet ou pour obtenir un effet nouveau. La position d'arrivée souligne le maximum d'effet obtenu. Enfin, il y a un retour au calme et un relâchement.

Ainsi, nous pouvons dire, avec Pétat et Blanchon, que la gymnastique dite correctrice « *est un ensemble de principes techniques et pédagogiques déterminant le choix et l'exécution des attitudes et des mouvements propres à prévenir et à corriger les déviations de la forme normale du corps, tout en améliorant ses fonctions* »¹³³. Elle a pour but la recherche de l'équilibre morpho-statique et fonctionnel. Cette gymnastique à la fois préventive et réparatrice, fait également appel à la rééducation psycho-motrice. En effet, « *le travail de correction ne vaut que par la prise de conscience qui doit l'accompagner, ce qui est indispensable à l'acquisition d'un automatisme définitif correct* »¹³⁴. Cependant, un flou conceptuel demeure quant à la différenciation entre les gymnastique de maintien, correctrice et médicale. Si la base doctrinale et méthodique est la même, ces trois termes représentent trois adaptations différentes. La première a un but préventif. Elle s'adresse aux élèves des groupes 1 et 2 ne présentant pas de trouble de la statique. Elle maintient

130. *Ibid.*

131. *Ibid.*, p. 31.

132. Lagisquet M., « *Gymnastique correctrice du maintien* », in *Vers la rééducation physique*, *op. cit.*, p. 32.

133. Pétat P., Blanchon G., *op. cit.*, p. 31

134. *Directives de gymnastique correctrice à l'usage des adolescents déficients*, *op. cit.*, 1947, p. 11.

dans ce cas « l'équilibre structural »¹³⁵. S'adressant à la classe entière, « elle assure la prise de conscience neuro-musculaire de la posture correcte et, par des exercices d'assouplissement et de tonification appropriés, contribue à prévenir les déformations inhérentes à la vie scolaire puis aux activités professionnelles »¹³⁶. Alors que le gymnastique corrective « veut » corriger les mauvaises attitudes et déformations naissantes, la gymnastique médicale a pour but de « guérir des malades ou plutôt participer à leur guérison (ou à leur amélioration) dans le cadre d'un traitement médical ou post-chirurgical »¹³⁷. La séance de gymnastique médicale est individualisée contrairement aux autres et se fait sur ordonnance et contrôle du médecin.

Le professeur d'EP travaillant à la rééducation des élèves dans les centres doit adopter une démarche spécifique. En effet, « en gymnastique corrective du maintien, les fautes des élèves sont toujours imputables aux maîtres »¹³⁸. Il s'agit de mettre l'enfant en confiance et de favoriser son adhésion à une pratique « consentie, volontaire et joyeuse ». Ainsi doit-il créer un climat psychique, véritable dopage de l'esprit pour motiver les élèves. De plus, l'éducateur doit « apporter une sensibilité, une imagination, une intuition accrues, répondant au degré de déficiences de ses élèves »¹³⁹. Sa bienveillance à l'égard des élèves se manifestera par sa compréhension, sa sollicitude et sa patience.

La gymnastique corrective a donc pour vocation de lutter et de corriger des attitudes vicieuses, surtout provoquées par la pesanteur, en dispensant au sujet déficient un mouvement à la fois correct, précis, choisi consciencieusement et correctif dans la mesure où il œuvre à sa rééducation. En effet, le but de cette réadaptation corporelle est de faire parvenir les élèves des groupes 3 et 4 à un degré de « bonne santé » acceptable et accepté par les normes sanitaires. Cette éducation corporelle est donc normative. Elle tente d'effacer ces déficiences qui relèvent du pathologique pour tendre vers une certaine normalité corporelle. Il s'agit d'amener ces élèves vers une « moyenne » corporelle acceptable, grâce à cette gymnastique, régie par des normes médicales. Dans l'espoir de réintégrer l'élève dans l'éducation physique normale et scolaire, la gymnastique corrective est une forme de cure pour pallier des déficiences pouvant être soignées. Cependant, l'atteinte de cette culture corporelle plancher que nul n'est censé ignorer repose sur des critères et des

135. Charrière L., « Maintien – Corrective – Médicale », *Annales de cinésithérapie et de rééducation physique*, 2, 1948, p. 51.

136. Cassagne M., Balland H., « Contribution à l'étude de la gymnastique corrective féminine », in *Contribution à l'étude de l'éducation physique et sportive féminine*, Direction générale de la Jeunesse et des Sports, 1949.

137. Charrière L., *op. cit.*, p. 52.

138. Lagisquet M., *op. cit.*, p. 33.

139. *Rééducation Physique – Notice d'application technique et pédagogique*, *op. cit.*, p. 10.

principes bien définis. La gymnastique corrective a ses bases et sa méthode.

6. 2. Les principes de la gymnastique corrective

Dans une étude citée par le docteur Philippe Encausse¹⁴⁰, chef des Services médicaux de la DGEPS, il apparaîtrait que sur 20.000 sujets de 10 à 18 ans examinés, 1.233 présenteraient une insuffisance respiratoire, 2.680 des troubles de la statique vertébrale et 808 seraient atteints de rachitisme. Face à ces constats alarmants, la nécessité de mettre au point une gymnastique corrective précise et unifiée se fait d'autant plus pressante.

On peut retrouver dans les divers manuels et notices de rééducation physique, conservés par les archives nationales, des « principes de bases »¹⁴¹. Tout d'abord, la gymnastique corrective repose sur des bases anatomiques et physiologiques. En effet, pour atteindre l'équilibre morpho-statique tant recherché, la fixation habituelle des différents segments du corps est censée maintenir l'attitude droite. La recherche de la statique vertébrale et la libération thoracique sont à la base de ces actions rééducatives. Cet équilibre permet d'avoir un « *bassin équilibré, un ventre bien sanglé, [...] un port de tête droit* ». Les représentations sur le corps droit sont toujours prédominantes dans les CRP. L'équilibre fonctionnel, quant à lui, retranscrit l'activité normale des grandes fonctions nécessaires à une activité physique efficiente. Une éducation respiratoire, une activation cardiovasculaire et respiratoire et un affinement du système nerveux. Après une « phase assouplissante », les sujets sont confrontés à un renforcement des muscles à fonction fixatrice responsable du maintien correct des segments osseux. La posture droite et le maintien d'attitudes droites obsèdent les concepteurs de la gymnastique corrective. Tandis que l'éducation posturale permettra d'éveiller la sensibilité consciente de la prise et du maintien des attitudes correctes, la tonification neuromusculaire visera à renforcer et faciliter la permanence de cette attitude. Lors des répétitions adaptées à l'âge et au sexe des sujets, la contraction musculaire doit être lente, volontaire et soutenue. De toute évidence, l'éducateur doit élever la tonicité de ses élèves en sollicitant le plus de « fibrilles » du muscle travaillé. Le pôle « physique » de la santé représente un axe fort des actions menées au sein des CRP. Postures ou mouvements, tout concourt à redresser et réparer le corps, comme si la santé était uniquement somatique.

La gymnastique corrective s'enseigne également selon des bases techniques claires. Tout d'abord, les « attitudes de base » font l'objet d'une attention particulière. Le mouvement construit

140. Encausse P., Préface, *Directives de gymnastique corrective à l'usage des adolescents déficients*, op. cit., 1947, p. 3.

