

Université de Montréal

Corps, pouvoir et douleur chronique:

Récits de vie de danseurs et de danseuses professionnels

par

Valérie Bloch

Département d'anthropologie

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales

en vue de l'obtention du grade de Ph.D.

en anthropologie

Août 2012

©Valérie Bloch, 2012

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée:

Corps, pouvoir et douleur chronique:

Récits de vie de danseurs et de danseuses professionnels

Présentée par:

Valérie Bloch

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Deirdre Meintel, président-rapporteur

Gilles Bibeau, directeur de recherche

Jorge Pantaleon, membre du jury

Nicole Harbonnier-Topin, examinatrice externe

Patrick Vinay, représentant du Doyen

RÉSUMÉ

La porte d'entrée méthodologique de cette recherche repose sur l'observation participante d'une patiente atteinte de «douleur chronique» adressée pour accompagnement thérapeutique par le Qi Gong. L'énoncé fréquent de situations de conflit avec la famille, avec l'employeur ou avec les médecins, m'a amenée à y considérer la similitude entre les symptômes énoncés, les usages du corps et les attitudes mentales en lien avec une représentation mécaniste et duelle du corps. Marcel Mauss a été le premier à désigner ce rapport entre les usages du corps et les paradigmes sociétaux et culturels, à l'œuvre. Dans une ère fortement marquée par la robotisation des entreprises et des services, la dématérialisation des documents et la tyrannie des nouvelles technologies, la «douleur chronique» vient donc questionner les usages du corps contemporain dans un monde du travail axé sur la performance et la productivité. Cette recherche a pour but d'interroger en quoi la «douleur chronique» serait un symptôme des apories contemporaines, dépassant ainsi largement le champ de la médecine et en quoi elle serait comme l'arme du faible, *the weapon of the weak*, en contexte d'oppression (Scott, 1985). Ultimement, elle questionne l'affirmation de Michel Foucault selon laquelle «nous avons tous du pouvoir dans le corps» (1987: 27). Le recueil de récits de vie auprès de professionnels de la danse, pressentis pour leur habileté à décrire leur ressenti, y déjoue une tendance à reléguer dans le domaine de la psyché ce qui ne fait pas la preuve de son évidence. La forte crédibilité de leur parole permet en outre de mieux documenter un phénomène complexe, entâché de beaucoup d'*a priori* et de révéler les dynamiques de pouvoir à l'œuvre au sein d'une profession confrontée aux limites corporelles, plus que tout autre, dans l'exercice de son art. Une approche généalogique de ces histoires de douleur et leur mise côte à côte permet d'identifier les «plis» que sont l'endurance et le rejet de toute médication face à la douleur et comment ils infléchissent son évolution. Une analyse plus approfondie des six d'entre elles qui s'en sont sorties y

démontre que si le pouvoir s'exerce sur un corps perçu comme docile, il peut aussi s'inverser pour contribuer à la guérison, au prix d'une insurrection de savoirs enfouis, universels, mais «assujettis», et d'un changement de paradigme. Ainsi, une meilleure compréhension de la «douleur chronique» laisse entrevoir une possible réversibilité du phénomène et une réinsertion sociale, avec ou sans réorientation de carrière, à condition de repenser nos modes de représentation, de production, de relation au travail et aux usages du corps, le rapport à l'Autre et à soi.

Mots-clés: douleur, corps, danse, chronique, pouvoir, travail, blessure, savoir, guérison.

ABSTRACT

The methodological starting point of this research was participant observation of a patient with «chronic pain» who was being seen for therapy through qigong. The patient's frequent statements regarding situations of conflict with the family, the employer or doctors led me to consider the similarity between the symptoms described, the uses of the body and mental attitudes related to a mechanistic, dualistic representation of the body. Marcel Mauss was the first to address this relationship between the uses of the body and societal and cultural paradigms. At a time deeply marked by the automation of businesses and services, the dematerialization of documents and the tyranny of new technologies, «chronic pain» calls into question the uses of the contemporary body in a working world based on performance and productivity. The aim of this research is to examine how «chronic pain» may be a symptom of contemporary aporias that go far beyond the sphere of medicine and how it may be «the weapon of the weak» in a context of oppression (Scott, 1985). Ultimately, this research examines Michel Foucault's statement that «we all have power in our bodies» (1987: 27). The collected life narratives of professional dancers, who were approached because of their ability to describe their feelings, avoid the tendency to relegate to the realm of the psyche whatever cannot be demonstrably proven. The strong credibility of the accounts makes it possible to better document a complex phenomenon marred by a great many *a priori* and reveal the dynamics of power at work in a profession that, more than any other, confronts the limits of the body in the exercise of its art. A genealogical approach to these stories of pain and their examination side-by-side allowed me to identify the habits of endurance and rejection of medication and how they influenced the evolution of the pain. A more detailed analysis of the six healed one's narratives shows that while power is exercised on a body perceived as docile, it may also be reversed to support a recovery at the cost of an insurrection of buried knowledge that is universal but «subjugated»

and a change of paradigm. Thus, a better understanding of «chronic pain» makes it possible to envisage its reversibility and a social reintegration, with or without a career change, on the condition that we rethink our modes of representation, production and relation to work and to the uses of the body, and our relationship to the Other and the self.

Keywords : pain, body, dance, chronic, power, work, wound, knowledge, healing.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT	V
TABLE DES MATIÈRES	VII
LISTE DES ABRÉVIATIONS	XI
REMERCIEMENTS	XIII
AVANT-PROPOS	1
I. LE CONTEXTE	3
1. <i>L'ère post-industrielle</i>	3
2. <i>La culture de médecine, un art ou une science?</i>	5
3. <i>La danse contemporaine</i>	8
II. LA PROBLÉMATIQUE DOULEUR CHRONIQUE	16
1. <i>les cliniques de la douleur (lignes de visibilité)</i>	18
2. <i>Le discours (lignes d'énoncé)</i>	20
3. <i>Les lignes de force</i>	31
4. <i>Les lignes de fracture</i>	35
5. <i>Les lignes de subjectivation</i>	38
III. HYPOTHÈSE: UN POINT DE VUE OBLIQUE	40
1. <i>Le corps politique</i>	40
2. <i>Les interactions corps physique - corps social - corps politique</i>	42
3. <i>La dualité corps-esprit</i>	44
4. <i>Le corps subjectif</i>	45
IV. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	48
1. <i>Le terrain: le milieu de la danse contemporaine</i>	49
2. <i>La population à l'étude et les critères de sélection</i>	50
3. <i>Le mode de recrutement</i>	54
4. <i>Les récits de vie</i>	58

5.	<i>Objectifs de recherche</i>	60
6.	<i>Éthique de la recherche</i>	61
V.	LE CADRE CONCEPTUEL	62
1.	<i>Le corps et ses usages</i>	62
2.	<i>Du dedans de la culture</i>	66
3.	<i>Une approche critique d'inspiration biopolitique</i>	69
VI.	ANALYSE TRANSVERSALE	74
1.	<i>L'endurance</i>	74
2.	<i>La douleur chronique comme machine de guerre</i>	89
3.	<i>«Douleur chronique» et guérison</i>	94
A.	<i>La bascule</i>	96
B.	<i>La douleur</i>	102
VII.	ÉTUDES DE CAS	110
1.	JEANNE, UNE LEÇON DE COURAGE OU LE PARCOURS DU COMBATTANT	110
	<i>Histoire de la douleur</i>	115
1.	<i>Les lignes de force</i>	115
2.	<i>Les lignes de fracture</i>	119
3.	<i>Les lignes d'énoncé et de visibilité</i>	118
4.	<i>Les lignes de subjectivation</i>	123
2.	DENYSE OU LA LOI DU SILENCE	128
	<i>Histoire de la douleur</i>	129
1.	<i>Les lignes d'énoncé: le non-dit, la loi du silence</i>	129
2.	<i>Les lignes de fracture</i>	131
3.	<i>Les lignes de force</i>	133
4.	<i>Les lignes de visibilité</i>	136
5.	<i>Les lignes de subjectivation</i>	137

3. SYLVIE OU LE CORPS ÉMOTIONNEL	143
<i>Histoire de la douleur</i>	<i>146</i>
1. <i>Les lignes de fracture.....</i>	<i>146</i>
2. <i>Les lignes d'énoncé ou la loi du silence.....</i>	<i>149</i>
3. <i>Les lignes de visibilité.....</i>	<i>152</i>
4. <i>Les lignes de force.....</i>	<i>154</i>
5. <i>Les lignes de subjectivation</i>	<i>163</i>
4. PATRICIA OU «DE L'AUTRE CÔTÉ DE LA CLÔTURE».....	171
<i>Histoire de la douleur</i>	<i>174</i>
1. <i>Les lignes de fracture.....</i>	<i>174</i>
2. <i>Les lignes d'énoncés</i>	<i>179</i>
3. <i>Les lignes de visibilité.....</i>	<i>183</i>
4. <i>Les lignes de force.....</i>	<i>184</i>
5. <i>Les lignes de subjectivation</i>	<i>186</i>
5. LOLA OU LA DÉCHIRURE	192
<i>Histoire de la douleur</i>	<i>195</i>
1. <i>Les lignes de fracture.....</i>	<i>195</i>
2. <i>Les lignes de force.....</i>	<i>198</i>
3. <i>Les lignes d'énoncé et de visibilité.....</i>	<i>202</i>
4. <i>Les lignes de subjectivation</i>	<i>203</i>
6. CAROLINE OU LA GESTION DU STRESS	212
<i>Histoire de la douleur</i>	<i>215</i>
1. <i>Les lignes de fracture.....</i>	<i>215</i>
2. <i>Les lignes de force.....</i>	<i>218</i>
3. <i>Les lignes d'énoncés</i>	<i>221</i>
4. <i>Les lignes de subjectivation: pouvoir du corps.....</i>	<i>222</i>

CONCLUSION	228
LE REGARD ÉLOIGNÉ	229
LES ÉVIDENCES.....	233
LE CORPS.....	240
CORPS POUVOIR ET DOULEUR CHRONIQUE	244
RÉFÉRENCES	248
<i>Documents consultés en ligne</i>	262
<i>Filmographie</i>	262

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CEGEP: Collèges d'Enseignement Général Et Professionnel

CHUM: Centre Hospitalier Universitaire de Montréal

CNRS: Centre national de Recherche Scientifique

CRTD: Centre de Ressources et Transition pour Danseurs

CSST: Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail

FMI: Fonds Monétaire international

IASP: International Association for the Study of Pain

IRSST: Institut de Recherche en Santé et Sécurité au Travail

LADMMI: Les Ateliers de Danse Moderne de Montréal Inc.

RQD: Regroupement Québécois de la Danse

UDA: Union Des Artistes

UTAM: Union des Travailleurs et Travailleuses Accidentés de Montréal

À mes amis médecins,

À mes amis artistes,

À ma famille,

À Didier

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier très chaleureusement les danseurs et les danseuses qui ont accepté de participer à cette recherche, qui m'ont accordé leur confiance et m'ont généreusement offert de leur temps pour me conter leur histoire,

Merci également à toutes celles et ceux qui ont facilité nos rencontres, tout particulièrement à Jean-Claude Martin et François Ouellet de l'IRSST, à toute l'équipe du CRTD et à Josée Leclerc, Marie-Stéphane Ledoux et Alain Francoeur,

Merci à Gilles Bibeau, mon directeur de thèse, qui m'a toujours soutenue et sans lequel je ne me serais jamais lancée dans pareille aventure,

Merci à mes professeurs: Mariella Pandolfi, Jean-Michel Vidal et Gilles Bibeau,

Merci à celles et ceux qui m'ont lue, conseillée, commentée, critiquée, révisée, traduite, Debora Allebrandt, Julie Humeau, Martine Paulet, Phyllis Aronoff et Didier,

Merci à Andrée Dufour, pour sa présence indéfectible et ses conseils toujours judicieux,

Un grand merci à mon amie Grisell Vargas qui a suscité mon intérêt pour la douleur chronique en m'adressant une de ses patientes pour accompagnement thérapeutique, ainsi qu'à la Dre Aline Boulanger pour son accueil très chaleureux à la clinique de la douleur de l'Hôtel-Dieu,

Merci à Kar Fung Wu qui m'a initiée aux principes de la Médecine Traditionnelle Chinoise et aux vertus du Qi Gong de la verticalité intérieure,

Et enfin, merci à ma famille, et à mes amis pour leur soutien et leur présence.

AVANT-PROPOS

Avant toute chose, j'aimerais vous dévoiler une petite partie de mon itinéraire de vie, juste assez pour que vous saisissiez plus facilement la place d'où je parle et mon intérêt pour les questions qui touchent au corps et aux relations de pouvoir. Avant de m'intéresser à l'anthropologie, j'ai en effet exercé la médecine, puis la gynécologie médicale pendant quinze années consécutives. Déjà à cette époque la place du corps et la façon dont les émotions et les pensées affectent son état de santé étaient au cœur de mes préoccupations. Je constatais ainsi une mise à distance du corps quand les femmes se souciaient davantage de recevoir une anesthésie péridurale, pour ne rien sentir lors de l'accouchement, ou me confiaient leur corps pour un examen, comme elles auraient déposé leur voiture chez le garagiste pour la révision des 5 000 kilomètres.

Par la suite, une longue série de voyages autour du monde, dont un séjour d'une année en Inde et au Népal, ont définitivement transformé mon point de vue. À mon retour, je me suis trouvée plus que jamais exposée au doute et ma réflexion s'est prêtée davantage encore qu'à son habitude à questionner les certitudes. Enfin, l'apprentissage du Qi Gong de la verticalité intérieure et des principes de la médecine chinoise traditionnelle avec Madame Kar Fung Wu m'a permis de développer une nouvelle façon d'envisager les dynamiques de pouvoir et leurs effets sur la santé de manière plus globale. Dès lors, il s'est agi pour moi, de compléter un regard «scientifique» rigoureux et discriminant par une vision élargie et une multiplication des points de vue sur la santé. Une mission humanitaire en Afghanistan en 1995 finit de me détacher de ma routine pour entreprendre par la suite un véritable parcours de chercheuse, du Pakistan à la Nouvelle-

Calédonie en passant par la Chine, la Thaïlande, la Malaisie, l'Indonésie puis l'Australie. Deux années après, j'étais arrivée en Nouvelle-Calédonie, à l'exact opposé d'où j'étais partie. Sans le savoir, je mettais déjà en pratique la bascule des idées, chère à Foucault et le «regard éloigné» de Claude Lévi-Strauss.

Dix ans après mon installation au Québec et la reprise d'études en Santé Publique puis en Anthropologie, je mets en application le principe d'incertitude et de relativité qui viennent avec la pratique à répétition de la mise à distance que procure le seul dépaysement. Je questionne alors le sens du passage de l'état de douleur-symptôme, à celui de maladie «douleur chronique». J'examine en quoi cette douleur, présentée par le corps médical comme une énigme irrésolue et sans espoir de guérison, pourrait constituer un reflet, si ce n'est un effet ou un symbole des luttes de pouvoirs et des apories contemporaines en matière d'usages du corps. Alliant ainsi un regard critique sur les effets de pouvoir du savoir médical, à une recherche généalogique et archéologique sur un terrain neutre, celui des arts et de la danse, mais aussi celui du corps, j'adopte une position radicalement opposée à celles et ceux qui qualifient la «douleur chronique» d'imposture. Je me place du côté de celles et ceux qui souffrent, me parlent et que j'écoute, avec pour seul *a priori* que le corps ne ment pas. Ce travail se veut donc une invitation à changer de regard, à suspendre son jugement ne serait ce que pour un instant. Ma recherche se veut définitivement hors du cadre médical et si elle prend appui d'abord sur une critique sévère du milieu médical et de sa grille de lecture, c'est pour mieux le mettre à distance et contribuer ainsi à une quête de sens de façon oblique, mais sans procès d'intention aucun.

I. LE CONTEXTE

Après avoir défini de mon mieux la place que j’occupe et avant d’aborder le vif du sujet, il me faut maintenant en situer plus précisément le contexte. Il est en effet très important de tenir compte à la fois du lieu et du moment où se situe ma recherche en regard des usages du corps et de deux mondes tout particulièrement concernés par la «douleur chronique», le monde de la médecine et celui de la danse.

I. L'ÈRE POST-INDUSTRIELLE

Mon projet de recherche se situe donc au Québec, 60 ans après l’ouvrage de Marcel Mauss sur les techniques du corps, un corps perçu comme donné universel et marqueur historique des usages sociétaux en cours. Il s’ancre tout particulièrement à Montréal, à l’ère post-industrielle, à l’époque où est apparu plus précisément le phénomène «douleur chronique» qui ramène au premier plan un corps désormais singulier, inapte au travail, avec ses limitations et ses dysfonctions, et qui se catégorise en dehors de la norme. J’envisage ainsi les usages du corps, comme «des techniques et l’ouvrage de la raison pratique là où on ne voit d’ordinaire que l’âme et ses facultés de répétition» (Mauss, 1934: 7). D’emblée, je partage la vision de «la nature sociale de l’«habitus»», que Marcel Mauss définit comme: ces «habitudes» qui «varient non pas simplement avec les individus et leurs imitations», mais «varient surtout avec les sociétés, les éducations, les convenances et les modes, les prestiges» (Mauss, 1934: 7).

Le territoire nord-américain se fait tout particulièrement remarquer à cet égard au début du vingtième siècle par son «culte du corps», son goût pour le jogging, l'aérobic et le *bodybuilding*. Alors que dans la foulée d'un grand mouvement de contestation de l'autorité, les années 60 y ont favorisé une lecture plus hédoniste des usages du corps, l'irruption du VIH-SIDA, dans les années 80, est venue freiner définitivement les ardeurs et provoquer une mise à distance du charnel, voire du corporel. Antonio Gramsci suggère dans ses Carnets de Prison (1929-1935) que le Protestantisme y a favorisé l'implantation de méthodes de travail propres au Taylorisme et au Fordisme. Cette influence est d'autant plus remarquable qu'elle repose sur des principes d'autodiscipline et qu'elle s'exerce de façon subtile au lieu de s'imposer comme force idéologique (Turner, 1984). Le corps, en particulier, y est souvent perçu, en contexte occidental et en particulier nord-américain, comme un outil, un objet soumis au bon vouloir du sujet et aux stéréotypes du moment. Cette tendance s'accroît en milieu québécois francophone, en contexte de lutte de classe, de conflits identitaires, de conflit de croyances et de luttes d'influence entre idéologie catholique et protestante. Une étude récente de Raymond Massé permet d'ailleurs d'isoler quelques traits culturels en lien avec la détresse et de rendre compte de sa dimension sociale, ainsi que de l'importance accordée aux valeurs fortes qui véhiculent une image de puissance. «Les personnes dépressives, démoralisées ou indolentes sont alors considérées comme des êtres socialement invalides en regard d'un «prestige de l'énergie» (Devereux 1980)» (Massé, 1999: 53).

Dans une ère fortement marquée par la robotisation des entreprises et des services, la dématérialisation des documents et l'omnipotence des nouvelles technologies, la «douleur chronique» vient tout particulièrement questionner les usages du corps contemporain dans un monde du travail axé sur la performance et la productivité. Pour Arthur Kleinman, en touchant davantage les classes

sociales les moins éduquées et donc les plus sujettes à exercer des travaux lourds, la «douleur chronique» rendrait plus évidentes les lignes de fracture sociale (Kleinman, 1992). J'ai voulu vérifier cette affirmation et éventuellement la compléter en interrogeant les caractéristiques d'une douleur qui touche aussi le milieu de la danse, habituellement considéré comme éduqué. Le corps y tient donc lieu de terrain de rencontre des arts et des sciences biologiques et humaines. Ainsi il me semble qu'au-delà des difficultés rencontrées sur le lieu de travail, la «douleur chronique» nous renseigne aussi sur les apories d'une société de plus en plus mécanisée et pourtant de plus en plus affectée par un corps sensible et des douleurs perçues comme incontrôlables.

2. *LA CULTURE DE MÉDECINE, UN ART OU UNE SCIENCE?*

La « douleur chronique » met au défi une médecine, pourtant issue de la médecine hippocratique, qui choisit de ne plus s'attacher qu'aux signes objectifs et aux aspects quantitatifs de la souffrance. Se voulant basée sur des faits, en vue de leur donner un sens, la médecine se laisse subrepticement envahir par les mêmes exigences de résultats que le monde des affaires (Halioua, 2009). Le souci d'objectivité devient alors prioritaire et les méthodes et les aides au diagnostic rendent l'obsession des preuves et des évidences encore plus perceptible.

«Le discours médical sur la douleur, qui parcourt la littérature médicale depuis les Traités Hippocratiques, se construit autour de deux pôles: la caractérisation empirique de la douleur comme symptôme pour la convertir dans la pratique en un signe, d'une part, et les problèmes posés par la thérapeutique d'autre part» (Allué, 1999:117).

Alors que jusqu'au sixième siècle avant J.C., la médecine grecque, dite mythologique, accorde à la déesse Panacée le pouvoir de guérison et que la

douleur est comprise comme un signe des dieux, qui nécessite prières et offrandes, Hippocrate rompt avec toute croyance magico-religieuse en lui substituant la théorie des humeurs. Toutefois, c'est au siècle des Lumières que Michel Foucault situe le virage médical du subjectif à l'objectif. Ce mouvement s'est en effet amorcé au dix-septième siècle, quand la théorie humorale s'est vue contestée par un esprit de plus en plus classificateur et méthodique. Les découvertes anatomiques et physiologiques consécutives aux dissections d'Ambroise Paré au siècle précédent, en rendant visibles les lésions sous-jacentes aux symptômes, ont contribué à la naissance de la clinique et à celle d'une médecine positiviste qui se réclame d'un esprit scientifique (Foucault, 1963). Dès lors, la théorie doit reposer sur des faits patents.

Cette médecine positiviste dont parle Michel Foucault, et qui affirme l'objectivité de son regard au dix-huitième siècle, s'inscrit dans la lignée hippocratique. Aujourd'hui encore, même si les discours et les attitudes thérapeutiques ont changé, l'enseignement de la médecine et l'examen clinique se réclament d'une origine commune et tout étudiant en médecine se doit de prononcer solennellement le serment d'Hippocrate le jour de sa soutenance de thèse. Certains auteurs y voient un signe d'appartenance à une élite ou à une classe sociale, un esprit de caste et un indice quant aux origines sociales de la conception biomédicale de la maladie (Singer, 2004). J'y vois surtout un souci de s'ancrer dans la tradition et de renforcer ce qui participe d'une culture de métier et d'un engagement éthique dans la mesure où il dicte «les règles de la confraternité entre médecins, l'égalité des hommes devant la maladie, la défense de la vie avant tout et le respect du secret médical» (Halioua, 2009:40).

Le discours sur la maladie évolue donc, selon les époques et les résultats de la recherche, mais le souci de la méthode et le rejet de toute croyance magico-religieuse persiste. Une première rupture s'opère toutefois au dix-

septième siècle entre le discours et la pratique. Sydenham s’y fait connaître pour la qualité intuitive de ses diagnostics et pour ses inspirations thérapeutiques pleines de «gros» bon sens. Pourtant ses prises de position théoriques rendent compte d’un attachement féroce au principe de la classification et contredisent une conduite thérapeutique encore très proche des règles de l’art (Foucault, 1972).

«À la dualité classique de l’âme et du corps, Sydenham superpose une autre dualité, qui prélude à la distinction qui sera faite par Bichat entre les deux vies, la vie intérieure ou vie organique, et la vie de relation, bien qu’il ne l’associe à aucune différence anatomique entre les organes des sens» (Rey, 1993: 103).

Encore aujourd’hui, il est autant question de virtuosité que de rigueur du diagnostic et la profession peine à se situer entre les arts et les sciences, même si elle fonde son autorité sur sa rigueur scientifique théorique. (Singer, 2004: 9).¹ Désormais, un esprit de plus en plus classificateur et méthodique imprègne la démarche médicale. Ce que l’on voit, «l’évidence», prime sur ce que le malade ressent, «le subjectif». L’obsession de voir les lésions pour croire le patient n’a cessé de faire le jeu des nouvelles technologies et renvoie à tous les systèmes de vidéo surveillance qui s’emparent du domaine public. C’est ce regard scrutateur qui se prolonge par l’échographie, la radiologie, la coelioscopie, la laparoscopie, et toutes les techniques invasives qui n’ont d’autre objet que de voir et d’authentifier une lésion qui viendrait objectiver la maladie et prouver la véracité des dires du patient.

À cet égard, la «douleur chronique» interpelle doublement un système de soins qui repose sur une visibilité plutôt que sur une écoute et qui fonde son

¹ «Through this complex process, disease cases are constructed but the multiple creative and interpretive acts this requires are denied (even while doctor skill in finding the truth hidden in the shadows is celebrated).»

efficacité sur des preuves. La «douleur chronique» semble à première vue souligner les limites de la biomédecine et questionner toute une culture de médecine détournée de son sens premier, le soin, vers des exigences de résultats et des certitudes d'ordre statistique.

3. *LA DANSE CONTEMPORAINE*

Le milieu de la danse contemporaine, quant à lui, se prête doublement à l'observation des usages du corps, en ce qu'il reflète les conditions de travail, mais aussi les paradigmes sociétaux à l'œuvre. Ainsi, historiquement, la danse contemporaine est issue d'un grand mouvement de libération des académismes qui traverse toutes les autres formes d'art contemporain. Il y est question avant tout de se débarrasser des contraintes imposées par le ballet classique en même temps que le corps social s'affranchit des stéréotypes de genre ou traverse des crises comme celle de 29 aux États-Unis ou la deuxième guerre mondiale en Europe.

Ainsi, dans l'Amérique des années 30, la danse d'Isadora Duncan, en privilégiant un style libre de toute contrainte, coïncide avec le mouvement «d'émancipation de jeunes femmes qui réagissent au puritanisme et à la place qui leur est faite dans la société» (Izrine, 2002: 31). Sa danse devient dès lors le symbole d'un mouvement de libération du corps, apparu juste après la crise de 29. L'Europe est la première à reconnaître son caractère précurseur et à pressentir la force de son empreinte révolutionnaire sur la danse moderne. «Ainsi, elle fonde ce qui sera l'essentiel de la danse moderne: un vocabulaire chorégraphique original et personnel, le refus de la convention et la coïncidence entre un mouvement et une intention» (Izrine, 2002: 40).

À sa suite, Martha Graham inscrit encore un peu plus la danse moderne dans l'identité américaine, en poursuivant son engagement contre le puritanisme et pour l'émancipation des femmes, même si elle rejette l'esthétique d'Isadora Duncan pour s'intéresser davantage au mouvement et à son origine. Dès 1929, dans sa première œuvre de groupe, *Heretic*, il apparaît clairement qu'elle situe «le centre de gravité du mouvement dans la ceinture pelvienne», plutôt que dans le haut du corps, et fait «dépendre la force du geste de la force de l'émotion» (Izrine, 2002: 42).

Chaque nouveau courant en danse y va donc de sa propre révolution. L'un s'oppose à toute sorte de contrainte du corps, l'autre cherche à se rapprocher des émotions et de l'être profond. Merce Cunningham, lui, joue avec les lois d'un hasard qui n'en est pas un. C'est en 1945, juste après la seconde guerre mondiale, qu'il quitte la troupe de Martha Graham et commence à «inscrire l'idéal de rectitude qui érige la pensée occidentale du corps comme progrès de la raison sur l'émotion ou sur la pulsion dans le corps des danseurs» (Izrine, 2002: 78). Issue d'un milieu intellectuel et universitaire, très proche de l'expressionnisme abstrait américain, sa danse inscrit le corps dans un jeu de construction-déconstruction et de hasard, très inspiré de la musique de John Cage, de ses silences, de son choix de rythmes, de notes aléatoires et de son piano préparé. Merce Cunningham est une des figures fondatrices marquantes de la danse contemporaine, dont beaucoup de danseuses rencontrées lors de cette recherche revendiqueront la filiation (Sorignet, 2004).

Au Québec, la danse contemporaine se veut issue du manifeste du *Refus global* de 1948, initié par le peintre Paul Borduas et s'inscrit dans une sorte de «tradition de non-tradition» qui refuse toute filiation (Tembeck, 2002). Elle se qualifie de *Nouvelle danse* et revendique l'isolement comme trait identitaire, preuve de son originalité et bientôt marque de commerce. Pourtant, Françoise

Sullivan et Jeanne Renaud, signataires du manifeste, iront se former à New York auprès d'élèves de Martha Graham. Cette attitude témoigne vraisemblablement d'une fascination pour l'authenticité des origines qui alimente le malaise identitaire québécois et imprègne aussi le milieu de la danse (Tembeck, 2002). Pourtant, même si s'associer au mouvement de Paul-Émile Borduas, c'est se relier au mouvement automatiste d'André Breton et au surréalisme, ce refus de tradition est peut-être à comprendre en regard de cette affirmation que la danse contemporaine n'est pas issue de la danse.

«C'est Cunningham qui a inventé, à partir de la danse un art qui s'appellerait: la danse. À partir de cette activité élémentaire, familière aux enfants et aux fous, qui nous libère des fonctions ordinaires, nous procure l'heureuse illusion de n'entretenir que des rapports linguistiques avec le temps et l'espace, nous soumet tout entiers aux décisions de notre corps c'est-à-dire: nous libère d'un sens extérieur à lui» (Loupe, 1988: 7).

Ces grands courants viennent tout particulièrement interroger les discours savants et mettre en échec, chacun à leur façon, les dynamiques de pouvoir à l'œuvre au sein du corps dansant sur fond d'évènements historiques de portée mondiale. Mais, force est de constater l'empreinte du modèle américain quand, dès le début du vingtième siècle, la culture physique occupe une place prépondérante dans la vie sociale et que la valeur outil de travail du corps se déplace vers celle d'objet de performance physique ou de séduction. Dans ces années-là, le modèle nord-américain s'oppose, en tous points, au modèle européen, mais il vient fortement l'influencer.

En France, il faudra attendre les années 60 pour voir émerger les ballets du vingtième siècle de Maurice Béjart et sa *Messe pour un temps présent* sur une musique de Pierre Henry. Même si *a posteriori* les critiques qualifient son style de néo-classique, la danse de Maurice Béjart est la première à avoir bousculé les codes du ballet et, à ce titre, se mérite une place de précurseur.

«La danse qu'on dit française n'a rien d'autochtone. Même si l'espace francophone, y compris québécois (voir des danseurs comme Chouinard, Perrault, la Compagnie La La La Human Steps), constitue aujourd'hui un terrain privilégié... La «pollinisation» du milieu français s'est développée» (Loupe, 1988:12).

Pina Bausch, quant à elle, livre sa première chorégraphie, *im Wind der Zeit*, en 1969. Sa danse témoigne du traumatisme de la seconde guerre mondiale, de l'impossibilité de revendiquer alors une identité allemande, de faire appel à la mémoire ou de s'inspirer du courant expressionniste et de sa gestuelle, sous peine de s'associer immanquablement au régime nazi (Izrine, 2002). L'Allemagne d'après-guerre se retrouve en effet coupée en deux et coincée entre deux blocs, l'Amérique à l'ouest et la Russie à l'est. Le style de Pina Bausch témoigne de cette rupture qui force un renouvellement radical de toute forme d'expression et impose un cadre très serré à la création. Très proche du sujet et de son vécu, sa danse évoque fortement le courant phénoménologique, inscrit dans l'«instant présent», l'«ici et maintenant» et se mérite l'appellation de danse-théâtre.

L'histoire de la danse contemporaine retrace donc une certaine filiation même si c'est sous la forme de ruptures ou de discontinuité. Les grands courants artistiques semblent désormais interconnectés et la portée politique du médium corps dansant s'affiche sur tous les continents. Qu'en est-il alors de la danse contemporaine aujourd'hui, au vingt et unième siècle?

«Car une danse faite de variations infinies sur un vocabulaire gestuel, pure déclinaison de paradigmes, étouffe (comme on a pu le voir avec certains chorégraphes américains). Et elle n'a comme issue que la fuite en avant, toujours plus d'énergie et de virtuosité» (Durand, 1988: 35).

Comment ne pas y voir de similitudes avec le comportement de nos sociétés de plus en plus technos orientées? Avec le temps, il semble que le mouvement de contestation originel s'essouffle et se voit réduit à une simple technique, une recette, un usage du corps, ni plus ni moins, sans plus de sens ou

d'esprit, un objet inanimé et manipulé comme en témoigne Caroline, une des danseuses interviewées.

«[...]des techniques plus académiques et plus formelles, comme la technique de Merce Cunningham, où le corps se déplace beaucoup plus par segment ou dans l'espace dans des cercles, dans des diagonales, ou aussi il y a une dissociation de la base du corps par rapport au tronc... Avec Merce Cunningham, c'était donc une technique qui pousse le corps à utiliser, finalement, les habiletés de la danse classique, mais, en même temps, qui décentralise, qui dissocie le corps. C'est-à-dire, je fais une jambe en diagonale tandis que je fais un tronc vers l'avant. Je fais la même jambe en diagonale tandis que je fais un tronc vers l'arrière incliné d'un quart vers l'arrière, donc incliné d'un quart vers l'avant et en avant ou en haut donc, c'est comme des dissociations assez infinies dans toutes les articulations. Donc on peut vraiment imaginer le petit pantin en bois [rit]» (Caroline).

La danse contemporaine se voit réduite à l'expression du visage, non pas comme reflet d'une présence mais plutôt comme un masque, un peu comme si le corps dansant était réduit à l'état d'une marionnette manipulée par un être robotisé, formé à des techniques diverses. «[...] en ballet classique, on sourit, en ballet jazz, on aime sourire, et puis en contemporain, c'est juste qu'on sourit pas. C'était juste pour dire, si on regarde le visage, c'est juste ça, qui se passe...» (Caroline). C'est un peu comme si cette recherche de déconstruction pour mieux reconstruire, au lieu d'être un processus, était devenu un procédé, parmi tant d'autres, parce qu'il n'aurait pas abouti. C'est tout le courant de la *Judson Church*, qui se voit alors réduit à une peau de chagrin de technique (Scarpetta, 1985: 187). Initié par Ann Halprin à la fin des années 60 à San Francisco et transplanté à New York par Yvonne Rainer et Trisha Brown, dans l'église du même nom, ce mouvement se voulait avant tout expérimental et critique vis-à-vis de tout académisme. Souvent à mi-chemin entre écriture chorégraphique et improvisation ou performance, la danse contemporaine s'y est déployée selon un axe orienté vers la recherche fondamentale et la création, quitte à développer un geste minimaliste, mais fort d'une intention, jamais technique ou reproductible à tout coup.

Au Québec, un virage s'est opéré dans les années 70-80 avec l'apparition des organismes subventionnaires. Puis, c'est la création de programmes universitaires et collégiaux, à l'Université du Québec à Montréal, à l'Université Concordia et à l'Université de Montréal puis, dans les CEGEP² du Vieux Montréal, St-Laurent et de Montmorency et à LADMMI³. Ces initiatives sont perçues comme une tentative d'institutionnaliser et d'encadrer un mouvement artistique, qui se voulait expérimental (Tembeck, 2002: 773). En France aussi, ce qui caractérise la danse des années 80 c'est sa désertion du champ pédagogique laissant le champ libre pour «une école-fabrique d'anticorps» (Ginot et Launay, 2002). Désormais, il est question de former des «professionnels» du métier. «En d'autres termes, c'est sur un modèle académique, disciplinaire et soucieux de rentabilité que se pense encore aujourd'hui la formation professionnelle à la pratique contemporaine en danse» (Ginot et Launay, 2002: 107).

Parallèlement à ce mouvement de recadrage de l'enseignement selon un modèle hiérarchique, qui réintroduit inévitablement des relations de pouvoir, Henri Barras, historien de l'art, ancien directeur général du Musée d'art contemporain de Montréal et directeur artistique de la Société de la Place des Arts de Montréal, fonde le Théâtre du Café de la Place et y organise des conférences sur l'art du mouvement, «sur l'heure du midi». Il s'efforce ainsi de rendre l'art accessible à tous. À la fin de sa vie, toutefois, il découvre toute la créativité de l'«art cru», celui des amateurs, dont les automatistes se rapprochent beaucoup, et qu'il oppose à l'«art cuit», l'art éduqué ou académique, sanctionné par des diplômes (Barras, 2007). Au même moment, un

² Collèges d'Enseignement Général Et Professionnel

³ Les Ateliers de Danse Moderne de Montréal Inc., renommée École de danse contemporaine de Montréal, en 2012, 30 ans après sa création.

large public se passionne pour le ballet jazz et la danse aérobic de Jane Fonda (Tembeck, 2002).

Les besoins en lieux de diffusion et l'organisation de la profession autour du Regroupement Québécois de la Danse contribuent à l'avènement du festival de la Nouvelle danse en 1985. Paradoxalement, l'attribution des salles comme Tangente en 1982 et l'Agora de la danse en 1991, prive la danse de son nomadisme et l'institutionnalise encore un peu plus. D'autres initiatives tentent de garder la souplesse et la mobilité qui les fondent. C'est le cas de Danse-Cité:

«C'est dans ce contexte que Daniel Soulières fonde en 1982 Danse-Cité, une compagnie de danse au profil unique, une tribune libre, sans chorégraphe ni danseur attitrés, ouverte à l'expérimentation et aux projets novateurs, entièrement dédiée à la création montréalaise.» (<http://www.danse-cite.org/fr/pages/historique>, 2011).

Enfin, dans les années 2000, des chorégraphes québécois reconnus comme Édouard Lock (*Salt*, 1999) et Marie Chouinard (*Body-Remix*, 2005) réintroduisent l'usage des pointes et font une large place aux techniques académiques de l'école, dite française, dans leurs chorégraphies. Est-ce le signe d'un retour aux sources européennes, d'un recentrage ou d'un questionnement sur les usages du corps et la tradition? Aujourd'hui, le milieu de la danse québécoise publie son plan directeur pour les dix prochaines années. On y retrouve les idées maîtresses de toute entreprise culturelle soucieuse de rassurer les investisseurs institutionnels et de garantir la qualité du produit culturel. Les valeurs mises de l'avant sont toujours l'innovation, la spécificité du produit québécois et son rayonnement à l'étranger. «Ce plan dévoile, de façon exhaustive et concrète, la vision et les stratégies de déploiement d'un domaine disciplinaire reconnu pour sa créativité, son dynamisme et son rayonnement» (Yvan Gauthier, PDG du conseil des arts du Québec) (Plan directeur de la danse professionnelle au Québec 2011-2021).

L'accent y est mis sur l'organisation, l'attribution de moyens matériels et financiers et une formation de qualité, autant dire académique. La création y est appelée de ses vœux et la recherche souhaitée, mais nullement soutenue. Enfin, la rencontre d'un public de plus en plus large laisse entrevoir le lien entre financement et valeur marchande. Rien à voir avec le soutien d'une activité artistique mais plutôt avec celle d'un «divertissement», apprécié à la taille de son public.

«C'est indubitablement un milieu énergétique, stimulant, créateur et innovateur. Des qualités indispensables dans une société qui doit compter de plus en plus sur ses capacités innovantes et créatrices pour croître et se développer. La danse est certainement un atout important pour notre culture, voire notre économie» (Louise Roy, présidente du conseil des arts de Montréal) (Plan directeur de la danse professionnelle au Québec 2011-2021).