141. *Rééducation Physique – Notice d'application technique et pédagogique*, op. cit., p. 7.

est utilisé à partir d'une position de base fixe en vue d'obtenir un effet précis sur une région anatomique déterminée. Cette position de base peut s'opérer à partir de différentes attitudes avec pour chacune d'entre elles des positions dérivées : couchée, assise, debout, à genoux et suspendue. La position de base constitue alors le point de départ du mouvement construit : le mouvement localisé et global viendront continuer son action. Le premier mobilise un ou plusieurs segments dans une direction déterminée et soumise, durant toute sa réalisation, au contrôle volontaire du sujet. Il y a une réelle volonté de faire sentir aux élèves leur schéma corporel. Il s'agit d'abord de créer « *une sensation motrice exacte pour affiner la sensibilité consciente de la posture et du mouvement correct* »¹⁴². L'étape cérébrale précède alors l'étape musculaire. D'abord on « conscientise » le mouvement, ensuite on l'exécute. Les exercices et mouvements dispensés seront toujours dosés précisément et réalisés symétriquement. C'est une fois que le geste localisé est maîtrisé que les élèves peuvent exécuter le « mouvement global ». Plus complexe, seuls les élèves ayant déjà acquis un affinement du sens musculaire et de la coordination psycho-motrice peuvent s'y essayer. Ces mouvements se caractérisent par des actions balistiques, de la relaxation, des temps de ressort, etc. En plus de cela, les exercices fonctionnels viendront parfaire le fonctionnement des organes développés par les exercices construits. Leur but est alors d'augmenter le rendement des grandes fonctions et d'accroître la nutrition générale des muscles de soutien particulièrement. Enfin, il s'agit d'éduquer le système respiratoire. Si « *l'état pulmonaire de la population est médiocre* » et favorise la diffusion de la tuberculose¹⁴³, la gymnastique corrective ne peut omettre le traitement de cette déficience pour enrayer la « débilite pulmonaire ». Le travail sur l'appareil et la fonction est séparé. Pour l'éducation de l'appareil, la mobilisation articulaire et le développement musculaire sont préconisés. Concernant l'éducation de la fonction, la respiration nasale et la sensibilisation de l'élève à son rythme respiratoire constituent des axes de travail.

Les bases pédagogiques de la gymnastique corrective reposent sur les principes communs à tout enseignement de l'EP mais selon une certaine variabilité attribuable aux caractères propres des CRP : les élèves qui en sont justiciables (les déficients aux aptitudes réduites nécessitant une adaptation réfléchie), les buts à atteindre (ramener les élèves à une norme commune) et les moyens employés pour y parvenir (le mouvement correctif est « absolu », il n'y a pas de place pour la fantaisie ou les doutes).

Au cours des leçons, l'apprentissage sera progressif et ressenti. Le dosage guide l'intensité des mouvements dans une rééducation ou tout abus est proscrit. Tout est fait pour que l'élève ne soit

142. *Ibid.*

143. *Directives de gymnastique corrective à l'usage des adolescents déficients, op. cit., p. 6.*

pas en situation de détresse corporelle. Concernant les répétitions, le professeur d'EP devra en toutes circonstances privilégier la qualité à la quantité. Les temps d'efforts psycho-moteurs et de récupération devront être alternés de la même manière que la zone travaillée doit changer. Des « dérivatifs » peuvent être envisagés pour augmenter l'adhésion des élèves : sous forme de jeux ou de compétitions anodines, mais sans jamais trop solliciter ces élèves diminués. Les petits groupes de travail, d'une douzaine d'élèves idéalement, facilitent le travail du professeur en augmentant le rendement général de ses leçons et lui permettent plus facilement de « manipuler » ses élèves¹⁴⁴. Les leçons sont toujours composées successivement d'une prise en main en début de leçon pour éveiller l'attention des élèves, d'exercices rééducatifs (en parcourant les différentes zones du corps), d'exercices fonctionnels puis d'un retour au calme.

Au sein des CRP, la gymnastique corrective redresse les corps sans oublier l'esprit. En effet, la rééducation physique passe par une éducation morale. L'attention des sujets déficients présente un intérêt dans l'exécution des mouvements correctifs, tout comme la prise de conscience. Dès lors, la gymnastique corrective puise dans les thèses psycho-motrices. D'après S. Fauché (1993), dès les années 1930, des rééducations psychomotrices font leur apparition à l'école, par des professeurs d'EP exerçant dans des centres d'éducation physique spécialisée. C'est par exemple le cas d'Édouard Guilmain, maître de classe de perfectionnement, puis directeur d'école, qui conçoit un test et une méthode de rééducation en se référant aux théories d'Henri Wallon, qui rédige la préface de son ouvrage¹⁴⁵. Au sein des CRP, la prise de conscience aide à l'efficacité du mouvement correctif. L'attention doit être dirigée vers la vigilance des élèves à l'exécution de leur mouvement sous le regard vétilleux du professeur. Ces pratiques influenceront largement J. Le Boulch, 20 ans plus tard, en EP, dans la conception de sa « psychocinétique »¹⁴⁶.

« Le travail correctif ne vaut que par la prise de conscience qui doit l'accompagner, ce qui est indispensable à l'acquisition d'un automatisme définitif correct ; nous appelons "prise de conscience" la sensation de l'attitude correcte perçue par le sujet dans un effort volontaire, cette prise de conscience devant accompagner les différents temps du mouvement »¹⁴⁷.

Pour F. Vinot, professeur à L'École Normale Supérieure d'Éducation Physique et Sportive, le déficient physique est un déficient psychique¹⁴⁸. Il faut dès lors tenir compte du psychisme de l'élève car tous les mouvements exécutés doivent être acceptés et voulus par l'élève. La pédagogie

144. *Rééducation Physique – Notice d'application technique et pédagogique*, op. cit., p. 10.

145. Guilmain E., *Fonctions psychomotrices et troubles du comportement*. Paris, Foyer central d'hygiène, 1935.

146. Le Boulch, J., *L'éducation par le mouvement – La psychocinétique à l'âge scolaire*, Paris, ESF, 1966.

147. *Directives de gymnastique corrective à l'usage des adolescents déficients*, op. cit., p. 11.

148. Vinot F., « Psychologie appliquée à la rééducation physique », in *Annales de cinésithérapie et de rééducation physique*, 2, 1948, p. 49.

pour les pratiques de rééducation psycho-motrice a pour but « *d'amener le sujet au self-contrôle de son corps par son esprit et réciproquement* »¹⁴⁹. Par exemple, le recours à la « douche psychique » élaborée par le docteur Philippe Tissié, l'un des premiers neuropsychiatres de France¹⁵⁰, est révélateur de la volonté d'utiliser l'attention des sujets pour avoir conscience de leur corps. En plein exercice, lorsque le professeur ordonne « douche ! », les élèves s'immobilisent quelques secondes le temps que le professeur lève cette obligation. Les élèves doivent garder cette attitude figée durant un laps de temps défini « *sans se gratter, sans desserrer le col, sans relever la chaussette ! Quel effort de volonté et d'attention exige une pareille maîtrise de soi, et cela chez des enfants qui cèdent si facilement à leurs impulsions, à leurs besoins de mouvements et de bruit !* »¹⁵¹. Cet exercice est à la fois stimulant pour les déficients « retardés » et sédatif pour les déficients « instables ».