Les danseurs sont épuisés, éprouvés par plusieurs coupes budgétaires et définitivement accoutumés aux subventions. De ce fait, ils se plient aux exigences des décideurs et acceptent de se soumettre aux principes de bonne gouvernance, confiants qu'en se soumettant ainsi à l'autorité et aux principes gestionnaires et comptables, ils se verront soutenus à l'instar des pays en voie de développement soumis aux lois du FMI, en échange d'aide financière au développement.

II. LA PROBLÉMATIQUE DOULEUR CHRONIQUE

Qui dit «douleur», dit souffrance : «ça fait mal!» On pense à nos amis, à nos parents, à nous-mêmes. Quelle que soit la douleur, elle suscite avant tout la compassion et réclame un soulagement rapide. Habituellement, elle est comprise comme un signal d'alarme par le sujet et un indice de pathologie sous-jacente par le médecin. Toutefois, si elle persiste au-delà d'une certaine limite, elle devient intolérable pour l'un comme pour l'autre et se voit qualifiée de chronique. La «douleur chronique» succède parfois à un épisode traumatique qui pourrait suffire à l'expliquer. Mais le retour à la normale se fait attendre et justifie des traitements coûteux, à visée antalgique, sans autre prétention que de supprimer un symptôme. Ces traitements donnent l'illusion du soin, en supprimant les effets, mais conduisent inévitablement à l'escalade des moyens et parfois à la dépendance.

Bien sûr, la «douleur chronique» nous renvoie à notre dimension sensible et nous touche. Mais elle interroge aussi la double contrainte qui nous lie à l'État Providence. Car il s'agit avant tout d'une maladie invisible, impalpable, qui donne accès à une aide de l'État quand elle survient dans un contexte professionnel. De là, à la qualifier de maladie imaginaire, il n'y a qu'un pas. Parce qu'elle donne droit à des indemnités de salaire et à d'autres bénéfices, dits secondaires, la «douleur chronique» pose le problème de la crédibilité des dires du patient et du travailleur face à des soignants démunis et impuissants à les guérir (Kleinman, 1992). L'appellation de «douleur chronique» est donc d'emblée entachée de beaucoup d'à priori négatifs. Qui dit «chronique», dit d'abord incurable et ensuite, fardeau social, coût et incapacité.

L'appellation «douleur chronique» recouvre un phénomène complexe

aux contours imprécis qui exige d'interroger les évidences et en premier lieu de questionner l'autorité médicale. Pour ce faire, j'inscris le phénomène «douleur chronique», dans un dispositif, terme utilisé par Michel Foucault pour mieux décrire la complexité des dynamiques de pouvoir.

«Par dispositif, j'entends une sorte – *disons* - de formation qui, à un moment donné, a eu pour fonction majeure de répondre à une urgence. Le dispositif a donc une fonction stratégique dominante... Le dispositif donc est toujours inscrit dans un jeu de pouvoir mais toujours lié aussi à une ou à des bornes de savoir qui en naissent mais tout autant le conditionnent. C'est ça le dispositif : des stratégies de rapport de force supportant des types de savoir et supportés par eux.» (Dits et écrits, vol.III, p.299)» (Foucault, dans Agamben, 2007: 10).

J'examine en particulier les lignes d'énoncé, les discours et leurs conditions de production. Je retrace les lignes de visibilité, les lignes de force et de fracture qui traversent le phénomène «douleur chronique». J'y ajoute les lignes de subjectivation pour décrire comment cette même complexité se retrouve au cœur même du sujet. Les lignes d'influence révélées par la spatialisation, la construction du discours et ses conditions de production, auxquelles viennent s'ajouter le manque de légitimité de la plainte et la dégradation consécutive de presque toutes les relations sociales, participent de ce que Michel Foucault désigne du nom de dispositif et s'observe en premier lieu dans le champ de la santé. Car si on y regarde à deux fois, la «douleur chronique» désigne avant tout l'échec de la médecine à résoudre son énigme et à la soigner, car nommer ne suffit pas à guérir. Dans le cas d'une douleur dite «chronique», il s'agit bien plutôt de problématiser un symptôme.

«Chronic pain is an umbrella term for any type of persistent pain, from migraines to fibromyalgia, that lasts anywhere from several months to the rest of your life»(Suddath, 2011: 74).⁴

⁴ «Douleur chronique c'est un terme générique pour désigner n'importe quelle douleur persistante, de la migraine à la fibromyalgie, dès qu'elle dure de plusieurs mois aux restants de vos jours»

I. LES CLINIQUES DE LA DOULEUR (LIGNES DE VISIBILITÉ)

Pour Isabelle Baszanger, sociologue et chercheuse au CNRS, l'apparition de la maladie «douleur chronique» correspond à celle des cliniques de la douleur et d'une nouvelle catégorie socioprofessionnelle, celle des médecins de la douleur. Pour elle, la création de nouveaux espaces et d'une nouvelle spécialité médicale, consacrés à la douleur, est un signe majeur de changement d'attitude du corps médical face à celle-ci, mais surtout participe d'un effort pour construire une catégorie médicale homogène, dite «douleur chronique» (Baszanger, 1990).

C'est le Dr John J. Bonica, anesthésiste de formation, qui ouvre la première «clinique de la douleur» en 1961 à Seattle. Son intérêt pour les syndromes douloureux est né de sa pratique à l'hôpital de Tacoma dans l'état de Washington auprès des blessés de retour du front du Pacifique dans les années 1944 à 1946. L'émergence de cette nouvelle spécialité médicale de médecins de la douleur, favorisée par l'arrivée sur le marché de nouveaux produits anesthésiques, en même temps que d'une nouvelle catégorie nosographique dite «douleur chronique», coïncide donc, avec leur spatialisation, leur assignation presque d'office au sein de cliniques spécialisées. Pour Michel Foucault, cette façon d'attribuer une place spéciale à certaines catégories de malades relève d'un désir d'organiser les soins et de discipliner les populations qui remonte au Moyen-âge et aux mesures sanitaires prises en raison de l'épidémie de peste (Foucault, 1975). La spatialisation de la maladie constitue, en effet, un des moyens de contrôle démontré par Michel Foucault dans le cas des asiles comme dans celui des prisons. Il s'agit là d'un des moyens d'exercer davantage de pouvoir sur les vies humaines, en invoquant soit le principe de précaution, encore très répandu de nos jours, soit l'organisation des soins, et qu'il désigne sous le terme de «biopouvoir» (Foucault, 2004).

Paradoxalement, c'est sur la vocation compassionnelle de la médecine que s'est construite cette nouvelle catégorie nosographique. Aux États-Unis d'abord, puis en Europe, les premières cliniques de la douleur et les premières autorisations d'exercice exclusif se sont négociées autour du droit des patients en fin de vie et du devoir compassionnel des médecins, à une époque où les produits anesthésiques sont de plus en plus performants. Ce sont donc les progrès de la science en matière d'anesthésie qui ont présidé à l'ouverture des cliniques de la douleur et contribué à l'apparition d'une nouvelle maladie et d'un nouveau discours. C'est donc un glissement socioprofessionnel autour de progrès technologiques qui a permis de catégoriser une nouvelle maladie en réponse à un nouveau fait de société, témoignant ainsi de nouvelles règles du jeu sociales.

«Au-delà d'une opposition entre «médicamentisation» et «psychologisation», cette pression faite à l'individu de devenir un corps toujours plus rentable sous couvert d'un corps maîtrisé, corps toujours «développé» dans sa chair et dans sa psyché est révélateur des nouvelles normes sociales en place dans les sociétés contemporaines occidentales» (Moreau et Vinit, 2007: 43).

Désormais, les «douleurs chroniques» vont être prises en charge au sein de cliniques de la douleur, souvent satellites de grands centres hospitaliers, s'inscrivant ainsi davantage dans un fonctionnement institutionnel, sans pour autant être comprises. Elles vont ainsi grossir les statistiques de santé publique en termes de fardeau économique et social, et celles des services hospitaliers, en termes d'activités et de gestion du risque. La création d'une nouvelle catégorie nosographique influence alors les politiques en matière d'assurance santé, la relation aux employeurs et la majeure partie des interactions sociales (Baszanger, 1989). Cette spatialisation de la maladie contribue à renforcer la discrimination en même temps qu'elle en facilite le contrôle.

Une chose est certaine, la naissance des cliniques de la douleur a

profondément changé le discours sur la douleur. Depuis, la douleur s'inscrit dans le groupe des maladies chroniques, dont les seuls critères communs sont qu'elles occasionnent des traitements à vie, et qu'elles empêchent de fonctionner comme avant, sans parler de leur coût en termes de santé publique. Toutefois, la «douleur chronique» est aussi l'objet de plus en plus de thérapies alternatives soupçonnées à leur tour de vouloir profiter de la détresse du monde et de l'inscrire davantage dans les marges, à distance de la médecine officielle (Menges, 1984). Elle alimente aussi de nombreux forums santé et certains *blogs* et indique non seulement une tendance à médicaliser, mais aussi à commercialiser le champ de la souffrance et des émotions.

2. *LE DISCOURS (LIGNES D'ÉNONCÉ)*

- **Une nouvelle catégorie nosographique**

Dans cette nouvelle nomenclature, la « douleur chronique » se caractérise avant tout par ce qu'elle n'est pas. Elle n'est pas aiguë. Toutefois, la frontière entre aiguë et chronique est assez mince et arbitraire, reposant essentiellement sur un critère temporel de durée limite, la plus communément admise étant, plus de six mois. La «douleur chronique» est très certainement un phénomène complexe aux contours imprécis et la définition la plus communément admise internationalement témoigne bien de son ambiguïté. Elle la décrit comme une «sensation désagréable et une expérience émotionnelle associée avec une lésion des tissus patente ou latente ou décrite avec des termes évocateurs d'une telle lésion» (Jackson, 2005: 337). Il y est question de douleur du bas du dos, de lumbago, de sciatique, de douleur de la mâchoire ou encore de syndromes au nom savant: l'algodystrophie, le Syndrome Dououreux

Régional Complexe ou la fibromyalgie.

La douleur aiguë quant à elle, semble plutôt indiquer avant tout une limite. Dans le domaine de la santé, elle sert de signal d'alarme tout en indiquant le siège d'une lésion sous-jacente. En temps de guerre et en cas de torture, elle fixe le seuil d'acceptabilité en regard des droits de l'homme. En milieu professionnel, elle rend compte du seuil de tolérance physique face à la charge de travail. La douleur aiguë, donc, se rend utile et fait sens, tandis que la «douleur chronique», elle, évoque une temporalité tout autre, un problème récurrent, une lourdeur administrative, un fardeau. Elle pose une énigme.

«Il ne s'agissait plus, on l'a compris, de douleurs aiguës, mais de douleurs persistantes, rebelles aux thérapeutiques» (Baszanger, 1990: 262). Comme toutes les douleurs, elle est difficile à objectiver, mais, qui plus est, elle échoue au test diagnostique en ne répondant pas aux traitements habituels et se voit ainsi qualifiée de «rebelle». Un glissement s'opère alors du symptôme vers l'écart à la norme. Comme le dictionnaire l'indique, le terme de «rebelle», s'applique à ce qui résiste à l'action de l'homme, et révèle une certaine hostilité.

«REBELLE adj. et n.; lat. *rebellis*, «qui recommence la guerre», de *bellum*, «guerre» 1. qui ne reconnaît pas l'autorité du gouvernement légitime et se révolte contre lui. 2. LITTER. qui ne reconnaît pas l'autorité de certaines personnes ou de certains principes. 3. REBELLE À: qui ne cède pas, résiste, est réfractaire, hostile à (qqch.)... PAR EXT. Organisme rebelle à certains remèdes (CHOSSES) Qui résiste à l'action de l'homme. CONTR. Disciplinable, docile, soumis, souple» (Le Nouveau Petit Robert, 1993: 2108).

Parce qu'elle s'inscrit dans la durée, la «douleur chronique» finit par concerner tout le monde et avant tout les proches, la famille, les amis et les collègues, mais aussi le projet de société dans lequel elle s'actualise. Que ce soit sur le plan médical, sociétal ou individuel, la «douleur chronique» exige

toute une organisation. Récemment, elle s'est retrouvée inscrite au registre des maladies chroniques comme l'arthrose ou le diabète et bénéficie à ce titre d'une prise en charge médico-sociale. Elle constitue donc désormais un fait social. Ainsi, la douleur, à partir du moment où elle dépasse certaines limites liées à l'efficacité thérapeutique et à la temporalité, se qualifie pour une nouvelle catégorie nosographique caractérisée essentiellement par sa résistance au traitement, qui, de fait, la rend chronique.

«La pensée est le langage comme l'a dit Wittgenstein. Un vocabulaire technique est simplement un langage à l'intérieur d'un langage, de telle sorte qu'examiner ce vocabulaire revient à essayer de découvrir la réalité que les mots dévoilent ou cachent» (Laing, 1979: 18).

L'émergence d'une nouvelle catégorie nosographique «douleur chronique» n'est que la pointe de l'iceberg. En plus de révéler les limites du pouvoir médical à la comprendre et à la guérir, elle témoigne d'une volonté de contrôle associée à l'exercice de la médecine. Il me semble nécessaire à ce stade d'interroger les conditions d'apparition de cette nouvelle catégorie nosographique et ses effets. Comment on en est arrivé là et en quoi cela nous renseigne sur la société contemporaine et ses enjeux?

- **Les conditions de production du discours**

La construction d'une nouvelle catégorie de maladie sans preuve objective est pour le moins surprenante. L'anthropologue médical Ronald Frankenberg suggère à cet égard qu'en biomédecine, les conditions d'apparition et d'élaboration du discours sur la maladie relèvent avant tout d'un effort de faire coller symptômes et signes dans un tableau préexistant, chacun y allant donc de son modèle d'interprétation, de sa représentation de la maladie et de son modèle de prescription (Singer, 2004).

De nombreux discours ont été publiés sur la «douleur chronique» depuis 1961 et la naissance de la première clinique de la douleur. L'article de Richard Chapman, *New directions in the understanding and management of pain*, nous permet de mieux évaluer les conditions de production de cette nouvelle catégorie et nous indique combien la principale préoccupation à son sujet est d'ordre économique (Chapman, 1984). La «douleur chronique» est en effet la cause la plus fréquente d'invalidité aux États-Unis et dans la majeure partie des pays industrialisés, et elle représente aussi un coût majeur pour la société tout entière, en termes d'heures de travail perdues et de dépenses de santé. La recherche médicale s'y inscrit délibérément dans un contexte économique et social et cherche à comprendre pour mieux contrôler et produire du discours ou de nouvelles stratégies thérapeutiques. Ce tour d'horizon rend particulièrement bien compte de l'esprit classificateur, obstinément tourné vers l'observation et l'objectivation de la maladie qui prédomine depuis la naissance de la clinique et l'avènement d'une médecine positiviste (Foucault, 1972).

Ainsi, le trajet anatomique de la douleur et sa physiologie continuent de préoccuper les neurosciences, soucieuses d'objectiver et de rationaliser le processus douloureux. Leur cadre de réflexion les amène aussi à s'interroger sur le siège de la conscience et le rôle des hormones (Melzack, 2001; Boulanger, 2008). Avec le modèle théorique du portillon ou *gate control theory* les neurosciences ne considèrent toutefois que le symptôme et visent essentiellement à le supprimer. Ce modèle, qui repose sur le principe d'un contrôle de la transmission des messages de douleur à la conscience, a ouvert la voie à deux types d'approches dans lesquelles se sont engagés les anesthésistes et les comportementalistes. Les uns forgent leur attitude sur un modèle, dit scientifique, les autres, sur un modèle cognitivo-comportementaliste. Mais tous mettent l'accent sur le contrôle, et l'inscrivent donc dans une dynamique de pouvoir. Les premiers choisissent des moyens pharmacologiques de supprimer

tout simplement l'accès à la conscience des sensations douloureuses, en plein accord avec la mission première de la médecine de soulager la souffrance. Les autres, dont Fordyce, considèrent la douleur chronique comme un comportement «déviant», renforcé par des bénéfices secondaires d'ordre psychologique ou social qui nécessitent une rééducation (Chapman, 1984).

Dans ce cas, faute de visibilité et de diagnostic objectif, le discours dévie volontiers sur la conduite à tenir face à un comportement jugé déviant ou «rebelle» (Chapman, 1984). Désormais, ce n'est plus la douleur qui pose question mais le sujet et son comportement qui posent problème. La plupart de ces méthodes incitent à «fonctionner» avec et malgré la douleur, suggérant ainsi que celle-ci n'existe pas ou qu'elle est fortement majorée et qu'il suffit d'apprendre à l'endurer. Jugements de valeur qualifiant d'imposture ou de simulation de tels comportements et modèles de vertu, qui prônent l'endurance, font ainsi partie des *a priori* qui fondent ces méthodes et qui renversent le fardeau de la preuve sur celui ou celle qui souffre.

Dans cette dernière approche, on recommande fortement au personnel soignant de s'abstenir de toute attitude empathique, susceptible de renforcer une dépendance affective et une accoutumance. De la même façon, les indemnités de salaire, perçues lors de l'arrêt de travail justifié par la douleur, sont interprétées comme des bénéfices secondaires et considérées comme des facteurs supplémentaires de chronicité. En aucun cas, les conditions de travail ne sont considérées comme déterminants de la maladie, pas plus que les modes de relation interpersonnelles. Le discours fait abstraction de la réalité des conditions d'existence et des éventuels conflits entre différentes classes et groupes d'intérêts (Young, 1980).

«As we shall see below, clinical psychologists insist that tender loving care can inadvertently reinforce negative pain behaviours such as dependency and depression» (Kotarba, 1983: 40)⁵.

L'objet des recherches n'est plus alors la douleur en tant que telle. Il s'est déplacé vers le sujet qui devient responsable d'un comportement ou d'une personnalité en marge. Il convient alors de lui appliquer des méthodes éducatives, voire coercitives, en interdisant au personnel toute attitude empathique susceptible de renforcer un comportement orienté vers le gain d'affection. Les échanges entre experts et praticiens lors de séances de formation continue rendent compte des *a priori* renforcés par la théorie comportementale comme en témoignent ces commentaires des équipes soignantes.

«How can I design a drug detoxification program for the patient who lies about narcotic intake? What about the patient who simply refuses to cooperate with the pain center staff? How can I reconstruct a patient's lifestyle when his lawyer tells him to make the most of his injury and soak social security?» (Kotarba, 1984: 1396).⁶

Ces questions reflètent pour le moins, l'inadéquation de la prise en charge de patients, considérés comme de mauvais patients ou des imposteurs. Dans ces deux types d'approche, il apparaît que les présupposés sont conditionnés par les objectifs de résultats. Ainsi, les neurosciences articulent leur recherche sur les voies de transmission de la sensation et leur mécanisme afin de contribuer à la fabrication de nouveaux médicaments encore plus puissants ou plus efficaces. Elles construisent en grande partie leur

⁵ «Comme nous pourrions le constater plus loin, les psychologues cliniciens insistent sur le fait que des soins trop bienveillants peuvent malencontreusement renforcer négativement les comportements liés à la douleur comme la dépendance et la dépression.»

⁶ «Comment puis-je mettre en place un programme de désintoxication avec un patient qui ment sur sa prise de drogue? Que dire du patient qui refuse tout simplement de coopérer avec le personnel? Comment puis-je reconstruire le mode de vie d'un patient quand son avocat lui dit de tirer le maximum de profit de sa blessure et de faire casquer la sécurité sociale?»

raisonnement sur l'efficacité à supprimer la douleur en interrompant la transmission des sensations à la conscience et encouragent les progrès dans l'élaboration de produits initialement destinés à l'anesthésie, sans se préoccuper davantage de trouver un sens à la plainte.

Les approches cognitivistes, quant à elles, fortes de la résistance des «douleurs chroniques» aux remèdes habituels, et des risques d'accoutumance aux médicaments, préfèrent considérer la «douleur chronique» comme un comportement «anormal», facile à corriger par leurs méthodes. Chacune d'entre elles prêche pour sa paroisse et construit son discours sur des hypothèses qui confortent leurs résultats sans avoir vraiment démontré leur solidité. L'une comme l'autre se désintéresse fondamentalement du point de vue du patient et en particulier de son ressenti et de ses émotions.

«Nevertheless, not one member of the screening team has proposed approaching Robert and asking him to explain his discrepancies» (Kotarba et Seidel, 1984: 1398).⁷

Même si Chapman doit accepter la part *sine qua non* des émotions dans la prise de conscience de la douleur, aucune conduite thérapeutique n'en découle.

«Pain is a complex perception and not simply an alarm signal sent to the brain by injury sensitive nerve endings. Perception is incomplete unless the emotional state and the thinking cortex are coordinated with the pain signal from the injury» (Chapman, 1984: 1266).⁸

Ici, comme dans le cas des recherches sur le stress, le sujet est étudié en

⁷ « Néanmoins aucun membre de l'équipe de contrôle n'a proposé de se rapprocher de Robert pour lui demander d'expliquer ses divergences ».

⁸ «La douleur est une sensation complexe et pas seulement un signal d'alarme envoyé au cerveau par des terminaisons nerveuses sensibles à une blessure. Pour être complète, la sensation implique que l'état émotionnel et le cortex pensant soient coordonnés au signal de la douleur qui provient de la blessure».

dehors de son environnement habituel et de ses conditions de vie tant affective que professionnelle ou sociale (Young, 1980 :133). Chaque spécialité construit donc le discours qui convient à sa finalité, selon les enjeux économiques et politiques sous-jacents et trouve souvent ce qu'elle cherche, même si elle recourt souvent à des ellipses. De la même façon, Alan Young nous montre comment le modèle d'interprétation de Glass sur le stress repose sur le principe de la prédisposition et celui assez flou des circonstances favorisantes (Young, 1980: 139).

Mais, qu'il s'agisse des dernières découvertes en neurosciences ou en comportementalisme, il est toujours question d'un sujet conçu comme un modèle universel. Pour les uns, il est facile de considérer la «douleur chronique» comme une nouvelle forme d'hystérie, pour d'autres, comme une nouvelle façon de manipuler son entourage ou de profiter de l'État Providence. Cette nouvelle classification nous situe immédiatement dans une dualité d'ordre moral, qui porte à distinguer la douleur utile, de la rebelle, les bons, des mauvais malades, les malades dociles, des malades à problèmes: simulateurs, manipulateurs, ou hypochondriaques (Kotarba, 1984). Dans tous les cas, on assiste à une disqualification des dires du sujet souffrant et donc, de son discours, parce qu'il met en échec les modèles interprétatifs habituels. Ici, comme dans le cas du stress, on assiste à la légitimation des savoirs experts par la simple affirmation d'*a priori* cohérents avec le modèle de société conventionnel, au déni de ses limites et de problèmes structurels plus complexes (Young, 1980).

La recherche médicale parce qu'elle s'efforce le plus souvent possible de reproduire de façon expérimentale les conditions de la maladie hors de tout contexte familial se coupe ainsi de bien des réalités et surtout de la part subjective de la maladie. Elle s'inscrit délibérément dans un contexte

économique et social et renonce même à comprendre. Elle s'efforce désormais de produire de nouveaux modèles de contrôle, les *guide lines* ou conduites à tenir, de nouveaux discours et de nouvelles stratégies thérapeutiques sans égard au discours du patient. De cette façon, toutes les conduites soignantes sont évacuées au profit d'une conduite stéréotypée, sans aucune prise en compte de la plainte, si ce n'est pour la réduire au silence ou la disqualifier.

- **La confusion des genres**

La «douleur chronique» vient donc témoigner de l'inadéquation du modèle clinique qui veut objectiver une lésion pour l'inscrire dans un régime de vérité.

«While pain in general is seen as a biologically useful process, chronic pain is defined as any continuing pain that has lost its biological function»
(Bonica, 1976: 11; Black, 1979: 34 in Kleinman et al., 1992)⁹

Elle sème la confusion dans le monde médical et, parce qu'elle ne peut se qualifier dans la classe des maladies aiguës, se voit classée dans une nouvelle catégorie et assignée, à une unité spéciale, au sein de l'hôpital. Il n'en faut guère plus pour lui donner une identité, même fausse, et un principe de réalité. Échappant aux modèles opératoires habituels, la «douleur chronique» est finalement «adoptée» par la médecine comme maladie en 1961, en même temps que naît la clinique du Dr Bonica à Seattle.

«Models are ways of constructing reality, ways of imposing meaning on the chaos of the phenomenal world. Once in place, models act to generate

⁹ «Tandis que la douleur en général est considérée comme un processus biologiquement utile, la douleur chronique est définie comme une douleur persistante qui a perdu sa fonction biologique».

their own verification by excluding phenomena outside the frame of reference the user employs. Models are indispensable but hazardous because they can be mistaken for reality itself rather than as but one way of organizing that reality. Even within the definition of disease as organ pathology, disease is not entity but a relational concept» (Eisenberg, 1977: 18)¹⁰.

Les modèles opératoires se superposent sans parvenir à percer le mystère. Une des raisons probables de cet échec réside en particulier dans l'incapacité de la biomédecine à incorporer le ressenti et l'expérience de la sensation dans son modèle de pensée objectivante et positiviste. Sa qualité éminemment subjective vient en effet confronter l'impératif d'objectivité que s'est donné la médecine positiviste depuis la naissance de la clinique au Siècle des Lumières. Elle vient aussi menacer l'équilibre social en ce qu'elle témoigne d'un corps souffrant, inapte à la production, et insoumis aux injonctions thérapeutiques. Elle révèle une des failles de son savoir basé sur des évidences et sur l'objectivation des signes. Elle met en péril l'ascendant médical et le regard posé sur le corps des patients, un des rouages essentiels du biopouvoir qui l'inscrit de fait dans un contexte politique (Foucault, 1963).

La «douleur chronique» sème la confusion en ne répondant pas aux mêmes traitements que la douleur aiguë. Pour certains auteurs, elle perd sa fonction biologique d'alarme dès qu'elle dure au-delà de la norme d'acuité (Jackson, 1992). C'est alors qu'elle menace à la fois l'intégrité du sujet assailli par une douleur incontrôlable et l'autorité médicale qu'elle confronte à ses limites et qu'elle déstabilise.

¹⁰ «Les modèles sont des moyens de construire la réalité, des moyens d'imposer un sens au chaos du monde phénoménal. Une fois en place, les modèles s'emploient à perpétuer leur propre vérification en excluant tout phénomène situé à l'extérieur du cadre de référence que l'utilisateur utilise. Les modèles sont indispensables mais peu fiables parce qu'ils peuvent être confondus avec la réalité plutôt que de rester seulement un moyen parmi d'autres, d'organiser cette réalité. Même au sein de la définition de la maladie comme une pathologie reliée à un organe, la maladie n'est pas une entité à part entière, mais un concept relationnel».

«A second source of confusion derives from unsuccessful attempts to incorporate experience and feeling into a basically biomedical model. Whereas many pain researchers agree with the definition supplied by the International Association for the study of Pain Subcommittee on Taxonomy that pain is «an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage»» (Jackson, 2005: 337)¹¹.

De nombreux auteurs relatent ainsi l'opposition entre le principe compassionnel qui justifie la prescription d'anesthésiques puissants et le jugement de valeur porté sur le comportement sans aucune place laissée au colloque singulier et à la prise en compte de la réalité du patient. Dans la plupart des cas, la relation établie ne semble pas tenir compte de l'opinion du patient ni de ce qu'il ressent. Le paradigme scientifique issu des découvertes de l'anatomo-clinique au Siècle des Lumières semble faire oublier que la maladie est aussi une histoire, un vécu, des émotions comme nous le rappelle Eisenberg.

«Once illness is reconceptualized as a disruption in an ongoing biosocial matrix, we will be less likely to pursue disease as a thing in itself. The chase after that will-o'-the-wisp recalls a remark attributed to Gertrude Stein. Commenting on a nondescript American town, she said «When you get there, you discover there's no there there!» (Eisenberg, 1977: 21)¹²

¹¹ «Une deuxième source de confusion vient de tentatives infructueuses de combiner expérience et sensation dans le modèle biomédical de base. Tandis que beaucoup de chercheurs sur la douleur acquiescent avec la définition proposée par le Sous-comité de Taxonomie de l'Association pour l'étude de la Douleur qui considère que la douleur « est une sensation désagréable et une expérience émotive associée à un dommage tissulaire actuel ou potentiel ou décrit comme tel».

¹² «Une fois la maladie reconsidérée comme une rupture de la matrice biosociale en cours, nous serons moins tentés de la voir comme une chose en soi. La poursuite de ce feu follet me rappelle la remarque attribuée à Gertrude Stein qui commentant une ville américaine non définie disait «*Quand vous arrivez là, vous vous apercevez qu'il n'y a rien là, là!*»».

3. *LES LIGNES DE FORCE*

Ces lignes s'expriment habituellement selon deux grands axes, celui de la relation thérapeutique et celui des contraintes financières qui découlent d'un arrêt de travail.

- **La relation médecin-malade**

Dans le cas de la «douleur chronique», la relation médecin-malade se construit en terrain particulièrement miné. Elle n'est qu'un des exemples de la dégradation des liens sociaux du sujet souffrant, jugé, catalogué et contraint de se justifier de tous bords. Elle n'est souvent que le révélateur ou même le catalyseur de nouveaux conflits qui contribuent ainsi à sa chronicisation. Le sujet qui souffre s'y confronte à celui qui sait et qui détient le pouvoir de soulager ou de légitimer. De nombreux récits témoignent de la lutte de ces malades «pas comme les autres», pour conserver leur intégrité tant physique que morale, leur crédibilité, leur légitimité, aussi bien auprès de leurs parents et amis que de leurs collègues et des médecins (Brodwin, 1992). Certes, la «douleur chronique» met le raisonnement scientifique à rude épreuve et certains patients se voient même catalogués de *problem patient*, ce qui en dit long sur la qualité de la relation et le mélange des genres (Kleinman et Good, 1985: 448). Ce qui prédomine dans les injonctions thérapeutiques ce sont les moyens d'augmenter ses chances de «fonctionner» convenablement, de coûter moins cher à la société, sans se soucier davantage de l'intensité de la douleur ou du sens à lui donner (Schaeffer, 1983). Les «bons» patients sont ceux qui endurent la douleur et continuent de fonctionner sans laisser paraître aucune souffrance.

La relation thérapeutique témoigne ainsi du plus grand déséquilibre des forces en présence (Kleinman, 1992). La relation de confiance pourtant indispensable à la constitution de l'alliance thérapeutique manque de bases solides et de certitudes pour s'établir convenablement. La communication est biaisée par le manque de connaissances et l'impuissance à guérir qui mine l'autorité médicale. Ce qui a changé surtout, c'est le regard médical, qui devient de plus en plus obsessif, au détriment d'une écoute sensible de l'histoire de la maladie et de la part singulière invisible de la souffrance humaine.

Ainsi, c'est toute la culture de médecine qui se trouve ébranlée et la fonction thérapeutique qui se trouve questionnée. Mais le traitement prescrit est un des aboutissements de la relation et à ce titre, mérite que l'on s'y attarde parce qu'il s'attache plus souvent à faire disparaître le symptôme ou tout au moins à conserver au corps, considéré comme un outil, un maximum de productivité. La personne souffrante se voit analysée à travers son comportement et se voit proposer des techniques de gestion de la douleur et d'amélioration de son confort, rarement une véritable écoute de sa plainte.

«Le traitement de la douleur chronique n'est pas résolu et cela est dû à plusieurs raisons : sa solution dépend de plusieurs facteurs qui sont en conflit, on n'a pas l'habitude de l'évaluer globalement, elle ennuie, elle est symptomatique et ses paradoxes sont déconcertants, car ils mettent en jeu toute la complexité sociale, comportementale et culturelle de l'individu» (Allué, 1999: 130).

Comment ne pas questionner alors l'absurdité d'une relation basée sur la suspicion et construite sur un idéal de contrôle qu'elle s'efforce de communiquer au patient comme objectif ultime? Comment parler de communication s'il n'est fait aucune place à la plainte et si tous les dires du patient sont soumis au détecteur de mensonges ou considérés comme des moyens d'accès à des bénéfices secondaires? Pourquoi ne pas retourner alors, la question des bénéfices secondaires vers le champ du politique ou de

l'économique qui gagnent à considérer comme pathologique un symptôme, qui ne répond pas aux injonctions habituelles et qui, de fait, symbolise un refus de se conformer aux contraintes de productivité? Comment ne pas interroger ce comportement dans une perspective systémique comme nous le suggère, en quelque sorte Michel Foucault, avec son modèle de dispositif où s'articulent et se chevauchent des lignes d'inflexion multiples?

À cet égard, il me faut souligner d'emblée que les danseurs de mon étude se distinguent des patients décrits dans la littérature et ne semblent pas s'inscrire dans le même modèle de relation médecin-patient. Étonnamment, les danseurs semblent presque totalement affranchis de l'autorité médicale et attribuent rarement à la médecine un rôle thérapeutique. Quand ils vont voir un médecin, ils ne s'attendent même pas à y être entendus. On dirait même qu'ils ont renoncé à ce droit depuis longtemps et ont préféré se tourner vers des médecines plus douces, où l'écoute ferait partie du traitement. On dirait qu'ils y vont vraiment en dernier recours, quand tout le reste a échoué ou qu'ils n'ont pas les moyens de se payer un traitement non conventionnel. Le médecin n'existe à leurs yeux que dans une fonction de prescription, dans une place de toute-puissance, certes, mais plutôt avec le pouvoir de débloquent des rendez-vous de radiologie plus rapidement ou de valider la blessure en vue de bénéficier des indemnités de salaire ou de traitements coûteux et répétés, rarement pour prescrire des anti-douleurs qui ne seraient pas en vente libre. Une ligne de force de nature similaire se trouve plutôt au niveau de la relation interprète-chorégraphe (Fortin, 2009).

- **Le fardeau social de la maladie**

La Santé Publique nous renseigne sur le virage épidémiologique auquel

fait face notre époque avec l'augmentation préoccupante du nombre de maladies chroniques. Cette évolution semble résulter à la fois de la dégradation de nos conditions de vie, appelées «déterminants sociaux de la maladie», et aux prouesses technologiques qui repoussent les limites de la mortalité aux deux extrémités de la vie. L'inflation des maladies chroniques et le vieillissement de la population alourdissent ainsi la dette liée au principe de la justice sociale. Il en résulte une augmentation du fardeau économique lié au coût des médicaments et au nombre de journées non travaillées indemnisées, dont l'État Providence s'est porté garant. La «douleur chronique», cause la plus fréquente d'invalidité aux États-Unis et dans la majeure partie des pays industrialisés représente aussi un coût majeur pour la société tout entière, en termes d'heures de travail perdues et de dépenses de santé (Chapman, 1984). Le Centre National de Statistiques en Santé estime à 76.5 millions, le nombre d'Américains en douleur chronique, dont 60% souffre d'arthrite et de mal au dos (Suddath, 2011).

Ainsi, les compensations financières en vertu des lois sur les maladies professionnelles et sur les accidents du travail participent de ces lignes de force en fixant les conditions de conformité au modèle désigné par les autorités médicales. Le médecin s'y retrouve pris à une place impossible d'évaluation de la légitimité de l'indemnisation et participe de fait, au processus de contrôle. Pour certains, en donnant accès à une indemnisation en cas de lésion professionnelle ou d'accident du travail, la création d'une nouvelle catégorie nosographique crée les conditions de la chronicité et renforce la théorie de l'imposture ou du bénéfice secondaire (Baszanger, 1989). La «douleur chronique», bien qu'invérifiable, donne droit à des indemnités de salaire et à des prescriptions, sans qu'à aucun moment, les conditions de travail ne soient remises en question, laissant ainsi entrevoir une nouvelle ligne de force à caractère économique et sociétal.

La population à l'étude, celle des danseurs et des danseuses, se distingue également en la matière puisque très peu sont salariés d'une compagnie. Ce fait démontre bien la fragilité de la théorie de l'imposture ou des bénéfices secondaires dans la généalogie de la «douleur chronique». À cet égard, le travail de Michel Perreault est toujours remarquablement d'actualité. Sa recherche effectuée pour le compte de l'Institut de Recherche en Santé et Sécurité au Travail

«[...]révèle que plus de trois danseurs sur cinq n'arrêtent pas leur travail lors d'une blessure accidentelle, en invoquant la pression du milieu et leur passion pour le métier. Également, plus de 60% des blessures n'ont fait l'objet d'aucune consultation. Le cas échéant, les danseurs entreprennent seuls les démarches auprès des thérapeutes, et consultent jusqu'à six thérapeutes pour une même blessure» (Perreault, 1988: 2).

Ce docteur en psychologie considère que le statut d'artiste des danseurs et danseuses professionnels suffit à les marginaliser par rapport à d'autres types de travailleurs et à ce titre, force m'est de constater, comme lui, que peu de liens existent «entre les organisations de danse et les professionnels de la santé» (Perreault, 1988).

4. *LES LIGNES DE FRACTURE*

- **Seuil, limite, frontière**

Dans le cas de la «douleur chronique», on peut se demander jusqu'à quel point les sujets concernés se sont infligés des règles rigoureuses ou se sont efforcés de dépasser les limites du possible pour se conformer aux exigences de leur entourage ou aux normes sociétales, telles qu'ils les ont intégrées. Il est

question de limites à l'endurance et d'interactions avec le réseau familial, professionnel et thérapeutique. Il est question de seuil à partir duquel l'organisme ou la personne se met en quête de l' «Autre», porteur du savoir et du pouvoir de le soulager. Le sujet s'y voit profondément confronté à ses limites tant physiques que psychiques. Il parle de douleurs envahissantes, intolérables, insupportables. Mais, c'est paradoxalement l'irruption de la douleur qui oblige le sujet à prendre conscience de son corps et à souhaiter en prendre soin.

«Lorsqu'ils franchissent leur seuil de tolérance personnelle à la douleur, tous les travailleurs amorcent un parcours médical. La douleur est alors perçue comme « anormale » et représente un premier point de rupture (voir la figure 6 ci-contre). Une « rupture » réfère à un événement marquant qui provoque une discontinuité dans la vie quotidienne (G. Becker, 1997), ce qui amène une personne à remettre en cause ce qu'elle tenait jusque-là pour «normal» et l'oblige à développer des stratégies nouvelles pour faire face à cette situation (Bury, 1982)» (Baril, 2008: 42).

Dans le cas des danseurs, encore une fois, le parcours est un peu différent, car ils s'adressent plus volontiers à des ostéopathes qui connaissent le corps de façon plus approfondie, d'après eux, mais qui malheureusement, ne sont pas remboursés. Les danseurs investissent énormément dans l'entraînement et l'entretien de leur corps puisque, depuis peu, la performance physique est devenue un *leitmotiv* associé au monde de la danse contemporaine. Ils suivent volontiers des cours de yoga ou de *Pilates* avec pour principale motivation de se muscler ou d'accroître leur souplesse et de se protéger ainsi des blessures ou de prolonger leur durée de vie professionnelle. Désormais, ils ont le sentiment de connaître et de maîtriser de mieux en mieux leur corps qu'ils considèrent comme un outil de travail, à entretenir, à polir, à sculpter...

La représentation du corps en Amérique du Nord se décline en effet volontiers en référence au muscle. Ce modèle de force musculaire par

excellence renvoie une fois de plus au Protestantisme et au mérite qui procède du labeur. Même Yvonne Rainer, connue pour sa contestation de tout académisme en danse contemporaine, prend le risque en 1968 de réduire le corps à sa seule force de travail et de production en suggérant une représentation du corps tout en muscles et en intitulant sa pièce trio A: «*The Mind is a muscle*». Ce titre se veut sans doute provocateur et témoigne surtout d'un effort de désobjectivation du corps dansant et de libération de concepts jugés trop intellectuels, issus des écoles de Martha Graham et de Merce Cunningham. Quelles que soient les interprétations de cette pièce et de son titre, le duel corps-esprit semble bien figurer au programme. Lors d'une conférence sur la transmission du travail chorégraphique d'Yvonne Rainer et de sa pièce trio A, dans le cadre de l'événement VIVA en 2011, il m'a semblé qu'avec le temps, le corps et sa gestuelle s'inscrivaient désormais dans une même lignée, à la façon des grandes traditions ancestrales. Un retour au geste après avoir renversé l'autorité du mental et être sortie des excès du lyrisme émotionnel semble avoir rétabli une certaine harmonie et réuni le corps et l'esprit dans une seule et même expression.

L'enjeu en effet est double dans le cas des danseurs. Leur corps est aussi leur outil de travail et la douleur vient les prévenir d'un point de faiblesse dont ils doivent prendre soin. La douleur vient les avertir de ne pas forcer à tel ou tel endroit, de ne pas trop solliciter tel ou tel muscle ou articulation parcequ'ils ont besoin d'être en pleine possession de leurs moyens. Il est donc question de limite à ne pas dépasser mais de quelle limite s'agit-il?

5. *LES LIGNES DE SUBJECTIVATION*

- **Duel corps-esprit**

Dans les récits de vie, il est question de conflit interne, de stratégie et de négociation au sein des relations les plus intimes prouvant que le dispositif existe aussi dans les moindres replis du corps du sujet. Le sujet semble pris, lui aussi, dans le dualisme corps-esprit qui imprègne la société tout entière et influence nos comportements quotidiens. Le corps, en signalant sa présence, s'impose à la conscience et, de fait, semble concurrencer l'esprit, le sujet se trouvant confronté corps et âme, contre sa volonté. Il est même question d'assaut ontologique (Garro, 1992; Menges, 1984). La «douleur chronique» par la force de son invisibilité vient menacer tout l'édifice positiviste. Il s'agit d'une force que l'on pourrait qualifier de révolutionnaire tant elle se construit sur des blessures de l'âme peut-être encore davantage que du corps. Mais c'est alors le corps qui y exprimerait un refus d'obéir aux injonctions de l'esprit. «Nous avons tous du pouvoir dans le corps» (Foucault, 1997: 27). Le sujet est pris entre la culpabilité de ne pas arriver à se conformer aux attentes de la société et le souci de garder le contrôle sur un corps perçu comme déviant. Médecin et patient se rejoignent habituellement dans une même vision duelle du corps et de l'esprit, et dans un même effort de garder le contrôle sur un corps qui leur échappe à tous les deux (Baszanger, 1989: 426). La douleur devient alors «comme une entité exogène pénétrée par effraction dans le corps d'un individu qui n'y est pour rien» et «le symptôme, loin d'être appréhendé comme le message d'une modification à interpréter, demeure bel et bien l'ennemi à abattre, en puisant dans l'arsenal des formes élémentaires de la guérison qui ont fait leurs preuves» (Laplantine, 1984: 641).

Dans le cas particulier des professionnels de la danse, qui participent à cette recherche, les douleurs en lien avec les usages du corps renvoient à des troubles musculo-squelettiques, liés à des accidents ou à l'usure des articulations. Les lésions ainsi occasionnées par un usage professionnel du corps entrent dans le cadre de la loi sur les accidents de travail et donnent accès à des indemnités de salaire. Ce cadre professionnel renvoie donc au fardeau social de la maladie et à la spirale infernale d'éventuels bénéfices secondaires habituellement associés à la « douleur chronique ». Le corps du sujet souffrant se retrouve ainsi pris au creux d'un réseau complexe de forces économiques, sociales et politiques qui dépasse largement le cadre médical.

«Cet investissement politique du corps est lié selon des relations complexes et réciproques à son utilisation économique; c'est, pour une bonne part, comme force de production que le corps est investi de rapports de pouvoir et de domination; mais en retour sa constitution comme force de travail n'est possible que s'il est pris dans un système d'assujettissement (où le besoin est aussi un instrument politique soigneusement aménagé, calculé et utilisé)» (Foucault, 1975: 30).

Plus elle se chronicise, plus la douleur se complexifie et plus elle pose problème. Pourtant quels que soient les causes ou les mécanismes sous-jacents, il est question de «blessure» et c'est l'histoire de cette blessure que je me propose de recueillir et de relater afin de mieux saisir comment on en est arrivé là.

III. HYPOTHÈSE: UN POINT DE VUE OBLIQUE

Le phénomène «douleur chronique» en appelle donc en premier lieu d'une critique d'inspiration biopolitique, orientée vers le champ de la médecine, du soin et du politique. Mais j'émetts l'hypothèse qu'elle est aussi le reflet des apories contemporaines en termes d'usages et de rapport au corps et à sa force de production. La «douleur chronique» serait l'expression d'une double détresse, à la fois sociale et existentielle qui marque les limites du paradigme mécaniste et de la pensée duelle. Elle pose un problème de société dont elle serait le symptôme et s'inscrit de fait au sein d'un dispositif, mais qui dépasse largement le champ de la médecine. Pour mieux en rendre compte, j'examine une douleur en lien avec les usages du corps et ses effets sur un corps perçu dans sa dimension physique, sociale, politique et ontologique.

I. LE CORPS POLITIQUE

La qualité éminemment subjective de la douleur vient délibérément confronter l'impératif d'objectivité que s'est donné la médecine positiviste depuis la naissance de la clinique (Foucault, 1963). Le regard médical posé sur le corps l'inscrit de fait dans un contexte politique. Depuis le Siècle des Lumières, la médecine réussit en effet à superposer, «l'espace de configuration de la maladie et l'espace de localisation du mal dans le corps» grâce aux «privileges accordés à l'anatomie pathologique» (Foucault, 1963: 1). La douleur en elle-même n'est pas un phénomène nouveau comme en témoignent la plupart des ouvrages médicaux depuis l'Antiquité (Rey, 1993). Ce qui change, c'est le regard médical, qui devient de plus en plus obsessif, au détriment d'une écoute sensible de l'histoire de la maladie et de la part

singulière invisible de la souffrance humaine. C'est alors que la pratique de l'examen clinique (inspection, palpation, percussion, auscultation) devient indispensable à l'interprétation objective de signes, dits fonctionnels.

«Les figures de la douleur ne sont pas conjurées au bénéfice d'une connaissance neutralisée; elles ont été redistribuées dans l'espace où se croisent les corps et les regards. Ce qui a changé, c'est la configuration sourde où le langage prend appui, le rapport de situation et de posture entre ce qui parle et ce dont on parle» (Foucault, 1963: VII).

Ce symptôme, subjectif s'il en est, met dangereusement en péril l'autorité médicale et révèle une des failles de son savoir basé sur des évidences et sur l'objectivation des signes. L'urgence qui justifierait la mise en place d'un tel dispositif serait donc la mise en péril du savoir-pouvoir et de l'ascendant médical sur le corps des patients, un des rouages essentiels du biopouvoir. Mais, en témoignant d'un corps souffrant, inapte à la production, et insoumis aux injonctions thérapeutiques, elle vient aussi menacer l'équilibre social. La «douleur chronique», dit tout haut la souffrance du travailleur ou du mal-aimé. Le corps devenu ainsi non-productif, elle entraîne toute une série de mesures disciplinaires et de réactions en chaîne, qui témoignent des relations de pouvoir à l'œuvre au sein d'un dispositif, au sens où l'entend Michel Foucault.

«Ce que j'essaie de repérer sous ce nom c'est, ... un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques; bref, du dit, aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même c'est le réseau qu'on établit entre ces éléments [...]» (Agamben, 2007: 8-9).

Les compensations financières, en vertu des lois sur les maladies professionnelles et sur les accidents du travail, s'inscrivent dans ce dispositif en fixant les conditions de conformité au modèle désigné par les autorités médicales. Dans le même temps, l'industrie pharmaceutique et de multiples

professions (ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychologues, préposés aux bénéficiaires...) profitent de l'opportunité d'une souffrance insaisissable, mais désormais médicalisée. Le corps du sujet souffrant se retrouve ainsi pris au creux d'un réseau complexe de forces économiques, sociales et politiques qui dépasse largement le cadre médical. Michel Foucault décrit très bien la subtilité des mécanismes de pouvoir à l'endroit du corps, qu'il nomme technologie politique du corps, contribuant à le maintenir dans un cadre socialement acceptable et à le garder ainsi sous contrôle. Il y est question de jeux de pouvoir et de rapports de force dont les effets sont d'ailleurs parfois reconduits par ceux et celles sur lesquels il s'exerce, quand ils s'efforcent de correspondre au modèle dominant, comme dans le cas de la «douleur chronique».

«On y traiterai du corps politique comme ensemble des éléments matériels et des techniques qui servent d'armes de relais de voies de communication et de points d'appui aux relations de pouvoir et de savoir qui investissent les corps humains et les assujettissent en en faisant des objets de savoir» (Foucault, 1975: 33).

2. *LES INTERACTIONS CORPS PHYSIQUE - CORPS SOCIAL - CORPS POLITIQUE*

La «douleur chronique» arrive au lendemain de l'ère industrielle, quand la mécanisation du travail met le corps en concurrence avec la machine, et que le paradigme mécaniste prend le pas sur l'humanisme dans le champ médical. Sa localisation souvent diffuse, sans substrat anatomique connu, nous pose inévitablement la question des usages du corps en contexte post-industriel dans une société de consommation basée sur le profit. Des entrevues pratiquées dans le cadre de la santé au travail révèlent le lien entre les limites du corps physique et celles du corps social et les stratégies d'adaptation que représentent l'arrêt de travail et le passage au statut de malade.

«La société, asteure, elle roule à 100 milles à l'heure, puis t'as pas le temps de t'occuper de toi [...] faut que tu coures aller chercher tes enfants, faut tu coures faire ci, faire ça... Mais s'ils prenaient le temps un peu de s'en occuper, bien, regarde, ça irait déjà pas mal mieux. Parce que les maux de dos puis les *burn out*, puis les dépressions, m'a te dire que... moi, tout le monde connaît quelqu'un qui a eu ça. (*Intervieweur : fait que t'es devenu conscient de plein de choses, dans le fond?*). Mets-en. Toute une prise de conscience cet été. C'était un été de conscientisation.» (Participant 11, temps final) (Baril, 2008: 47).

Ce témoignage en dit long sur les mécanismes de rejet de travailleurs, perçus comme des éléments non-productifs. Quand la cadence s'accélère au rythme des exigences de productivité et de rivalité de compétence avec la machine, quand le temps se compte en argent. La douleur, parce qu'elle est chronique, a évidemment beaucoup de répercussions sur le plan social. La relation médecin - malade n'est qu'un exemple des nombreuses interactions plus ou moins heureuses avec l'entourage.

La «douleur chronique» concerne la société tout entière, même si la Santé publique rechigne un peu à l'inclure dans la catégorie des maladies chroniques au même titre que le diabète, l'obésité, l'asthme et l'hypertension artérielle. Il s'agit donc bien d'un phénomène contemporain aux allures de maladie insaisissable, indéfinissable et en tout cas, difficile à classer, qui ressemble étonnamment à un signe de résistance au changement. Elle s'inscrit dans un moment critique, où les vieux modèles peinent à l'inscrire dans leur cadre trop étroit. Dans les discours, il est souvent question de déviance, de nouvelle forme d'hystérie, de bénéfices secondaires, d'imposture, de carrière, très peu de souffrance humaine.

3. LA DUALITÉ CORPS-ESPRIT

La «douleur chronique» reflète, à mon sens, la dualité corps-esprit qui influence nos pratiques et nos pensées depuis Descartes et qui soumet le corps aux *dictats* de l'esprit. La douleur surgirait alors comme une révolte de la part sensible de l'humain pour avoir enfreint les limites de l'acceptable, en termes d'usages du corps.

«The body in health offers a model of organic wholeness; the body in sickness offers a model of social disharmony, conflict, and disintegration. Reciprocally, society in «sickness» and in «health» offers a model for understanding the body» (Scheper-Hugues et Lock 1987: 7).¹³

La «douleur chronique» m'évoque de façon métaphorique ce que J. C. Scott appelle l'arme du faible, *the weapon of the weak*, la révolte sourde qui gronde et qui caractérise les phénomènes de résistance et de désobéissance civile des paysans de Malaisie vis-à-vis des propriétaires terriens (Scott, 1985). Cette douleur insaisissable et invisible qui résiste à l'entendement participe d'une double révolte en ce qu'elle rend le corps inapte au travail en même temps qu'elle grippe de plus en plus la machine économique. La douleur prend alors le sens d'une rupture de contrat moral et social, mais aussi de rébellion du corps contre la dictature de l'esprit. Le sujet y est confronté à la fois à une angoisse ontologique, à une limite à l'exercice du pouvoir de l'esprit sur le corps et à une incapacité à soumettre le corps à son contrôle. Il se décrit souvent comme pris en otage par une douleur incontrôlable, qui remet en question tout un monde de certitudes, un monde «pris pour acquis», mais qui, soudain, ne l'est plus (Kleinman, 1992). La douleur y occupe une place presque mystique tant sa description évoque celle d'une expérience cathartique.

¹³ «Un corps en santé fournit un modèle de plénitude organique, un corps malade en fournit un de désaccord social, de conflit et de désintégration. Réciproquement, une société malade ou en santé offre un modèle de compréhension du corps».

C'est désormais la douleur qui fait autorité dans l'économie du sujet et dans ses choix de vie. Reprenant ainsi un modèle métaphorique de représentation du corps qui renvoie au «système de correspondance entre le corps humain et l'État, propre à la médecine chinoise», j'envisage la douleur comme signal que la limite est dépassée, que le contrat social est rompu entre le sujet et le corps du sujet, entre le corps et l'âme. «Il en ressort qu'il est inutile de chercher à agir à l'extérieur tant que l'ordre intérieur n'est pas assuré, car il existe une priorité absolue du corps humain» (Benoist et Cathebras, 1993).

La douleur constitue en effet un signal d'interruption, un assaut ontologique (Garro, 1992), en ce qu'elle oblige le sujet à suspendre toute pensée et toute action. Ce phénomène renvoie à un modèle holiste du corps, proche du modèle taoïste de «corps-paysage», mais aussi de corps-famille ou de corps-état (Benoist et Cathebras, 1993). La «douleur chronique» reconsidérée au sein d'un corps conçu comme un microcosme ou comme un tout redevient le symptôme d'un malaise intrinsèque et d'un conflit intérieur. Le corps serait comme une *arena*, un lieu d'enchevêtrement de lignes selon lesquelles s'exercent pouvoirs et savoirs multiples. La «douleur chronique» en serait un des effets souvent perçu par la seule extrémité de sa révolte.

4. *LE CORPS SUBJECTIF*

Parce que le corps médical est désigné pour soulager les souffrances morales autant que physiques, surtout depuis le désintérêt pour le religieux, c'est à lui qu'incombe le fardeau du contrôle de la douleur. En Europe, ce sont les appels à mourir dignement qui ont convaincu les autorités de laisser aux médecins le soin de soulager la douleur, une fois constaté l'échec à guérir le cancer. En France, depuis 1998, le Dr Kouchner, ministre de la Santé de

l'époque, a même instauré une loi qui banalise les traitements morphiniques en fin de vie. Curieusement, l'accès à des médicaments efficaces semble désormais dispenser du colloque singulier avec un patient souffrant.

La «douleur chronique» vient donc révéler un vide de sens et une incapacité du monde médical à prendre en compte la part subjective de la réalité de celui qui souffre autrement qu'en le cataloguant comme «malade», pour mieux ignorer sa plainte. Elle pose la question du rapport à l'altérité et au changement, des multiples façons de mater les révoltes ou de nier les problèmes. La «douleur chronique» agirait donc à la fois au niveau individuel et au niveau sociétal en ce qu'elle viendrait gripper la machine et rendre compte des limites du paradigme mécaniste qui imprègne nos comportements, autant que notre système de soins, notre besoin d'être fonctionnel à n'importe quel prix et notre course effrénée vers le profit.

La «douleur chronique» nous obligerait à nous immobiliser, à suspendre notre pensée et à reconsidérer nos priorités. Parce qu'il y a du pouvoir dans le corps (Foucault, 1997) et que le pouvoir prend appui sur des besoins, parce que le droit à la santé est reconnu comme un droit universel, la question du pouvoir dans le domaine de la santé n'a pas de réponse simple. La «douleur chronique» pose les limites du paradigme mécaniste, de l'universalité des corps, de l'hégémonie du matériel sur le spirituel, d'un régime économique basé sur la richesse issue de la force de travail.

Par ailleurs, le besoin de conformité au modèle sociétal dominant rend impératif de fonctionner comme si de rien n'était et justifie la prescription d'antalgiques puissants à la demande du sujet qui souffre. La «douleur chronique» vient donc révéler l'incapacité du sujet à prendre en compte un corps qui lui échappe, tout comme l'incapacité de l'ensemble de la société à s'interroger sur les conditions d'apparition de ce phénomène et à remettre en

question les fondements de sa pensée et ses *a priori*.

Dans le cas particulier des professionnels de la danse, la «douleur chronique» pourrait représenter un frein à la volonté de briller, de se produire sur scène, de «performer» à tout prix, de se conformer aux *dictats* des arts du spectacle. Se faisant, la «douleur chronique» viendrait enrayer la machine de la production culturelle et grossir la masse des handicaps. En cela, la «douleur chronique» constitue un élément d'autant plus déterminant de changement et de prise de conscience sociétale. La «douleur chronique», même si elle repose sur des mécanismes complexes et souvent inconscients, voire sur une volonté de bien faire, constitue *de facto* un geste de résistance passive qui freine la productivité de toute une société. Les coûts qui s'y rattachent, surtout en contexte de travail, la rendent bien réelle et en font un problème toujours irrésolu qui réclame l'attention. Comme elle entrave le corps physique, elle finit par entraver le corps social et questionner les *a priori*.

IV. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Le sujet de cette recherche m'est venu de l'observation et de l'écoute pendant trois années consécutives, à raison d'une à deux fois par semaine, d'une personne adressée par la clinique de la douleur de l'Hôtel-Dieu. Cette femme souffrait alors d'une «douleur chronique» de type fibromyalgique. Lors de son accompagnement thérapeutique par le Qi Gong j'ai constaté la corrélation entre les symptômes d'un corps souffrant, ses usages et les paradigmes sociétaux à l'œuvre, ce que Marcel Mauss a été le premier à énoncer dans son observation des «techniques du corps» (1936).

J'ai souhaité alors orienter ma recherche plus précisément vers des professionnels, dont le corps représente le principal outil de travail, et dont la réputation d'exercer un «métier de vocation» rend la plainte d'emblée légitime (Sorignet, 2004). J'ai ainsi documenté les récits de vie en lien avec la «douleur chronique» chez les danseurs et danseuses professionnels. Ce terrain m'est en effet apparu tout désigné pour rendre compte des conflits à l'œuvre au creux de cet «outil du danseur, le corps, qui, parce qu'il se confond avec l'être (un violoniste n'est pas son violon), finit par envahir toute la danse» (Verrière dans Bastin, 2010). Le corps dansant témoigne en effet, à sa façon, d'enjeux de pouvoir multiples, au sein d'une profession à la fois physique et artistique, souvent cataloguée d'art du «spectacle». La danse exige en effet un effort physique, auquel s'ajoutent des exigences d'interprétation, de représentation, voire de sacrifice sur l'autel de la création, pour le seul plaisir du public.

Je choisis donc de recueillir les récits de vie d'une douzaine de danseurs et danseuses professionnels ayant eu ou ayant une «douleur chronique», depuis plus de six mois. Je n'ai certes pas la prétention d'avoir ainsi un échantillon

représentatif du monde de la danse québécoise, qui compte plus de 70 compagnies (Plan directeur de la danse professionnelle au Québec 2011-2021). Toutefois, par une analyse comparative des différents récits, j'espère dégager les lignes de convergence ou de fuite et rendre ainsi mieux compte des principaux enjeux de société à l'œuvre, en regard des usages du corps. Je tente de mettre en évidence les lignes de force qui s'appliquent au corps « occidental », en contexte de travail, de mettre à jour les paradigmes et les discours dominants vis-à-vis d'un corps souffrant, et de rendre compte des différences de trajectoire, s'il en est.

Y a-t-il des injonctions sociétales ou culturelles implicites qui conduisent à la «douleur chronique»? Quels sont les mécanismes à l'œuvre dans la chronicisation de la souffrance physique? Quel sens attribuent celles et ceux qui souffrent, à ce symptôme qui semble vouloir échapper à toutes les interventions médicales? Quel est le degré de soumission ou de révolte dont témoigne cette plainte réputée *a priori* sans espoir de résolution? Toutes ces questions retiennent mon attention et orientent le déroulement de nos rencontres.

I. LE TERRAIN: LE MILIEU DE LA DANSE CONTEMPORAINE

En même temps que je collecte les récits de vie et de «douleurs chroniques» des professionnels de la danse, je saisis toutes les opportunités de recueillir des données sur le milieu. J'espère ainsi dégager les grandes tendances en lien avec les usages du corps contemporain, que ce soit en milieu de travail ou en milieu artistique.

Je choisis, en première intention, de me laisser porter par la narration afin de laisser advenir les confidences et les associations d'idées facilitées par la fluidité du récit. Je m'attache plutôt à situer le moment charnière, qu'à répertorier les effets de tension ou de scission. Je m'intéresse davantage aux combinaisons de force qu'aux oppositions trop systématiques. J'envisage volontiers l'effet dynamique de couple plutôt que duel entre forces distinctes. Ainsi, c'est au travers des récits de vie que j'espère saisir l'âme, ou du moins l'esprit, qui anime le corps de la danse, toile de fond de ces douleurs trop souvent refoulées et par là même, rendues chroniques, parce que non-prises en compte, non écoutées ou non-dites.

Quand l'occasion se présente, j'assiste à des activités professionnelles: représentations, répétitions, conférences... J'y maintiens alors un regard oblique et une distance raisonnable avec mon objet-sujet de recherche quand les personnes interviewées sont présentes.

Très tôt, les interprètes témoignent de leur grande connaissance intrinsèque du corps. Mais aussi, leurs paroles sur le corps et leur ressenti permettent de rendre compte de discours dominants ou marginaux sur la douleur, le corps et la dualité corps-esprit, dans cet espace intermédiaire entre l'art et le travail, qui surgit dans tous «les processus de travail fondés sur l'œuvre, la vocation, la passion» (Perreault, 1988: 46).

2. *LA POPULATION À L'ÉTUDE ET LES CRITÈRES DE SÉLECTION*

Mon champ d'observation se situe au Québec et plus particulièrement à Montréal, ville réputée mondialement pour ses activités culturelles et sa profusion de festivals et de spectacles de danse. Montréal compte près de

70 compagnies de danse et accueille la majorité des représentations en tournée internationale. Elle se situe, par ailleurs, au carrefour de multiples cultures et lignes d'influences qui imprègnent toute la danse contemporaine et fournit ainsi un terrain propice à mes explorations, à mes entrevues et à mes réflexions.

La population à l'étude est celle des professionnels de la danse, ayant souffert ou souffrant de douleurs en lien avec les usages du corps depuis plus de six mois. En choisissant une catégorie socioprofessionnelle, plutôt qu'un type de douleur spécifique, je souhaite interroger la relation au travail et au corps plutôt que la relation à la santé et à un type de douleur en particulier. Je sélectionne donc les douleurs en lien avec les usages d'un corps-outil de travail, qualifiées de «blessures» par les professionnels, qu'elles soient d'ailleurs accidentelles ou d'usure.

Au terme de 36 heures d'entrevue avec 13 danseurs professionnels, je commence à repérer quelques traits de caractère déjà largement décrits dans la littérature, mais qui vont souvent à l'encontre de l'idée que l'on se fait des artistes et, en particulier, des danseurs. Même s'il s'agit de 12 femmes et d'1 homme, sachez que ma recherche se veut avant tout qualitative et à l'affût des tout petits riens, des tout «petits liens» (Laplantine, 2005), qui ne laissent aucune place, ni aux *a priori*, ni à la discrimination selon le genre. En matière de douleur, et d'endurance à la douleur, chaque témoignage est singulier, et mon questionnement ne concerne aucunement la lutte des classes, ni la lutte des genres.

Si j'interroge la composante culturelle de la douleur, c'est davantage celle du milieu professionnel et de la société contemporaine, en lien avec la représentation du corps et de ses usages, comme vous l'aurez compris. Ainsi, à mon sens, aucune douleur ne se compare à une autre, même s'il est clair que certains métiers sont plus exposés aux souffrances physiques que d'autres selon

leur pénibilité. Dans le cas d'un manutentionnaire ou d'un chauffeur d'autobus, la «douleur chronique» vient questionner plus directement les conditions de travail et valide plus aisément l'hypothèse de la simulation, comme moyen d'échapper à une charge de travail excessive. Mais, quand il est question des professionnels de la danse, dont le métier est toute leur vie, tous les soupçons s'envolent.

«[...]pour moi, la danse c'est tellement ma vie! que tout d'un coup, quand ça c'est arrivé, je me suis dit: «Mais, qu'est ce que je vais devenir, si je peux plus danser? Je suis qui? Je suis quoi?»»(Lola).

Pourtant, outre les douleurs de courbatures, le métier de danseur ne paraît pas d'emblée très exposé aux «douleurs chroniques». La croyance populaire veut d'ailleurs que les danseurs prennent particulièrement soin de leur corps puisque, sur scène, ils présentent un corps «idéal», parfaitement sain, agile et performant. C'est en cela qu'un regard porté sur les «coulisses» d'un corps idéalisé, et pourtant soumis aux lois de l'usure et aux risques d'accident, me permet de questionner cette évidence. Car les blessures sont nombreuses et les «douleurs chroniques» aussi. Le corps a ses limites, quelle que soit sa charge de travail. Quels sont les mécanismes en jeu dans le dépassement de ces limites? Comment en est-on arrivé là?

- **L'échantillon**

Je le répète, même si l'expression de la douleur, ou même l'intensité ressentie peuvent varier selon les personnalités, les cultures et, bien évidemment, les genres, l'objet de ma recherche n'est pas de comparer la souffrance de l'une à celle de l'autre, mais plutôt de les mettre en contexte et d'en révéler le sens. Il m'est toutefois possible de décrire ce qu'en termes techniques on qualifie d'échantillon, aussi bien en couture qu'en sciences, et

qui désigne ce morceau de tissu ou ce groupe que l'on isole, pour mieux réfléchir, avant de poser un geste ou de risquer une analyse.

L'âge en est certainement un des traits de caractère les plus évidents et les plus fondamentaux. Ainsi, la majorité des personnes rencontrées ayant expérimenté une «douleur chronique» en lien avec leur profession ont entre 35 et 45 ans (n1=8). Trois autres ont entre 30 et 35 ans (n2=3) et les deux plus âgées ont 55 ans (n3=2).

Le statut professionnel est un autre critère qui informe sur les tâches et les usages du corps qui y sont associés et rend compte de la précarité d'emploi associée aux métiers «artistiques», qualifiés, au Québec, d'«arts du spectacle». Ce trait renseigne à la fois sur le rang social, l'enjeu économique et de pouvoir en lien avec l'échelle hiérarchique, c'est-à-dire le pouvoir décisionnel, quant à une éventuelle interruption des usages du corps par un arrêt de travail. Il est possible d'y entrevoir une première ligne de force en lien avec l'autonomie relative, la productivité attendue et les différents facteurs de stress associés au rang d'interprète-pigiste (n1=5), d'interprète-salariée (n2=1) ou d'interprète-chorégraphe et directeur(e) de compagnie (n3=7).

Pour mieux qualifier les enjeux financiers et de production, il pourrait être utile de préciser la taille des compagnies auxquelles appartiennent les personnes interviewées selon la classification adoptée par la table de concertation du RQD¹⁴ et selon laquelle une compagnie est considérée comme:

- Grande, si son budget de production est supérieur à 500 000 \$
- Moyenne, si son budget de production est entre 250 et 500 000 \$
- Petite, si son budget de production est inférieur à 250 000 \$

¹⁴ Reroupeement Québécois de la Danse

(Plan directeur de la danse professionnelle au Québec 2011-2021).

Toutefois, je n'entrerai pas trop dans les détails pour des raisons de confidentialité. Même si la taille de la compagnie d'appartenance constitue un trait non négligeable qui, combiné à la tâche, conditionne la nature des enjeux de pouvoir à l'œuvre, je mets plutôt l'accent sur le statut professionnel et la qualité du lien entre interprète et employeur qui conditionnent les usages du corps.

Ainsi, même si Renée, travaille au sein d'une grande compagnie et bénéficie d'une protection en cas d'arrêt de travail, en vertu de son statut de salariée, elle reste tributaire du pouvoir médical et de celui de l'employeur.

Sylvie, Aurélie, Pénélope, Émilie, Béatrice et Patricia, en tant qu'interprètes et pigistes témoignent toutes de la précarité de leur situation financière et de la pression implicite qui leur fait accepter n'importe quelle condition de travail ou presque.

Denyse, Jeanne, Caroline, Lola, Brigitte et Louis sont chorégraphes et interprètes et dirigent eux-mêmes une compagnie dont ils sont parfois le seul interprète. Ils subissent fortement les contraintes financières, qui peuvent les inciter à interpréter leurs propres chorégraphies, mais ils détiennent tous les pouvoirs décisionnels et peuvent modifier les usages de leur corps probablement plus facilement.

3. *LE MODE DE RECRUTEMENT*

Initialement, je pensais très naïvement recruter les danseurs et danseuses auprès des cliniques de la douleur, comme si tout le monde avait intégré le

nouvel ordre nosographique qui fait de la «douleur chronique» une maladie à part entière. Pourtant seuls les médecins de famille sont habilités à adresser leurs patients à ce service spécialisé. Tout au long de ce travail, je devrai non seulement m'appliquer à l'auto-réflexivité, mais me garder de projeter ma vision du monde ou celle de ma formation-déformation médicale sur celle des autres. C'est cela aussi qu'exige le colloque singulier: accueillir la vision de l'Autre dans son monde à soi et se laisser transformer par cette autre vision comme on le fait en voyage, en pays étranger.

Prise au piège de ces mêmes *a priori*, que je cherchais à déconstruire, je me rapprochais de mon amie de la clinique de la douleur du centre hospitalier de l'Hôtel-Dieu afin d'y recruter la population concernée auprès des médecins, même si mon point de vue ne se voulait pas médical. Je ne souhaitais pourtant nullement recueillir mes données sur place bien que cela m'ait été offert très gracieusement par la chef de service, madame la Dre Boulanger. Toutefois, je dus faire une demande d'autorisation auprès du comité d'éthique du CHUM¹⁵ pour être en mesure de rejoindre les patientes, connues comme étant d'anciennes danseuses, et qui seraient contactées par la chef de service. Certes, j'obtins toutes les autorisations nécessaires, mais une seule ex-danseuse y consultait et, après une première rencontre plusieurs fois repoussée, elle s'est finalement désistée, en arguant qu'elle n'avait rien à dire. D'ailleurs, ce qui la dérangeait le plus c'était l'anonymat de nos entrevues, tout de suite après l'incongruité de parler d'elle quand, toute sa vie, elle s'était contentée de se taire pour mieux se conformer aux exigences du chorégraphe. Je compris qu'elle ne souhaitait en aucun cas me confier son histoire de vie et encore moins entacher l'image d'une carrière réussie. Je décidais donc de ne pas poursuivre ma collaboration avec la clinique. Je leur suis toutefois infiniment

¹⁵ Centre Hospitalier Universitaire de Montréal

reconnaissante de m’ avoir accueillie à bras ouverts et je souhaite toujours honorer ma promesse de les tenir informés de mes travaux.

Il me fallait donc aborder ce rivage, quasi-inconnu pour moi, en tout cas, en terre québécoise. Mes années-danse se situaient davantage en France, dans les années 60 à 90. Je commençais en effet mon éducation en la matière par le *Sacre du printemps* chorégraphié par Maurice Béjart, vécu comme très provocateur, à l’époque. Puis, vint Pina Bausch, pour ce qui est du courant théâtral, tout aussi déstabilisant sur le plan des stéréotypes ou des attitudes physiques ou gestuelles, en même temps que Merce Cunningham et le mouvement antiacadémique avec la musique concrète de John Cage. Enfin, dans les années 80, je découvris Kazuo Ono, arrivant du Japon avec une gestuelle parfaitement dépouillée, mais une présence sur scène incomparable et époustouflante.

Je crois donc avoir vécu en direct depuis la France, les années-danse qui ont vu l’émergence de la danse contemporaine, en opposition à la danse classique, dite de ballet. Dans le même temps, une de mes camarades de classe passait du conservatoire de danse de Paris, à la danse contemporaine, pour enfin rejoindre la compagnie de Pina Bausch. Tel pouvait donc être, à cette époque, le parcours chorégraphique pour ceux et celles qui aspiraient à danser, y compris et surtout, en dehors des lois du ballet et de ses stéréotypes. Bien sûr, je connaissais la réputation de la compagnie La La La Human steps, les noms d’Édouard Lock, de Louise Lecavalier et de Marie Chouinard, mais je n’ avais encore vu aucun de leurs spectacles.

Sans autre préparatif, je me mis en quête de relais amicaux qui me faciliteraient l’accès à ce monde mystérieux, et surtout à sa face cachée et intime. Pressentant la difficulté de recrutement dans ces conditions, je me rapprochais du milieu de la danse par mon réseau de connaissances et je fus

rapidement rejointe par cinq premières personnes. Mais, c'est surtout grâce à l'intervention de mon directeur de recherche auprès de Jean Claude Martin, directeur de l'IRSST¹⁶, que je rencontrais François Ouellet, chercheur à ce même institut. Ce dernier me fit profiter des contacts établis lors de sa recherche sur «les déterminants organisationnels et structurels de la santé des danseurs» (dans Fortin, 2009). C'est ainsi que je fis la connaissance de la directrice du Centre de Ressource et de Transition du Danseur et de ce lieu d'écoute et d'accueil pour professionnels de la danse en difficulté physique ou morale. Une seule conversation téléphonique suffit alors à enclencher tout le processus de prise de contact avec les personnes concernées, une fois le certificat d'éthique de l'Université de Montréal envoyé. Les personnes connues pour des «douleurs chroniques» furent donc rejointes par le biais du CRTD, qui communiquait l'objet de ma recherche et mes coordonnées, par voie électronique. Je reçus quinze réponses en moins de deux semaines. Cette rencontre fut donc décisive et fit véritablement décoller ma recherche. Je ne retins que sept des premiers candidats, les autres n'étant, soit pas disponibles, soit trop éloignés de Montréal, dans les Laurentides, ou à Québec... Le Regroupement Québécois de la Danse se révéla beaucoup plus réticent à m'aider, mais, suivant son conseil, je mis tout de même un message sur le babillard électronique et je reçus rapidement un appel d'une danseuse, malheureusement établie aussi en dehors de Montréal.

Finalement, je limitais mon échantillon à 13 personnes, ce qui constitue un bon début de représentativité, en termes qualitatifs. Je décidais de réaliser une première entrevue avec les plus disponibles et les plus accessibles d'entre eux, résidant à Montréal depuis plus de 5 ans et évoluant dans le milieu de la

¹⁶ Institut de Recherche en Santé et Sécurité au Travail

danse contemporaine, pour plus d'homogénéité de groupe quant aux usages du corps.

4. *LES RÉCITS DE VIE*

«Although the experience of pain is difficult to express in language, in their narratives my participants integrate the pain into their lives» (Becker, 1999: 73).¹⁷.

Le recueil de récits de vie m'apparaît comme la méthode de choix pour aborder la temporalité et le vécu, caractéristiques de toute souffrance et de toute expérience subjective de la maladie. Si la douleur aiguë échappe à toute tentative de symbolisation, Arthur Kleinman prétend que la «douleur chronique» se prête davantage à une construction historique et donne lieu à l'élaboration d'un discours sur le monde de la douleur. La prise en compte du microcontexte d'un vécu quotidien avec la douleur devient essentielle et le récit de vie prend toute sa place dans une recherche d'accès au sens (Kleinman, 1992: 172). Toutefois, cette méthode pose la question de son mode d'interprétation. En effet, les conditions de production du discours l'assujettissent à des règles implicites et selon la nature du contexte et la posture de l'interlocuteur, le contenu du récit sera soumis à l'intention du narrateur. Le récit reflète à la fois le désir de se faire comprendre et celui de trouver une cohérence, une articulation entre des faits épars.

Au début, le recueil de récits de vie m'incite à envisager plusieurs entrevues. Je présenterai donc ainsi la première rencontre, comme une parmi

¹⁷ «Même si l'expérience de la douleur est difficile à mettre en mots, dans leurs récits de vie, mes participants l'intègrent dans leur vie».

d'autres. Ceci aura pour avantage de détendre l'atmosphère, de diminuer les attentes réciproques et d'alléger un peu le dispositif de l'entrevue enregistrée. La reprise, quand elle aura lieu, me permettra d'explorer les plus et les moins d'un lien de familiarité. La première personne rencontrée s'avéra très demandeuse de me raconter son histoire et je la rencontrais à six reprises pendant une heure à une heure et demie. La seconde, à quatre reprises. La troisième, à trois reprises. Une autre encore à deux reprises. Enfin, les autres, une seule fois pendant une heure et demi, avec toujours l'intention de les revoir ou de maintenir la relation tant que le travail ne serait pas achevé. Je leur écris régulièrement pour prendre de leurs nouvelles et je me suis engagée à leur partager les données de mon analyse.

Je pratiquais donc des entretiens ouverts avec une attention particulière apportée à la fluidité du récit, à l'énoncé des émotions passées ou présentes et bien sûr aux usages du corps en lien avec la douleur. Il s'agissait pour moi de recueillir les discours dominants au sein de la profession tout en laissant apparaître les convictions intimes des uns et des autres, en lien avec leurs expériences personnelles ou professionnelles. Je souhaitais ainsi mettre en évidence les balises théoriques d'une pratique artistique en relation avec le corps et son éventuelle implication dans la constitution d'une douleur chronique.

L'un des apports de l'anthropologie

«[...]est d'avoir montré qu'il n'existe pas de relations naturelles entre le monde et le langage, le signifiant et le signifié, mais des élaborations culturelles, ce qui suppose que nous en finissons avec ces fictions de la transparence du langage, de l'adéquation des mots et des choses, de l'isomorphisme du référent et du signe» (Laplantine, 2010: 95).

Je privilégie donc le libre cours de la pensée du narrateur. Je l'encourage à commencer par où bon lui semble et je me contente de réorienter

le récit de temps à autre vers la famille, l'entourage ou les collègues, quand ce n'est pas vers la douleur, la vocation ou tout simplement, le rapport au corps.