Finalement, la gymnastique correctrice doit suivre des principes scientifiques, techniques et pédagogiques bien définis par ses concepteurs et conformes aux normes et usages de la reconstruction de la France. La manière dont les jeunes déficients sont rééduqués par cette gymnastique est bien esquissée. En effet, tendre vers l'équilibre morpho-statique se construit rationnellement. De plus, le recours aux pratiques rééducatives psycho-motrices vient compléter ce travail par le mouvement : l'acte rééducatif, au sein des CRP, est tributaire des sensations et de la maîtrise consciente que l'élève a de son corps. La rectitude s'impose par le redressement moral des élèves. Cependant, c'est bien au service de la santé physique et de l'atteinte de normes corporelles que l'attention est portée sur la rééducation psycho-motrice : la conscience et la vigilance de l'élève déficient servent sa rééducation corporelle. Les versants « psychologique » et « social » de la santé sont omis. Si le professeur doit favoriser l'adhésion des élèves, ce n'est pas par leur épanouissement mais bien pour des raisons pratiques.

6. 3. La gymnastique correctrice féminine : un bastion genré ?

Les jeunes filles déficientes bénéficient également des CRP et de la gymnastique correctrice. Le Congrès mondial de l'Éducation physique et des Sports féminins, qui s'est déroulé à Copenhague en juillet 1949, était l'occasion pour les différents pays réunis d'échanger sur leur conception en

149. Pélat, cité par Walter R., « Rééducation psycho-motrice », *Annales de cinésithérapie et de rééducation physique*, 3, 1948, p. 102.

150. Saint-Martin J., « Philippe Tissié ou l'éducation physique au secours de la dégénérescence de la jeunesse française (1888-1935) », in *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière* », 8, 2006.

151. Pouey M., « La douche psychique du Dr Ph. Tissié », *Annales de cinésithérapie et de rééducation physique*, 7-8, 1949, p. 67.

matière d'éducation corporelle pour les jeunes filles. En France, jusque dans les années 1960, la séparation des filles et des garçons à l'école reste de vigueur. C'est à partir de la réforme Capelle-Fouchet instituée par le décret du 3 août 1963 que la mixité est instaurée dans les collèges d'enseignement secondaire. Durant la 4^e République, l'école reproduit les normes de genre héritées d'avant-guerre¹⁵².

Dans les centres de rééducation physique, comme en EP, la non-mixité demeure la règle. Cependant, la gymnastique corrective conserve la même technique de base qu'elle s'adresse aux garçons déficients ou aux filles déficientes. « *Elle garde pour fondement le principe de l'exercice construit sur une base fixe, mis en lumière par P. H. Ling* »¹⁵³. La laxité ligamentaire et l'hypotonie sont fréquentes chez les fillettes déficientes. Cela serait dû à une carence de la vitamine B2, à un trouble du métabolisme du fluor ou encore à une perturbation endocrine thyro-hypophysosurrénale¹⁵⁴. Les membres inférieurs, la sangle abdominale et la rééducation respiratoire font l'objet d'une attention particulière chez la jeune déficiente, qu'elle soit « laxe » ou « raide ». Le renforcement de la sangle abdominale, en plus de concourir à la station droite, se double d'un intérêt « maternel ». Il est donc jugé plus spécialement primordial dans la rééducation de la jeune fille. « *Il importe non seulement de récupérer un tonus pelvien soutenant l'équilibre pelvien, mais encore de préparer la jeune fille à son rôle de mère en tonifiant le muscle transverse, contenteur des viscères, destinés à soutenir la grossesse et à aider l'expulsion utérine lors de l'accouchement* »¹⁵⁵. De plus, les femmes seraient prédisposées à la ptôse par la plus grande mobilité des organes viscéraux dans la cavité abdominale. Pour le professeur Vignes, tandis que chez l'homme les organes du tronc sont « amarrés », la grossesse entraîne un déplacement des organes féminins¹⁵⁶. Plus particulièrement pour la fille, il faudra faire « *appel au sens inné de l'élégance et de la coquetterie* »¹⁵⁷. Ainsi, la vision de la femme dans les discours de la gymnastique corrective entre en résonance avec celui de la société et d'Yvonne Surrel, énonçant qu'il faut d'abord orienter la femme « *vers son rôle ancestral* », « *la femme étant Mère avant tout* »¹⁵⁸...

Ainsi, les centres de rééducation conservent la vision traditionnelle et naturaliste de la

152. Gubin E., Jacques C., Rochefort F., Studer B., Thébaud F., Zancarini-Fournel M., *Le siècle des féminismes*, Paris, Les éditions de l'atelier, 2004.

153. Cassagne M., Balland H., *Gymnastique corrective et rééducation physique*, in *Contribution à l'étude de l'éducation physique et sportive féminine*, Direction Générale de la Jeunesse et des Sports, 1949.

154. *Ibid.*

155. *Ibid.*

156. Vignes, cité par Cassagne M., Balland H., *ibid.*

157. *Rééducation Physique – Notice d'application technique et pédagogique*, *op. cit.*, p. 9.

158. Surrel Y., *op. cit.*

femme qui doit être forte pour enfanter. Grâce à la rééducation physique la jeune déficiente exercera son rôle de mère au sein du foyer. Comme en EP, les médecins et acteurs de la discipline renforcent la domination masculine en prônant des normes corporelles gynécologiques et hygiéniques¹⁵⁹ que les élèves doivent atteindre pour être « normales ». L'esthétisme au service de la rééducation féminine permet également de renvoyer la jeune déficiente à son rôle de séductrice. Finalement, loin de dispenser une gymnastique commune pour une finalité commune, les centres de rééducation demeurent une forteresse genrée.

159. Delaplace J-M., « Conceptions de l'éducation physique féminine en France entre les deux guerres : vers une gymnastique gynécologique ? », in *Histoire du sport féminin*, Arnaud P., Terret T., Paris, Harmattan, 1996.

CONCLUSION

En définitive, nous avons essayé, au cours de ce mémoire, de montrer comment les autorités scolaires et disciplinaires ont voulu prendre en charge l'élève « déficient ». Au lendemain du désastre de la Seconde Guerre mondiale, le pays se ranime comme il peut face aux conséquences vécues et aux séquelles laissées par le conflit. La nécessité de reconstruire la Nation et les corps s'impose urgemment. En effet, entre les traumatismes moraux et physiques, les préoccupations socio-sanitaires croissent eu égard au contexte. Ainsi, l'espoir d'un avenir meilleur passe par la reformation d'une jeunesse déboussolée à la fois corporellement mais aussi psychologiquement. L'école et l'éducation physique œuvrent ensemble et revendiquent leur participation dans cette entreprise de régénération de la population. Ces deux institutions vont effectivement concourir à former d'une part la future élite et d'autre part la main d'œuvre nécessaire.

Plus précisément, les acteurs de l'éducation physique, après la Libération, revendiquent la légitimité de leur discipline scolaire en matière d'éducation et rééducation des corps des enfants de plus en plus contraints à l'obligation de la scolarisation. En dépit de l'éclectisme ouvert et de la « liberté » proclamée par les IM de 1945 qui permettent aux professeurs de faire face à la misère que connaît la France à cette époque, l'éducation physique reste « contrôlante ». Les élèves sont triés selon des normes édictées par le pouvoir médical sans que le professeur d'EP ne puisse intervenir dans le classement de ces élèves dans les groupes d'aptitudes. Si les élèves jugés « aptes » des groupes I et II peuvent bénéficier de l'EP normale et de l'OSSU sous certaines conditions, les élèves du groupe III et certains « inaptés » du groupe IV sont dispensés d'EP normale pour être placés dans une autre structure, à l'extérieur de l'enceinte scolaire. Ainsi, la DGEPS apporte une triple réponse pour prendre en charge les élèves jugés déficients.

D'abord, il s'agit, sous couvert de normes sociales du corps, d'examiner minutieusement les corps de tous les élèves pour les classer dans un groupe répondant à leurs besoins physiques, physiologiques et psychologiques. Dans cette sélection par les aptitudes, intellectuelles à l'école, corporelles en EP, « le bon grain est séparé de l'ivraie ». Les médecins procèdent à différents relevés et examens pour avoir une vision la plus juste des capacités de l'élève qu'ils notent consciencieusement sur une fiche médico-physiologique. Dès lors, l'élève du groupe III ne bénéficie pas de la même gymnastique que ses camarades des autres groupes. Ces élèves « à ménager »,

« déficients », « illettrés » ou « irréguliers » physiques sont en effet retirés des cours d'EP normale pour profiter d'une gymnastique corrective adaptée à leurs aptitudes. Ils sont alors placés dans les centres de rééducation physique, véritables moules corporels pour faire tendre les élèves déficients vers une norme corporelle admise socialement et scientifiquement. En effet, « *le dépistage des déficiences physiques de l'enfant ne servirait à rien s'il n'existait des organismes chargés de leur porter remède* »¹⁶⁰. Ces établissements rééducatifs jouent à la fois le rôle de gymnastique préventive et curative dans l'espoir du reclassement futur de l'élève déficient dans un groupe « sain » et donc de sa réintégration au cours d'EP normale. Pour Pétat, « *les Centres de Rééducation Physique sont les auxiliaires les plus précieux de l'hygiène scolaire* »¹⁶¹. Enfin, il s'agit de re-dresser les corps grâce à une gymnastique appropriée : celle qui est corrective. Cette forme de gymnastique rationnelle regroupe un ensemble de mouvements construits dans le but de lutter contre les déficiences des élèves et « réparer » les déformations causées et aggravées par la pesanteur. Ainsi, « l'à-peu-près » doit être évincé des séances, chaque mouvement devant être surveillé par le professeur d'EPS et maîtrisé par l'attention de l'élève exécutant. Le dosage reste un point clé de cette gymnastique. Les mouvements trop intenses sont bannis des séances de gymnastique corrective. En effet l'élève déficient est « sur-protégé » par de nombreux principes techniques ou encore pédagogiques, le but des groupes d'aptitudes étant de ne pas dispenser une éducation corporelle trop dangereuse et excessive pour l'élève mais au contraire suffisante pour œuvrer à sa rééducation.

À l'instar de la prison panoptique telle qu'elle est décrite par Michel Foucault¹⁶², l'éducation physique sous contrôle médical exerce son pouvoir sur le corps des élèves, surtout lorsque celui-ci relève de l'anormalité : les élèves « déficients » ou encore « inadaptés ». En triant les élèves sur des critères physiologiques et morphologiques, il s'agit à la fois de relever un pays mais également de protéger les corps les plus « fragiles ». Malgré l'idéal humain exacerbé et prôné par Paul Pétat, la « croisade contre la courbure » dans les centres de rééducation physique s'accompagne d'une triple violence symbolique faite aux élèves déficients. D'abord, l'élève du groupe III est qualifié de « déficient » par le pouvoir médical et ne peut pas prétendre à l'EP des « normaux ». La deuxième violence symbolique réside dans le placement de ces élèves dans les centres : en effet, l'élève est « enlevé » de son établissement scolaire et séparé de ses camarades « normaux » corporellement. Enfin, la dernière violence se manifeste dans le type d'éducation corporelle dispensé : loin de pouvoir prétendre à la pratique sportive, l'atteinte d'une culture physique que nul n'est censé ignorer

160. Pétat P., Les centres de rééducation physique au service de l'hygiène scolaire, *Annales de cinésithérapie et de rééducation physique*, 2, 1948, p. 65.

161. Pétat P., Les centres de rééducation physique au service de l'hygiène scolaire, *ibid.*, p. 66.

162. Foucault M., *op. cit.*

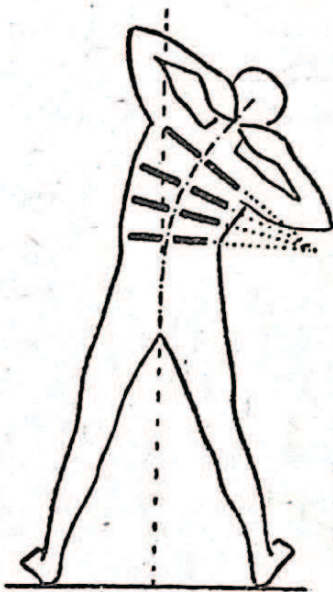
masque cette inégalité d'accès à certaines pratiques sociales de référence. À cela s'ajoute une violence symbolique faite aux filles déficientes dans ces structures : il s'agit de leur offrir une culture corporelle pour favoriser leur futur rôle de mère.

En somme, la création des centres de rééducation physique à l'usage des jeunes déficients suit une dynamique socio-politique et scolaire axée sur l'hygiène et la santé tout en étant imprégnée des représentations et valeurs de l'immédiat après-guerre. Cependant, est-ce que les différentes réformes scolaires permettant la démographisation du système scolaire à partir de la fin des 1950, la diminution des préoccupations sanitaires et l'accélération de la sportivisation de l'EP ne sont-elles pas le présage d'un déclin annoncé des centres de rééducation physique ?

38. — Flexion latérale haute du buste.

Position de départ :

Station écartée correcte, mains sur la tête.
Au mur.



Ex. 38.

Correction :

- 1° Après avoir opéré un grandissement, incliner le *haut du buste* à gauche. (Inspiration.)
- 2° Revenir à la position de départ. (Expiration.) Même mouvement à droite.

Exécution :

Ne pas soulever les talons au moment du grandissement et de la flexion du buste.
La flexion ne doit pas se faire à la ceinture *mais entre celle-ci et l'épaule.*

Les côtes du côté opposé à la flexion *s'ouvrent en éventail.*

Bien corriger la cambrure des reins.

Progression :

En espace libre.

Action :

Outre l'assouplissement des vertèbres thoraciques, cet exercice favorise l'ampliation pulmonaire par jeu plus grand des côtes.

163. Pétat, Blanchon, *op. cit.*, 1944, p. 81.

Modèle G. M. S. — 46-8.

FICHE DE CONTRÔLE MÉDICO-PHYSIOLOGIQUE.

Cette fiche doit être conservée par le médecin qui en est le dépositaire responsable. — Les renseignements fournis ne dispensent pas de consulter le médecin habituel qui, seul, a qualité pour formuler et conduire un traitement.