5. *OBJECTIFS DE RECHERCHE*

Mon objet de recherche se situe à l'endroit d'un corps dansant, certes aux prises avec une «douleur chronique», mais aussi avec tous les questionnements à l'autorité qui en découlent, autorité de la douleur sur le geste comme du chorégraphe sur l'interprète. Je m'intéresse aussi à un corps souffrant, souvent en conflit de travail et évoluant au sein d'un corps social bien particulier: le corps de la danse.

Mon objectif principal est de documenter le point de bascule à partir duquel commence à s'échafauder le phénomène «douleur chronique». Je souhaite ainsi mettre à jour les lignes de force et de fracture qui ont contribué à l'élaboration d'un vécu douloureux et de sa chronicité. J'envisage finalement de rencontrer les danseuses et les danseurs en dehors de tout contexte médical, mais je n'exclus pas de recueillir des commentaires sur les interactions avec l'entourage familial, professionnel et thérapeutique.

Je souhaite porter une attention particulière aux émotions et aux sensations décrites, ainsi qu'aux lignes qui traversent le «douleur chronique». J'espère ainsi mettre en lumière les luttes de pouvoir «intestines» et sociétales qui traversent le corps et montrer en quoi elle fait ou non œuvre de résistance. J'envisage ainsi de documenter à la fois les stratégies individuelles et les dynamiques relationnelles tout en insistant plus précisément sur le sens donné à la survenue d'une douleur «rebelle», par le sujet lui-même.

J'espère repérer le pouvoir qu'il y a dans le corps et saisir ainsi les mécanismes multiples qui contribuent au dispositif «douleur chronique». Je souhaite également identifier tout caractère rebelle perçu, sa généalogie, au plan micro et macro-sociétal et observer ses effets à court, moyen et long terme. Est-ce que ce caractère rebelle se retrouve en dehors du milieu médical? Que recouvre-t-il? Quels sont les critères de rébellion et à quel ordre s'appliquent-ils? À un ordre moral, un ordre social, un ordre implicite, familial, autre? Telles sont les questions auxquelles je tenterai de répondre.

6. *ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE*

Tous les entretiens ont été enregistrés et transcrits par mes soins. Les transcriptions sont codées et chacun des répondants s'est vu attribuer un pseudonyme afin d'assurer le respect de leur confidentialité. Les enregistrements seront détruits et vidés des fichiers de l'ordinateur une fois la rédaction terminée. Par ailleurs, les observations ont été notées à même un carnet et transcrites par la suite. Je m'assure également du respect de la confidentialité par l'usage de pseudonymes et le retrait du plus grand nombre de détails qui ne servent pas le propos. Je suis la seule à avoir accès aux données brutes et j'ai fait signer un formulaire de consentement lors de la toute première rencontre, tout en m'assurant de répondre à toutes les inquiétudes. Je dois dire que les répondants m'ont donné très rapidement leur confiance et ne se sont pas fait prier longtemps pour commencer à se raconter.

V. LE CADRE CONCEPTUEL

Dans ce chapitre, j'aborde les trois angles de vue qui me permettent d'analyser mes données: celui du corps et de ses usages, l'angle culturel propre au monde de la danse, de la douleur et de l'Autre et enfin, un point de vue critique d'inspiration biopolitique. Cette triple approche se veut à la fois pragmatique et ethnographique, basée sur le recueil de récits de vie qui m'informent autant sur la culture du milieu que sur le ressenti singulier de chaque douleur, mais aussi, critique, basée sur le modèle du dispositif de Foucault et de la machine de guerre de Deleuze et Guattari.

1. LE CORPS ET SES USAGES

Par son approche sur les techniques du corps, Marcel Mauss se fraye un chemin entre toutes les disciplines qui s'intéressent au corps, pour y affirmer un point de vue à la fois unique, central et englobant. Pour lui, la course, la nage et même la marche, ne sont pas seulement des pratiques, qui varient d'une époque ou d'une société à l'autre. Ces «techniques» en disent long sur l'éducation reçue, les modèles copiés, les habitudes de vie et les stéréotypes, mais aussi sur les forces à l'œuvre dans l'apprentissage d'un métier. Ainsi, je considère les usages du corps dans le monde de la danse au Québec, avec le même «triple point de vue, celui de l'homme total, qui est nécessaire» pour rendre compte à la fois des données physiques, anatomiques ou physiologiques et phénoménologiques, mais aussi sociales et politiques (Mauss, 1936). Je prends ainsi le parti d'un corps à la fois sujet et objet, au sein d'une profession située aux confins des arts et de la technique. Je considère ainsi le corps comme le

premier marqueur de notre évolution en termes d'espèce, de notre identité d'individu unique et prends pour acquis que la danse est un des modes d'expression et de socialisation les plus populaires et les plus partagés.

Ainsi, au Québec, il est clair que la danse existait chez les populations autochtones avant même la colonisation, comme le laisse entendre le journal de bord de Jacques Cartier. Ultérieurement, les vagues successives d'immigration apporteront leur lot de danses sociales et savantes comparables à celles de l'Europe.

«Dans ses dimensions théâtrales et sociales, la danse au Canada reflète les traditions culturelles des immigrés. Le ballet classique, né dans les cours italiennes de la Renaissance, prend forme en France et se diffuse rapidement dans toute l'Europe. Il est donc naturel que les colons français au Canada aiment le ballet» (Histoire de la danse, consulté le 10/06/2011).

La danse classique et le ballet sont ainsi définitivement associés à la France et à la monarchie, puisque «dès 1651, le roi Louis XIV [...] fait ses débuts de danseur sur scène dans *Cassandre* et en 1653, il apparaît en *Roi Soleil* dans le ballet de la nuit qui a pour thème direct l'adoration du souverain [...]» (Izrine, 2002: 20). Le théâtre à l'italienne ayant inventé la scène, le roi de France s'en empara pour briller de tous ses feux. C'est encore Louis XIV qui fonde l'Académie Royale de danse en 1661, lors de sa première année de règne effectif, devenant ainsi le «premier à jeter les bases de l'École française» (Izrine, 2002: 20). «La danse classique vient donc de naître sous l'impulsion du pouvoir monarchique et restera, pour longtemps l'apanage de la France» (Izrine, 2002: 21). Le corps dansant se voit ainsi appliquer un ordre souverain similaire à celui que lui imposait jusqu'alors la hiérarchie ecclésiastique. De tout temps, l'Église s'est chargée de rendre les corps dociles, s'efforçant ainsi de substituer aux rites païens une gestuelle plus mesurée et conforme à ses canons. «Certains qualifient la volonté de l'Église de mettre de l'ordre dans le chaos des gestes associés aux rituels magiques et aux superstitions, un premier

pas vers la chorégraphie» (Izrine, 2002: 13). En Europe, c'est dès le treizième siècle, que «la danse perd largement ses fonctions religieuses et rituelles pour devenir une forme de divertissement» (Izrine, 2002).

Le Québec n'a pas échappé à cette mainmise de l'Église sur les corps et à cette séparation arbitraire des domaines du profane et du sacré. Néanmoins, il ne s'est définitivement libéré de cette emprise proverbiale sur les corps qu'avec la «Révolution tranquille», dans les années 60. De l'étudier sous l'angle du contexte de travail m'apparaît tout particulièrement désigné pour considérer ce reflet du politique dans les usages du corps. Le corps dansant québécois nous renseigne en effet sur ce Nouveau Monde. Il est construit sur le modèle du self-made-man, qui «privilégie le mérite et l'effort personnel au détriment du titre ou la valeur léguée, qui est le propre de la noblesse» ou d'un modèle élitiste (Izrine, 2002: 30). Il s'agit là d'une valeur-travail qui imprègne le monde de la danse au même titre que l'ensemble de la société. Aujourd'hui encore, Rosita Boisseau, dans *Le Monde* du 17 mars 2011, s'extasie sur les traits du visage de Louise Lecavalier, icône de la danse contemporaine québécoise, qui témoigne, selon elle, de:

«[...]cette lutte jouissive pour ce qu'on pourrait appeler la beauté du geste. Peau translucide et fine, tendue à force de détermination, front veiné de travailleuse de la danse qui pousse son corps à fond, Louise Lecavalier ne fait rien à l'économie. Sa force de travail est son atout. Son urgence, le garant de son avenir» (Boisseau, 2011).

Loin de vouloir réactiver ainsi le duel nature-culture, force m'est de constater que le corps reste un domaine assez peu ou mal étudié en anthropologie (Louppe, 1988). Bien sûr, Margaret Lock s'y est beaucoup intéressée et plus particulièrement dans une triple intention. Elle insiste en effet pour adjoindre à la dimension biologique, l'aspect phénoménologique, en plus d'une vision sociale et politique. Elle étudie davantage la corporéité, concept qui renvoie inéluctablement à une expérience vécue, et à un corps perçu comme

sujet, y compris dans sa matérialité. Pour elle, l'image du corps et celle qu'il renvoie se construisent simultanément sous l'effet croisé des savoirs profanes et sacrés, à égalité avec les contingences sociales, historiques et politiques. Sa préoccupation se porte davantage sur l'emprise du biologique qu'elle tente de relativiser en lui opposant l'importance du contexte social et politique, et en ramenant au premier plan la subjectivité du vécu corporel.

«If embodiment is to be made social, then history, politics, language, and local knowledge, including scientific knowledge to the extent that it is available, must inevitably be implicated. This means in practice that, inevitably, knowledge about biology is informed by the social, and the social is in turn informed by the reality of the material. In other words, the biological and the social are coproduced and dialectically reproduced, and the primary site where this engagement takes place is the subjectively experienced, socialized body» (Lock, 2001: 484).¹⁸

Bien qu'il soit délicat de réconcilier les partisans du normal ou du pathologique, ceux du beau ou du laid, du profane ou du sacré, je trouve que le corps est encore trop souvent l'objet de querelles de spécialistes avant d'être tout simplement humain et partagé. Le corps est par ailleurs le lieu de luttes de pouvoir «intestines» entre besoins, désirs et interdits de toutes sortes. Quant au corps dansant, il semble tout aussi exclu «des questions anthropologiques ou sociétales» (Izrine, 2002: 11). Peut-être le corps apparaît-il trop évident ou trop proche, à moins que l'on ne craigne d'entrer dans le vif du sujet. «Dans les faits, pourtant, la danse se manifeste comme un symptôme de notre système de croyances, notamment de la place que nous assignons à l'homme et à son corps dans nos sociétés occidentales» (Izrine, 2002: 11).

¹⁸ «Si le corps est perçu comme social, alors l'histoire, la politique, le langage et les savoirs locaux incluant le savoir scientifique quand il est disponible, doivent être pris en compte. En pratique, cela signifie qu'inévitablement, la connaissance sur le biologique est informée par le social, et que le social est à son tour informé par la réalité matérielle. En d'autres termes, le biologique et le sociologique sont coproduits, dialectiquement reproduits et leur relation s'origine dans l'expérience subjective et sociétale du corps.»

Pour ma part, je souhaite considérer «les» corps, perçus comme des entités corporelles uniques, mais distinctes de celles des autres individus. Comme Marcel Mauss, je pense que nous partageons tous une même connaissance intuitive d'une dimension phénoménologique du corps, ce moi incorporé qui nous différencie les uns des autres (Scheper-Hughes et Lock, 1987). En privilégiant cette approche globale des usages du corps dans le milieu de la danse, j'espère pouvoir construire la toile sur laquelle les récits de vie et de douleur s'entrecroiseront.

2. *DU DEDANS DE LA CULTURE*

«Le recours à une ethnographie de base constitue, aux yeux des anthropologues, un minimum, absolument incontournable, mais non suffisant pour construire une épidémiologie véritablement comparative et transculturelle» (Bibeau, Corin, Uchôa, 1995: 12).

Lorsque les patients décrivent un monde de la douleur, il apparaît légitime de les approcher sous un angle ethnographique. On pourra ainsi dégager la spécificité de cette réalité chargée d'émotions, comme on le ferait d'un aspect culturel en contrée éloignée, sans prendre aucun sens pour acquis, malgré la proximité. «Du côté de l'anthropologie, on peut dire que l'anthropologue a comme travail de comprendre la culture de l'autre» (Bibeau, 1987: 13). L'étude de la «douleur chronique» chez les danseurs professionnels nécessite donc une approche ethnographique du milieu de la danse avec ses us et coutumes comme cadre de référence. La place accordée au corps et à son bon fonctionnement, entre autres, y revêt une importance primordiale dans la compréhension de la «douleur chronique».

«Danse serait le terme générique concernant les retours de corps - retours aux instants d'émergence, de naissance ou renaissance, sans parole ni annonce: le corps comme lieu d'appel... Bref tout évènement qui prend

corps et fait du corps un évènement» (Sibony, 1995: 31).

Le milieu de la danse constitue, à lui seul, un genre d'état dans l'état, avec ses lois implicites. C'est dans ce contexte, où le rapport à la douleur est si particulier, que je me propose de définir les particularismes qui témoignent de la part sensible de l'être humain. Ainsi, donc, le monde de la danse possède ses lois intrinsèques, la loi du silence et de la gravité par exemple, que la «douleur chronique» vient bousculer et aux quelles s'ajoutent celles de n'importe quel autre milieu de travail. Le monde de la danse devient dès lors mon lieu d'observation privilégiée de la contemporanéité. La danse et son principal interprète, le corps constituent ainsi le lieu où s'exerce la force de la «douleur chronique». Je choisis d'observer, où se nouent et se dénouent les liens qui relient le sujet au corps à travers l'expérience de la douleur à mi-chemin entre le monde de la danse et celui de la «douleur chronique».

La douleur pose la question du sens et du rôle de la sensation aux chercheurs en sciences humaines qui lui opposent souvent les mêmes modèles d'analyse dichotomiques et diamétralement opposés, tout aussi réducteurs les uns que les autres.

«Biological universalists who want to explain against cultural particularists who want to interpret. A. L. Hinton has recently labeled these symmetrical schools « biological reductionism » and « cultural reductionism » (1993), and a major symposium started out from precisely this opposition (Shore 199)» (Leavitt, 1996: 516).¹⁹

Cette approche du sens exige de la part de l'anthropologue la prise en compte d'une multiplicité de points de vue et passe par une étape phénoménologique. Elle suspend en effet son jugement et considère l'altérité,

¹⁹ «Les universalistes de la biologie qui veulent expliquer, opposés aux particularistes de la culture qui veulent tout interpréter. A.L. Hinton a récemment étiqueté ses écoles symétriques «le réductionnisme biologique» et «le réductionnisme culturel» (1993) et un symposium de grande envergure est précisément né de cette opposition (Shore 1993)».

plutôt qu'elle ne mesure l'écart à la norme. Elle se place définitivement du côté de celui qui parle et qui énonce sa souffrance et son trajet de vie, sans jamais remettre en question sa véracité. Il s'agit là d'abandonner pour un instant toute idée préconçue et toute projection de son monde sur celui de l'autre (Merleau-Ponty, 1945: 14).

La posture de recherche qui en résulte, en construisant sa connaissance sur une expérience vécue de terrain et dans la rencontre, paraît, en l'occurrence, tout à fait appropriée à une quête de sens à travers un colloque singulier. Le travail anthropologique consiste alors à observer la culture de la douleur et de l'émotion propre au monde de la danse, mais aussi à chacun des mondes personnels ou professionnels décrits par celui ou celle qui souffre. «Il s'agit donc de récolter du matériel clinique, de l'analyser du point de vue des croyances culturelles du client et de ses valeurs, et de saisir la signification de ses comportements en se référant à cet arrière-fond» (Bibeau, 1987: 11).

C'est donc un véritable travail de traduction, tenant compte de contextes culturels, a priori différents. La «douleur chronique» renvoie le chercheur au monde de l'expérience, et en exige une approche phénoménologique «dont tout l'effort est de retrouver ce contact naïf avec le monde pour lui donner enfin un statut philosophique» (Merleau-Ponty, 1945: 7). Elle exige une présence à soi égale à sa présence à l'autre ce que Mariella Pandolfi décrit comme un espace intermédiaire, Didier Fassin comme un passage de frontière dans un sens et dans l'autre, Pierre Bourdieu comme une autoréflexivité de tous les instants (Pandolfi, 1993; Fassin, 1996; Bourdieu, 1972). Dans le cas de la «douleur chronique», plus que dans toute autre expérience de détresse, il est question d'un monde à part, d'un monde hors norme, d'un monde en marge (Kleinman et al., 1992). La «douleur chronique» pose d'emblée un défi d'ordre phénoménologique à la compréhension des faits. Une telle approche centrée sur

le sujet échoue cependant à rendre compte de la dimension relationnelle et contextuelle qu'une approche critique d'inspiration biopolitique devrait révéler.

3. *UNE APPROCHE CRITIQUE D'INSPIRATION BIOPOLITIQUE*

Je choisis d'appliquer au corps porteur de «douleur chronique» le modèle du dispositif de Michel Foucault pour mieux en restituer l'élaboration dans le temps et dans l'espace.

«Démêler les lignes d'un dispositif, dans chaque cas, c'est dresser une carte, cartographier, arpenter des terres inconnues, et c'est ce qu'il appelle le «travail sur le terrain». Il faut s'installer sur les lignes mêmes, qui ne se contentent pas de composer un dispositif, mais qui le traversent et l'entraînent, du nord au sud, d'est en ouest ou en diagonale» (Deleuze, 1989: 185).

Cette méthode me permet de dégager les principales lignes qui traversent le corps dansant et constituent un dispositif propice à la constitution et la chronicisation d'une douleur. Cette approche s'apparente aux approches systémiques et holistiques. Elle me paraît la plus appropriée pour rendre compte d'un problème aussi complexe, qui s'inscrit dans la durée et a des ramifications et des répercussions dans la société tout entière (Jackson, 2005). La «douleur chronique» survient dans le corps du sujet. Elle produit des réactions en chaîne qui placent le corps souffrant au creux d'un dispositif complexe. Les récits de vie recueillis jusqu'à présent témoignent d'une quête de légitimité, de conformité, de performance, de reconstruction d'un monde autre. Il est question d'altérité et de sentiment de rejet, dans le contexte du soin. Je n'adhère pas d'emblée au postulat que la douleur est pathologique, ni qu'elle amène systématiquement à consulter. Je me propose d'identifier les différentes lignes qui traversent le corps et constituent les enjeux sociaux contemporains dont la

«douleur chronique» serait la métaphore. Je considère le corps comme modèle d'interprétation et de représentation des interactions avec son environnement.

Parce qu'en contexte occidental, parler du corps, c'est déjà l'opposer à l'esprit, j'invite ici à une vision plus globale de la maladie. J'élargis la recherche à l'observation des circonstances et à la généalogie du phénomène constitué en maladie. J'applique un regard critique autant aux interactions avec le milieu qu'à la part singulière de chaque expérience douloureuse.

Qualifier la «douleur chronique» de maladie ne permet nullement de résoudre son énigme ni d'espérer la guérir si l'on s'abstient de chercher sa signification profonde. Pour la médecine chinoise, par exemple, il est clair que la maladie correspond, précisément, à une zone de souffrance non élucidée. La «douleur chronique», prise alors comme une maladie, devrait nous inviter à en chercher le sens. Dans ce cas précis, la fin ne justifie pas les moyens. Car ce qu'il faut comprendre c'est que catégoriser le symptôme en maladie ne l'efface pas pour autant, et tenter de le réduire au silence ne résout rien. Supprimez le symptôme, il reviendra inlassablement jusqu'à ce que mort s'ensuive ou qu'enfin il trouve un sens, une issue et perde sa raison d'être.

Par ailleurs, la prescription d'antalgiques au long cours, en masquant le symptôme, mène à une impasse. On se préoccupe peu d'aggraver le cas ou de susciter ce que d'aucuns qualifient de résistance au traitement, voire de dépendance. Avec le recul, il apparaît de plus en plus précisément que tout type de traitement antidouleur, prescrit sur une longue durée, génère une accoutumance et contribue activement à une nouvelle source de chronicité (Suddath, 2011). Le constat est donc assez clair: la «douleur chronique» continue inlassablement de poser problème, à tel point que le monde médical semble vouloir, depuis peu, lui prêter une oreille attentive. D'autres modèles de transmission de la douleur, dont un de type hormonal, et d'autres composantes,

en particulier émotives, sont désormais envisagés dans sa compréhension (Suddath, 2011). À force d'insistance, ou devrais-je dire de résistance, la «douleur chronique» amène à repenser des schémas linéaires de transmission des informations. Elle invite à leur substituer des modèles plus fluides et plus soucieux des interactions du sujet avec son environnement social et affectif. Désormais, la dépression qui lui est associée n'est plus interprétée comme un indice de trouble de la personnalité ou de trouble mental, mais comme une conséquence, un effet, une réaction à un état de douleur quasi constant. Ainsi, le rôle des hormones dans la transmission de la sensation douloureuse à la conscience conduit à envisager le corps comme un tout et, qui plus est, comme un corps pensant. La pensée n'est plus seulement limitée au cerveau. Elle se propage instantanément dans tout le corps comme en témoigne la variation des taux hormonaux en lien avec le stress ou la douleur (Barral, 2008). Désormais, le taux de cortisol devient même une variable capable de mesurer les effets de la méditation ou du yoga.

Quant au phénomène «douleur chronique», je l'analyse aussi selon le modèle de la machine de guerre, comprise comme «extérieure à l'appareil d'État», selon Deleuze et Guattari (1980: 434). Puisque nous avons vu précédemment comment le monde médical catégorise la «douleur chronique» d'après son caractère «rebelle à tout traitement» et sa durée jugée inhabituelle et parce qu'elle échappe à sa compréhension, «elle semble bien irréductible à l'appareil d'État, extérieure à sa souveraineté, préalable à son droit: elle vient d'ailleurs» (Deleuze et Guattari, 1980: 435).

Bien souvent, en médecine, il est question de classer et d'ordonner les symptômes pour mieux les organiser et les attribuer à l'une ou l'autre des maladies déjà répertoriées et décrites selon des tableaux cliniques (Singer, 2004). Dans ce cas précis, de nouveaux critères de classification, la résistance

au traitement et la durée au-delà d'un acceptable, plutôt arbitraire, définissent la norme. Mais, si l'on y regarde de plus près, cette nouvelle catégorie n'est ni plus ni moins que celle des «divers» au rayon des objets trouvés. En effet, elle contient toutes les douleurs en passe de durer de six mois à toute une vie, de la migraine à la fibromyalgie, en passant par l'arthrose. Cette façon de procéder témoigne davantage d'un souci d'isoler le normal du pathologique et d'une volonté de régenter. Certes, le fait de nommer le mal peut en rassurer certains, voire, même, contribuer à instaurer la confiance nécessaire au traitement, mais, seulement, quand celui-ci s'articule sur une connaissance du problème sous-jacent. Dans le cas présent, en créant une nouvelle catégorie, définie par l'écart à la norme et à la durée, la biomédecine délimite seulement les contours d'un mal qui lui échappe et qu'elle renonce à comprendre. Cet effort de cataloguer un symptôme comme une maladie n'est qu'un indice supplémentaire de l'incapacité à saisir le phénomène et un aveu d'échec déguisé de la science biomédicale. En élevant un symptôme au rang de maladie chronique, la biomédecine masque son échec tout en maintenant une apparence de contrôle.

Puisque les moyens d'investigation d'une médecine, qui se veut quantitative et basée sur des évidences, échouent à lui donner un sens, il est question désormais de recadrer la problématique de la «douleur chronique» dans un contexte élargi. Je propose de l'examiner davantage comme l'expression d'un malaise plus général, un fait social en lien avec les conditions de travail dans un monde de plus en plus obsédé par le rendement et la productivité. Toute tentative de voir le monde à travers des catégories, des tableaux statistiques et des lignes de partage, participe d'une volonté de comprendre de façon rationnelle, propre aux sciences exactes. Puisque celles-ci ne parviennent pas à percer le secret de cette «nouvelle» maladie, je propose donc d'appliquer de nouveaux modèles. La «douleur chronique» se situant en marge de l'appareil d'État que constitue l'entreprise de classification

nosographique, je considère qu'elle relève du domaine des sciences nomades plutôt que des sciences «exactes», royales ou légales. Je fais alors appel à une compréhension plus intuitive, proche des sciences que Deleuze et Guattari qualifient d'excentriques (1980) et au modèle de la machine de guerre, dans la mesure où en se prolongeant au-delà de la norme établie, elle «fait du devenir lui-même un modèle» (Deleuze et Guattari, 1980: 447).

Parce qu'elle s'oppose en tous points à un régime de vérité scientifique semblable dans son fonctionnement à un appareil d'État, mais aussi à celui du monde de la danse et aux lois du spectacle, la «douleur chronique» s'apparente à une machine de guerre, avec les limitations qu'elle impose au corps et à son régime de productivité malgré toutes les injonctions dont elle fait l'objet. Parce qu'elle se substitue aussi à la meilleure volonté du sujet, la «douleur chronique» constitue une arme plutôt qu'un outil. Elle témoigne ainsi d'une révolte, d'une rupture de contrat entre l'individu et la société de la même façon qu'elle témoigne d'un conflit interne renforcé par une vision dichotomique du corps et de l'esprit. Le moindre évitement, la moindre contorsion, si elle se prolonge trop longtemps crée un déséquilibre et d'autres tensions ailleurs dans le corps. Le corps est ainsi fait que le moindre écart se répercute sur l'ensemble. La «douleur chronique» joue le rôle d'agent perturbateur, d'empêcheur de tourner en rond. Elle bouleverse toutes les habitudes et en appelle d'un nouvel espace de liberté. Parce qu'elle échappe à toute forme d'autorité, de contrôle ou de hiérarchie, elle s'apparente ainsi à une machine de guerre (Deleuze et Guattari, 1980).

VI. ANALYSE TRANSVERSALE

Dans ce paragraphe, je me propose de souligner les dénominateurs communs qui relient les treize récits de vie, éclairant ainsi sous un nouveau jour la problématique «douleur chronique». Mon angle d'analyse y est triple, reprenant les principaux concepts avec lesquels j'ai entrepris de questionner ce symptôme. Pour ce faire, je me rapproche des récits afin d'en dégager les traits de caractère communs, en lien avec le milieu du spectacle, le monde de la danse et les usages du corps. J'interroge ensuite la charge critique de la «douleur chronique» et son rôle de levier. Je termine enfin en dégageant les principaux mécanismes sur lesquels se construit la guérison, quand elle intervient.

1. L'ENDURANCE

L'organisation des récits de vie et de douleurs en lien avec les usages du corps sur le modèle d'un dispositif, révèle combien l'endurance traverse toutes les pratiques, de la plus classique à la plus contemporaine. Elle s'inscrit systématiquement dans tous les récits selon une ligne de force, témoin d'une posture proche d'une déformation professionnelle ou d'une culture de métier. Le terme de culture renvoie ici à une forme de construction collective qui traverse des institutions qui agissent comme des systèmes qui se renforcent. Dans le monde de la danse, il est question de rapport aux pairs, aux collègues et au public mais aussi d'idéal du moi, de plan de carrière et s'agissant du corps, de fantasme de toute puissance. Confrontés à la douleur, toutes et tous n'ont qu'une envie, celle de continuer. Si l'endurance est particulièrement encouragée dans le milieu, elle reflète aussi une aspiration constante au dépassement de soi partagée par toutes et tous.

«Je vais te dire y a plein de fois où j'ai dit à quelqu'un: «Prends soin de toi!» à un gars là... Qu'est ce que j'en ai à foutre qu'un gars y s'arrête ou pas... Je vais pas prendre sa place... Donc c'est comment nous on le vit, comment nous on veut pas laisser la place parce que on sait que ça passe vite là... (*Ça passe vite? Tu veux dire...*) Ça veut dire que... On sait que notre corps ça va être notre limite et que si on est blessée on va pas faire tel ou tel spectacle et puis on veut faire tous les spectacles, on veut danser... On est pas là pour notre salaire... Notre salaire c'est la scène... (*Et vous savez que votre corps c'est la limite?*) Oui. (*Tous?*) Ben oui, on sait que c'est la limite mais on se croit des demi-dieux... Et puis quand on a de la douleur on se dit ben, c'est moi qui décide de la limite... Je peux endurer»(Renée).

Ce trait reflète à la fois une attitude physique et mentale face à la douleur ainsi qu'une loi implicite, très répandue dans le monde des arts et du spectacle. Cette loi s'apparente à celle du silence, du maintien des apparences, et rejoint ainsi les lignes d'énoncé et de visibilité du dispositif selon lequel se construit la «douleur chronique». La loi du silence vient donc renforcer celle de l'endurance. Jeanne n'a rien dit pendant douze années consécutives même à sa meilleure amie. Quant à Denyse, il est encore difficile aujourd'hui de recueillir ses confidences en la matière. Elle préfère parler de sa guérison et l'attribue en tout premier lieu à sa force de décision.

Lors des études de cas, je soulignerais les nombreuses lignes qui traversent le dispositif «douleur chronique» et le renforcent: relations professionnelles, thérapeutiques, blessures de jeunesse sur lesquelles se construisent les blessures, lois implicites, stress émotionnel d'ordre financier ou relationnel, ou encore grossesse et autres choses de la vie... Face à la douleur, les issues sont certes plus ou moins heureuses, selon l'accessibilité aux soins, la flexibilité par rapport aux contrats et à la nécessité de travailler selon les ressources financières et l'autonomie. Mais, en termes de vécu, toutes et tous sont égaux devant un phénomène qui échappe à l'entendement et au pouvoir médical. J'y vois tout autant la médicalisation d'un phénomène de société qu'une crise du sujet. Un sujet qui souffre et dont le cri serait étouffé au nom de

la productivité, de contraintes budgétaires et d'un immense «malentendu», d'une perversion d'un système à la solde de l'industrie du spectacle. Toutes et tous en témoignent, même celles et ceux qui ne sont pas encore guéris ou qui ne le seront jamais. Ainsi Louis, directeur de moyenne compagnie, interprète et chorégraphe.

«[...]avant d'être là-dedans y avait toute l'appréhension, la peur de, physiquement de... flancher, de se dire aussi que le spectacle qui est prévu demain aura-t-il lieu? Alors tu portes toute cette tension-là, je dirai, par rapport et tous les impacts financiers, parce que je suis responsable, je connais très bien le budget de la compagnie, je connais très bien la réalité.» (Louis).

Ainsi les professionnels de la danse développent une stratégie défensive d'ordre social, puisque associée à leur communauté d'appartenance professionnelle et inscrite dans une culture de l'endurance proche de celle des professionnels de la santé aux prises avec une réalité qui exploite leur passion ou leur dévouement (Maranda et al., 2006).

«On est en train de jouer sur un mode où il faut être complètement dévoué ... Un blessé de guerre là, il est sur le champ de bataille là, pis faut continuer à tirer pis à lancer pis donner sa vie, c'est ça la vie de danseur... Si t'es blessée là, mais qu'on te dit Non! [tu ne peux pas t'arrêter] Mais il faut quand même [continuer de danser]... C'est comme un soldat, il faut qu'il continue, c'est une question de vie ou de mort dans le sens que, c'est ça on va jusqu'à la mort...*(Ah oui? C'est implicite?)* Oui, mais parce que, on nous l'inculque, mais aussi parce que c'est une passion. C'est comme les gens qui s'aiment passionnément. C'est à la vie à la mort et donc c'est facile de jouer là-dessus. C'est trop facile et ça je suis énormément fâchée, que eux ne comprennent pas, qu'ils ne croient pas en notre dévouement sincère et que quand on nous dit qu'on est blessée, c'est qu'on est blessée. Y en a peut-être un ou deux fainéants qui veulent juste pas travailler un jour ou un autre...» (Renée).

Dans «endurance», il y a «durée» mais aussi «dur». Il faut donc réintroduire de la durée et de la temporalité dans la compréhension de l'endurance à la douleur et souvent aller à rebours. De toute évidence, l'endurance participe de la chronicité en favorisant le maintien des usages

du corps tout en résistant le plus possible à l'appel de la douleur. Il apparaît clairement que, plus l'endurance est élevée, plus les chances de chronicité sont grandes. Cette variable «endurance» mesure le temps aussi bien que l'intensité en lien avec la capacité à endurer la douleur. Certes l'endurance a des limites, le seuil de douleur que les récits de vie situent unanimement toujours très au-dessus de la moyenne. Mais l'endurance se manifeste aussi par un rejet de toute médication et une relation pour le moins distanciée avec la médecine et enfin un désir effrené de continuer à danser malgré la douleur.

- **un seuil de la douleur plus élevé**

Bien sûr le monde de la danse côtoie le monde de la douleur tous les jours et Lola est de celles qui pensent « que les danseurs élèvent un peu leur seuil de tolérance à la douleur... ». Ainsi en témoigne Denyse, lorsqu'elle va jusqu'à vomir tellement sa douleur d'accouchement est intense, sans même qu'elle réagisse.

«Ça faisait vraiment très mal et puis à un moment, vraiment *excrutiating* mais, à un moment donné, j'ai vomi! et puis, j'ai dit à la sage-femme: «mais, pourquoi est ce que je viens de vomir?» elle dit: «mais parce que t'as mal, parce que t'as mal...» j'ai dit: «Ah oui, j'ai si mal que ça?» [rit de bon cœur] (Denyse).

Tous les interprètes témoignent de cette grande familiarité avec le monde de la douleur. «Bon, t'sais, en danse, on est quand même habitué de travailler avec la douleur là, on s'arrête pas juste pour dire «douleur», mais, bon...» (Lola). Elle-même s'est retrouvée prise sur scène et contrainte d'endurer la douleur pendant près d'une heure:

«Il y avait les trois sur scène pendant une heure, de temps. Il n'y avait pas d'entrée, pas de sortie, je pouvais pas sortir. Donc, j'ai continué la danse jusqu'au bout...»

La douleur fait donc partie intégrante du monde de la danse, donnant rarement lieu à un arrêt de travail. Elle vient seulement s'ajouter aux autres contraintes d'horaires, de conditions de travail, de recherche de contrats ou de demandes de subvention. Elle est vécue comme une entrave supplémentaire, ni plus ni moins. Quoi qu'il arrive, il faut continuer.

«Pis la condition aussi était toujours liée, elle, à deux objets: un de pas faire sentir au chorégraphe qu'on est un poids mort dont il faut se débarrasser et puis, nous-même, pour nous conditionner à toujours avancer, parce que si on arrête là, on jette la serviette, t'sais...» (Patricia).

Sur scène, la loi est encore plus implacable. Elle est la même pour toutes et tous et exige une endurance hors du commun. Caroline témoigne d'une sortie de scène à bout de bras, malgré une grave déchirure ligamentaire et une douleur «atroce».

«Et là, je devais remonter rapidement et c'est ça, tout me picotait et je me suis dit: «comment je vais faire? comment je vais faire?» Et là, je me suis dit: «lève-toi!» Et là, j'ai fini le spectacle, mais vraiment, tout dans les bras, t'es vraiment... Là, t'es *zoom out* quoi... Tu vois le public et tu te dis... T'es comme: plus d'énergie, y a plus rien là...» (Caroline).

Même dans le meilleur des cas où des remplacements sont prévus, l'interprète se doit toujours de faire bonne figure lors de la représentation. «Même sur scène, c'est-à-dire, si jamais ça arrive, ben, tu sors de scène et puis, tu reviens plus sur scène» (Denyse). La culture de l'endurance rejoint alors la loi des apparences et de l'invisibilité. Denyse se bat même avec ses danseurs pour qu'ils se ménagent pendant les répétitions:

«Non! Dorothee! T'as mal là aujourd'hui? Tu m'as dit que t'avais mal.»

«Non, Denyse! je veux le faire! Je sais exactement comment le contrôler, Denyse! Je vais pas faire tel mouvement, tel mouvement, tel mouvement...»

Une fois sur scène, la même loi s'applique: «Gardez-le! Si vous tenez tant à le faire gardez-le! Mais, s'il vous plaît, pas en répétition» (Denyse). Mais une question demeure: quelle est la limite à l'endurance? Quel est le seuil de la douleur à ne pas dépasser pour ne pas s'exposer à des dommages irréversibles? Quand et comment s'arrêter? Car, plus que partout ailleurs, il apparaît clairement que la «douleur chronique» progresse selon une trajectoire spiralée dans le corps du danseur. Elle procède par vagues et il arrive même que les danseurs aient perdu la trace de l'événement premier, tellement ils sont préoccupés d'en minimiser les effets sur leur carrière.

«C'était juste que c'était quelque chose, c'était une douleur, qui était pas constante là, c'était pas pendant deux, trois ans sans arrêt mais, c'était quelque chose qui revenait, qui partait, qui revenait, qui partait mais, que j'ai jamais pu associer à un événement particulier ni au travail, ni dans la famille, ni quoi que ce soit, non» (Denyse).

En l'occurrence, Denyse s'est souvenue par la suite de l'élément déclencheur: «J'avais oublié, mais c'était, oui, mais ça, je pense que c'était quelque chose qui m'a été fait par quelqu'un... Imagine, c'est bête, hein!» De toute évidence, ce que Denyse retient de cette épreuve c'est qu'elle l'a traversée. Peu importe la cause ou l'origine, ce qui compte, c'est la guérison! C'est toute l'habileté de l'interprète et sa grande connaissance intrinsèque du corps que Denyse souligne ainsi. Ce qu'elle veut en retenir, c'est l'issue heureuse du processus témoignant encore un peu plus de son expertise.

«Mais, y a des mouvements que je pouvais éviter parce que ça faisait mal et je place le poids différemment, en dansant, ou alors, ou j'arrête, mais c'était, donc j'arrêtais le mouvement, si il y avait douleur, je le faisais pas, donc, j'avais pas mal...»(Denyse).

Denyse suggère ainsi l'existence d'une double limite. Celle du seuil de la douleur et celle de la limite imposée au mouvement par l'apparition du moindre élan. De cette façon, elle peut ainsi circonscrire la zone à éviter ou sur laquelle il est préférable de ne plus s'appuyer, au moins temporairement.

Patricia a pour sa part développé sa propre théorie sur la valeur à accorder à la douleur.

«La douleur nous dit: «Ah, qu'est-ce qui se passe? Ah, je respire pas bien; Ah, tiens je déporte trop mon poids sur la gauche, Ah, tiens! faut que je change mes souliers» C'est ça qu'elle indique la douleur. Faut pas en faire son ennemie; c'est vraiment le signal. Quand on est danseur, depuis un bon bout de temps, vous l'avez peut-être entendu de la part des danseurs, ça devient ton repère, mais un moment donné, faut pas le nier non plus quand c'est aigu, c'est en crise, ton dos bloque, «c'est parce que là, il faut que t'arrêtes...»

Mais, quelles sont les alternatives? Arrêter? Souvent, c'est ce que conseillent les médecins, quand ils ne sont pas eux-mêmes pris dans le système de production alors qu'ils ont signé une entente tacite. C'est le cas de Renée, salariée d'une grande compagnie et en arrêt de travail depuis plus de six mois.

«Ouais, j'ai été voir mon médecin. Il semblerait qu'ils aient décidé de toutes parts que mon état ne s'améliorerait pas et puis que, soit je reviens dans des conditions limitées et douloureuses... Il était d'une froideur, mon médecin... Alors, il me laissait le choix, mon médecin: «Soit tu recommences et puis tu prends des médicaments pour pas avoir mal et puis tu peux rechuter quand tu veux rechuter là mais, je te marque aucune limitation dans ton dossier comme ça ton employeur peut pas te faire de problème» Et puis d'un autre côté, mon employeur me disait qu'il voulait un papier du médecin comme quoi j'étais 100% sans limitation. Donc, le médecin est d'accord de me faire un papier sans limitation comme ça l'autre il me prend, mais moi je fais quoi là-dedans? Parce que moi je le sais que je suis limitée, je le sais que j'ai mal. Qu'est ce que je fais?»