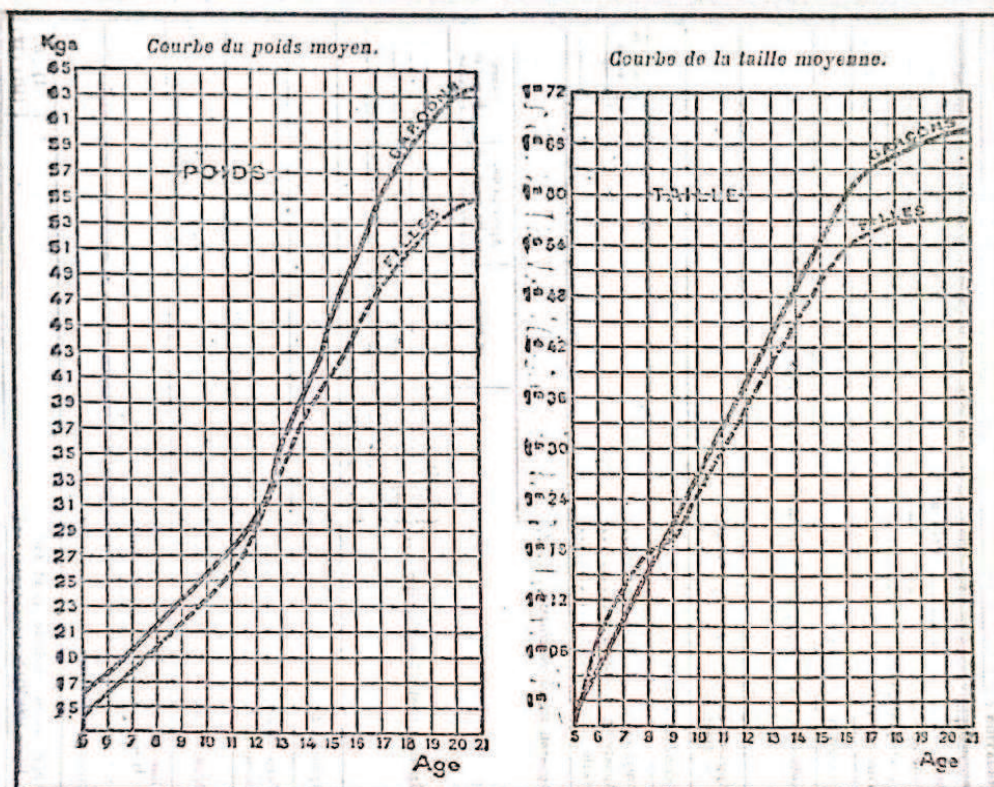
Nom : _____ Prénom : _____ Profession : _____		
Date de naissance : _____ Domicile : _____		
Association sportive à laquelle le sujet appartient : _____		
Sports pratiqués : _____		
Titres sportifs : _____		
DATES DES EXAMENS.		
1 ^{er} examen le _____	Âge du sujet : _____	2 ^e examen le _____
T. : _____ P. : _____ C. V. : _____	T. : _____ P. : _____ C. V. : _____	T. : _____ P. : _____ C. V. : _____
Périmètre thorac. axillaire .	Repos _____ Inspiration _____ Expiration _____	Rep. _____ Insp. _____ Exp. _____
Périmètre thorac. xiphoïdien	Inspiration _____ Expiration _____ Différence _____	Insp. _____ Exp. _____ Diff. _____
Périmètre abdominal	Repos _____ Inspiration _____ Expiration _____	Rep. _____ Insp. _____ Exp. _____
Indice de Ruffier (1)	Indice de Ruffier : _____	Indice de Ruffier : _____
Coefficient de Démeny $\frac{CV}{P}$..	Coefficient de Démeny $\frac{CV}{P}$ = _____	Coeff. de Démeny $\frac{CV}{P}$ = _____
Antécédents pathologiques : (1 ^{er} Hérités ; 2 ^e Collatéraux ; 3 ^e Personnels).		
Aspect général. Morphologie. Attitude. — Musculature. — Squelette. — Peau.		
Appareil auditif. — Appareil visuel. — Denture.		
Perméabilité nasale. Amygdales. — Végétations. Appareil pulmonaire.		
Radio.		
Appareil cardio-vascu- laire.		
Pouls. (Épreuve cardio-fon- ctionnelle).	Au repos : _____ Après 20 flexions (2) _____	Repos _____ Apr. 20 flex. _____
Pression artérielle	Temps de retour au calme : _____	Temps de retour au calme : _____
Appareil digestif.	Mx. _____ My. _____ Mn. _____ [Indice oscilom. _____	Mx. _____ My. _____ Mn. _____ Ind. _____
Paroi abdominale. Hernies.		
Appareil génito-urinaire.		
Glandes endocrines. — Sys- tème lymphatique. — Sys- tème nerveux. — État psychiques. — Signes par- ticuliers.	Album. _____ Sucre _____ Phosph. _____	Album. _____ Sucre _____ Phosph. _____
Appréciation générale (3) et aptitudes sportives.	(I) (II) (III) (IV)	(I) (II) (III) (IV)
Nom et signature du méde- cin.		

(1) Voir au verso comment se calcule l'indice du docteur Ruffier.
 (2) Flexions à fond sur les membres inférieurs au rythme d'une flexion toutes les deux secondes.
 (3) Et classement dans l'un des groupes : I (Bon), II (Moyen), III (A ménager), IV (Inapte temporaire ou définitif).

164. Notice administrative et technique sur le contrôle médical, op. cit, 1946, p. 10.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES.		
<u>PREMIER EXAMEN.</u>		
Date : _____	Signature du médecin :	
<u>DEUXIÈME EXAMEN.</u>		
Date : _____	Signature du médecin :	
<u>TROISIÈME EXAMEN.</u>		
Date : _____	Signature du médecin :	
<u>QUATRIÈME EXAMEN.</u>		
Date : _____	Signature du médecin :	

(Suite)



VALEURS MOYENNES DES MENSURATIONS PRINCIPALES.