- **La relation médecin-patient: le paradigme mécaniste**

Quelles sont les attentes de celles et ceux qui souffrent en matière de relation thérapeutique? Quelle aide sont-ils en droit d'espérer? Le maître-mot de bien des médecins en face de la douleur c'est «arrêter». «Ben, écoutez si j'étais vous, j'arrêterai de danser...», *dixit* le médecin de Louis.

De la même façon, Sylvie relate que les médecins vont soit lui conseiller d'arrêter de faire ce qui fait mal, soit de se reposer soit encore d'arrêter de danser. La sagesse la plus élémentaire suggère en effet de s'abstenir de tout geste douloureux respectant ainsi la fonction alarmante de la douleur. Mais aucune de ces propositions ne répond à ses besoins.

«[...]that's a difficult thing for a dancer to do or it is difficult for me to do because I have a contract, I have a show that I want to get to, and yes, if it is serious, of course, you need to stop.»²⁰.

Elle les soupçonne de lui conseiller d'arrêter par simple incapacité de poser un diagnostic, donc par incompetence Elle renonce désormais à les consulter car ils ne lui sont d'aucun secours, étant donné leur incompréhension des spécificités du métier.

«But, until you get to the focus of what exactly the injury is and what the problem is, just stopping as a general practitioner often tells you to do, it doesn't help you, it doesn't get you better, it doesn't solve your problem or help you be focused in the good direction to solve the problem, the injury problem.»²¹.

²⁰ «Mais c'est difficile pour un danseur ou alors c'est difficile pour moi parce que j'ai signé un contrat, j'ai un spectacle que je veux assurer et oui, si c'est grave, bien sûr, on doit arrêter...».

²¹ «Tant que tu ne sais pas exactement de quelle blessure il s'agit ni quel est le problème, te dire d'arrêter comme le fait souvent un médecin généraliste, ça ne t'aide pas, ça ne t'améliore pas, ça ne résout pas ton problème et ça ne t'aide pas à te concentrer dans la bonne direction pour résoudre le problème, le problème de la blessure».

Pour les mêmes raisons, Sylvie, lors de la tournée en Allemagne, refuse tout aussi catégoriquement de se laisser injecter quelque substance que ce soit. Elle a besoin de garder le contrôle sur ses sensations pour être capable de donner le show sans se blesser davantage. Nombre d'interprètes continuent en effet malgré la douleur. Forts de leur connaissance intrinsèque du corps, ils et elles construisent des déformations posturales d'évitement. Leur corps leur est tellement dévoué, qu'ils et elles se surprennent de leur ingéniosité. Ainsi Sylvie qui prend appui avec la tête sur le placard de la cuisine pour faire la vaisselle sans solliciter le bas du dos, siège d'une hernie. Cela non plus les médecins généralistes n'en tiennent pas compte. Caroline en convient aussi, elle a une part de responsabilité dans la gravité de la situation parce qu'elle a continué malgré la douleur.

«C'est pas compliqué, mais du bas du coccyx jusqu'en haut... Tout avait [bougé]... Ben, il faut dire, j'avais eu le temps aussi, j'avais forcé, j'étais restée assise trois mois, donc y avait eu le temps, vraiment, qu'y ait plus rien qui corresponde.»

Ultimement, en cas de douleur insurmontable ou d'un blocage intempestif, les interprètes feront enfin appel à une aide extérieure. Sylvie, comme beaucoup d'autres, préfère alors s'en remettre à un médecin du sport qui connaît les risques du métier et sera plus à même de circonscrire le problème, de poser un diagnostic et de proposer des solutions concrètes.

«I know that a general practitioner does not have the answers that I'm going to need. One that's specialised in dance will definitely be able to send me in a better direction»²².

Dans le milieu de la danse, c'est unanime: une douleur en lien avec les usages du corps est du ressort des thérapies corporelles. Ce sont elles qui répondent le mieux aux besoins d'un corps blessé, malmené ou surmené

²² «Je sais qu'un médecin généraliste n'est pas en mesure de répondre à mes besoins. Un spécialiste de la danse m'orientera certainement dans une meilleure direction».

(Perrault, 1988). Par ailleurs, elles permettent sans doute de repousser les limites du corps et aident à continuer malgré les premiers symptômes de faiblesse ou de souffrance. Mais après avoir rétabli la solution de continuité, l'alignement et le placement d'un corps désaxé ou surmené, encore faut-il consolider cet équilibre par de nouvelles attitudes, une nouvelle gestuelle et certaines limitations librement consenties:

«Donc, il m'a fait des petites manipulations, il m'a dit: «je vais te revoir à Paris, un moment donné, je te conseille de reprendre très tranquille, fais aucun jeu de jambe en arrière, aucune extension avec des arabesques, aucun mouvement qui puisse agir dans le dos.» (Caroline).

«Il m'a refait tout le *taping* pour tenir le bassin et puis, il m'a dit: «Non, tu fais pas tous ces mouvements là», tous les mouvements qui allaient par en arrière et puis, en fait, avec l'adrénaline et tout, j'ai fait le spectacle presque sans douleur.[rit]» (Lola).

Quant à Denyse, elle rejette catégoriquement tout savoir médical. «Non; je suis pas du tout dans la médecine, moi, et j'y crois pas du tout!» Elle ne compte que sur elle-même. Au grand maximum sur l'aide d'un ostéopathe. Elle a ainsi développé une grande habileté dans les ajustements nécessaires à la continuation malgré les obstacles. Il est beaucoup question d'intelligence du corps, qui a appris de la douleur et qui, en bon soldat, continue de «performer», en évitant soigneusement la ou les zones à risque.

Le rejet de toute médication participe également de cette culture de l'endurance. La plupart des danseurs interrogés préfèrent conserver la valeur alarmante de la douleur. Pour éviter d'aggraver le problème, mieux vaut s'exposer ainsi à la douleur plutôt que de la masquer. C'est que les danseurs ont le souci de préserver l'outil de travail que représente leur corps. Ils sont donc très à l'écoute des moindres signes de détérioration. Jeanne, par exemple, n'aime pas «consommer des médicaments». Elle surprend beaucoup les médecins qui mesurent l'intensité de la douleur à la quantité d'antalgiques

consommés plutôt qu'au ressenti énoncé. Ainsi, quand ils lui demandent, en consultation préopératoire: «Qu'est ce que vous avez pris comme médication?», et qu'elle répond: «Ben, un *Tylenol*, une fois de temps à autre». Ils remettent alors en question la pertinence de l'intervention:

«Vous êtes sûre que vous avez besoin d'une opération à la hanche? Comment ça se fait que vous avez pu réussir à vivre pendant douze ans avec une hanche... Peut-être que votre hanche, elle fait pas mal finalement, peut-être vous avez pas besoin d'être opérée.»

C'est bien mal connaître le milieu de la danse et son endurance à la douleur, que d'évaluer son intensité par la quantité de médicaments consommés. Car s'il est bien un trait commun à toutes et tous, c'est le rejet des médicaments anti-inflammatoires ou antalgiques qui modifient les sensations et posent le risque d'aggraver involontairement une blessure. L'interprète a bien trop besoin du signal douloureux pour éviter d'aggraver une blessure qui pourrait devenir irréversible et mettre sa carrière en péril. Les deux seuls à en prendre, quoique exceptionnellement, sont Louis et Aurélie qui continuent sans doute au-delà des limites acceptables pour leur intégrité corporelle. Louis est en attente de chirurgie et ne peut guère espérer guérir autrement. Quant à Aurélie, elle vit en bonne intelligence avec la douleur après trois hernies discales consécutives à des chutes puis à l'usure.

«Je prends pas de la cortisone tout le temps. J'en prends jamais sauf en cas de douleur intense ou d'extrême urgence. Fais que là c'est un peu ce qui se passe. Donc, suite à ces blessures, j'ai continué à danser mais en ayant des traitements, régulièrement suite aux blessures et après ça les traitements de moins en moins jusqu'à temps que j'ai plus besoin de traitement, voilà.»

Patricia aussi avoue avoir été «un an sur les *Advil*, pour pouvoir danser». Comme le souligne Sylvie: «It's just killing the pain, I believe pain killer?»²³ L'attitude du corps médical à l'égard de la douleur renforce une

²³ «Ça calme juste la douleur, un anti-douleur j'imagine.»

vision mécaniste du corps et encourage soit l'endurance, soit le recours à des méthodes alternatives qui prennent en compte non seulement le corps souffrant mais la personne toute entière. Le milieu médical a la réputation de faire peu de cas du vécu ou du ressenti et surtout des conséquences de ses prescriptions ou de ses injonctions.

«If I mask the pain, I understand doing that for a short period of time but, eventually, I want to figure out where the problem is so I can solve the problem instead of just covering up and forget about it» (Sylvie).²⁴.

- **La fuite en avant: la «société du spectacle»**

Désormais, il est reconnu qu'il vaut mieux s'arrêter en cas de blessure accidentelle, pour éviter d'aggraver la lésion, mais priorité est néanmoins toujours donnée au spectacle: *the show must go on* (Sylvie). Telle est la loi qui vient redoubler la culture d'endurance et contribue parfois à banaliser la douleur, l'inscrivant de façon chronique dans la mémoire corporelle. Dans bien des cas, c'est précisément l'endurance et la résistance à la douleur qui participent ainsi activement à sa chronicisation. Aurélie en est un exemple puisqu'elle s'enorgueillit de sa résistance à la douleur et qu'elle choisit de vivre avec...

«Je pense que c'est la ténacité qui me tient et aussi, parce que c'est pas tous les danseurs qui sont comme ça, mais, moi, j'ai une sensibilité, je résiste beaucoup à la douleur; si j'ai mal, c'est parce que c'est sérieux, parce que j'ai très, très mal, mais ça m'en prend beaucoup pour me plaindre; j'ai des petits bobos, tout ça; je la ressens la douleur, mais je vais pas me plaindre. Je vais pas me dire: «Ah!!!», si c'est intense, là, je vais me plaindre. Ben, comme mes douleurs: je me lève chaque matin et j'ai mal dans le dos, ben,

²⁴ «Si je cache la douleur, c'est pour une courte période mais ultimement, je veux savoir où se situe le problème afin de pouvoir le résoudre plutôt que de simplement l'enfouir et l'oublier.»

je suis habituée alors je vis avec, j'essaie de vivre en alliée avec [rit] donc, le fait de vivre comme ça, ça me permet de continuer à travailler.»

Jeanne, pour sa part, a enduré sa douleur à la hanche pendant douze années, mais toujours en sachant «que c'est une hanche qu'il va falloir opérer...» C'est finalement le regard de son amie qui l'a décidée à franchir le pas. Mais après qu'elle aie monté sa propre compagnie pour continuer de danser, selon ses capacités, sans que cela se sache, ni dans le milieu, ni dans son public. «J'avais perdu 70 % du potentiel de ma hanche droite, mais j'ai quand même travaillé, je me suis entraînée beaucoup, beaucoup, beaucoup». Ainsi, elle a tout trafiqué pour que cela ne se voie pas.

«Ça paraissait pas, sauf que, pour venir saluer, je voulais pas venir saluer au milieu, je venais saluer par les côtés; je laissais les autres danseurs plus au centre pour pas que j'aie beaucoup de pas à faire mais, si je les faisais en courant, ça paraissait pas. J'ai tout trafiqué...»

Là aussi, Jeanne repousse les limites de la douleur le plus possible: «J'ai dansé finalement mais, à quel prix!» et «tout le temps en trouvant un chemin différent», en se faisant le moins mal possible et en attendant que le moment soit venu de se faire opérer. «J'attendais tant que je pouvais survivre, vivre avec ce problème-là. Même danser, c'est sûr que c'était pas facile. J'ai attendu, attendu, attendu...» (Jeanne) De même pour Louis.

«Mais c'est dans cette période-là que c'était vraiment, je dirai, au-dessus de..., de l'entendement. Quand j'ai vécu ça, en fait c'est simple, le corps c'est une dynamique mais l'esprit... L'esprit voulait tellement... Que le corps a abdiqué!»

Arrêter, certaines l'ont fait quand elles en avaient le pouvoir, quitte à décevoir les attentes de leurs collègues et de leurs partenaires financiers. Lola, par exemple, s'est vue par la suite refuser des subventions et y voit un lien de cause à effet. Patricia, elle, n'ose même pas y penser et continue avec des *Advil* pendant un an, pour achever sa carrière en beauté. Dès qu'elle arrête la médication, la douleur revient. Elle est alors prise au piège.

«Je pleurais le matin, je me rappelle un moment donné c'est plus que ça faisait mal, c'est que ça s'en allait jamais... C'est que c'était récurrent, ça s'en allait JAMAIS! Pis c'était pas non plus quelque chose dont on parlait beaucoup, les blessures en danse, aussi, pis la condition aussi était toujours liée, elle, à deux objets: un de pas faire sentir au chorégraphe qu'on est un poids mort, dont il faut se débarrasser et puis, nous-même, pour nous conditionner à toujours avancer, parce que si on arrête là, on jette la serviette, t'sais...»

D'autres se font remplacer. Mais trop rares sont les compagnies qui prévoient un remplaçant en cas d'accident en cours de représentation et qui en ont les moyens. C'est alors très souvent sur ce non-respect de la valeur alarmante de la douleur que vient s'organiser le modèle «douleur chronique». Une douleur survient par exemple pendant ou après une représentation. Pour les besoins de la production, on passe au-dessus de la plainte, on la banalise, on la relativise. On invoquera bien sûr les rapports de la profession à la production, aux conséquences en termes de rentabilité de ce que l'on appelle désormais, les «arts du spectacle», l'industrie culturelle. C'est ainsi le cas de Renée, salariée d'une grande compagnie de danse.

«J'ai été blessée, il y a une année, au mois de juin 2009. On était en tournée et puis, j'ai commencé à avoir mal après un spectacle, je me suis fait soigner et j'ai refait un spectacle. Au bout de trois jours, on arrivait plus à récupérer, j'avais mal toujours à la hanche et là, on m'a un peu mis de la pression pour que je continue et ça s'est vraiment aggravé et j'ai dansé, j'ai dansé, là, en l'occurrence, en étant pratiquement incapable de marcher, je marchais avec des douleurs... Donc d'arriver à anesthésier ma douleur par un échauffement puis par l'adrénaline, pour pouvoir être sur scène mais après, quand j'sortais d'scène, c'était terrible, j'étais handicapée ...»

La relation employeur-salarié constitue certes le modèle explicatif le plus évident, mais la motivation à poursuivre son activité repose aussi sur d'autres modèles. Car, cette loi existe même implicitement chez les interprètes indépendantes qui, pourtant sans la pression d'un quelconque employeur, ont cependant recours à des traitements de choc.

«Quand ça arrivait et que j'étais en choc donc, que je pouvais plus bouger, il y a un traitement, parce que le *show* doit continuer, hein, souvent ça arrivait, puis il fallait que je danse, il fallait que j'aïlle sur scène là, le soir même, donc, j'ai pris de la cortisone à très, très petites doses, à ce moment là, donc... Je prenais pendant cinq jours de la cortisone et tout de suite la douleur, en une journée, même pas, la douleur baissait là, des 3 quarts, ce qui me permet de continuer, si j'ai un show à faire, de continuer...» (Aurélié).

«Continuer», s'oppose donc diamétralement à «arrêter». Dans le milieu, la fuite en avant est ainsi de mise. Denyse insiste beaucoup sur l'obstination de sa danseuse, Dorothée, qu'elle sait blessée, mais qui veut à tout prix continuer, bien que sa place ne soit pas du tout menacée. Des conditions de travail favorables ne suffisent pas donc à prévenir les blessures et à dissuader les interprètes elles-mêmes de prendre des risques. Bien souvent, l'injonction de continuer est implicite et repose sur plusieurs critères plus ou moins intriqués mais néanmoins variables selon l'âge.

Caroline, qui est aussi enseignante, révèle les lois implicites liées à l'apprentissage en lien avec la peur de perdre sa place, de faire mauvaise impression et la mauvaise maîtrise de son corps.

«Je devais avoir 16 ans, fais que là, j'ai continué à travailler, travailler, travailler... Et puis, aussi, tout un rapport à la technique ou l'habileté à forcer, parce qu'en fait, c'est ça aussi, dans l'apprentissage, surtout quand on apprend jeune, c'est aussi toujours lié à la compréhension de soi, donc du corps et de la volonté de bien faire et de répondre à des postures qu'on doit faire le mieux possible.» (Caroline).

Plusieurs d'entre elles témoignent en effet de la faible estime de soi de la débutante qui doit encore faire ses preuves, se construire un réseau, bâtir sa carrière et une image forte, endurente, infaillible, telle une machine.

«Mais, moi, c'est ça, mais, peut-être que ça a eu un impact mais, j'ai jamais arrêté de danser, blessée, alors, peut-être que c'était pas une bonne idée, mais c'est toujours la peur de «on est toujours remplaçable», donc, si on se blesse et puis, on dit à l'employeur: «Oh! ben, je peux pas», ou, «je vais arrêter de danser», on se fait remplacer par quelqu'un d'autre,

évidemment, ça coûte cher, les chorégraphes aiment pas ça; et là, c'est pas une belle image; moi, j'ai toujours plus ou moins caché mes blessures ou été dans le minimum de déclaration que je m'étais blessée.» (Pénélope).

Pour les interprètes plus matures, il est plus souvent question d'impératifs financiers ou d'engagements moraux vis-à-vis des collègues et partenaires. «Il y avait un engagement aussi financier, une vente de billet, parce que c'était un partage de billetterie.» (Lola) Peu importe alors d'où vient la souffrance tant qu'elle n'empêche pas la performance. Le besoin de garder le contrôle sur les sensations physiques, de maintenir un fonctionnement et un rendement maximal, dans ces conditions, s'ajoute encore à la culture de l'endurance. «J'essayais de vendre mon spectacle» (Caroline). Quant à Louis, il témoigne de la grande précarité des petites et moyennes compagnies, quand pour sauver un salaire, le directeur est aussi le chorégraphe et le seul interprète.

«La douleur est devenue très grande, au point où je crois que, si j'avais été sage, j'aurais arrêté mais y avait toutes les impératifs financiers. J'avais cette responsabilité-là; c'est ma compagnie! J'avais pas les sous pour me faire remplacer alors j'ai décidé que j'allais mener le..., le bal...» (Louis).

Telle est la loi dans un monde désormais régi par des impératifs financiers et de production, dans une «société du spectacle» telle que définie par Guy Debord.

«En 1967, j'ai montré dans un livre, *La Société du Spectacle*, ce que le spectacle moderne était déjà essentiellement : le règne autocratique de l'économie marchande ayant accédé à un statut de souveraineté irresponsable, et l'ensemble des nouvelles techniques de gouvernement qui accompagnent ce règne» (1988).

2. *LA DOULEUR CHRONIQUE COMME MACHINE DE GUERRE*

Même si le corps fait l'objet d'un rude entraînement, malgré toutes les mesures prises pour prolonger sa «durée de vie» et le renforcer à tout prix, il est

des blessures inévitables et imprévisibles. Jeanne par exemple, s'est ainsi entraînée à travailler dans toutes les conditions. Pourtant, elle n'a pu éviter la blessure causée par un tiers.

«Je sais comment travailler malade, je le sais, je me suis pointée au studio malade, j'ai trouvé une manière... Fais que, comme ça, tu renforces ton corps et puis t'apprends...» (Jeanne).

Cette forme de persévérance témoigne de l'attention portée à la vulnérabilité du corps. Même si son but premier est de sauver les apparences et de paraître au mieux de sa forme, quoi qu'il arrive, il s'agit peut-être là d'un premier signe de soin et d'attention à soi. La blessure constitue alors la première étape potentielle de la «douleur chronique», se manifestant d'abord par une rupture d'équilibre suivie d'une incapacité fonctionnelle.

«Je suis tombée à terre tout de suite... Là, je dis: «Oh! y a un gros problème avec ma hanche!» On a annulé les spectacles, là, je suis allée à l'hôpital, on a fait des radios» (Jeanne).

En cela, la «douleur chronique», qui fait suite à la blessure, est déjà une machine de guerre puisqu'elle s'insinue entre les mailles du filet de la discipline inhérente au métier. Elle s'inscrit dans le temps et dans l'espace puisqu'elle se construit, soit sur la répétition d'un même geste, d'un même usage du corps, à la limite de l'acceptable, soit sur l'accident, ici et maintenant, la chute, l'effet d'un décentrement, d'un échappement. Il faisait chaud, Sylvie avait peut-être les mains moites, ou le sol était glissant... «I was in rehearsal and I slid, it was hot and I was holding on to somebody so...»²⁵ Pour Caroline, il s'est agi d'un trop plein de stress et d'une déstabilisation d'un autre ordre, qu'elle s'explique encore assez mal: «C'était surdimensionné, cette blessure par rapport au mouvement que j'avais à faire.» Pour elle, «[...]le rapport aux

²⁵ «J'étais en répétition et j'ai glissé, il faisait chaud et je me tenais à quelqu'un alors...»

blessures chroniques, en tout cas, c'est lié à l'état d'esprit, c'est sûr, à la disponibilité présente...» C'est une question de présence à soi et d'écoute des besoins du corps. Mais ça ne suffit pas toujours pour éviter l'accident et comme elle le dit si bien: «On ne peut pas toujours être en contrôle.»

Une fois l'accident arrivé, la douleur qui s'ensuit donne lieu à des stratégies de l'ordre du déni ou de l'évitement. Sylvie cherche à tout prix à contourner le problème et, se faisant, retarde sa prise en charge, détériore son équilibre et sa danse. Sa performance s'en trouve à ce point diminuée qu'elle se résout finalement à arrêter. Patricia, quant à elle, préfère prendre des médicaments pour pouvoir terminer sa carrière en beauté. C'est alors qu'elle doit se rendre à l'évidence. La douleur a pénétré insidieusement tous les champs de sa vie et a pris le dessus sur sa danse et sur son couple.

«Autant, je vivais ma vie en fonction de la danse, je mangeais en fonction de la danse, je dormais en fonction de la danse, j'avais des amoureux en fonction de mes contrats, t'sais, c'était fou là, autant, maintenant, c'était vraiment la douleur qui gérait...» (Patricia).

Quand elle dépasse un certain seuil, la douleur se fait inquiétante et confronte l'endurance. La «douleur chronique» survient ici et là et limite le sujet dans toutes ses activités du quotidien, pas seulement dans son activité professionnelle. «Chaque jour de la douleur, assis sur le divan, difficulté à aller à l'épicerie, faire les achats, parce que ça faisait mal à chaque pas» (Louis). Elle impose sa loi, celle du rien, du vide et de l'immobilité.

«Je pouvais pas attacher mes souliers, je pouvais pas me plier, il fallait que je me penche complètement le dos droit là comme ça, pour aller attacher mes souliers parce que j'étais pas capable d'avoir cette flexibilité-là» (Jeanne).

Ainsi, l'irruption d'une douleur inhabituelle, au sens où elle dépasse le seuil acceptable ou qu'elle surgit en un lieu inusité ou à un moment imprévu, pose la question des usages du corps. La « douleur chronique », par la répétition

d'un même signal, envoie un message clair, un appel insistant au changement, par n'importe quels moyens jusqu'à la prise de décision salvatrice.

«Le combat contre la douleur était un combat contre moi-même. À accepter que j'ai mal. À accepter que je devais arrêter. Je n'avais vraiment pas envie. Ça a été un cheminement d'un an et demi. J'ai continué à danser même avec la douleur, avant que je me dise: Faut que j'arrête!» (Louis).

Le monde de la danse connaît bien le monde de la douleur. «On est habitué à un certain degré de douleur en danse parce que y a tout le temps des étirements, donc, tu fonctionnes quand même avec ça.» (Louis) Mais le monde de la danse est aussi traversé de lois comme dans un état de droit. Le maître-mot y serait «fonctionner» ou «continuer», comme si de rien n'était. Mais, dans le contexte de la performance-danse, si le corps constitue évidemment un outil de travail, il n'en est pas moins avant tout celui d'un sujet-danseur. La «douleur chronique» agit alors comme un révélateur de seuil de tolérance, de seuil de la douleur et de risque de rupture de contrat entre le corps et l'être.

Le cas de Louis illustre bien la résistance au changement qu'objective cette douleur insistante en venant à son tour imposer une loi qui pénètre tous les gestes du quotidien et s'aggrave de jour en jour. Et ce malgré toutes les dérobades du sujet, qui maintient son activité physique coûte que coûte au mépris de tous les «cris du corps». La «douleur chronique» s'inscrit donc dans une dynamique de l'ordre de la résistance passive. On pense à l'arme du faible, celle du corps contre l'esprit, dans un modèle cartésien (Scott, 1985).

La «douleur chronique», c'est délibérément une autre affaire qui vient donc clairement poser le problème, plutôt que de l'inscrire dans une théorie et un régime d'énoncés (Deleuze et Guattari, 1980). Chez le danseur professionnel, elle progresse ainsi sur le mode d'une «machine de guerre». Par «machine de guerre», j'entends un processus qui vient questionner les usages

du corps dans la danse comme il devrait venir interpeller la pertinence des modèles de représentation et d'interprétation à l'oeuvre dans notre société contemporaine. Le monde de la danse constitue un terrain d'observation privilégié à cet égard, car la «douleur chronique» vient y interroger les trajectoires habituelles d'un corps perçu comme outil de travail. Elle lui impose ses variations, ses limitations, qui mèneront toutes à des transformations singulières d'un corps qui deviendrait ainsi champ de possible plutôt que champ de bataille. Le monde de la danse constitue à cet égard une sorte de micro-société que la «douleur chronique» interpelle directement dans son devenir. La machine de guerre «douleur chronique» s'inscrit dans le temps et y «fait du devenir lui-même un modèle» (Deleuze et Guattari, 1980).

Jeanne a poussé ce modèle à l'extrême puisqu'elle a dansé pendant douze ans avec une douleur à la hanche et sans que personne ne s'en aperçoive. Pour y parvenir, elle a limité le modèle chorégraphe-interprète à elle seule et créé sa propre compagnie. Elle sera seule désormais à maîtriser les dynamiques de pouvoir qui conditionnent l'usage de son corps et à en fixer les limites qu'elle choisit. Elle peut dès lors masquer plus facilement la blessure et repousser l'intervention chirurgicale le plus longtemps possible. Cette opération provoque alors une bascule inverse et accompagne le changement de gestuelle induit par la douleur.

Seule Lola perçoit d'emblée combien la douleur vient questionner profondément sa gestuelle et sa façon de fonctionner. «[...] et puis, ça m'a amené à me dire: «Ben, si je veux danser c'est comme, ben, là, c'est le temps d'une grande transformation.»» Lola décrit parfaitement le changement d'usages du corps qui accompagne le changement de gestuelle et sa résolution de ne plus danser désormais que des solos.

«C'est après cette création-là, en 2003, que j'ai recommencé à danser en solo, tranquillement, mais, vraiment, en adaptant les mouvements pour mon corps, sachant que je pouvais pas faire ci, je pouvais pas faire ça, mais, tranquillement, ça se solidifiait de plus en plus. Et puis, un moment donné, je pense que c'est en 2004, j'ai présenté la 1ère pièce avec (*nom d'un danseur japonais*) et puis, vraiment, je peux dire que là, vraiment, je dansais et je pensais plus à ma hanche et ça, ben, c'est bon signe. C'est comme, je me préoccupais plus «est ce que je vais avoir mal?», parce que je savais que, ce que je faisais, les mouvements que je faisais, pourtant je bougeais quand même assez vite, mais, j'avais changé ma gestuelle et puis, ma façon de me déplacer dans l'espace et puis, bon, je veux dire, j'avais pas l'air handicapée là, c'était juste comme une autre façon de bouger...»(Lola).

La «douleur chronique» continue d'exiger le changement jusqu'à la guérison, à moins de devenir une habitude. C'est le choix d'Aurélie qui s'est résolue à vivre avec.

3. *«DOULEUR CHRONIQUE» ET GUÉRISON*

En dernière analyse je porte mon regard plus précisément sur le phénomène de la guérison. Celle-ci constitue en effet la plus grande surprise et découverte de cette recherche, consacrée à l'étude d'une douleur réputée «chronique», au sens implicite d'incurable.

À l'heure actuelle, j'ignore si Béatrice et Pénélope sont en voie de guérison ou de chronicisation, malgré leur retour au travail comme interprète et répétitrice. Renée et Brigitte souffrent encore. L'une envisage une réorientation professionnelle, l'autre un allègement des tâches au sein de sa compagnie. Louis est en attente d'une chirurgie. Enfin, Aurélie est la seule à ne plus lutter ni espérer que la douleur cesse. Elle semble s'être habituée à cette douleur qu'elle contrôle assez bien avec un entraînement régulier, des médicaments et des manipulations en cas de besoin. Depuis vingt ans que cela dure, elle a un

lien privilégié avec son ostéopathe qui se déplace et peut aussi lui prescrire «de la cortisone à très, très petite dose», puisqu'il est médecin. C'est ainsi qu'elle a organisé sa vie, au jour le jour, avec une routine, sans rêver mieux, dans une sorte de *statu quo* et «en bonne intelligence» avec sa douleur.

Les six interprètes qui ont fait l'objet d'analyses qualitatives plus approfondies sont définitivement sorties d'une «douleur chronique», chacune à leur façon. Malgré la multiplicité des dynamiques en jeu dans le processus de guérison, je les considère toutes à égalité face au ressenti et au vécu de douleurs implacables. Je prends leurs dires pour acquis comme Jacob Rogozinski le fait avec ceux d'Antonin Artaud. Dans sa relecture de l'œuvre, il apparaît à ce professeur de philosophie que, chez Artaud, la douleur est, de tous les affects, le plus intense, «l'affect de la limite corporelle», celui qui «fait peau» et qui renvoie le plus à la chair (2011). Parlant de douleurs qui sidéraient sa pensée, Artaud affirmait alors: «Le corps commence[...]au point où commence la douleur». En ce sens, je rejoins aussi Marcel Mauss, en dirigeant mon regard sur le corps et ses techniques, comme lieu où se côtoient toutes les disciplines, mais aussi comme lieu de vérité où la douleur nous amène. Ainsi, «la vérité première, la seule vérité qui tienne est que je suis et elle se révèle dans l'absolue certitude de ce que je sens [...]» (Rogozinski, 2011: 129).

Au fil de ces récits, il est clair que la douleur est tout sauf imaginaire. Elle rend plutôt compte d'une blessure profonde en lien avec les usages du corps et l'accumulation de leurs effets dans le temps et dans l'espace. On parlera d'usure, d'érosion des articulations, d'arthrose sévère, de hernies récidivantes.

A. LA BASCULE

Ainsi, la blessure est non seulement le résultat de la répétition mais aussi de l'accumulation. Toutes les interprètes soulignent l'impact négatif de la répétition d'un même geste sur la constitution d'une blessure. Comment cela mène à une rupture d'équilibre, à une chute ou un blocage. Jeanne se représente les effets de la danse sur son corps comme des micro-blessures nécessaires. Patricia évoque une succession de microtraumatismes. «Je pense que ça s'est installé; j'ai dû avoir une succession de chocs...» Elle nomme aussi plusieurs événements qui ont contribué à créer les conditions de la blessure; sa grossesse, qui a eu des effets sur son corps et sa vision du monde, en même temps que sa participation à la syndicalisation des danseurs, qui lui a révélé les «conditions absurdes» de travail des interprètes.

Parfois encore, avec la survenue d'une blessure, l'interprète découvre des zones de faiblesse insoupçonnées, oubliées ou enfouies, mais pourtant inscrites dans le corps. C'est le cas de Jeanne et de Caroline qui se souviennent de blessures de jeunesse, pourtant survenues en dehors de tout contexte professionnel, mais qui ont laissé des traces et des souvenirs douloureux. Caroline pense ainsi que sa blessure au dos s'est construite dans le temps, sur un déséquilibre initial. «Moi, je pense que ça a été un déséquilibre graduel, qui s'est fait après ma chute sur le coccyx.»

Sylvie et Caroline insistent sur l'influence du stress et de l'environnement professionnel, de l'ambiance de travail. Les différents enjeux liés à la carrière, à la difficulté de la performance, ou à l'approbation du public, des pairs, des critiques ou des chorégraphes, sont bien des causes de stress et de tensions qui fragilisent l'interprète. Caroline invoque plus particulièrement une sorte d'état émotionnel, qui déconnecte le corps et l'esprit, ce qu'elle appelle le

body-mind, et qui lui ferait perdre le contrôle de son corps. Sylvie nous donne également une description subtile de la dynamique qui lie le corps et l'esprit - esprit, recouvrant aussi bien la pensée que l'affectif et le monde des émotions.

«I think I didn't realise that until I hurt my ankle, cause that was a definite point where I knew I was angry, and I knew I shouldn't have done what I did cause, I pushed my body with that anger rather than with the technic that pushes you into a jump; I was doing that out of anger. When I looked back on that, I realised that: « OK, don't jump in that sort of way again! It's taking something out of your body that's not your body's fault...» (Sylvie).²⁶

Elle met l'accent sur l'effet pervers des émotions qui mettent le corps à risque de se blesser et révèle sa grande sensibilité aux ambiances de travail et à la qualité des relations professionnelles. «Just get stressed in my head, I get stressed all the way through my body... [*Rit*]»²⁷

C'est le propre des danseurs et des danseuses, ayant une grande conscience de leur corps, d'être très sensibles à leur environnement, en particulier affectif et émotionnel. C'est une question d'équilibre fondamental, d'équilibre de l'être qui conditionne l'équilibre tout court. Le corps dansant a besoin de toute sa concentration, au sens de «être avec le centre», pour «performer» sans danger. Une seconde d'inattention et c'est la chute, l'accident, l'entorse, la hernie ou la déchirure. Il est question d'état d'esprit et de ses effets sur le corps et ses usages. L'endurance renvoie bien sur à la tolérance versus la résistance à la douleur. Mais aussi aux agressions verbales et aux émotions perturbatrices qui sortent le corps de son axe et le déséquilibrent en changeant le point d'appui du corps et de l'esprit et en les dissociant. Cette

²⁶ «Je pense que je ne l'avais pas réalisé jusqu'à ce que je me foule la cheville, parce qu'à ce moment-là, je savais que j'étais en colère et je savais que je n'aurais pas dû faire ce que j'ai fait parce que j'ai poussé mon corps avec cette colère plutôt qu'avec la technique qui te propulse dans un saut ; je faisais ça par colère. Rétrospectivement, je me suis dit : Bon, ne saute plus de cette façon! Ça fait porter la responsabilité à ton corps, alors qu'il n'y est pour rien».

²⁷ «Il suffit que je sois stressée dans la tête pour être stressée tout au long de mon corps.»

capacité d'endurance, qui imprègne le monde de la danse, contraste avec la grande sensibilité, dont dépend la qualité de l'interprétation, et que la fine connaissance des moindres rouages de leur corps laisse présager. Le corps n'est pas une machine et il n'est pas insensible à ce qui lui arrive. Qui plus est, il est doué de mémoire et est sujet, lui aussi, au surmenage. Le corps a des limites, qu'il ne peut repousser indéfiniment. S'il suffit donc de très peu de choses pour déséquilibrer le danseur, de bonnes conditions de travail, dans un climat de saine communication et une attention à soi permanente sont les meilleurs garants d'une santé et sécurité au travail.

Mais parfois, la bascule survient à l'occasion de manipulations intempestives comme c'est le cas pour Denyse et Jeanne. Bien qu'il soit ici question de thérapeute corporel ou d'enseignant de yoga, ni l'un ni l'autre ne semble avoir accordé d'attention aux dires du sujet avant d'intervenir. Leurs interventions témoignent plutôt d'un déséquilibre engendré par l'autorité conférée au savoir expert auquel elles ont toutes deux confié un corps «docile» (Foucault, 1975). Toutes deux se soumettent d'office à une forme d'autorité, de l'ordre du savoir. Elles se dépossèdent l'une et l'autre de leur pouvoir sur le corps sans raison autre que le désir de donner sa confiance à l'Autre, ou le simple plaisir d'obéir. Denyse, elle, avoue combien elle aime se soumettre à l'autorité dans les trop rares occasions où cela lui est permis. Ainsi, la douleur, la blessure, la maladie et la mort résultent parfois de gestes, dits «iatrogènes», posés sans tenir compte des dires du sujet, de son avis, de son ressenti, ni de sa connaissance intrinsèque. Ces deux cas de figure rendent compte du déséquilibre qui règne dans la relation, qu'elle soit thérapeutique ou d'enseignement. Bien sûr, dans l'un et l'autre cas, il s'est agi d'un petit détail qui est venu faire basculer un corps déjà en équilibre instable. Jeanne et Denyse avaient sans doute une condition physique limite quand l'accident est survenu. La raison voudrait alors trouver le moyen d'apprendre de ces «erreurs», mais la

réalité semble plus complexe et Jeanne insiste pour en partager la responsabilité.

Paradoxalement, blessure et guérison procèdent également d'une bascule, d'un renversement de situation, d'un changement de condition et d'état. Une fois la blessure patente, la guérison se doit d'inverser une telle configuration par un renversement des forces en présence. Dans le cas de Denyse, accident et guérison procèdent d'une bascule évidente.

«C'était dans un cours, oui, le professeur est venu et puis, m'a placé la jambe différemment et puis, ça a fait: crac!» [...] «C'était dans un cours de yoga et puis, elle a dit: «Si il y en a parmi vous qui avez des douleurs chroniques là, je sais pas trop», je pense qu'elle dit: «Ça suffit! Ça s'arrête là! Vous arrêtez ça là!»

La guérison repose toujours sur un changement de paradigme et d'attitude face à un corps qui révèle ses limites. Elle procède d'un renversement dans la dynamique du pouvoir et dans la hiérarchie des priorités. La guérison se construit sur un rapport de pouvoir entre corps et esprit.

«Je me rends compte qu'il m'est encore très difficile d'écouter mon corps, très, très difficile ... Quand il me donne des petits signaux, j'ai du mal parce que je lui dis ... J'l'écoute pas j'ai juste le goût de continuer ma vie tel que j'ai l'habitude de la faire et pis de pas comprendre que mon corps vieillit, fatigue, devient moins résilient et qu'il a d'autres demandes...» (Renée).

Le modèle du Dr Jovey plaide pour la précocité de la prescription médicamenteuse (Jovey, 2008). Pourtant, chacun des cas de guérison s'est opéré sans aucun recours à un remède pharmaceutique. La douleur y a fait l'objet d'ajustements et d'évitements systématiques. La généalogie des événements incite à mettre davantage la zone douloureuse au repos. Et ce, quitte à suspendre, de façon provisoire ou non, toute activité douloureuse, voire professionnelle, au lieu de lutter pour repousser les limites corporelles et de l'endurance *ad vitam aeternam*. Celles et ceux qui ne sont pas encore guéris

témoignent de cette lutte constante avec une douleur qu'ils ne veulent pas écouter. Leurs récits donnent l'impression d'un duel corps-esprit entre le désir de danser, l'aspiration à cet état second dans lequel leur performance les plonge et le plaisir d'être sur scène. La douleur semble leur faire expérimenter leurs limites à travers les usages du corps.