GARÇONS.					FILLES.				
ÂGE.	TAILLE.	POIDS.	PÉRIMÈTRE thoracique siphonien moyen (1).	CAPACITÉ VITALE.	ÂGE.	TAILLE.	POIDS.	PÉRIMÈTRE thoracique siphonien moyen.	CAPACITÉ VITALE.
5 ans	0 m. 08 à 1 m.	16 kg. 2	53 cm.	*	5 ans	1 m. 02	14 kg. 5	53 cm.	*
6 ans	1 m. 03	18 kg.	56 cm.	*	6 ans	1 m. 07	16 kg.	56 cm.	*
7 ans	1 m. 09 à 1 m. 12	19 kg. 3	59 cm.	1 litre.	7 ans	1 m. 135	18 kg.	59 cm.	1 litre.
8 ans	1 m. 16	21 kg. 5	60 cm.	1 l. 2	8 ans	1 m. 18	20 kg.	60 cm.	1 l. 2
9 ans	1 m. 21 à 1 m. 22	23 kg. 5	62 cm.	1 l. 3	9 ans	1 m. 19	22 kg.	62 cm.	1 l. 3
10 ans	1 m. 27	26 kg.	64 cm.	1 l. 5	10 ans	1 m. 24	23 kg. 5	64 cm.	1 l. 5
11 ans	1 m. 33	27 kg. à 29 kg.	65 cm.	1 l. 6	11 ans	1 m. 30	25 kg. 5	65 cm.	1 l. 6
12 ans	1 m. 35 à 1 m. 40	31 kg.	66 cm.	1 l. 7	12 ans	1 m. 35	26 kg.	66 cm.	1 l. 7
13 ans	1 m. 44	35 kg. à 37 kg.	68 cm.	1 l. 9	13 ans	1 m. 40	33 kg. à 34 kg.	68 cm.	1 l. 9
14 ans	1 m. 45 à 1 m. 50	40 kg.	71 cm.	2 l. 2	14 ans	1 m. 45	37 kg. 5	71 cm.	2 l. 2
15 ans	1 m. 54	45 kg.	74 cm.	2 l. 5	15 ans	1 m. 50	41 kg.	74 cm.	2 l. 5
16 ans	1 m. 60	49 kg. à 50 kg.	76 cm.	3 l.	16 ans	1 m. 54	44 kg.	76 cm.	2 l. 6
17 ans	1 m. 63	54 kg.	78 cm.	3 l. 3	17 ans	1 m. 56	48 kg.	77 cm.	2 l. 8
18 ans	1 m. 65	58 kg.	80 cm.	3 l. 5	18 ans	1 m. 57	51 kg.	78 cm.	2 l. 8
19 ans	1 m. 66	61 kg.	82 cm.	3 l. 7	19 ans	1 m. 57 à 1 m. 58	52 kg.	80 cm.	3 l.
20 ans ⁽¹⁾	1 m. 67	65 kg.	85 cm.	3 l. 9	20 ans	1 m. 58	54 kg.	82 cm.	3 l. 10
21 ans	1 m. 68	63 kg. 5	87 cm.	*	21 ans	1 m. 58	55 kg.	84 cm.	*

(1) À 20 ans, un périmètre thoracique inférieur à 0 m. 80 est toujours insuffisant.

Les deux tableaux reproduits ci-dessus indiquent les valeurs moyennes des mensurations principales : taille, poids, périmètre thoracique siphonien, capacité vitale correspondant à un âge donné. (À noter toutefois, en ce qui concerne la capacité vitale, qu'elle est beaucoup plus fonction de la taille que de l'âge d'un sujet donné.)

NOM DE L'ASSOCIATION SPORTIVE :	CONTRÔLE MÉDICO-PHYSIOLOGIQUE.
CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE AUX SPORTS.	
Je soussigné docteur (en lettres capitales) ou cachet., certifie avoir examiné, demeurant, à la date de ce jour, M., demeurant, membre d....., âgé de et n'avoir constaté aucun signe contre-indiquant la pratique des sports suivants en compétition (1) :	
A..... le 194..... Signature du Médecin,	
SURCLASSEMENT :	
Je déclare que M..... présentant : 1° un bon état organique; 2° un bon équilibre physiologique; 3° un bon équilibre morphologique, est <i>APTE</i> à pratiquer dans la catégorie d'âge <i>IMMÉDIATEMENT SUPÉRIEURE</i> les sports suivants en compétition :	
Le 194..... Signature du Médecin:	
(1) L'intéressé devra indiquer dès le début de l'année les différents sports qu'il désire pratiquer.	

166. Notice administrative et technique sur le contrôle médical, op. cit, 1946, p. 29.

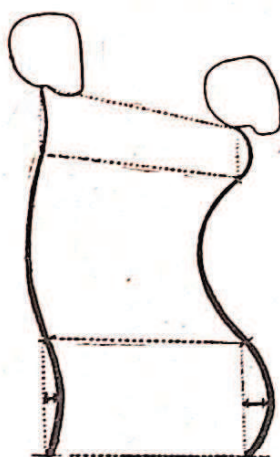


Fig. 4.

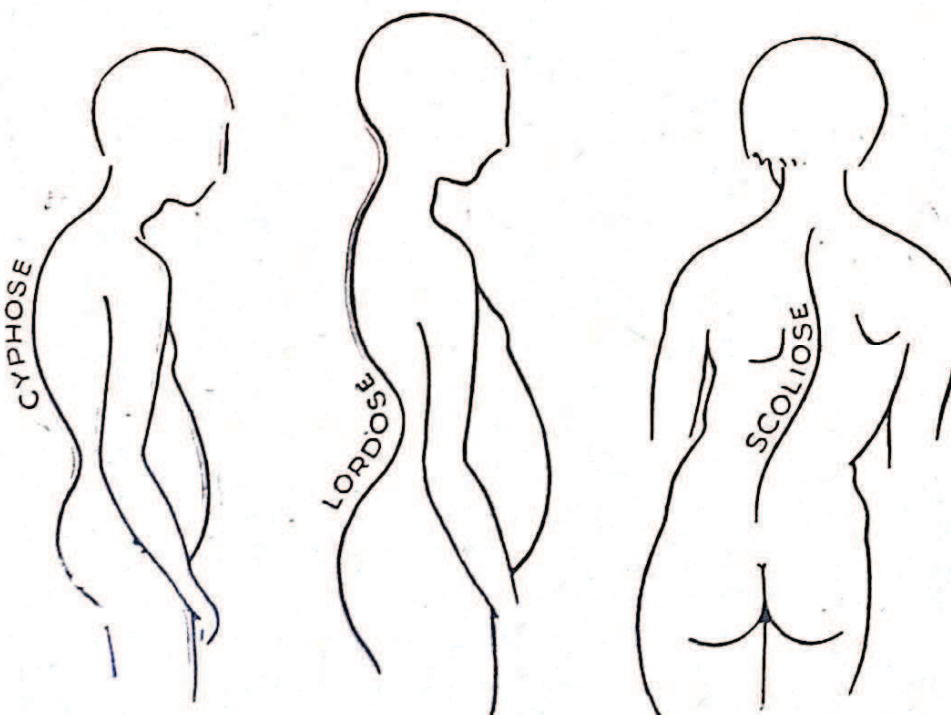
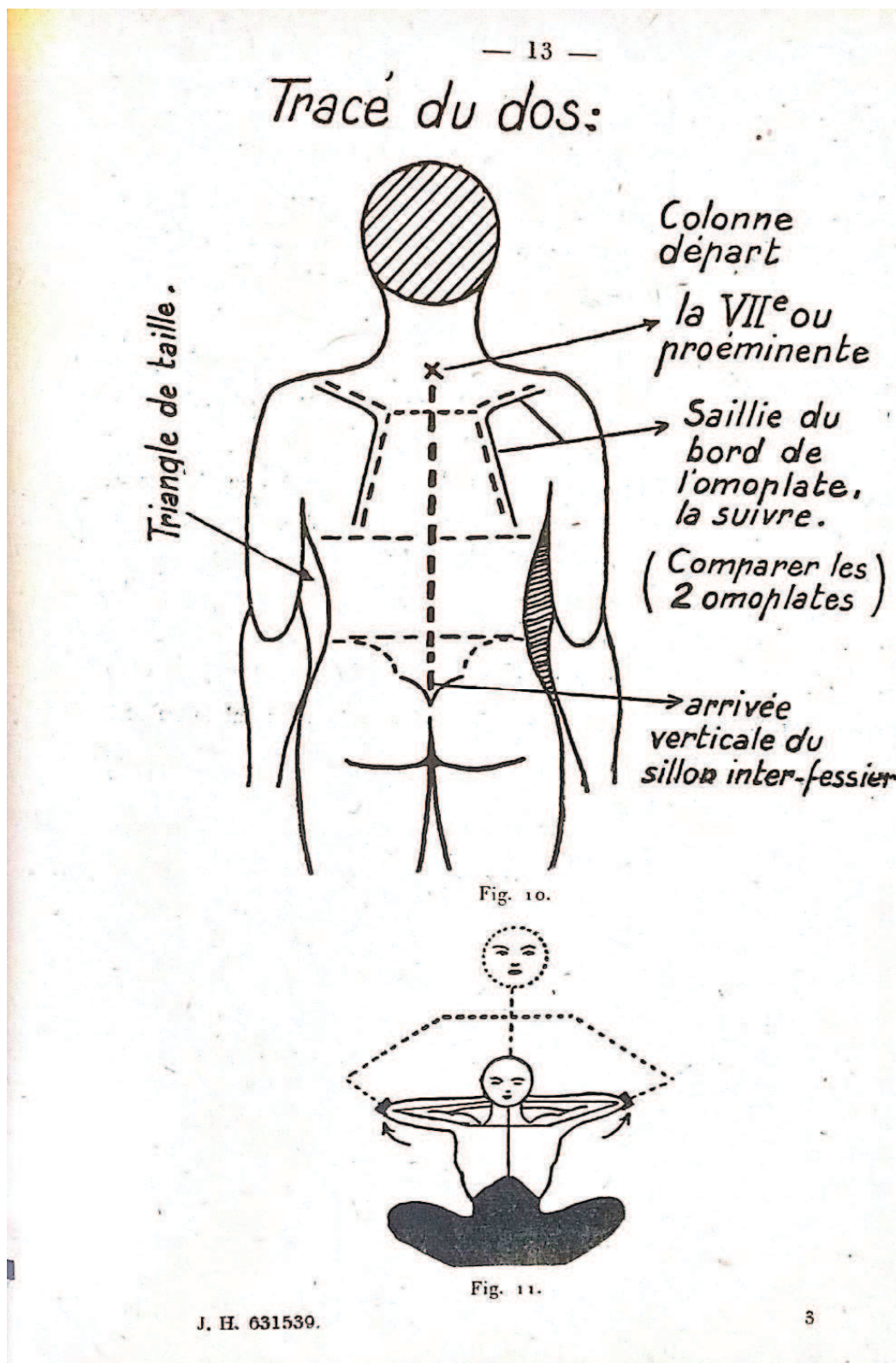
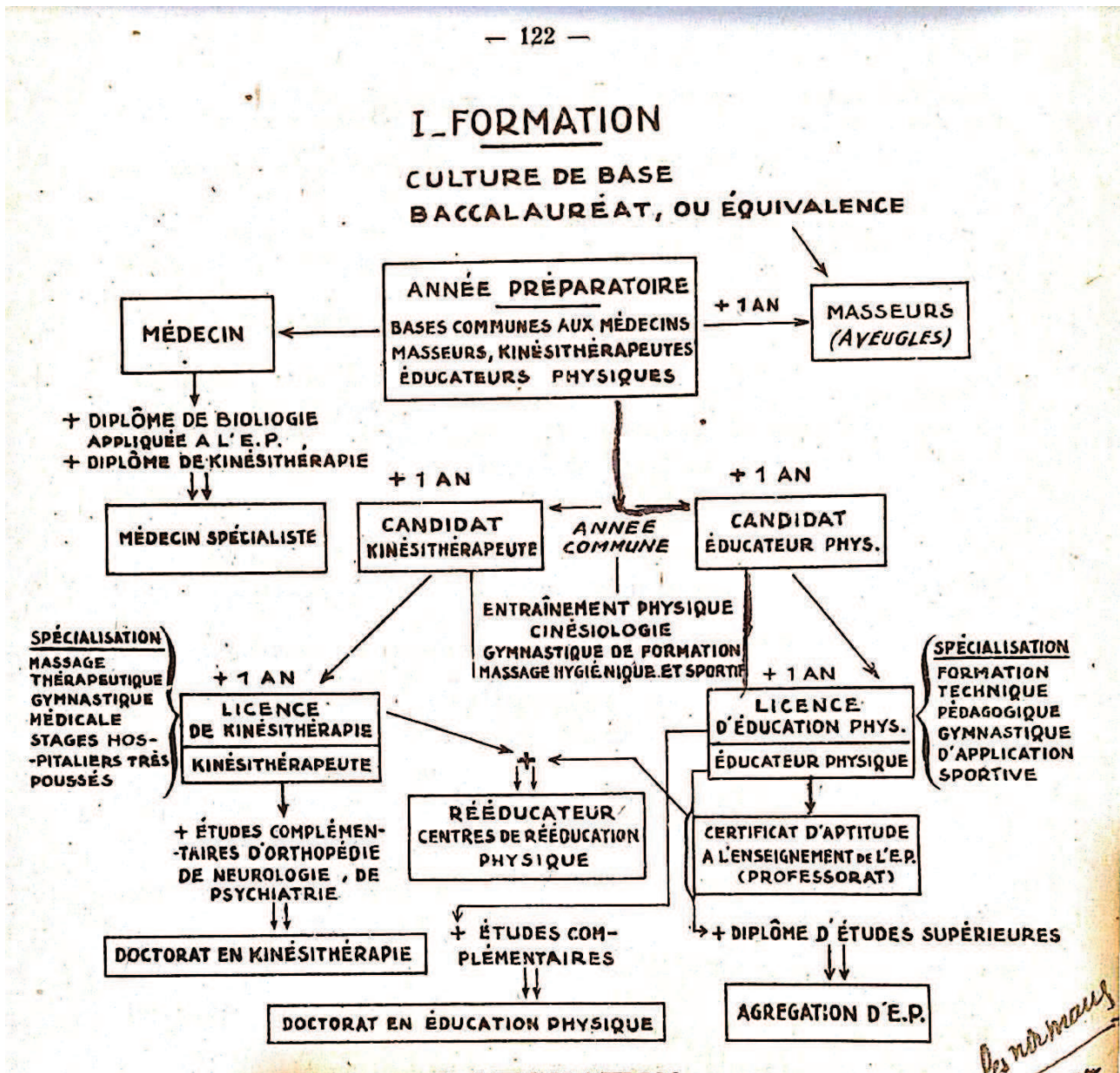


Fig. 5.

167. *Directives de gymnastique corrective à l'usage des adolescents déficients, op. cit., 1947, p. 8.*



168. *Directives de gymnastique corrective à l'usage des adolescents déficients*, op. cit., 1947, p. 13.



169. Annales de cinésithérapie et de rééducation physique, 4, 1948, p. 122.

BIBLIOGRAPHIE

Histoire contemporaine, histoire de l'école et sociologie

Atsma H., Burguière A., *Marc Bloch aujourd'hui, histoire comparée et sciences sociales*, Paris, EHESS, 1990.