«Alors, c'était tout ça qui était très, très dur à accepter, enfin mais c'est juste parce que j'ai dû rester assis avec les sacs de glace pis les antidouleur, les anti-inflammatoires que j'ai compris que ... Et c'est comme j'ai dit ça m'a vraiment isolé là, c'était vraiment je dirai une crise, une crise de croissance, c'était vraiment ça, je vivais au-delà de la douleur; la douleur a provoqué cette crise de...je dirai de croissance, de passage de dire « ben voilà mon pit, y va falloir que tu acceptes que dans la vie on vieillit, et que ça a des conséquences, le métier que je fais a des conséquences et un jour il faut payer ». Et la douleur, comme je t'ai dit, c'est dans le moment où tu danses vraiment tu en fais, moi, j'en faisais abstraction...C'était vraiment ça et puis ça je considère que ça c'est comme central, la douleur tu peux la gérer par les médicaments, tu peux la gérer par ta force mentale, mais elle t'attend toujours à la sortie du théâtre, là c'est le cas de le dire...» (Louis).

«C'est une lutte constante entre mon mental et mon corps, j'ai l'impression. Alors, c'est difficile parce que c'est sûr que pour avancer j'suis obligée de pousser un petit peu plus mon corps, mais lui il roupète après. [Alors] j'suis obligée d'attendre...C'est un dialogue que je dois faire qui est très... Comment dire... Je dois vraiment être à l'écoute des deux là... Parce que je sais pas si mon corps va être d'accord de collaborer jusqu'au bout...» (Renée).

Les professionnels de la danse démontrent combien l'endurance est plutôt un obstacle à la prise en charge des blessures. Combien cette attitude, qui consiste à ignorer la douleur trop longtemps, contribue largement à la chroniciser. Renée pointe aussi combien la douleur gagnerait à être entendue plus tôt. Elle déplore le manque de spécificité des thérapeutes accessibles à un remboursement par la CSST et l'inefficacité des premiers soins qui contribuent à la chronicisation.

«C'était difficile pour moi de dire «Non! j'veux pas faire de piqûre de Cortisone, j'veux juste faire de l'acupuncture...» Parce que, moi aussi j'ai envie d'redanser rapidement, pis comme c'est c'qu'on me propose...Ya

jamais personne qui va nous proposer de ben... Fais d'la méditation! Essaie de comprendre pourquoi tu t'es blessée! C'est pas des choses qu'on fait là, en général, on nous propose juste des «anti-douleur»...»(Renée).

Caroline et Lola se plaignent aussi de ces thérapies de tous ordres, trop peu adaptées à leurs besoins, de ces patchs placés ici ou là. Finalement, Lola a dû aller jusqu'à New York pour rencontrer LA grande spécialiste qui lui a donné des exercices pour consolider la hanche et par la suite, elle n'a plus compté que sur elle-même. «Et puis, tranquillement, ce que je faisais dans l'eau, j'ai commencé à le faire dans mon studio de danse et puis, après, je me suis refaite toute seule.» Sylvie ne manque pas de faire porter à cette mauvaise prise en charge toute la responsabilité de la chronicité. Émilie témoigne ainsi du manque d'attention de ses professeurs au moment de l'accident. Elle leur en veut de ne pas l'avoir orientée sur les personnes compétentes qui auraient pu faire le diagnostic d'une déchirure du psoas. Les médecins qu'elle a consultés l'ont simplement renvoyée chez elle sans traitement, parce qu'ils ne voyaient rien sur les radiographies.

«Mais ce qui s'est passé malheureusement sur le coup c'est que, disons que bon, il était en examen là aussi, mais le professeur s'est pas arrêté pour venir me voir ou voir qu'est ce qui c'était passé et me conseiller sur qu'est ce que je devais faire, mais je pouvais pas marcher sur ma jambe; je suis sortie de cette classe-là avec deux collègues qui me tenaient par les bras pour m'amener à un téléphone pour que j'appelle un taxi pour aller dans une clinique où ils pouvaient me faire des radiographies et puis me dire un peu ce qui se passait. Mais j'ai pas été conseillée sur le coup et ça, ça a beaucoup influencé ce qui s'est passé par la suite parce que j'ai pas vu les bonnes personnes en premier.»(Émilie).

Mais, Louis en convient, la décision d'arrêter et d'initier un changement vient avant tout de soi. La «douleur chronique» plus que tout événement en lien avec les usages du corps pousse le sujet dans ses derniers retranchements. Tout ceci évoque décidément une véritable crise du sujet.

«C'est vraiment, c'est le mental qui... Et je dirai, pas juste le mental... Mais, c'est sa capacité à gérer cette douleur-là et à l'accepter parce que sinon, y a un moment donné, je me suis dit: «C'est assez! J'en ai assez d'avoir mal! J'adore être devant le public, c'est comme «J'me sens chez moi!» Mais en même temps il faut, à un moment donné, se retirer parce qu'il y a d'autres enjeux»(Louis).

B. LA DOULEUR

Une des questions centrales reste celle de la place à accorder à la douleur en lien avec les usages du corps. Les ouvrages spécialisés soulignent quant à eux combien le stoïcisme, et l'art de souffrir en silence, sont considérés comme des traits de caractère très positifs en contexte occidental (Rey, 1993). Aurélie en est un bel exemple et son cas témoigne d'une grande force de caractère nourrie par sa passion pour la danse. Le système médical, quant à lui, s'intéresse davantage aux faits patents et relègue bien souvent la prise en charge de la douleur au second plan (Jovey, 2008). Mais Patricia met le doigt aussi sur la différence fondamentale entre une douleur handicapante, réellement perçue et une sorte de mémoire douloureuse, proche de l'habitude mentale qui fera éviter un geste qui, pendant longtemps, a réveillé la douleur.

Le Dr Jovey propose à cet égard un modèle d'interprétation de la «douleur chronique». Il émet l'hypothèse d'une empreinte trop prolongée qui inscrirait la sensation douloureuse de façon excessive, voire indélébile, au niveau du système nerveux central. Il rétablit alors le lien généalogique entre «douleur chronique» et douleur aiguë et prêche d'ailleurs pour une suppression plus rapide du symptôme par des opioïdes (Jovey, 2008). Patricia interprète également cette douleur qui perdure comme un pli qui est pris, comme si «la blessure, dans les faits, elle est physiquement guérie, mais que le cerveau, lui, il est plus dans son schéma?» C'est comme si la guérison s'effectuait en deux

temps, d'abord celui du corps, et ensuite, celui de l'esprit. Ce décalage entre la réalité et la sensation plaide pour un défaut d'interprétation du ressenti, fondé sur une habitude mentale. Cette douleur résiduelle, donc, qui dure sans raison apparente, Denyse la tient pour une habitude. Ainsi, une sensation douloureuse perçue trop longtemps finirait par s'inscrire dans la mémoire à la façon d'un apprentissage réflexe en lien direct avec la durée d'exposition à la douleur, l'endurance. Denyse et Patricia avaient toutes deux enduré la douleur pendant au moins trois années et mis en place des stratégies de reconstruction, étant entendu que toutes deux souhaitaient maintenir une activité physique. Elles décrivent toutes deux la fin de la douleur comme celle d'une douleur sans objet qui prendrait alors des allures d'obsession ou de dépendance.

Une prise de conscience aussi soudaine qu'instantanée pourrait alors y mettre fin abruptement et de façon radicale. « Il faut créer comme un court-circuit pour dire: «Eh, là! y a plus lieu d'avoir une douleur, c'est fini là, t'es ailleurs!» (Patricia). Denyse parle de «révélation» en lien avec la suggestion d'une professeure de yoga. Une suggestion faite au moment opportun à la façon d'un maître zen qui éveille la conscience de son élève par un coup de bâton bien placé, ou un simple retour à la terre, «Je me rappelle d'être dans mon jardin, à la campagne» (Patricia), suffit à mettre un terme à un symptôme qui n'a plus lieu d'exister, une fois la réparation complétée. La durée pendant laquelle est supportée la douleur, sans véritable prise en charge, reste un facteur important de chronicisation et d'apparition d'une douleur «fantôme». Assurément, plus on tarde à mettre la situation à plat, plus la douleur s'inscrit dans une routine et tend à persister, même après la réparation de la blessure. Renée l'a bien compris aussi. «J'allais dire c'est comme un fumeur là... Il se rend même pas compte qu'il est esclave de la cigarette.» Pour Patricia, la douleur présente même une menace identitaire dans la mesure où elle se substitue à sa danse dans l'ordre des priorités.

«Tout est fait en fonction de, «Ah ben non je peux pas le matin parce que j'ai mal, mais, en fin d'après-midi ça irait. » Tout est fait en fonction de ça, autant que je vivais ma vie en fonction de la danse, je mangeais en fonction de la danse, je dormais en fonction de la danse, j'avais des amoureux en fonction de mes contrats, t'sais, c'était fou là; autant, maintenant, c'était vraiment la douleur qui gérait et puis, c'est comme le sentiment d'être en perte de contrôle, d'être dépossédée du contrôle de son corps, qui plus est, on a contrôlé toute notre vie donc, c'est assez déchirant là-dessus.» (Patricia).

Ces deux cas particuliers ne signifient pas pour autant que la douleur n'a jamais existé, ou que sa disparition ne tient qu'à un effet de la volonté. Les quatre autres danseuses guéries ne sont d'ailleurs pas passées par ce stade et, une fois la blessure réparée et les aménagements nécessaires effectués, la douleur s'en est allée. Il s'agit plutôt, à mon sens, d'une indication supplémentaire qu'une certaine latence peut exister entre la réparation de la blessure et la disparition de la sensation douloureuse. Ceci plaide encore davantage pour une prise en charge précoce. Renée témoigne à son tour d'une certaine ambivalence et d'un attachement à la douleur après un certain temps.

«[...]de comprendre comment c'est devenu une part entière de moi et que continuellement quand je danse je vais aller recontacter la douleur pour vérifier pour vérifier quoi, c'est ridicule mais...elle a été tellement présente que elle fait partie de moi. Que c'est un travail autant de mémoire du corps ... que de la tête et me détacher d'elle....si je veux le faire mon miracle il faut que je la laisse partir la douleur.»

Sa douleur devient alors presque existentielle comme chez Antonin Artaud dont Jacob Rogozinski fait remarquer que ses écrits recouvrent des symptômes reconnus désormais comme ceux de la fibromyalgie. La douleur ramène alors le sujet à l'essentiel, pose la question identitaire et incite au changement comme en témoigne cet extrait de dialogue entre Renée et sa douleur, issu d'une séance de sophrologie.

«Renée: Mais quand tu es arrivée, qu'est-ce qui se passait autour de moi?

La douleur:Ça bougeait, mais tu ne regardais pas. Ça ne bougeait plus en toi Renée. Autour de toi ça bougeait, mais tu étais figée.

Renée: J'étais figée...Je crois que je n'avais plus envie de danser. J'étais humiliée par (nom du directeur artistique), par toute la danse, je ne savais plus pourquoi je dansais. J'avais plus qu'une envie, que ça s'arrête.[...]

Renée: Dis ma douleur, serais-tu la danse que je voyais et qui restait figée comme dans mes rêves de petite fille?

La douleur: Il semble que tu commences à me comprendre.

Renée: Attends là c'est moi qui te donne une identité, mais je te demande ton identité.

La douleur: Alors qui je suis vraiment? Je suis la douleur, mais regarde, je ne suis même plus présente comme au début. Si tu me regardes bien, j'ai beaucoup évolué, j'ai changé de place. Tu parles à celle qui n'est même plus là. Je suis juste la douleur, je ne suis pas toi. Je me déplace sans cesse, sans cesse. Je viens et je disparaissais. Alors je ne sais pas exactement où je suis, mais je ne suis pas toi. Ou si je suis toi, je bouge avec toi, alors... Mais, non, je ne suis pas toi. Je suis juste une amie, je suis extérieure à toi, Renée. Je suis extérieure à toi et je vais partir quand tu n'auras plus besoin de moi.»

Pour Louis, la douleur est bien réelle et fait irruption dans la danse mais il a appris à la gérer et même à l'intégrer dans sa performance. La douleur y joue néanmoins le rôle d'aiguillon qui le ramène à la terre et lui rappelle sa condition.

«[...]jusqu'au moment où j'allais faire le spectacle qui était toujours un moment où vraiment je partais là, j'oubliais les problèmes de genou, ça faisait pas partie du scénario là, sauf des fois, quand ça faisait très, très mal à des mouvements précis là Ah! (fais la grimace) mais il fallait que je me ressaisisse. C'est arrivé plusieurs fois en spectacle que j'ai eu des douleurs, quand même aiguës, alors comment tu vis avec ça? Ben, tu essaies, O.K., tu essaies de respirer puis de ralentir le rythme, puis après, la douleur est passée, tu reprends...»

Mais en aucun cas la guérison ne peut intervenir sans avoir procédé aux changements nécessaires dans le cas de douleur en lien avec les usages du corps. Une suspension précoce des usages du corps en lien avec la douleur

initiale et qui lui conserve une valeur de symptôme, au sens de signal, paraît être une alternative que Lola explore dans sa phase de rééducation.

«Non, quand j'étais, comme en réhabilitation, là, j'essayais vraiment d'éviter la douleur. J'essayais pas de faire des mouvements pour tester si c'était pour faire une douleur ou non, parce que je voulais pas, comme reproduire la même chose et puis, retomber en inflammation et puis, en spasme, fais que... C'est ça, quand j'étais dans la piscine et tout, des fois, si j'essayais quelque chose et puis, j'étais à l'écoute, si je sentais comme une petite pointe là, comme de la douleur, j'arrêtais et puis, je faisais pas ce mouvement là et puis, j'essayais pas de le faire.»

Cette attitude relève finalement d'un bon sens commun et d'un retour de savoirs enfouis, dont se prémunissent les danseurs et les danseuses, déçus de la prise en charge thérapeutique. À travers leur récit, on constate qu'une activité modérée est permise, à condition de ne pas reproduire le geste ou l'usage qui a mené à la blessure initiale. Toutes celles qui ont guéri ont réussi à négocier différemment l'usage de leur corps, quitte à se réorienter professionnellement. Quand on sait que la répétition d'un même usage du corps favorise la constitution d'une blessure et, par conséquent d'un symptôme qui deviendra chronique, c'est parfois le prix à payer pour la guérison.

«Ben, aussi, parce que au bout d'un moment aussi, on apprend à plus faire, ce qui fait mal, quand même! je veux dire faut pas être idiot. C'est que, aussi, moi, je pense que si on fait toute sa vie des arabesques et puis un moment donné on se rend compte que, non seulement, on a pas de plaisir à faire ce mouvement-là, mais qu'il est pas nécessaire dans la danse...» (Caroline).

Ainsi, en retrouvant du pouvoir décisionnel, elles aménagent les usages qu'elles infligent à leur corps. La guérison est ainsi avant tout le fruit d'une attention redoublée aux besoins du corps et à l'acquisition d'une connaissance de plus en plus fine de ses limites.

«Je laisse le temps au corps, il a besoin d'un temps de récupération et puis, mon corps me donne beaucoup, il récupère vite, mais il faut pas que je

veille aller plus vite que déjà le court temps qu'il me demande, faut pas que je lui en enlève dessus...» (Jeanne).

Un maître mot revient d'ailleurs dans tous les récits de guérison : «arrêter». En effet, pour initier le changement nécessaire à la guérison, il faut prendre un certain recul luttant ainsi contre ce courant qui voudrait que l'on aille toujours de l'avant. «Mais un moment donné, faut pas le nier non plus quand c'est aigu, c'est en crise, ton dos bloque, c'est parce que, là, il faut que t'arrêtes...»(Patricia). Pour Patricia, la « douleur chronique » vient clairement indiquer le besoin de faire le point et de prendre du temps pour soi. Caroline, quant à elle, est partie en voyage sans même considérer les indemnités auxquelles elle aurait pu prétendre afin de faire le point. C'est à ce prix qu'elle a réussi à reconnecter son corps à son état d'esprit, en suivant son élan vital et sa force créatrice. C'est comme si la blessure l'avait ramené à l'essentiel. Sylvie quant à elle a préféré reprendre des études pour se changer les idées avant de revenir à la danse. Elle a ainsi compris combien elle est sensible à l'environnement affectif et à l'ambiance de travail. Même si elle est la seule à ne pas avoir créé sa propre compagnie, elle a décidé de rester pigiste pour mieux éviter des conditions qui la mettraient à risque de se blesser. Seule Jeanne a continué, mais sa danse s'est enrichie de toutes les nuances que cette épreuve lui a révélées.

Celles qui s'en sortent ont réussi à réconcilier leurs aspirations avec leurs possibilités. Elles ont fini par accepter et même respecter les besoins de leur corps. La douleur résultant de la répétition d'un même geste incite à modifier les usages du corps de toutes celles qui ont guéri.

«C'est que, aussi, moi, je pense que si on fait toute sa vie des arabesques et puis un moment donné on se rend compte que, non seulement, on a pas de plaisir à faire ce mouvement-là, mais qu'il est pas nécessaire dans la danse...»(Caroline).

Tous les témoignages vont donc totalement à l'encontre d'un modèle théorique d'inspiration cognitivo-comportementaliste. Celui-ci voudrait en effet transformer, non pas les conditions de travail, mais bien le caractère d'alarme d'une douleur restée incomprise. Désormais, ce n'est plus seulement le comportement qui est déviant, mais le degré de tolérance à la douleur qui est jugé insuffisant. Le critère de guérison serait dès lors le retour au travail plutôt que la disparition de la douleur (Coutu M.-F. et al., 2010). Le secret de la guérison ne réside pas tant dans une façon de faire unique et universelle, à inscrire dans les *guidelines*. Les six études de cas de guérison permettent de penser qu'elle est plutôt le fruit ou le résultat d'un long processus de transformation tout en douceur qui signe la résolution d'une situation de crise. Chacune des interprètes a, par contre, opéré une petite révolution en procédant aux changements jugés nécessaires pour pouvoir continuer à s'exprimer pleinement, tout en respectant les besoins du corps. Dans chacun de ces cas, le corps et, à travers lui, le sujet, se retrouve le grand gagnant. Lola a fini par se dire: «Ben, si je veux danser c'est comme, ben, là, c'est le temps d'une grande transformation.» L'arrêt n'est donc pas définitif, mais nécessaire pour changer d'orientation, soit professionnelle, soit gestuelle. Ainsi, après trois années d'interruption, elle a changé sa façon d'initier le geste, sous l'influence du butô.

«Bon, une chose qu'il dit souvent c'est comme le mouvement doit vraiment venir du coeur, donc, peut-être, des fois, c'est mieux de commencer par petit, et que ça s'exprime vraiment par le coeur et puis, après, ça peut s'étendre et dans ce sens-là, j'ai travaillé beaucoup dans ce sens-là...»

Jeanne, elle, a fini par se faire opérer, mais tout son cheminement a des allures d'initiation et de transformation. Désormais, elle se sent de mieux en mieux équipée face aux épreuves de la vie et elle le répète haut et fort: «Après ces douze ans-là, où j'ai travaillé avec un problème, j'ai gagné cette patience, de pas m'affoler avec quelque chose qui va pas.» Son regard sur le corps a changé

et cette transformation du regard participe de la guérison. D'outil de travail, le corps est ainsi devenu un «outil pour goûter la vie». Jeanne a appris à le suivre plutôt qu'à le malmener. Cette blessure, en lui révélant sa vulnérabilité, l'a sans doute éveillée à d'autres dimensions de la danse. Dès lors, elle a cessé de se battre avec son corps et de lui imposer sa volonté. Sa passion pour la danse l'a obligée à explorer d'autres pistes, des chemins de traverse, et en créant ses propres chorégraphies, à devenir en somme maître de sa danse.

Elles sont toutes sorties grandies et confiantes de cette expérience aux allures de traversée du désert. Dans ces six cas, la « douleur chronique » a véritablement contribué à un changement profond d'attitude physique et mentale, naturellement face aux usages du corps, mais aussi face à la vie.

Le monde de la danse, de par sa grande capacité d'endurance, se qualifie pour la chronicisation de la douleur. Mais, grâce à sa très grande connaissance du corps, il sait également la déjouer. Ses qualités de souplesse de corps et d'esprit, sa capacité à apprendre de ses erreurs pour mieux se réformer et progresser, créent ainsi les conditions de sa guérison.

VII. ÉTUDES DE CAS

Je relate ici le cas des six danseuses guéries après de nombreux mois, voire des années de souffrance. Je présente tout d'abord un portrait de la personne puis dresse un aperçu de sa trajectoire de vie personnelle et professionnelle, tant que faire se peut. J'aborde ensuite la généalogie des événements qui ont conduit à la douleur en question. Et enfin j'organise les récits selon les lignes de force, de fracture, d'énoncé et de visibilité, auxquelles j'ajoute les lignes de subjectivation. De cette façon, je rends compte à la fois de ma méthode d'analyse mais aussi de la complexité et de la diversité des chemins qui mènent à des douleurs chroniques comme à leur guérison. Chacune de ces histoires est unique et singulière, mais la répétition de leur heureuse issue constitue à elle seule une révélation.

1. JEANNE, UNE LEÇON DE COURAGE OU LE PARCOURS DU COMBATTANT

Jeanne a souffert d'une «douleur chronique» pendant douze ans, sans que personne ne s'en aperçoive. Elle a continué ses activités professionnelles, en faisant preuve d'une grande inventivité, mais, aussi, d'une endurance phénoménale à la douleur, comme elle le reconnaît elle-même. «J'ai dansé finalement mais, à quel prix!» Depuis qu'elle s'est fait opérer avec succès, elle en parle à tout le monde et surtout à ses collègues et à ses amis en «douleur chronique», parce qu'elle veut leur faire profiter de ce véritable «miracle!» C'est d'ailleurs l'un d'entre eux qui m'a donné ses coordonnées.

Je retrouve Jeanne chez elle, par un début d'après-midi, au retour de sa séance d'entraînement quotidienne. Comme je l'ai devancée de quelques

minutes, elle croit m'avoir fait attendre et m'avoue avoir eu très peur d'être en retard. Elle n'a pas encore eu le temps de manger et se sert juste un verre d'eau, car nous n'avons pas beaucoup de temps devant nous avant que ses enfants ne rentrent de l'école. Je la sens pressée et ça ne prend pas longtemps avant que l'on ne s'asseye dans sa cuisine, comme si on se connaissait depuis toujours. Elle est vêtue très simplement, d'un blue-jean et d'un sweat-shirt bleu marine, sa tenue de travail, en somme. Son *look* lui importe peu. Où qu'elle soit, elle est telle quelle, *as is*, entre deux répétitions, entre deux représentations, toujours en mouvement, tel un électron libre. Jeanne est une femme très occupée, mais aussi très consciencieuse. Elle veut toujours mieux faire et se donne sans compter, mais c'est dans sa nature. «Je dis «oui» tout le temps...» Son phrasé est rapide, presque fébrile. Sa voix est jeune et son intonation me fait sentir son souci de toujours bien faire et de se mettre au service de l'Autre: son public, ses enfants, son art...

Jeanne dégage une impression de grande douceur qui contraste avec sa réputation d'être une véritable boule d'énergie. C'est à croire qu'elle a réussi à canaliser cette énergie, après trente ans de carrière, dont douze avec une «douleur chronique» toujours bien camouflée, sous des pantalons amples, en modifiant sa démarche, pour pas «que ça paraisse» . «Je boitais beaucoup, beaucoup, beaucoup mais, je trafiquais tout le temps...» Le plus impressionnant dans ce petit bout de bonne femme, c'est son authenticité et son immense modestie. Quoi qu'il arrive, et quelles que soient ses origines, «je venais pas d'une famille du monde des arts du tout...», elle tient à rester toute simple, telle que les gens l'ont connue et appréciée. «Le style avec quoi les gens m'ont connue, c'était justement un style qui était comme ça, parce que je me pensais jamais extraordinaire.» À aucun moment, Jeanne ne dégage un quelconque sentiment d'autosatisfaction même si, par ailleurs, elle reconnaît être «une danseuse hyper connue, ici...» Ce qui compte pour elle, c'est d'arriver à

toucher les gens, à les intéresser. Pas à être parfaite, mais à faire en sorte qu'ils puissent «embarquer», se reconnaître dans tous ces petits défis qu'incarne sa danse, très physique et très humaine.

«Quelque part, y a une reconnaissance que tu peux pas nommer mais, tu dances avec la personne, ou tu joues, tu sais, tu es avec cette personne, tu participes à ce qu'elle fait vraiment.»

On pourrait dire que ce qui l'anime c'est d'aller à la rencontre de son public et d'offrir sa quête, sa danse et son labeur en partage. Jeanne s'est fait opérer de la hanche à 45 ans, mais c'est comme si, avec l'opération, elle retrouvait ses 30 ans, avant l'accident... C'est une battante et elle se préoccupe davantage de s'adresser au public et de le toucher que de briller sur scène.

«T'sais, les gens aiment pas voir quelqu'un qui est juste magique, qui fait toutes sortes de choses. C'est beau un bout de temps, mais, finalement, on se reconnaît pas là-dedans, on se reconnaît pas dans quelqu'un qui est parfait. On se reconnaît dans les combats, parce que nous, on se bat pour vivre.»

Jeanne parle d'elle et de sa vie comme elle danse, avec franchise et spontanéité. Elle reprend la même idée à plusieurs reprises et la développe sous plusieurs angles comme pour en dégager l'essence: ses débuts, sa révolte contre elle-même, contre ce corps trop raide, contre «une espèce de fainéantise en danse», sa bataille pour franchir les frontières du genre, pour être «une femme qui peut danser fort et puis, pas être en train d'avoir l'air d'une elfe, tout le temps». La danse qu'elle revendique est une danse engagée, puissante et forte physiquement, pas de celles où l'on s'économise ou quand le dispositif technologique l'emporte sur le geste ou sur la performance physique. Jeanne est presque une «militante» de la danse, tellement elle s'est efforcée de transformer son corps pour le mettre au service de son art et de son public. Elle le reconnaît: «Je dansais d'une façon extrême, quand même contrôlée, je faisais pas n'importe quoi mais, c'était très extrême pour le corps, extrêmement

exigeant...» Jeanne est une bosseuse. Ce qu'elle incarne avant tout, c'est le labeur et c'est en cela peut-être qu'elle s'identifie beaucoup avec son public, pour lequel la performance physique est synonyme d'endurance et de valeur-travail, maître mot qui parcourt tout le récit de Jeanne.

«T'sais, je me dorlotais pas, mais, j'étais attentive à pas, à bien travailler donc, c'est pas: «Oh! J'vais avoir du fun à soir et puis, j'vas m'pitcher sur scène et puis, j'vas donner l'bon show pareil mais, sans me réchauffer, sans...» J'avais bien travaillé, je m'étais bien réchauffée donc, finalement, quand je faisais ces mouvements-là, je me détruisais pas...»

Pour elle, ce n'est pas un hasard si elle a pu danser jusqu'à maintenant. C'est plutôt le reflet d'une grande maîtrise du corps, un corps qu'elle a su préserver et qu'elle n'a jamais malmené. À plus de 50 ans, elle danse encore et cela semble incroyable à d'autres artistes de sa génération comme celui de cette troupe espagnole, réputée pour ses performances engagées et non conventionnelles, qui lui confie: «Ben nous, tout la *gang* de (*nom d'une troupe de théâtre de rue*), y a plus personne qui bouge, tout le monde est blessé.» Pourtant, elle aussi est blessée, mais c'est comme si sa blessure faisait partie d'un tout, son corps blessé, avec lequel elle continue de danser. Son corps, c'est son outil de travail, «il est en arrière, en deuxième plan...» Mais, avec le temps, il est devenu aussi l'outil de sa pensée et son outil de vie. «C'est mon outil pour goûter la vie, réfléchir et puis la prendre, ressentir...» Elle l'entraîne, et le renforce plus qu'elle ne le soigne et, si elle est musclée, ce n'est pas pour faire joli, mais pour servir son art et son propos, parce qu'elle en a «besoin».

Au début, elle n'aimait pas son corps et elle voulait le changer, le mettre à sa main, le rendre conforme à ses aspirations, le «casser», le dénouer, l'ouvrir, le libérer. C'est comme si elle s'y sentait un peu à l'étroit. Elle reconnaît qu'à l'époque, son travail avait «un petit côté plus révolte», parce qu'elle trouvait qu'elle n'était pas douée et qu'elle ne pouvait pas se la couler douce, mais aussi, parce qu'elle voulait assouplir son corps et le libérer de toutes ses

entraves, y compris des stéréotypes de la ballerine. Parce qu'elle ne voulait pas que l'on dise seulement: «Oh, c'est une belle danseuse!», elle décide : «Je serai jamais une danseuse, parce que, moi, je serai un danseur!»

Sa renommée, elle la doit à son obstination et à sa persévérance dans l'effort. «Le travail, il fallait en faire des tonnes! Tout le temps et même, là, je vois, à 52 ans, je pense encore ça, donc...» Sa force de travail en étonne plus d'un, mais n'a d'égale que sa passion, son dévouement à son art et à son public et sa force d'engagement. Pourtant, ce n'est pas tant la performance physique en soi qui lui importe que le dépassement de soi. «C'est comme si, pour moi y avait jamais rien d'atteint...» Jeanne est une chercheuse et une anxieuse. Cent fois, elle remet l'ouvrage sur l'établi, autant de fois qu'il le faut pour se sentir rassurée: «[...]au moins, j'aurai gagné de l'assurance». Elle le reconnaît, elle est difficile à rassasier et ceux qui ont l'habitude de travailler avec elle, le savent :««Oh! Jeanne elle dit: On va faire trois mouvements...» et puis, j'en fais quinze en ligne...».

À aucun moment, elle ne fait référence à un quelconque état de grâce, seulement quand je lui demande si elle sait s'arrêter, peut-être à un état second. «C'est comme une drogue d'une certaine façon...» Et elle m'explique que si elle continue c'est que ça lui fait plaisir. J'en comprends que c'est ce que d'autres appellent le plaisir kinesthésique, le plaisir du mouvement, la sensation agréable que procure le mouvement et que l'on voudrait prolonger indéfiniment. Comme en état méditatif lorsque l'on se sent tellement présent à soi et au monde qui nous entoure, comme en suspens mais entier.

L'épreuve de la douleur constitue une leçon de vie qui participe petit à petit d'une philosophie et d'un art de vivre. «Après ces douze ans-là, où j'ai travaillé avec un problème, j'ai gagné cette patience, de pas m'affoler avec quelque chose qui va pas.» Sa danse ou sa vie, c'est du pareil au même, parce

que Jeanne s'inscrit dans la lignée des «grandes» et que, finalement, tout son art consiste à «danser sa vie». ²⁸

HISTOIRE DE LA DOULEUR

I. LES LIGNES DE FORCE

- **Parcours thérapeutique**

D'emblée, l'histoire de la douleur se confond avec le parcours thérapeutique de Jeanne. Elle commence avec sa visite chez un chiropraticien qui ne la connaît pas plus que ça. Plutôt que de lui faire simplement un *strapping* d'épaule, comme elle le lui demande, il entreprend de remettre sa hanche d'aplomb et provoque une lésion irréversible. Cet accident rend compte du déséquilibre de la relation patient-thérapeute, avec le modèle hiérarchique classique de celui qui sait sur celui qui souffre. Pourtant, ce thérapeute lui a été recommandé par d'autres danseurs comme quelqu'un de confiance, en tout cas pour un geste simple et pas pour une manipulation intempestive. Cet épisode malheureux souligne le non-respect des dires du patient et de sa demande initiale, mais aussi la grande docilité en face d'une figure d'autorité. Mais, la réponse apportée par le chiropraticien témoigne aussi d'une conception très mécaniste du corps, qui s'appuie sur une méthode d'évaluation diagnostique très en vogue dans les années 1980: la kinesthésie. En interrogeant le corps avec une convention qui renseigne sur les zones en souffrance et donc, à traiter,

²⁸ Expression attribuée à Isadora Duncan, qui aurait inspiré le titre de l'exposition tenue à Paris au musée Beaubourg de janvier à avril 2012.

il ne tient pourtant pas compte de l'histoire de Jeanne ni de ses antécédents. Même si de cette façon, il a décelé un problème sous-jacent méconnu, il aurait pu s'abstenir d'intervenir sans de plus amples informations. Jeanne s'est donc retrouvée victime d'une indication de traitement mal posée. Mais il semble qu'elle n'en ait pas voulu à ce thérapeute. C'est une sorte de tradition dans le milieu de la danse, de ne pas en vouloir à celui qui nous agresse pour ne pas laisser monter d'émotions négatives qui empêcheraient la guérison. Cela rejoint en effet un récit d'accident que m'a conté Denyse, une autre danseuse. C'est l'accident de (*nom d'un danseur*) qui était accroché à un harnais dans une pièce de (*nom du metteur en scène*), et qui est tombé sur la tête, de très haut, sans doute parce que le garçon qui faisait le gréage a lâché la corde.

«Il était couché et puis là, quand il est arrivé à l'hôpital, les docteurs lui ont dit qu'il marcherait plus jamais parce que sa colonne vertébrale était cassée... Et puis là, lui, il dit qu'il a senti monter en lui une rage, une haine, pour la personne qui l'avait lâché, puis il dit que quelques secondes après, ça a pas été long, il s'est dit: «si je déteste cette personne-là, si j'ai de la haine, je n'arriverai jamais à guérir...», en quelques minutes, il a éliminé ça et c'est un garçon qui marche et qui danse maintenant, mais qui n'a pas de sensation dans ses jambes...» (Denyse).

Quand Jeanne voit enfin un grand spécialiste, celui-ci réclame de nouvelles radios et là, le verdict tombe: «Ta hanche est complètement finie!» Jeanne découvre alors que sa hanche droite est atteinte d'une «arthrose dégénérative très avancée». C'est à ce moment-là qu'elle se souvient d'une blessure d'enfance. «Et puis, moi, je me rappelle d'un souvenir d'enfance: je suis tombée de très, très haut, je suis tombée sur une barre de fer, sur la hanche...»

- **La blessure de jeunesse**

Ce dont elle se souvient bien, c'est qu'elle a perdu connaissance, suite à sa chute et même, qu'elle en est tombée dans la piscine après. Elle fait alors le lien avec cette douleur qui la fait «blêmir» et ce traumatisme de l'enfance, vite effacé de sa mémoire, parce que, chez les enfants, «ça se replace vite!» Ainsi, son histoire de douleur recouvre son histoire de vie. Elle en parle comme si elle en avait porté les séquelles toute sa vie sans s'en apercevoir, et qu'ainsi, un déséquilibre initial, non pris en compte, avait contribué à user son cartilage seulement du côté blessé. «Comme j'ai dansé et travaillé toute ma vie sur une articulation croche, ben, elle s'est usée prématurément.» Elle prend déjà pour acquis que son corps s'est adapté après une journée, puisque c'est le temps qu'il lui a fallu pour remarcher comme si de rien n'était, mais aussi, elle inscrit la douleur dans une temporalité et va à rebours.

Depuis toute petite, Jeanne s'est montrée solide et forte. Cette première chute et la douleur qui l'a accompagnée, d'importance, puisqu'elle a provoqué un évanouissement, une espèce de disparition de l'être, reste gravée dans sa mémoire, y compris corporelle. Jeanne décrit cette même sensation, juste après l'accident, quand elle blêmit, évoquant ainsi un évanouissement imminent causé par l'intensité de la douleur. La mémoire de la douleur en ce même lieu lui fait associer les deux événements, sans doute avec raison. Jeanne nous confie à ce propos une théorie qui constitue un premier modèle d'interprétation des blessures accidentelles, que d'autres récits vont suggérer, comme celui de Caroline. Il s'agit de l'hypothèse d'une usure prématurée d'une articulation porteuse d'une blessure ancienne, source d'un déséquilibre qui ne peut que s'aggraver dans le temps et créer les conditions d'une nouvelle blessure. Il n'est

pas rare que des histoires de «douleur chronique» viennent recouvrir ainsi des histoires de vie, révélant ainsi des blessures de jeunesse.

2. *LES LIGNES D'ÉNONCÉ ET DE VISIBILITÉ*

Au début, la douleur est telle, que son corps lui échappe et la rend totalement impuissante. Avec le temps, Jeanne reprend un peu du poil de la bête, mais la douleur persiste et, dans le milieu de la danse tout particulièrement, une loi implicite interdit d'en parler, et encore plus de s'en plaindre ou de la laisser paraître. Sur scène ou dans les énoncés, la douleur n'a pas droit de cité. Pour son public, rien ne paraît car Jeanne nous le dit bien, elle est une «danseuse hyper connue ici et puis, là, elle boîte la fille...» Décidément, ça ne se fait pas. Non seulement elle ne peut rien confier à ses pairs, mais elle ne doit rien montrer non plus ni à son public, ni à ses proches. Il en va du message qu'elle veut faire passer et qui ne doit en aucun cas être celui d'une femme blessée.

Puisque pour Jeanne, il est impensable de s'arrêter de danser, il lui faut cacher sa blessure et s'isoler davantage, se tenir à l'écart, mais s'autonomiser en retour. La douleur devient une contrainte à endurer en silence ou à contourner. Dans le travail sur le corps, elle devient comme une balise à ne pas dépasser. Même si elle ne doit pas se laisser deviner, la douleur conserve une valeur primordiale de signal d'alarme, pour éviter de se blesser davantage. Cette donnée intrinsèque au monde de la danse explique sans doute en partie la réticence à prendre des antalgiques. Il est clair que la douleur indique le geste ou la zone d'appui à éviter. La douleur agit comme indicateur de la zone à «contourner» de son mieux.

Pendant les douze années qui ont suivi l'accident, Jeanne a continué de danser, sans aucun traitement: «Ben, un *Tylenol*, une fois de temps à autre...», comme elle le dit aux médecins qui n'en reviennent pas. Il n'y a pas de commune mesure entre les dégâts matériels et la souffrance énoncée. Certes, il s'agissait d'un accident, et le thérapeute a lui-même insisté pour le déclarer comme tel, auprès de ses assurances professionnelles. Mais, à ce stade-ci, on peut se demander si Jeanne n'avait pas déjà des sensations douloureuses qu'elle ne lui aurait pas mentionnées. «L'arthrose est pas apparue parce qu'il m'a fait une mauvaise manipulation...»

Parce que, dans son milieu professionnel, il n'est pas bien vu de parler de ses blessures ou de montrer ses faiblesses ou de les admettre, sous peine de compromettre sérieusement sa carrière, Jeanne «a tout trafiqué». «Fais que, personne a jamais rien vu...» Dans le milieu, c'est ce que l'on appelle la «loi du silence», celle qui interdit de nommer ou de confier ses faiblesses à qui que ce soit. Ces impossibles lignes d'énoncé et de visibilité imposées par le milieu sont renforcées par une ligne d'endurance à la douleur très prononcée dans le cas de Jeanne. Jusqu'alors, Jeanne s'est toujours plus ou moins battue contre elle-même, mais, cette fois-ci, elle a plutôt dû rassembler ses forces pour donner le meilleur d'elle-même malgré la douleur. «J'ai dansé finalement mais, à quel prix!»