Bantigny L., *Le plus bel âge. Jeunes et jeunesse en France de l'aube des « Trente Glorieuses » à la guerre d'Algérie*, Paris, Fayard, 2007.

Bantigny L., *Jeunesse oblige. Histoire des jeunes en France XIX^e-XXI^e siècle*, PUF, 2009.

Berstein S., Rudelle O., *Le modèle républicain*, Paris, PUF, 1992.

Borne D., *Histoire de la Société Française depuis 1945*, Paris, Armand Colin, 1988.

Bourdieu P., *Questions de sociologie*, Paris, Minuit, 1984.

Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1^{re} éd., 1966.

Carol A., *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Seuil, 1995.

Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977.

D'Enfert R., Kahn P., *En attendant la réforme*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2010.

Dupâquetier J. et coll., *Histoire de la population française – Tome 4*, Paris, PUF, 1988.

Duperré M., *L'organisation communautaire : la mobilisation des acteurs collectifs*, Québec, Les Presses de l'Université de Laval, 2004.

Durkheim E., *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1^{re} éd., 1895, 1977.

Foucault M., *Surveiller et punir, naissance d'une prison*, Paris, Gallimard, 1975.

Gubin E., Jacques C., Rochefort F., Studer B., Thébaud F., Zancarini-Fournel M., *Le siècle des féminismes*, Paris, Les éditions de l'atelier, 2004.

Guibert J., Jumel G., *La socio-histoire*, Paris, Armand Colin, 2002.

Halls W., *Les jeunes et la politique*, Paris, Syros/Alternative, 1988.

Noiriel G., *Introduction à la socio-histoire*, Paris, La Découverte, 2008.

Nourrisson D., *À votre santé ! Éducation et santé sous la IV^e République*, Saint-Étienne,

Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2002.

Ory P., *L'histoire culturelle*, Paris, PUF, « Que sais-je », 2011.

Rémond R., *Pour une histoire politique*, Paris, Seuil, 1988.

Rioux J.-P., *La France de la Quatrième République. Tome I : l'ardeur de la nécessité 1944-1952*, Paris, Seuil, 1980.

Robert A., *L'école en France de 1945 à nos jours*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2010.

Vigarello G., *Le corps redressé*, Paris, J.P. Delarge, 1978.

Histoire et sociologie de l'EPS et du sport

Amar M., *Nés pour courir. Sport, pouvoirs et rébellions 1944-1958*, Grenoble, Presse Universitaire de Grenoble, 1987.

Arnaud P. et coll., *Éducation physique et sport en France 1920-1980*, Paris, AFRAPS, 1989.

Arnaud P., Terret T., *Histoire du sport féminin*, Paris, Harmattan, 1996.

Attali M., Saint-Martin J., *L'éducation physique de 1945 à nos jours, Les étapes d'une démocratisation*, Armand Colin, « U Sciences sociales », 2009.

Attali M., Bazoge N., *Diriger le sport. Perspectives sur la gouvernance du sport du XX^e siècle à nos jours*, Paris, CNRS Éditions, 2012.

Attali M., Saint-Martin J., *À l'école du sport*, Bruxelles, de boeck, 2014.

Davisse A., Louveau C., *Sports, école, société : la part des femmes*, Paris, Actio, 1991.

Fauché S., *Du corps au psychisme*, Paris, PUF, 1993.

Gay-Lescot J.-L., *Sport et éducation sous Vichy (1940-1944)*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1991.

Gleyze J. et coll., *L'éducation physique au XX^e siècle. Approches historique et culturelle*, Paris, Vigot, 1999.

Lebecq P-A., *Leçon d'histoire sur l'EP d'aujourd'hui*, Paris, Vigot, 2005.

Ottogalli C., Liotard P., *L'éducation du corps à l'école. Mouvements, normes et pédagogies. 1881-2011*, Paris, AFRAPS, 2012.

Saint-Martin J., Terret T., *Sport et Genre – Volume 3*, Paris, L'Harmattan, 2005.

Terret T. (coll.), *Sport, genre et vulnérabilité au XX^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013.

Sources documentaires autres

Canguilhem G., « La santé : concept vulgaire et question philosophique », *Cahiers du séminaire de philosophie*, vol. VIII, 1988.

Charle C., « Quels "combats pour l'histoire" aujourd'hui ? », propos recueillis par Michel Pinault, *Histoire et Sociétés*, 25-26, 2^e trimestre, 2008.

INA, *L'explosion des effectifs scolaires : la rentrée 1964*, <http://fresques.ina.fr/jalons/fiche-media/InaEdu01068/l-explosion-des-effectifs-scolaires-la-rentree-1964.html>, consulté le 15/02/2015.

<http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/famille/chronologie/> – Consulté le 5/02/2015.

Le Pogam Y., « Images symboliques du corps et du sport en éducation physique et paradigmes sociologiques », *Trema*, 8, 1995.

Leriche, *Souvenirs de ma vie morte*, Paris, Seuil, 1956.

Noulin F., Wagniar J., « La place de l'histoire sociale : de la recherche à l'enseignement », in *L'Histoire dans le Secondaire : un enseignement en péril ?*, *Cahiers d'Histoire*, 122, 2014.

OMS, *Actes officielles de l'OMS*, n°2, 1946.

Saint-Martin J., « Philippe Tissié ou l'éducation physique au secours de la dégénérescence de la jeunesse française (1888-1935) », in *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, 8, 2006.

Archives

Annales de cinésithérapie et de rééducation physique, n°1, Société française de rééducation physique, 1947.

Annales de cinésithérapie et de rééducation physique, n°2, Société française de rééducation physique, 1947.

Annales de cinésithérapie et de rééducation physique, n°3, Société française de rééducation physique, 1947.

Annales de cinésithérapie et de rééducation physique, n°4, Société française de rééducation physique, 1947.

Archives nationales, Carton n° 19770199art12, *Contrôle médical des activités physiques et sportives extra-scolaires*.

Bellin du Coteau M., *L'éducation physique. Obligation nationale*, Berger-Levrault, 1920.

Bulletin Officiel de l'Éducation nationale numéro 21 bis du 24 juin 1948.

Chailley-Bert P., Fabre R., Merklen L., *Éducation physique et contrôle médical*, Paris, J-B. Baillière, 1943.

Contribution à l'étude de l'éducation physique et sportive féminine, Direction Générale de la jeunesse et des sports, 1949.

De Sambucy, A., *Manuel de gymnastique correctrice et de traitement respiratoire*, Legrand, 1944.

Directives de gymnastique correctrice à l'usage des adolescents déficients, DGEPS, Bureau du contrôle médical, Paris imprimerie nationale, 1947.

Labbé M., *Traité d'éducation physique*, tome 1, 1930.

Notice administrative et technique sur le contrôle médical, DGEPS, Bureau du contrôle médical Paris imprimerie nationale, 1946.

Pétat P., Blanchon G., *Principes élémentaires de gymnastiques correctives et de réadaptation aux activités physiques*, Legrand et Bertrand éditeurs, 1944.

Rééducation Physique – Notice d'application technique et pédagogique, Direction Générale de la Jeunesse et des Sports, Bureau médical, 1950.

Vers la rééducation physique, Travaux de la LFEP, Congrès de Pau, 1946.