3. *LES LIGNES DE FRACTURE*

La généalogie des événements nous montre à quel point l'accident aurait été difficile à prévoir. Il aura suffi d'une condition préalable, la blessure de jeunesse, combinée aux usages du corps et à un geste thérapeutique inapproprié pour que tout bascule. Comme elle le dira plus tard, il est clair que

les usages que l'on fait du corps ont des conséquences. «Rien n'est étranger à nous, t'sais, tout ce qui nous arrive, nous est pas étranger...» C'est du moins la philosophie de vie qu'elle semble avoir développée au cours de la traversée de ces douze années de douleur, où son corps a dû, à nouveau, trouver «un autre chemin».

Son histoire de douleur commence avec une manoeuvre externe inappropriée, une intervention extérieure pour la «replacer un peu». Jeanne avait 33 ans. Elle dansait, «sans blessure grave jamais», depuis l'âge de 20-21 ans. En arrivant chez le chiropraticien, elle s'attendait à bénéficier d'un simple *strapping* d'épaule. Parce qu'il a dépisté un problème à la hanche, elle consent à sa manipulation même si elle n'est pas venue pour ça, et en sortant, elle pouvait à peine marcher... Il s'agit là vraiment d'un accident, reconnu comme faute professionnelle, de la responsabilité du thérapeute. À l'époque, Jeanne ne pouvait pas imaginer qu'elle venait de subir un geste déplacé. Encore maintenant, elle insiste pour trouver des circonstances atténuantes au chiropraticien: une blessure de jeunesse à la hanche, à laquelle elle applique «la théorie du crâne fragile», qui, à elle seule, expliquerait les conséquences désastreuses d'un coup porté sur une zone de faiblesse. Mais, au fond, elle sait aussi qu'elle n'y est pour rien. Jeanne se sait fonceuse, mais elle est toujours restée «intelligente», c'est-à-dire consciente et même vigilante. On pourrait dire: avec la tête sur les épaules. Jeanne semble bien connaître ses limites et les respecter. Elle s'est toujours entraînée très sérieusement et très régulièrement. Elle ne s'est jamais mise à risque sciemment et, au bout du compte, c'est un intervenant extérieur qui l'a blessée.

«Quelque part, je connais mon corps tellement, que je pense, un avertissement de «je vais trop loin» je pense, je l'entendrai, parce que, en fait, quand j'étais brisée c'était chez le chiro, y a quand même eu un mouvement... Moi, j'aurai peut-être pu m'endommager aussi, c'est-à-dire que je faisais tout le temps assez attention..»

La blessure de jeunesse corrélée à la durée et au geste inapproprié du chiropraticien trace la ligne de fracture sur laquelle s'est installée la «douleur chronique» de Jeanne. Elle inscrit la douleur dans une temporalité et oblige à retourner à la source pour tenter de comprendre la généalogie des événements, et l'intrication de leurs effets dans la durée. Cette ligne de fracture, combinée à un tempérament courageux et à un contexte sociétal et professionnel qui valorise l'endurance, se prolonge par des effets délétères qui créent les conditions de l'accident. Elle se prolonge de part et d'autre de deux points principaux: la blessure de jeunesse et la manipulation intempestive, 30 ans plus tard. Un geste anodin se voulant thérapeutique, se révèle ainsi catastrophique, au sens où il renverse un équilibre précaire insoupçonné. «C'est l'accident là était comme, le, t'sais, le gros point de transition là.»

Ce n'est qu'avec les années et les effets des usages du corps que l'accident a pu se produire. Il n'en reste pas moins que, sans une intervention extérieure intempestive, nul ne sait combien de temps Jeanne aurait pu continuer sur sa lancée. Car cette blessure a des effets sur son parcours professionnel. Jeanne doit en effet renoncer à un spectacle à l'étranger. Malgré toute sa bonne volonté, son corps lâche.

«Je suis tombée à terre tout de suite... Là, je dis: «Oh! y a un gros problème avec ma hanche!» On a annulé les spectacles, là, je suis allée à l'hôpital, on a fait des radios.»

Au début, c'est à n'y rien comprendre. Le premier médecin n'y voit rien qui puisse expliquer le problème même si, Jeanne, elle, observe un «manque de cartilage» évident. C'est que Jeanne a reçu une formation scientifique et elle veut comprendre, alors elle regarde aussi les radios. Un deuxième avis lui donnera raison. La mise au repos n'apporte aucune amélioration et la douleur est si intense, tellement inhabituelle et inexplicée, qu'elle crée comme un état de choc. C'est comme si, tout d'un coup, toute sa carrière était menacée. «Parce

que la première réaction que j'ai eue, c'était comme un arrêt de mort... Comme par rapport à la danse...» Alors, parce qu'elle ne se voyait pas demander à des chorégraphes de lui «faire des pièces», pour ne pas leur compliquer la vie et avoir à leur expliquer ses limitations, elle est devenue sa propre chorégraphe, même si, encore aujourd'hui, elle se vit comme une interprète.

Les usages du corps reliés à la profession de danseuse, combinés, à l'âge, et donc à la durée de vie et à l'usure, s'inscrivent sur cette même ligne annonciatrice d'une rupture d'équilibre, tout aussi imprévisible. Le geste impromptu n'est sans doute venu que précipiter une chute quasi inéluctable. Jeanne le dit elle-même: «Y a toujours des petites mini blessures qui arrivent». Ce constat n'enlève rien aux efforts de prévention multiples qui réduisent considérablement les facteurs de risque connus et sur lesquels les professionnels peuvent agir: la qualité des sols, l'assurance de pouvoir s'échauffer avant un spectacle, de recevoir des chaussures neuves plusieurs jours avant la représentation, l'accès à une protection syndicale, ... (Fortin, 2009).

Pour mieux cacher sa blessure, Jeanne a quitté «la grosse compagnie» et a monté la sienne. La blessure a donc profondément modifié sa carrière en l'obligeant à monter sa propre compagnie et à se composer des chorégraphies à la mesure de ses limitations. Ainsi la «douleur chronique» oblige presque l'interprète à devenir son propre chorégraphe et à exécuter des solos, ce qui, en soi, ramène la relation interprète-chorégraphe au sein d'une seule et même personne. Ce déplacement des lignes de force constitue une des lignes que j'appelle de subjectivation. En ce sens, j'applique ainsi l'hypothèse de Michel Foucault: «Nous avons tous du pouvoir dans le corps» (1997: 27), pouvoir d'oppression comme de négociation ou de guérison. Ces lignes révèlent le

dialogue intérieur et rendent compte de ces luttes «intestines», reflets d'élans potentiellement conflictuels.

4. *LES LIGNES DE SUBJECTIVATION*

- **La douleur et l'endurance**

La douleur est venue comme canaliser toute la révolte et l'énergie nourries par sa passion de la danse et son désir de se dépasser. Elle est devenue une adversaire de taille qui l'a obligée à «être intelligente» et à changer sa façon de voir les choses. En cela, la «douleur chronique» entame un rapport de force et constitue un opérateur de changement, en obligeant Jeanne à se plier à sa loi.

«Je pouvais pas attacher mes souliers, je pouvais pas me plier, il fallait que je me penche complètement le dos droit là comme ça, pour aller attacher mes souliers parce que j'étais pas capable d'avoir cette flexibilité-là.»

La blessure, perçue au début comme un obstacle à l'épanouissement, une force adverse, s'est vue transformée en vecteur de création et d'exercice de style. En obligeant Jeanne à changer sa gestuelle, elle a créé son style, mais toute cette expérience est aussi venue changer son regard sur la vie. En cela aussi elle est devenue opérateur de changement. Jeanne ne s'est jamais laissé arrêter. Elle a toujours réussi à contourner les obstacles, c'est ce qu'elle appelle trouver le chemin, le chemin de moindre résistance, par où ça passe, au lieu de se confronter à un mur. «Oui, je trouve un autre chemin, c'est ça.»

À cet égard, la «douleur chronique», qui l'empêchait d'être trop performante, lui sert de rappel à l'ordre que le corps a ses limites et qu'il a ses lois, mais aussi un rôle de levier, de prise de conscience et d'ouverture au changement. C'est qu'elle a choisi de ne pas l'anesthésier, de ne pas continuer

comme si de rien n'était. Elle n'a pas considéré la douleur comme étrangère à elle-même, mais comme un donné, une partie intégrante de son travail et de sa vie. Sa force de travail et d'endurance, combinée à sa compréhension de la douleur, devient ainsi force de résilience et pouvoir de guérison. Quoi qu'il arrive, fatigue, maladie, ou autre, elle s'entraîne à travailler dans toutes les conditions.

«Je sais comment travailler malade, je le sais, je me suis pointée au studio malade, j'ai trouvé une manière... Fais que, comme ça, tu renforces ton corps et puis t'apprends ...»

Cet accident est venu nourrir son travail, il a fait partie intégrante de sa recherche et la rendue plus solide. La douleur n'aura pas eu raison de sa danse, mais elle lui aura appris beaucoup sur le fonctionnement du corps. Elle ressort apaisée et grandie de cette épreuve. En cela, Jeanne a réussi à se recomposer un équilibre autour d'un centre, qu'elle nomme le coeur du mouvement et qui lui permet de se jeter à nouveau dans le vide sans se blesser davantage. Sa danse est le fruit d'un geste, issu de l'union d'un corps et d'une force ou d'une combinaison de forces: gravité, douleur, élan du coeur, ...

- **Les limitations et le processus de transformation**

Dans le cas de Jeanne, la «douleur chronique» semble interroger les limites du mouvement corporel et la frontière entre le normal et le pathologique, au sens où l'entend Canguilhem (1966). Ainsi, elle considère que, même si tout a des conséquences, tout est bon à prendre, tout est bon pour apprendre. Elle en vient même à construire une théorie du changement, qui inclut le modèle de la blessure, dans le contexte du travail corporel, «que ce soit en danse ou en yoga». Pour elle «il y a comme des blessures qui te font

progresser». Encore une théorie qui vient renforcer sa conviction profonde qui voudrait que la blessure soit inévitable en danse, et qu'elle «est positive, quand tu sais ce que tu fais». Comme s'il pouvait y avoir de bonnes blessures, des blessures acceptables, comme il y a de bonnes douleurs, les douleurs de courbature, témoins du travail musculaire. Encore une façon de se réapproprier son corps, d'inclure tout ce qui arrive dans une spirale créative et de «danser sa vie».

Mais, avant tout, même si cette blessure et cette douleur interrogent les frontières du normal et du pathologique, chez Jeanne, elles représentent un facteur de changement important qui a transformé profondément sa gestuelle. Désormais, l'empêchement généré par la blessure l'a amenée à toujours aller «au coeur du mouvement». «Finie la révolte et le désir de briser les carcans. J'avais poussé le corps un petit peu raide parfois...» En cela, la «douleur chronique» possède une dimension «révolutionnaire». Jeanne reconnaît parfaitement la portée créatrice de sa limitation, mais, surtout, elle considère que cet événement marque un tournant dans sa vie. «Avant, tout m'arrivait en me faisant peur. Puis là, c't'accident là était comme, le, t'sais, le gros point de transition là.» Avec cette blessure et cette douleur constante, comme un rappel à l'ordre de prendre soin de son corps et de ses limitations, Jeanne s'est progressivement sentie plus forte, comme aguerrie devant les épreuves de la vie, rassurée sur sa capacité à danser quoiqu'il arrive pourvu qu'elle soit patiente.

En même temps qu'elle l'oblige à renoncer à son désir de toute puissance sur un corps imparfait, la «douleur chronique» agit comme arme du faible, en lui faisant accepter le corps à part entière. La «douleur chronique» dessine ainsi une ligne, que j'appelle ligne de subjectivation, qui vient compléter le dispositif décrit par Michel Foucault. Elle en vient à faire respecter

le corps comme partie intégrante du sujet, comme partie prenante de tous les échanges interpersonnels car, même si Jeanne en parle encore comme d'un outil, cette fois-ci, c'est un outil de vie. C'est comme si la douleur avait rendu sa danse plus humaine en rendant son corps moins performant. C'est peut-être aussi ce que le phénomène «douleur chronique» vient nous rappeler: la sensibilité de l'être, qui tout autant que l'intellect, nous fait humains et nous rappelle notre vulnérabilité et notre fragilité, mais aussi nos limites. C'est elle aussi qui témoigne du corps-sujet. Ce corps qu'elle pensait connaître et qui lui résiste devient, paradoxalement, son meilleur allié contre la douleur. Ce corps n'est donc plus à mettre au pas. Elle a appris à l'écouter et à le respecter. Après l'intervention chirurgicale, elle s'y retrouve pleinement. «C'est comme si j'ai récupéré ma vie!»

Cet événement «douleur chronique» est venu ébranler ses certitudes et questionner ce corps qu'elle tenait pour acquis dans son bon fonctionnement. Elle revendique même certaines spécificités de sa gestuelle, qu'elle attribue à ses limitations antérieures et qu'elle souhaite conserver. Elle considère que ça lui aura permis d'explorer des chemins plus créatifs mais, ce qu'elle nous révèle de sa personnalité c'est son souci de l'humain. «J'ai toujours peur quand on me parle d'un projet avec de la technologie, je dis:«Ouais, comment ça va marcher avec l'humain ça?»» Cette préoccupation rejoint une vision d'elle-même et de l'Autre, à l'opposé de la machine, qui transparaît dans la définition qu'elle donne de sa façon de s'en sortir et qui illustre désormais son style. Elle se plaît même à parler de cette épreuve comme d'une source supplémentaire de créativité et d'inventivité, mais aussi de présence à elle.

«Cette limitation devenait intéressante visuellement, parce que j'allais pas pour faire trop, trop, trop, tout le temps, j'allais au coeur du mouvement, c'est toujours le coeur et puis, le chemin.»

Je retrouve cette même idée dans le documentaire d'Anne Linsel et Rainer Hoffmann sur Pina Bausch, *Tanzträume* (2010)²⁹, quand une des répétitrices suggère à une jeune interprète d'appuyer son geste sur une intention: «Dis bonsoir à quelqu'un dans la salle, ça mettra ton corps en mouvement...»

Encore aujourd'hui, Jeanne considère toujours son corps comme un outil, soit de perception et d'émission d'informations, un relais, en somme, avec l'extérieur, soit comme «l'outil de sa pensée». Elle se soucie bien peu de son apparence physique et son corps passe toujours au second plan, mais, au moins, elle n'est plus dans un état de révolte ni d'urgence de le changer. Sa façon de danser maintenant, «c'est que dans le positif». On dirait qu'à travers cette expérience, elle a appris à connaître son corps et à en respecter les rythmes plutôt que les limites, qu'elle tente toujours de repousser, certaine qu'avec le temps et la patience, tout peut arriver:

«Je laisse le temps au corps, il a besoin d'un temps de récupération et puis, mon corps me donne beaucoup, il récupère vite, mais il faut pas que je veuille aller plus vite que déjà le court temps qu'il me demande.»

Ce qui a basculé finalement, c'est la peur de tout, qui s'est transformée en confiance en elle, c'est la patience qu'elle a développée face aux limitations du corps. C'est comme si la «douleur chronique» était venue tester sa valeur, comme un handicap serait venu équilibrer la partie face à d'autres joueurs, pour leur laisser une chance de gagner. Maintenant, après douze années de cohabitation avec la douleur, elle ressort confiante que, quoi qu'il arrive, ça ne sert à rien de s'affoler et que chaque épreuve se traverse, avec le temps.

²⁹ Les rêves dansants, sur les pas de Pina Bausch

2. DENYSE OU LA LOI DU SILENCE

Quand Denyse m'accueille dans son bureau, elle a accepté de me rencontrer, malgré un emploi du temps chargé, et me prévient tout de suite que nous ne disposons que d'une heure, montre en main. Je la sens un peu distante, plutôt soucieuse de son image publique que prête aux confidences. Je choisis de la laisser se raconter: «J'ai été danseuse solo, pendant quinze ans...» Aujourd'hui, elle danse encore, mais elle se définit plutôt comme «une grande organisatrice, mais une créatrice aussi». Elle est donc à la fois interprète, chorégraphe et directrice de compagnie. Curieusement, sa rencontre avec la danse a été plutôt fortuite. Elle se destinait en effet à être comédienne et c'est pour mieux s'y préparer qu'elle s'est inscrite en cours de ballet classique.

«Je voulais devenir actrice, comédienne et puis, en attendant les réponses du conservatoire et puis, de l'école nationale de théâtre, me sentant tellement mal à l'aise dans ma peau, dans mon corps, je me suis dit: Je vais prendre des cours de danse parce que ça se peut pas une actrice qui serait pas habitante de son corps...»

Plus jeune, elle se décrit comme une «adolescente tourmentée» qui se demandait «comment redonner la beauté au monde». N'ayant finalement pas été acceptée ni au conservatoire ni à l'école nationale de théâtre, elle a continué le ballet, tout simplement... Parce qu'elle aimait ça. «J'aimais ça de plus en plus et j'ai continué, j'ai continué, j'ai continué en aimant ça, jamais en voulant devenir danseuse, jamais en voulant devenir chorégraphe, c'est vraiment accidentellement que ça s'est produit; donc, voilà!»

Pendant toute la durée de l'entrevue, Denyse s'efforce de me donner une image positive et enthousiaste de sa réalité. Elle semble à l'affût des questions pièges. Comme si elle avait quelque chose à cacher. Peur que son intimité ou ses faiblesses ne soient dévoilées au grand jour et ne ternissent l'image chère au public d'un corps idéal et invulnérable. C'est comme si chaque question était

disséquée avant même de chercher à y répondre: «Ben là, on est pas dans le sujet de la douleur là! On est pas dans le sujet de la douleur!»

Pour elle, les épreuves importent peu. Ce sont les façons de les traverser qui comptent. Il semble que Denyse ne puisse jamais s'arrêter de créer, de vivre, de bouger ou de faire bouger les autres. À une autre occasion, elle déclare: «C'est dans le problème même qu'il y a un *twist* à trouver, qui est la solution.» Cette attitude me révèle une prédisposition à toujours aller de l'avant et à transformer tout événement en opportunité de création. Pour elle, ce qui importe, c'est de pouvoir continuer à danser et à vivre en dansant. Mais ce qui est tout à fait unique, c'est son profond détachement de tout savoir-pouvoir médical. «Non; je suis pas du tout dans la médecine, moi, et j'y crois pas du tout!»

HISTOIRE DE LA DOULEUR

I. LES LIGNES D'ÉNONCÉ: LE NON-DIT, LA LOI DU SILENCE

Pendant la première partie de l'entrevue, Denyse refuse systématiquement d'aborder quelque aspect de la douleur ou de la relier d'une façon ou d'une autre à sa vie intime. Elle balaie d'une seule phrase toute tentative de «psychologisation» de la douleur: «J'ai pas repéré que c'était associé à un problème psychologique.» Elle qualifie même d'anecdotique tout ce qui pourrait avoir précédé ce qu'elle qualifie de «décision volontaire» de guérir qui, seule, compte à ses yeux. «[...]ce que je trouve vraiment intéressant c'est la révélation, la réalisation, la transformation et je crois que c'est ça qui compte.»

Elle refuse d'emblée tout lien avec sa vie personnelle: «Non, non, aucune interaction, non, non, j'ai pu continuer tout, ma vie...» Elle semble même surprise que je puisse y chercher autre chose qu'un problème purement mécanique, qui d'ailleurs est désormais résolu. Il semble donc qu'elle considère tout à fait futile de s'attarder sur ce qu'elle considère comme une faiblesse ou tout simplement du domaine du passé.

«Non, j'ai pas remarqué aucun changement; je pense que je vous l'ai dit tantôt; non, j'ai pas remarqué qu'il y avait de changement ni dans ma vie sociale, ni dans mon travail, ni dans ma vie sexuelle, ni dans ma vie amoureuse, ni dans mon rôle de mère, dans mon bonheur de mère, ni dans quoi que ce soit; je n'ai remarqué aucune incidence».

C'est une affaire classée, d'ordre «purement physique». Son interprétation de ma question, sur les interactions éventuelles de la douleur avec les divers aspects de sa vie, témoigne encore un peu plus de ma difficulté à trouver un terrain d'entente et à établir un climat de confiance. «Quand ça empêche des actions dans nos vies professionnelles..., là on peut soupçonner qu'il y a une relation avec une attitude du cerveau par rapport à certains événements.» Elle adopte ainsi une représentation du corps séparant le physique du psychique, proche d'une tendance dominante des neurosciences, qui consiste à situer la pensée dans le cerveau.

Mais après avoir nié tout impact de la douleur sur son quotidien, voilà qu'elle refuse aussi de la situer. «Non! je vous le dirai même pas; non, je vous le dirai même pas, parce que ça je trouve que c'est, que c'est personnel... Oui.» Et puis, comme si elle se rendait compte du silence qui s'installe face à l'impossibilité d'aborder aucun des aspects de la douleur, pour laquelle elle a tout de même accepté l'entrevue, elle commence à évoquer tous les endroits du corps où ça n'est pas. «Alors, je vous dis pas si c'est un genou, un coude, le dos, ou quoi que ce soit ou la cheville ou le cou, je sais pas quoi, l'orteil, le gros orteil...» Décidément, j'ai l'impression de jouer à cache-cache car il ne semble

y avoir rien d'autre à comprendre et à dire que le retour de la lumière, la sortie de crise triomphante. Cette volonté d'aller de l'avant quoi qu'il arrive, de ne jamais s'arrêter aux difficultés, d'être ou de paraître toujours forte, rejoint peut-être finalement cette interrogation primordiale et fondamentale du domaine des arts: «Comment redonner la beauté au monde?»

Pourtant, avant de commencer l'entrevue, parce que je n'étais pas certaine que le sujet l'intéressait ou qu'elle se sentait concernée, j'ai bien pris soin de vérifier que Denyse souffrait ou avait souffert de «douleur chronique». «J'ai connu, oui, j'ai déjà connu, oui, oui...» Même quand j'insiste, elle ajoute: «C'était une douleur qui revenait tout le temps et puis, qui était..., qui revenait tout le temps, régulièrement, pendant peut-être deux, trois ans au moins, oui. Oui, oui, oui.» Mais, ce n'est manifestement pas de cela dont elle veut parler. Je reste alors perplexe sur les raisons qui l'ont décidée à me rencontrer, mais je suis prête à écouter ce qu'elle veut bien partager de son expérience. «En fait, ce que je trouve intéressant, c'est comment elles ont disparu: ça a été une décision volontaire... et voilà!» Et elle rit, comme si cela suffisait à clore le chapitre et que désormais on pouvait parler d'autre chose. Il me faudra donc commencer par la fin: la guérison. Pourquoi pas?

«Toute l'historique de la douleur après, ça, ça m'importe peu, d'ailleurs il faut pas s'attacher à ça; c'est complètement inutile, hein! ce qu'il faut c'est la, la... la guérison, le processus de guérison! C'est ça qui compte...»

2. *LES LIGNES DE FRACTURE*

Mais à force de parler pour éviter d'en parler, Denyse finit pas se faire prendre à son propre jeu. En faisant l'inventaire de toutes les régions du corps

où elle n'a pas de douleur, entre déni et brouillage de pistes, elle se radoucit soudain et se trouve une douleur, toute petite : «J'en ai une petite douleur, ici. J'en ai une! voilà, j'en ai une...» Elle la déconstruit aussitôt, pour mettre en évidence sa grande tolérance à la douleur: «Ça me fait même pas mal, ou même ça, personne va jusque-là, alors...» Bien plus tard, après un détour par la douleur de l'accouchement et celle des autres, la mémoire semble lui revenir un petit peu. Tout d'abord celle de la douleur et, ensuite, les circonstances, le moment où ça a basculé:

«Ah, attends! ben, là je vois quelque chose, je crois que c'est quelqu'un, c'était dans un cours, oui, le professeur est venu et puis, m'a placé la jambe différemment et puis, ça a fait : crac! et puis, j'ai l'impression que j'ai été blessée à ce moment-là parce que, oui, c'est ça, c'est après, j'avais oublié mais c'était, oui, mais ça, je pense que c'était quelque chose qui m'a été fait par quelqu'un ... Imagine, c'est bête, hein!».

C'est, encore une fois, une manipulation sur un corps trop docile, une intervention extérieure «en force», qui est responsable de la blessure. Ce sera le cas de Louis et de son genou, de Jeanne aussi et de sa hanche... L'accident, la bascule, c'est au moment où quelqu'un d'autre, un professeur de yoga ou un chiropraticien, fort de ses connaissances théoriques, «savoirs-pouvoirs», impose une attitude à un corps confiant, docile, mais déjà blessé et bien plus qu'il ne paraît. L'usure de l'articulation combinée à une manipulation intempestive constitue la ligne de fracture sur laquelle se construit la blessure. Les usages du corps maintenus malgré la blessure continuent de l'inscrire dans ce qui donnera bientôt naissance à une «douleur chronique».

3. *LES LIGNES DE FORCE*

- **La relation médecin-patient**

Cette ligne s'inscrit en faux car d'après Denyse, la «médecine traditionnelle» ne peut rien pour elle. «Puis, j'ai pas besoin d'aller voir non plus, un médecin de la médecine traditionnelle, non, pas du tout...» Tous les autres professionnels de la danse, m'avaient pourtant énoncé leur recours fréquent au «médecin des danseurs» pour obtenir un rendez-vous plus rapidement chez un radiologue. Forte de cette information, naïvement je risquais: «Vous avez fait aussi des imageries...», «des imageries?» me dit-elle, «des résonances magnétiques...» précisais-je. «Non. Je suis pas du tout dans la médecine, moi, et j'y crois pas du tout!» J'entrevis alors un énorme fossé, jusqu'alors insoupçonné, entre le monde de la danse et le monde médical. «Moi, moi, j'ai pas fait d'imagerie, j'ai rien fait de ça, absolument pas intéressée...» Comme elle me le confie plus loin, même si elle était empêchée de danser, elle ne pourrait pas s'arrêter de travailler parce qu'elle porte la responsabilité artistique et financière de la compagnie. «[...]j'en ai pas besoin de toute façon, À cause de ma position, où même si j'étais blessée, je continue mon travail, donc...»

Ainsi elle ne relève en aucun cas d'un système d'indemnité salariale, qui requiert un certificat médical et, éventuellement, une preuve de dommage corporel ou d'usure. Elle ne nécessite donc aucun recours aux examens paracliniques comme la radiologie ou la résonance magnétique nucléaire. Et, contrairement à d'autres, elle n'a aucun besoin de recourir à l'autorité médicale pour se faire prescrire des radiologies ou pour justifier un arrêt maladie. Après

avoir rejeté la dimension thérapeutique de la médecine, elle lui reconnaît tout de même une certaine utilité vis-à-vis des autorités susceptibles d'attribuer indemnités de salaires et prises en charge thérapeutiques, mais seulement pour les autres.

Elle se place délibérément hors de portée de tout système médical et de contrôle. «Ils savent même pas quoi faire avec ça, ils ont une image... Et puis qu'est ce que ça leur dit? Ça leur dit absolument rien parce que ça va même pas changer...» Je comprends alors que je fais face à une conviction profonde que le corps dansant sait mieux que quiconque ce dont il a besoin et cette conviction repose sur une expertise, celle du ressenti. Sa perception du corps vaut bien plus que n'importe quelle radiographie ou imagerie médicale. C'est cette perception subtile du corps que revendique Denyse et qui, sans aucun doute, surpasse à ses yeux tous les diagnostics. Son regard intérieur est bien plus performant et toute son attitude témoigne alors de cette «insurrection des savoirs» dont parle Michel Foucault à propos des «savoirs assujettis», des « savoirs disqualifiés », dont

«[...]le «savoir des gens» (et qui n'est pas du tout un savoir commun, un bon sens, mais au contraire, un savoir particulier, un savoir local, régional, un savoir différentiel, incapable d'unanimité et qui ne doit sa force qu'au tranchant qu'il oppose à tous ceux qui l'entourent)...» (Foucault, 1997: 9)

À quoi lui servirait-il de voir quand il lui suffit de sentir pour ajuster le geste aux besoins du corps? En matière de thérapie, seuls les ostéopathes trouvent grâce à ses yeux, sans doute parce qu'ils procèdent aussi selon son ressenti et s'adressent au corps directement. «C'était une douleur que j'avais dans le corps, qui revenait régulièrement pendant au moins trois ans. J'allais voir une ostéopathe, tout ça et puis, voilà.» Elle consulte bien un médecin, mais seulement en sa qualité d'ostéopathe. Et sa guérison, finalement, elle en attribue le mérite à la suggestion de sa professeure de yoga.

- **Relation professionnelle**

Cette ligne s'inscrit également de façon paradoxale puisque Denyse n'a «jamais dansé pour quelqu'un» et qu'elle n'a donc jamais subi de relation professionnelle conflictuelle. Elle semble même raffoler de ces moments où elle peut s'en remettre aux directives d'un autre. «J'adore cette relation au professeur, j'adore apprendre, j'adore m'en remettre complètement aux indications qu'on me donne et y aller complètement.» De la même façon, la relation qu'elle décrit avec les interprètes au sein de sa compagnie se veut très libre et exemplaire, et elle la revendique. Chez elle, il n'est jamais question de harcèlement, ou de mauvaises conditions de travail.

«Il y a une situation assez drôle qui se présente souvent, c'est que, on est complètement à l'inverse des autres compagnies. On entend toujours dire que dans les compagnies, c'est le chorégraphe ou le répétiteur qui demande aux danseurs de danser malgré une douleur ou malgré... Et moi, c'est le contraire».

Par contre, c'est ce qu'elle observe dans les compagnies de ballet classique où la concurrence est rude. Les danseurs y ont intégré une exigence de performance et d'endurance supérieure même à ce qui leur est demandé. La raison la plus communément avancée est celle d'une rivalité farouche pour obtenir les premiers rôles au sein d'un même corps de ballet. Dans le film *Black Swan*, de Darren Aronofsky, récemment porté à l'écran, la problématique de la rivalité est malheureusement amalgamée avec un trouble de personnalité du personnage principal. Ceci en fait donc un cas tout à fait particulier qu'il serait erroné de généraliser. Pourtant, la rivalité et la concurrence sont de règle au sein des grandes compagnies et Denyse me fait remarquer que, quelle que soit l'attitude des chorégraphes, trop souvent, ce sont les danseuses qui refusent les opportunités de s'économiser quand on les leur offre.

Denyse citant Dorothée : «Non, Denyse, je veux le faire! Je sais exactement comment le contrôler, Denyse, je vais pas faire tel mouvement, tel mouvement, tel mouvement...»

Denyse : «Viens t'asseoir, viens regarder les autres, c'est bon pour...»

Denyse citant Dorothée : «Denyse, Denyse» [*sur un ton suppliant*] - et puis là, les larmes... «Denyse, je veux le faire! Je veux le faire, je te jure Denyse, je vais prendre soin, je vais pas...»

Est-ce qu'implicitement les danseuses ont peur de paraître fragiles et de perdre leur place, quoi qu'on leur dise? Sont-elles animées d'une passion telle que rien ne peut les arrêter? Sont-elles prisonnières d'une culture d'endurance ou de dépassement de soi? Le fait est qu'elles s'opposent de toutes leurs forces à Denyse, qui pourtant ne cède pas. En tout cas, pas en répétition: «Non, je veux pas!»

4. *LES LIGNES DE VISIBILITÉ*

Évidemment, sur scène, lors d'un spectacle, les règles ne sont pas les mêmes. La règle d'or de maintenir l'illusion d'un corps parfait, idéal et de garder le public sous le charme de la performance prévaut. «*The show must go on!*», quoi qu'il arrive.

«Par contre, j'ai déjà dit aux danseurs: «Écoutez, quand on est en répétition tout ça, je vous supplie toujours de pas danser, de pas le faire, si ça vous fait mal mais, bien sûr si vous êtes en plein milieu d'un spectacle, je le sais que vous allez...» Mais, ils vont pas, tout à coup, s'arrêter en plein milieu, alors je dis: «Gardez-le! Si vous tenez tant à le faire, gardez-le! Mais, s'il vous plait, pas en répétition!».

Mais là encore, même si Denyse tient à préserver les apparences et la tenue du spectacle, elle a aussi tout prévu. Ainsi, pour que ses danseurs ne se blessent pas davantage, des remplacements sont assurés en cas d'accident. Sa

seule exigence est de ne rien laisser paraître au public et de tenir jusqu'à la sortie de scène. «Si jamais ça arrive, ben, tu sors de scène et puis, tu reviens plus sur scène...» Quand je l'interroge sur le sens d'une telle attitude de gestion du risque et de prévention des blessures, il m'apparaît que ses danseurs sont comme un prolongement d'elle-même et qu'elle les a choisis pour les mêmes qualités qu'elle se reconnaît elle-même. «Je sais très bien que si je peux faire ça, c'est parce que je suis à l'écoute alors, j'attends ça de mes danseurs.» Parce qu'elle y tient comme à la prunelle de ses yeux, elle aimerait qu'ils aient une carrière aussi longue que la sienne et elle sait comment faire pour cela. Alors, elle leur donne la même liberté qu'elle s'est donnée, de s'arrêter quand la douleur se fait sentir, de se repositionner, de jouer avec le poids et sa répartition dans le corps, de respecter les limites et de s'y ajuster finement, de s'écouter. Mais pas en public!

5. *LES LIGNES DE SUBJECTIVATION*

- **Douleur-endurance**

La seule douleur dont Denyse parle volontiers c'est la douleur de l'accouchement. Il ne s'agit toujours pas de la «douleur chronique», mais son récit me renseigne sur sa capacité d'endurance à la douleur. Il me révèle aussi un paradoxe apparent entre ce que Denyse décrit comme une très grande sensibilité et un seuil très élevé de conscience de la douleur.

«Ça faisait vraiment très mal et puis à un moment, vraiment *excrutiating*, mais à un moment donné, j'ai vomi! Et puis, j'ai dit à la sage-femme: «Mais, pourquoi est ce que je viens de vomir?» Elle dit: «Mais parce que t'as mal, parce que t'as mal...» J'ai dit: «Ah oui, j'ai si mal que ça?» [*rit de bon cœur*] Et ça, ça m'a étonnée et puis ma réponse encore: «Ah, oui, j'ai

si mal que ça?» C'est fou! Hein? Cette réponse-là... «Ah, oui, j'ai vomi parce que j'ai mal, j'ai si mal que ça...» [*en rit encore*].

Quand j'évoque à cette occasion l'endurance légendaire des danseurs, elle me dit que non, ça n'a rien à voir avec de l'endurance parce que, elle, elle est hypersensible. Je note à cet égard une source de confusion fréquente consistant à croire que sensibilité et endurance sont opposées. Pourtant il est question, dans l'endurance, de seuil élevé d'acceptation d'une sensation vécue par d'autres comme douloureuse. C'est bien ce que Denyse constate elle-même : «Mon Dieu, si c'est allé jusqu'à vomir, ça fait mal, là!» Il est question de perception et d'interprétation d'une sensation. Ce que décrit Denyse en est un exemple parfait. Il faut qu'elle vomisse pour mesurer l'intensité de la douleur qu'elle endure. Bien sûr, en contexte d'accouchement, des sensations, vécues comme nécessaires et acceptables en compagnie d'une sage-femme expérimentée, ne le seraient peut-être pas dans d'autres conditions moins idéales. Cela m'amène à considérer un point essentiel en matière de douleur: la relativité des perceptions selon l'expérience de chacun, mais aussi selon le contexte et l'environnement, plus ou moins favorable.

Dans le cas de Denyse, l'endurance semble augmenter avec la sensibilité et les ajustements subtils qui découlent d'une grande connaissance intrinsèque du corps. L'endurance ne va pas à l'opposé de la sensibilité, bien au contraire. Elle est plutôt le résultat d'une adaptation maximale à une épreuve vécue comme nécessaire et profitable. L'endurance est davantage une preuve d'adaptabilité, une question de motivation et d'acceptation de conditions de travail. Dans endurance, il y a durer. En permettant de supporter plus longtemps une sensation sans qu'elle soit perçue comme douloureuse, la grande sensibilité de Denyse, meilleure garante de sa capacité d'ajustement, a élevé son seuil de la douleur et de fait, son endurance. Il est surtout question d'interprétation d'une sensation douloureuse comme plus ou moins acceptable en regard d'une

profession où la douleur est souvent vécue comme une routine en lien avec les usages du corps. Les échelles de mesure de la douleur de 1 à 10 mesurent d'ailleurs davantage l'acceptabilité d'une sensation vécue comme douloureuse que l'intensité même de la douleur. Il est question donc de seuil d'acceptabilité tout autant que de seuil d'alerte, celui qui indique la limite à dépasser ou non, en matière d'usages du corps.

- **Le pouvoir de guérison (parcours thérapeutique)**

Denyse qualifie sa guérison de «décision volontaire», mais cela ressemble davantage à une décision consciente de mettre fin à un processus douloureux sans objet. Sa grande maîtrise du corps et de sa gestuelle, constitue une des lignes de force selon laquelle s'exercent le processus de guérison et le pouvoir d'en faire trop ou pas. Une fois le changement nécessaire opéré, la douleur peut donc disparaître.

«Il y a un yoga aussi, un yoga qui dit: «Vous voulez aller plus loin? Allez moins loin!» Celui qui gagne, c'est celui qui va le moins loin... Y est déjà trop tard si par exemple, on s'étirait le bras derrière, ici je commence à sentir un petit étirement; c'est trop tard, il fallait que j'arrête juste avant; mais c'est fantastique, c'est le travail tout en douceur...».

À plusieurs reprises Denyse se décrit comme capable de se connecter très finement à son corps et à ses sensations. «Quand je vous disais que j'ai une écoute qui est très, très fine et très développée, moi, j'ai l'impression que je sens les choses plus que d'autres». C'est que le corps et ses sensations, ça la connaît. C'est son terrain favori, son lieu de travail bien plus que son outil de travail. Sa passion c'est, précisément, le cheminement intérieur. Parce que Denyse est avant tout une «amoureuse des sensations», elle dispose ainsi d'une formidable capacité de transformation perpétuelle. Elle sait repérer les limites

du geste, les limites du corps, déceler le moindre signe de souffrance qui la renseigne précisément sur la limite à ne pas dépasser.

«Quand on fait un mouvement, par exemple, je peux faire un mouvement au sol, mettons lever la jambe et puis tout à coup, ça fait un petit cloc, mettons, t'sais, alors, là [*à voix chuchotée, comme une voix intérieure*]: rentre le ventre plus, mets un peu plus de poids dans le sacrum, recule les épaules, un peu plus... [*monte la voix d'un cran, se redresse, se montre*] T'sais, tout de suite, je cherche... Jusque-là! Ah! J'ai trouvé! J'ai trouvé! C'est comme ça! Mais, c'est des petites choses très subtiles, ça. Quelqu'un qui regarderait le corps ne verrait même pas, qu'est ce qui a bougé dans le corps. C'est des petites choses, *fine tuning* intérieur. Et puis, après ça, c'est de trouver comment on va intégrer ça pour que, quand on danse, ou quand on bouge, ou quand on est en dehors de l'exercice - l'exercice, c'est justement le moment où on a toute notre attention juste sur ces choses-là- et puis après ça, quand on danse, c'est devenu une seconde nature. Ces petits ajustements-là, on les fait spontanément...»

Ce que Denyse souhaite communiquer avant tout, c'est le caractère presque mystique de l'instant de la guérison. Tout ce qui compte à ses yeux, c'est l'instant magique et radical qui la signe. Elle y reviendra à plusieurs reprises, en la qualifiant de «révélation», de «disposition dans sa perception des choses», de déclic...

«Ça a été, bien sûr, à la suggestion de quelqu'un. C'était dans un cours de yoga et puis, elle a dit: «Si il y en a parmi vous qui avez des douleurs chroniques là, je sais pas trop», je pense qu'elle dit: «Ça suffit! Ça s'arrête là! Vous arrêtez ça là!»... Et puis, t'sais, comment c'est dans la vie, parfois, on reçoit un message et on le reçoit vraiment et c'est là! Ça a été fini comme ça... Alors, j'ai trouvé ça vraiment intéressant, mais j'ai senti au moment où elle l'a dit, sur le ton où elle l'a dit qu'une disposition s'établissait dans ma perception des choses et puis voilà!».

Elle en parle comme d'une victoire sur la douleur, avec toute la force de volonté dont cela témoigne. Mais, en même temps, ce qu'elle exprime, c'est son pouvoir de guérison et en cela, elle affirme son expertise et son savoir acquis. C'est qu'elle n'a pas eu besoin de la médecine pour cela et elle n'en est pas peu fière. C'est cette capacité de percevoir qui est «très élevée, qui est très raffinée, très raffinée, un degré de sensibilité très élevé...», qui justifie qu'elle

ne s'en laisse pas conter par qui que ce soit. Je la sens animée juste par le processus, la transformation qui s'est opérée et sa radicalité, aussi.

«Et puis, un moment donné, voilà, après ce cours-là, j'avais une rencontre avec l'ostéopathe et puis, je lui dis: «Sais-tu? Je reviendrai plus te voir, parce que c'est terminé! Parce que j'ai décidé que c'était terminé et en ne revenant plus te voir, ça me le confirme à moi-même et ça le dit.»»

De la même façon qu'en état de grâce, «ce passage comme dans une autre dimension», cet état altéré de conscience proche de la transe, elle ne sent plus son corps, Denyse décrit la «douleur chronique» comme une douleur fantôme, une douleur sans objet qu'une prise de conscience subite de son état de guérison vient réduire à néant. Comme si, une fois le problème résolu, une fois la raison de la douleur initiale supprimée, seul restait un conditionnement ou un surinvestissement d'une zone vécue comme désormais fragile.

«C'est comme un alcool, je sais pas quoi, y a un conditionnement là et puis, défaire ça, c'est vraiment difficile. Donc, moi, j'ai été chanceuse... Mais j'ai été chanceuse que, lui, le dise à ce moment-là! Et je l'ai entendu et je crois que j'aurai sauté sur la prochaine occasion offerte...»

Il s'agirait alors d'une douleur résiduelle, qu'elle assimile à une sorte d'état mental, lui aussi altéré, qu'il suffirait de reprogrammer. «C'est des douleurs liées à la mémoire, c'est des douleurs liées à la mémoire et qui sont pas nécessairement là.» Si elle a pu s'en débarrasser instantanément c'est que cette douleur n'avait plus de raison d'être autrement que par habitude ou par conditionnement de dire «Aïe!» quand on vous touche une zone sensible. Il est question d'habitudes, mais aussi de déplacer, de décadrer, de transformer, de changer:

«Pourquoi est-ce qu'on attache tant d'importance à ces sensations-là? Faut arrêter, faut arrêter de sentir cette région-là, parce que il y a plein d'autres régions qu'on peut sentir, alors il faut juste arrêter de *focuser* là, déplacer. Mais, ça, y a des gens qui ont de la misère à le faire parce que c'est comme les gens qui fument la cigarette, c'est une habitude, c'est une habitude...»

C'est donc l'effet d'une suggestion, arrivée au moment opportun, qui provoque un arrêt brutal du phénomène. La guérison implique un changement d'état, un changement de condition tant sur le plan physique que sur celui du ressenti. Une fois la lésion sous-jacente disparue et les transformations en matière d'usages du corps effectuées, la douleur peut disparaître. Car il ne faut pas oublier que les blessures d'usure sont rarement réparables. Par contre elles peuvent donner lieu à des réorientations professionnelles, en particulier avec l'aide du Centre de Ressource et Transition pour Danseurs (CRTD). Parlant des autres et de leurs difficultés, plutôt que d'elle, Denyse révèle sa conviction profonde que toute «impossibilité physique devient finalement un cadre qui devient porteur de liberté.» À cet instant, j'imagine que, peut-être, les limitations physiques éprouvées ont provoqué le désir de s'exprimer à travers d'autres corps. À ce jour, le mystère reste entier sur les raisons de ce passage radical du solo à ce qu'elle décrit parfois comme «une oeuvre collective», parfois comme «une démultiplication de solos.» Le changement d'orientation professionnelle, avec la création de sa compagnie est à peine perceptible, puisqu'elle reste interprète et chorégraphe comme avant. Il apparaît pourtant déterminant dans son rétablissement et dans la poursuite de sa carrière.

3. SYLVIE OU LE CORPS ÉMOTIONNEL

Sylvie est originaire d'une autre province canadienne que le Québec et vit à Montréal depuis plus de 10 ans. C'est un danseur rencontré au cours de cette recherche qui m'a encouragée à la rencontrer, la décrivant comme quelqu'un «qui a certainement une histoire avec ça». Je rencontrerai donc Sylvie à plusieurs reprises dans un café du centre-ville, au rez-de-chaussée d'un immeuble de la rue Ste Catherine qui héberge de multiples galeries d'art, studios et écoles de danse, dont LADMMI, fameuse école de danse contemporaine de Montréal. Sylvie apprécie de faire partie de la communauté montréalaise et, en choisissant ce lieu de rendez-vous, elle s'y inscrit à nouveau. Ce sentiment d'appartenance fait partie s'est développé avec sa prise d'autonomie, après l'accident et elle y tient beaucoup.

«I became part of the community here in Montreal, I got to know the community more rather than in a company»³⁰.

Sylvie ne semble pas très sûre d'elle et adopte d'emblée une attitude plutôt réservée, puis, au fur et à mesure de l'entrevue, elle semble se détendre. D'ailleurs, elle rit souvent, comme pour ne pas se prendre trop au sérieux ou mieux masquer son insécurité. Elle reconnaît elle-même un manque d'estime personnelle qui pourrait même avoir eu une incidence sur son histoire de douleur. «It might have been my lack of self-esteem.»³¹ Sylvie est d'une nature inquiète et d'ailleurs, avant de trop se confier, elle vérifie qu'elle répond bien aux besoins de ma recherche. «You can tell me if I'm going in the wrong direction or you want to go somewhere else?»³² On dirait qu'elle a besoin d'être

³⁰ «Je suis devenue membre à part entière de la communauté montréalaise, mieux que si j'étais dans une compagnie».

³¹ «C'est peut-être à cause de mon manque d'estime personnelle.»

³² «Dites-moi si je vais dans la mauvaise direction ou si vous voulez que j'aille ailleurs.»

rassurée sur les directions à prendre, comme une interprète avec un chorégraphe. Je la sens très préoccupée de répondre correctement, d'être adéquate, pas du tout *j'm'en-foutiste* comme se voient trop souvent qualifiées les personnes en «douleur chronique» (Kleinman, 1992).

À plusieurs reprises, Sylvie se plaint d'avoir manqué de bases solides³³, et je la sens souvent en quête de soutien. Depuis l'accident, Sylvie est interprète à la pige, autant dire que sa situation professionnelle et financière est assez précaire, car elle dépend du choix d'un chorégraphe et de leurs affinités réciproques. Mais, c'est désormais le prix qu'elle a choisi de payer pour assurer sa liberté. C'est aussi la meilleure façon, selon elle, de prévenir les blessures éventuelles. «They don't like me, I don't like them: we move on...»³⁴ Elle est certaine, ainsi, de ne pas avoir à subir trop longtemps ce qu'elle décrit comme des forces émotives perturbatrices, qui nuisent à la performance physique et la mettent à risque de blessure. Après l'accident, Sylvie établit très clairement les liens entre les conditions de travail, tant physiques qu'émotionnelles ou affectives qui, en la déstabilisant, ont pu contribuer à sa chute. «I definitely believe the emotions affect the body, the body affects the emotions, for sure.»³⁵

Sylvie a maintenant 39 ans. La blessure remonte à plus de 15 ans. Ce dont elle se souvient, c'est davantage la détresse émotionnelle et le désarroi, face à une douleur inexplicée et inhabituelle qui venait contrarier son art et questionner son identité. La plupart des danseurs savent que certaines douleurs sont normales, mais celle-là, elle ne la reconnaît pas, elle ne sait pas ce qu'elle

³³ «I can kept no solid ground, nowhere to go for support»

³⁴ «Ils ne m'aiment pas je ne les aime pas, on se sépare.»

³⁵ «Je crois fermement que les émotions ont un effet sur le corps et réciproquement, j'en suis certaine.»

signifie. «Most dancers are used to ache some pains that are normal but this is a pain I'm not used to, I don't know what it is...»³⁶ Ce dont elle se souvient, ce sont toutes les concessions qu'elle a dû faire pour bénéficier d'un traitement et d'une prise en charge qu'elle n'avait pas les moyens de se payer. Ce sont aussi toutes les tracasseries administratives pour arriver à obtenir un remboursement légitime de ses frais de santé. Ce dont elle se souvient, c'est donc bien plus l'état de détresse émotionnelle que la douleur physique. «What I could remember from this, is more the emotional distress rather than the actual physical pain...»³⁷

Quand je lui demande, pourquoi elle a choisi ce métier, elle me répond, en riant: «I needed exercise [*rit à gorge déployée*] and somebody told me I danced fun. [*rit encore*]».³⁸ C'était dans les années 70, elle avait 17 ans, et tous les élans étaient permis. Elle fait donc sa formation un peu sur le tas, avec des cours privés, par-ci par-là, des opportunités de cours gratuits, rien de très académique, ni de très coûteux.

«I started taking idol dance class and I was in a private studio and someone else offered me and a few people free class because she would learn how to teach, and then I started to take ballet class and just keep taking more and more...»³⁹

³⁶ «La plupart des danseurs sont habitués à avoir mal normalement, mais là c'est une douleur à laquelle je ne suis pas habituée, je ne sais pas ce que c'est.»

³⁷ «Tout ce dont je me souviens, c'est bien plus la détresse émotionnelle que la douleur physique.»

³⁸ «J'avais besoin d'exercice et quelqu'un m'a dit que j'avais une drôle de façon de danser. je dansais bizarrement.»

³⁹ «J'ai commencé par prendre des cours d'«idol dance» dans un studio privé quand quelqu'un d'autre m'a offert, à moi et à quelques autres, des cours gratuits pour s'entraîner à enseigner, alors, j'ai commencé à prendre des cours de ballet et j'ai juste continué d'en prendre de plus en plus...»

HISTOIRE DE LA DOULEUR

I. LES LIGNES DE FRACTURE

- **La bascule, l'accident**

Sylvie est tombée sur le dos en répétition, lors d'une tournée en Allemagne. C'était en 1993-94. Il faisait chaud, elle avait peut-être les mains moites, ou le sol était glissant et elle se tenait à quelqu'un ... Comme toujours, quand il y a un *show* à donner, Sylvie pare au plus pressé. Elle se rend chez un médecin en urgence, mais refuse son traitement.

«I eventually went to see somebody in Germany, which was kind of an emergency thing, cause I had a show and he wanted to start shooting me with drugs, needles and I don't really want that...»⁴⁰

Comme elle l'expliquera plus tard, elle ne pouvait pas donner sa confiance à un inconnu. Intuitivement, elle savait qu'elle avait besoin de toutes ses sensations pour contourner la douleur, éviter d'aggraver la blessure et donner la représentation quand même, en ajustant la chorégraphie selon les besoins du corps. Pas question de se laisser injecter des antalgiques à forte dose, pour faire «comme si de rien n'était.» Mieux valait gérer la crise, en gardant le contrôle des sensations et en évitant le problème dans l'immédiat. «I prefer to be aware of the pain so I can figure what the problem is.»⁴¹

⁴⁰ «J'ai fini par aller voir quelqu'un en Allemagne, comme dans une espèce d'urgence parce que j'avais une représentation et il a commencé par vouloir m'injecter des drogues avec des aiguilles et ce n'était pas vraiment ça que ce que je désirais...»

⁴¹ «Je préfère ressentir la douleur de façon à pouvoir me représenter le problème»

De retour à Montréal, elle peine à trouver l'aide dont elle a besoin. Dans le même temps, elle doit se battre pour obtenir le remboursement et la prise en charge de ses frais de santé et continuer à gagner sa vie avec un corps blessé. Tout est compliqué et Sylvie ne sait pas très bien comment s'y prendre. Elle se soumet alors au bon vouloir des uns et des autres, mais rien ne semble vouloir aboutir et elle finit par ne plus savoir où elle en est. Au début, ne sachant pas de quoi il retourne, et parce qu'elle a besoin de gagner sa vie, Sylvie apprend à fonctionner avec la blessure. Mais bientôt, le problème s'aggrave, parce que, à force de contorsions, d'autres douleurs surviennent.

«There was a point where I was able to fonction with the injury and then it just got, it got worse because I start to compensat around the injury, so other things started to hurt.»⁴²

Ce n'est pas tant la douleur en elle-même, qui lui pose problème. Ce sont plutôt les limitations et l'incapacité physique qu'elle génère, et leurs effets sur sa performance. À force de se remettre en question constamment et de chercher de l'aide sans résultat, Sylvie commence aussi à se déprimer sérieusement. L'accident a provoqué une telle séquence d'évènements et un tel bouleversement de ses repères, que Sylvie se sent incapable de danser selon ses exigences. Finalement, la douleur vient menacer directement sa carrière et Sylvie décide alors d'arrêter, dans une ultime tentative de mettre les choses à plat.

«For a while I thought that I should just stop dancing cause I can't figure this out; nobody can help me...»⁴³

⁴² «J'ai pu continuer à fonctionner avec la blessure jusqu'à un certain point et puis après, c'est devenu pire, parce que j'ai commencé à compenser autour de la blessure et alors d'autres endroits ont commencé à me faire mal».

⁴³ «Pendant un moment, j'ai pensé que je devrai simplement arrêter de danser parce que je n'arrivais pas à m'en sortir, que personne ne pouvait m'aider...»

À ce titre, la chute et la blessure provoquent une chute d'un autre ordre, une sorte de mise en abyme qui va questionner la motivation profonde qui relie Sylvie à la danse. Au début, en l'obligeant à contourner la blessure, la douleur lui fait remettre en question sa façon même de danser, puis son assurance et enfin la danse tout entière. Elle ne sait pas comment s'en sortir et se voit assaillie de questions sans fin.

«So I'm doubting whether inputting myself more or I'm questioning that I am inputting myself more and I'm questioning whether can I still dance, can I not dance, what do I do?»⁴⁴

Ce doute et cette hésitation, combinés au manque de certitude quant à la prise en charge, tant thérapeutique, que financière, ont définitivement contribué à inscrire la douleur dans la durée et la chronicité. Sylvie se sent passée de main en main, mais en somme, pas réellement prise en main, pas véritablement prise en compte. C'est ce flottement, ce manque de fondement, de guidance et de support dont Sylvie a le plus souffert. Mais, aussi ce manque de continuité des interlocuteurs et le peu de considération à l'égard de la précarité financière et professionnelle. Tout cela, en retardant une prise en charge rapide et efficace, constitue indéniablement un facteur de chronicisation.

«So I think that sort of pain, which then lasted a long time, I'm not sure if that was just because of the sequence of events, of being shifted around to different physios to different ... I was fighting CSST and they keep shifting your agent that you are working with, so that becomes difficult, so I don't know, I can't keep no solid ground, nowhere to go for support, sort of, just to say: «OK we are going this way!»»⁴⁵

⁴⁴ «Alors j'hésite à m'engager davantage, je me demande si je devrais m'engager davantage et si je peux encore danser ou non, qu'est ce que je dois faire?»

⁴⁵ «Alors je crois que ce genre de douleur, qui a duré longtemps par la suite, je ne suis pas certaine que ce soit juste à cause de la suite d'évènements, comme d'être transférée d'un physio à un autre... Je luttais contre la CSST et ils n'arrêtaient pas de changer l'agent avec lequel j'avais à faire, alors les choses sont devenues difficiles, et je ne sais pas, je ne pouvais conserver aucune base solide, aucun endroit où aller chercher du soutien ou quelque chose de ce genre, juste pour me dire: OK, on va aller dans cette direction!»

Sylvie s'est sentie totalement démunie et ne savait pas comment s'y prendre. Parce qu'elle n'en avait sans doute jamais eu besoin auparavant et qu'elle n'était pas dans sa province d'origine, elle a tardé à trouver un thérapeute qui lui convienne. À cause de ses déboires avec la CSST, de la difficulté à prouver ses droits, elle a beaucoup souffert de la multiplicité des intervenants. Elle se souvient d'être passé entre beaucoup de mains, tant à la CSST qu'à l'hôpital, où elle sert de cobaye en échange de soins gratuits.

«But, then, what happened, is that you have a lot of people poking at you so, that also became a problem because there are so many people touching your body and analysing it. That was emotionally hard.»⁴⁶

Elle questionne encore la qualité de la prise en charge d'une blessure qu'elle considère somme toute comme banale, une fois étiquetée «hernie discale».

2. *LES LIGNES D'ÉNONCÉ OU LA LOI DU SILENCE*

Sylvie a mis beaucoup de temps à savoir de quoi il s'agissait au juste. «It took a long time to get a diagnosis of what it was...»⁴⁷ Cette incertitude par manque de moyens financiers adéquats ou d'interlocuteurs de confiance soulève la double question de l'énoncé. Pour Sylvie, il semble bien qu'une fois nommé, localisé, et reconnu, le problème puisse être envisagé de façon plus pragmatique, comme dans le cas d'une panne de voiture. Advenant que la

⁴⁶ «Mais, à ce moment-là, ce qui arrive c'est que vous avez plein de monde autour de vous et ça devient aussi un problème parce que tellement de gens touchent votre corps et le décortiquent. C'était dur émotionnellement.»

⁴⁷ «Ça a pris beaucoup de temps à avoir un diagnostic...»

blessure soit considérée comme accidentelle et survenue en plein travail, qu'elle donne accès à des indemnités de salaire et à une certaine prise en charge des soins, une bonne partie de la charge émotionnelle semble évacuée. Sylvie souligne ainsi le côté rassurant de l'objectivation de la lésion, mis de l'avant par la médecine positiviste. D'ailleurs, elle compare sa situation à celle qu'elle a connue le matin même avec une voiture prêtée, certes, mais qui est tombée en panne et pour laquelle il lui a suffi d'appeler un garagiste...

«It's not like this morning, I was dealing with my car, or my borrowed car. [rit] That is outside of me. That's easier to deal with. Things go wrong, you do this, this and this.»⁴⁸

Elle reprend ainsi la métaphore de la panne de voiture pour mieux illustrer combien il est plus facile de se confronter à un problème purement mécanique. Pourtant, même si elle semble ainsi appeler de ses vœux une prise en charge mécaniste de la blessure, elle ne cesse de décrire toutes les émotions conflictuelles qui l'ont assailli. D'autant que son corps est aussi un outil de travail dont toute sa carrière et sa subsistance dépendent.

«But when it's your body and you have to work with your body... The emotions are just... I'm not sure where they are because you are doing with: what is this? What can't I do? what can I do? What causes more pain? I don't want to let people down I'm rehearsing with...»⁴⁹

Car, qui plus est, avec la loi du silence qui règne dans sa profession, il est d'autant plus difficile de se confier ou de partager les expériences des uns et des autres en la matière. C'est presque un sujet tabou dont on ne parle que

⁴⁸ «Ce n'est pas comme ce matin quand je me débrouillais avec ma voiture, ou plutôt celle que l'on m'a prêtée... Elle est extérieure à moi. C'est plus facile. Quand ça ne va pas, on fait ça, ça et ça.»

⁴⁹ «Quand c'est ton corps et que tu dois travailler avec ton corps... Les émotions sont justes, je ne suis pas certaine de où elles sont parce que tu es avec: Qu'est-ce que c'est? Qu'est-ce que je ne peux pas faire? Qu'est-ce que je peux faire? Qu'est-ce qui fait le plus mal? Je ne veux pas laisser tomber les gens avec lesquels je répète...»

quand il est résolu ou, en tout cas, sous contrôle. C'est aussi que les uns et les autres rechignent à faire porter le poids de leurs faiblesses aux autres: «It is a lot to ask...»⁵⁰ L'esprit de corps semble dicter une loi implicite selon laquelle on n'inflige pas à d'autres plus de peine qu'ils n'en ont déjà. S'arrêter de travailler c'est non seulement les laisser tomber, mais c'est aussi se faire remplacer. Tout semble indiquer une certaine culture de l'endurance qui interdit de se plaindre ou simplement de demander de l'aide.

Sylvie ne décrie pas tant la loi du silence qui oblige à cacher son mal et à le taire dans le milieu que le manque de réseau établi d'aide, tant financière que thérapeutique et émotionnelle. Pour elle, en somme, ce serait le manque de transparence et de diagnostic clair dès le début qui serait à l'origine de toutes les complications. Tel qu'elle le décrit, le médecin urgentiste consulté en Allemagne ne semble pas avoir eu la bonne attitude à son égard, ni non plus la bonne idée de lui communiquer les résultats de son examen. Elle s'est ainsi retrouvée à devoir résister à un geste intrusif, non négocié, l'injection, et à s'en remettre à son intuition et à sa connaissance intrinsèque de son corps-outil de travail. Parce que, selon elle, l'usage de leur corps rend les danseurs beaucoup plus conscients des dommages corporels que le commun des mortels. «A lot of people have it who don't know, dancers know because of what they do with their body.»⁵¹

La loi du silence, cette fois-ci, semble partagée par les deux mondes. Sylvie est persuadée que si la douleur est devenue chronique c'est surtout parce qu'elle n'a pas été prise en charge correctement dès le début. Ce qu'elle aurait

⁵⁰ «C'est beaucoup demander...»

⁵¹ «Beaucoup de gens en ont et ne le savent pas, les danseurs le savent à cause de ce qu'ils font avec leur corps.»

voulu c'est connaître LA bonne personne qui lui aurait dit quoi faire. «One person who can take care of it and say: «OK, that's what you need to do!»⁵² Celle qui souffre a besoin de se sentir écoutée et de partager le savoir médical pour pouvoir participer à sa guérison. Quant au médecin, il s'adresse trop souvent au corps comme à une mécanique, sans tenir compte de l'être sensible qui l'habite. Mais n'est-ce pas ainsi aussi que Sylvie concevait son corps quand tout allait bien? Le paradigme mécaniste semble bien s'être infiltré dans le monde de la danse.

3. *LES LIGNES DE VISIBILITÉ*

De la même façon que Sylvie réclame un diagnostic formel, un énoncé et aussi une image, pour entamer une véritable démarche thérapeutique, elle se refuse à changer ses activités professionnelles tant qu'elle peut maintenir les apparences. La douleur, parce qu'elle est invisible, vient chercher les limites de l'endurance et de l'adaptation du geste aux limitations imposées du dedans. Sylvie reproduit ainsi le comportement tant reproché à un monde médical jugé trop positiviste. Parce qu'elle n'est pas visible, Sylvie fait comme si la douleur n'existait pas. Pour se faire, elle change sa gestuelle au quotidien, comme elle a modifié la chorégraphie en respectant les limites imposées par la douleur. «So I found ways to physically release the pain, leaning my head on the cupboard to do the dishes.»⁵³ Elle va de l'avant, comme si de rien n'était. Elle continue de signer des contrats, malgré son handicap et sa douleur. «I tried to keep taking

⁵² «Quelqu'un qui peut prendre soin et dire: «OK, voici ce que tu dois faire!»

⁵³ «Alors je trouvais des moyens de soulager la peine physiquement, en appuyant ma tête sur le placard pour faire la vaisselle.»

contracts but my ability to dance was limited and it was hard.»⁵⁴ Sylvie ne se rend pas compte qu'en agissant ainsi, elle brouille les pistes; que, parce qu'elle a continué à travailler après l'accident, elle met en question sa crédibilité auprès des organismes comme la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail (CSST). «It was questionable, because I had continued to work...»⁵⁵

Sylvie a continué de modifier sa gestuelle même au travail, de façon à ne pas aggraver le problème, à pouvoir danser quand même, sans que cela ne paraisse, en évitant juste de reproduire la douleur. Non seulement, elle n'en a parlé à personne, mais elle n'a pas voulu que cela se voie.

C'est seulement quand elle-même ne se reconnaît plus, «my body was made up a new one that was foreign to me as a dancer»⁵⁶ et parce qu'elle ne danse plus selon ses exigences, qu'elle se décide à tout arrêter. Il lui apparaît soudain que c'est le meilleur moyen pour regarder la situation en face. En se retirant de la scène et du milieu, comme en un lâcher-prise sur tout ce qui lui arrive, Sylvie a certainement pris un recul nécessaire, avant de pouvoir reconsidérer l'étendue de la blessure et mesurer ses effets collatéraux. Même au niveau interpersonnel, la blessure n'obtient pas forcément toute l'attention qu'elle mériterait. En effet, puisque la visibilité fait défaut, et que c'est le regard de l'Autre qui prime, c'est la sensation qui doit imposer sa loi en dernier recours. Sylvie témoigne bien des évidences qui se manifestent au niveau du ressenti, quand elle ne reconnaît plus son corps, qu'elle a perdu son alignement et se sent déconnectée, comme coupée en deux. Ça ne s'invente pas!

⁵⁴ «J'essayais de continuer à signer des contrats mais j'éprouvais des limitations à danser et c'était difficile.»

⁵⁵ «C'était discutable parce que j'avais continué de travailler.»

⁵⁶ «Mon corps s'était tellement modifié, qu'il était devenu étranger à mon identité de danseuse.»

«[...]I had separated my body in halves. When I was moving, yeah, I felt very disconnected top from bottom. It's a weird thing [rit] yeah, it's weird!»⁵⁷

C'est en refusant de voir le problème, par manque de solutions évidentes, que Sylvie a créé les conditions de la chronicité, mais elle n'est pas seule en cause. Les professionnels de tous bords ne l'ont guère accompagnée à la mesure de ses affirmations et de ses besoins spécifiques. De la même façon que Sylvie est allée de l'avant coûte que coûte, c'est toute la société qui agit de la sorte, quels que soient les signes avant-coureurs d'une catastrophe annoncée. Il en va de même en matière environnementale ou économique. Se voiler la face, ne contribue jamais à résoudre un problème, seulement à faire semblant ou à tenter de le masquer ou de l'oublier.

4. *LES LIGNES DE FORCE*

- **Les relations professionnelles**

Sylvie rend bien compte du dilemme qui se présente chaque fois que survient un accident. Vaut-il mieux arrêter complètement de danser pour se préserver ou continuer partiellement et, si oui, comment? Parce que toutes les compagnies de danse ne disposent pas de remplaçants, en décidant d'arrêter, Sylvie mesure bien que ce sont les autres, ses partenaires, qui vont devoir combler le manque. Malgré l'esprit de corps et la solidarité implicite du milieu, Sylvie trouve que c'est beaucoup leur demander et que ça lui met la pression. «I

⁵⁷ «J'avais séparé mon corps en deux. Quand je bougeais, oui, je ne me sentais pas reliée de haut en bas. C'est une sensation bizarre (rit) oui, c'est bizarre!».

don't want to let people down I'm rehearsing with...»⁵⁸ Cette grande solidarité de «corps» est à double tranchant et fait porter une lourde culpabilité sur les épaules de celle qui oserait s'abstenir de danser. Telle est la première ligne de force d'ordre professionnelle dans le cas de Sylvie, et un des facteurs d'aggravation de la blessure et de chronicisation du problème.

«That is a bit of a dilemma some dancers deal with: «Can I stop to fix this? what do I keep doing?» cause like there is a show or a lot of companies don't have a dancer to replace you so, you got the pressure...OK! So, everybody else has to work , if you are not doing the show, everybody else has to work harder to take up this lot, which more people are more than willing to do but, it is a lot to ask...»⁵⁹

Pour Sylvie, les conditions et l'ambiance de travail auraient préparé le terrain pour un accident. Rétrospectivement, Sylvie a bien repéré qu'elle se sentait très stressée. Que si elle s'était écoutée, elle aurait quitté plus tôt la compagnie et rien de tout cela ne serait arrivé... Elle ne se sentait pas à sa place, n'était pas heureuse là où elle travaillait.

«The same thing with my back. I was in high stress, I shouldn't, if I would have listen to myself, it wasn't the place for me to be, for me to be happy, doing what I was doing...»⁶⁰

Sylvie est de celles qui réclament un environnement affectif stable et rassurant plus encore que des planchers en bois. Elle se souvient bien que dans l'année qui a précédé l'accident, elle se sentait sans cesse sur le «qui-vive», à

⁵⁸«Je ne veux pas laisser tomber les gens avec lesquels je suis en répétition.»

⁵⁹ «C'est un peu un dilemme pour les danseurs: «puis-je m'arrêter pour régler ça? qu'est-ce que je continue de faire?» Parce qu'il y a une représentation ou que beaucoup de compagnies n'ont pas de danseur pour te remplacer alors ça te met la pression...OK! Sinon, tous les autres doivent travailler, si tu ne fais pas la représentation, tous les autres doivent travailler plus pour faire ta part, ce que la plupart des gens voudront faire très volontiers, mais c'est beaucoup leur demander...»

⁶⁰ «Même chose avec mon dos. Je subissais beaucoup de stress, je n'aurais pas dû, si je m'étais écoutée, ce n'était pas une place pour moi, pas pour être heureuse, en faisant ce que je faisais...».

devoir faire ses preuves, «I felt having to constantly prove myself, every minute sort of...»⁶¹, comme si sa présence n'était pas souhaitée, «I felt like «I was not wanted where I was.»»⁶² Le souvenir d'une autre blessure le lui confirme. C'est en sautant avec l'énergie de la colère plutôt qu'avec la technique corporelle nécessaire qu'elle s'est foulé la cheville.

«I pushed my body with that anger rather than with the technique that pushes you into a jump. I was doing that out of anger.»⁶³

- **Les relations médecin-patient (parcours thérapeutique)**

Sylvie a consulté un médecin en urgence, parce qu'elle était en tournée et qu'elle devait honorer son contrat, assurer le spectacle. Étant à l'étranger et ne sachant pas si elle pouvait donner sa confiance à un médecin qu'elle voyait pour la première fois, Sylvie a préféré se débrouiller seule. Parce que son attitude hautaine ne lui inspirait pas confiance, qu'il parlait trop vite et ne l'écoutait même pas, elle a refusé l'injection qu'il voulait lui faire. «He was talking to fast, not listening to me...»⁶⁴

Le rejet de toute médication est à prendre en compte avec le souci que partagent les danseurs professionnels de ne pas nuire à l'usage de leur corps. Pour Sylvie, les médecins ne tiennent pas assez en considération les impacts d'une immobilisation ou d'un arrêt de travail sur sa profession. «I know that a

⁶¹ «Elle se sentait testée continuellement, presque à chaque instant.»

⁶² «Elle sentait comme si elle n'était pas désirée là où elle était.»

⁶³ «J'ai poussé mon corps avec cette colère plutôt qu'avec la technique qui vous propulse dans un saut. Je faisais ça avec colère.»

⁶⁴ «Il parlait trop vite et ne m'écoutait pas.»

general practitioner does not have the answers that I'm going to need.»⁶⁵ À son retour de tournée, sa situation financière ne lui a pas permis non plus de choisir son thérapeute. Aujourd'hui elle pense que de toute façon, les médecins généralistes ne sont pas formés suffisamment pour prendre soin des danseurs. La blessure du danseur semble en effet poser un double problème puisque la raison biomédicale en appelle d'une immobilisation quand le danseur, lui, veut pouvoir continuer à danser.

«Until you get to the focus of what exactly the injury is and what the problem is, just stopping as a general practitioner often tells you to do it doesn't help you, it doesn't get you better, it doesn't solve your problem or help you be focused in the good direction to solve the problem, the injury problem.»⁶⁶

Sylvie témoigne bien ainsi de ce rapport de force qui oppose deux savoirs et deux expertises. Dans ce cas particulier, Sylvie reconnaît le pouvoir du médecin de prescrire, mais certainement pas son savoir.

«If you need some sort of medication, or you need tests to be done, you definitely need to go through the doctor.»⁶⁷

Mais, même si elle s'adresse au «médecin des danseurs», dans cette éventualité, elle dit bien qu'il ne lui impose jamais rien et ne lui fait que des suggestions. Là encore la danseuse rejette catégoriquement l'usage d'anti-douleur, «*a pain killer*», qui ne résout pas le problème, même si il en supprime l'effet. Elle préfère de beaucoup garder la sensation qui la renseigne sur le siège

⁶⁵ «Je sais qu'un médecin généraliste n'a pas les réponses dont je vais avoir besoin.»

⁶⁶ «Jusqu'à ce que tu mettes le doigt sur la nature exacte de la blessure et sur celle du problème, simplement s'arrêter comme un médecin généraliste te le conseille souvent, ça ne t'aide pas, ça n'améliore pas ton état, ça ne résout pas ton problème et ça ne t'aide pas non plus à t'orienter dans la bonne direction pour résoudre le problème, le problème relié à la blessure.»

⁶⁷ «Si tu as besoin d'un médicament quelconque ou de te faire prescrire des tests, tu as besoin de passer par un médecin.»

du problème. Car, encore une fois, le corps est son outil de travail et, pour danser, elle a besoin de l'écouter.

«Doesn't solve the problem, it's just killing the pain, I believe pain killer? So, I don't think I needed to. I never thought about taking a pain killer but getting rid of the pain is... I prefer to be aware of the pain so I can figure what the problem is.»⁶⁸

En matière de soin, elle rejette le modèle du médecin qui ne tient pas compte de la spécificité de sa profession et des conséquences financières et professionnelles d'un arrêt de travail. Ici, c'est le modèle inversé de simulation qui s'applique. Il s'agit en effet de repousser un arrêt de travail trop invalidant, quitte à minimiser la douleur ressentie. L'arrêt de travail est vraiment le dernier des recours, quand la preuve de la sévérité de la blessure est faite, que continuer invaliderait vraiment la suite de la carrière. «Yes, if it is serious, of course, you need to stop.»⁶⁹

Le modèle d'un corps docile ne s'applique donc pas du tout à la relation au médecin, dit «généraliste» ou «de famille». Pour une fois, le savoir médical semble n'avoir aucune autorité. Son utilité est seulement reliée à son pouvoir de prescrire des examens ou des «drogues» et éventuellement de servir de caution auprès des organismes prestataires en cas de demande d'indemnisation ou de prise en charge de traitements. Encore une fois, la connaissance intrinsèque du corps fait office d'intime conviction et suffit à justifier cette attitude insurrectionnelle face au pouvoir médical (Foucault, 1997:10).

⁶⁸ «Ça ne résout pas le problème, ça fait juste le masquer, je suppose un anti-douleur ? alors je ne crois pas que j'en ai besoin. Je n'y ai jamais pensé, mais supprimer la douleur c'est ... J'aime mieux rester consciente de la douleur pour mieux appréhender le problème.»

⁶⁹ «Bien sûr si c'est sérieux, tu dois t'arrêter.»

Sylvie a mis cette expérience douloureuse à profit pour mieux connaître ses besoins en termes de thérapeute. Elle a en effet beaucoup souffert de la multiplicité des intervenants à laquelle l'avait réduite la précarité de sa situation, avant qu'elle n'ait gain de cause auprès de la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail (CSST). Désormais, si elle est blessée, elle sait à qui s'adresser. Elle a une « banque de ressources », avec deux physiothérapeutes et un ostéopathe. «If I am injured but usually the physio or the osteopath is where I normally get the help.»⁷⁰

C'est comme si le monde de la danse constituait un monde à part, qui doit s'équiper de thérapeutes et de médecins spécialisés en danse. Comme si le corps dansant réclamait un autre régime, d'autres connaissances et en particulier, la prise en compte du désir effréné de danser ou de la nécessité de continuer pour des raisons financières (Perreault, 1988). Encore là, les traitements remboursés ne sont pas forcément ceux que préfèrent les danseurs. Il semble que le savoir-faire de l'ostéopathe ou les séances de *Pilates* soient plus appréciés et bénéfiques. Or ils ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, contrairement à l'acupuncture, l'ergothérapie, la massothérapie et la physiothérapie. Les soins de santé représentent à ce titre une dépense quasi obligée, décrite comme un investissement minimal, même en temps normal, qui témoigne encore du souci de performance et du désir de maintenir un corps-outil de travail au mieux de sa forme et de sa capacité en tout temps (Perreault, 1988).

⁷⁰ «Si je suis blessée, c'est auprès du physio ou de l'ostéopathe que j'obtiens de l'aide, habituellement.»

- **Ressources financières et prise en charge**

Le manque de ressources humaines et financières, en retardant la prise en charge thérapeutique et l'éventuel arrêt de travail, préconisé par la plupart des médecins, risque l'aggravation de la blessure et constitue de toute évidence un facteur de chronicisation de la douleur. Le manque de reconnaissance des dires de la personne souffrante constitue sans aucun doute un facteur supplémentaire de précarité qui contribue également à la chronicisation de la blessure et de la douleur qui l'accompagne. Ainsi, une fois la tournée terminée, Sylvie se retrouve livrée à elle-même, sans ressources pour assumer un traitement ou même une démarche diagnostique et elle doit gérer une douleur tout à fait inhabituelle sans aucune aide d'aucune sorte. Même la Commission Santé et Sécurité au Travail (CSST), l'organisme prestataire, ne lui est d'aucune aide. Cette dernière refuse de reconnaître de prime abord le lien de cause à effet entre la chute et les douleurs parce qu'elle a été capable de retravailler après l'accident.

«I had to try to flee the expense I had paid when I was on tour and I had to try to find somebody here and I try to do CSST paperwork and I got confused so there was a lot of things that went wrong with my trying and I also try to find somebody to treat me; it was a bit complicated, you know.»⁷¹

Sylvie répète à plusieurs reprises combien elle a dû se battre avec la CSST, d'abord avec l'aide infructueuse du CRTD, puis de l'Union des Travailleurs et Travailleuses Accidentés de Montréal, l'UTAM. C'est grâce à ces derniers qu'elle obtient gain de cause et que la preuve de l'évidence est

⁷¹ «Je devais tenter de rembourser les frais payés pendant ma tournée et de trouver quelqu'un ici et de faire les papiers pour la CSST et je suis devenue confuse alors beaucoup de choses sont allées de travers avec toutes mes tentatives et j'ai aussi tenté de trouver quelqu'un pour me soigner; c'était un peu compliqué, tu vois.»

faite, grâce au rapport du médecin qu'elle avait consulté en Allemagne. «The doctor, I saw in Germany, I had his report so it become obvious.»⁷²

Nombreux sont les interprètes comme Sylvie dont le revenu dépend de leur bonne santé et qui savent mieux que quiconque quand il y a un problème. «Dancers know because of what they do with their body.»⁷³ Mais, la profession est en pleine restructuration à cet égard. Grâce aux efforts conjoints du Centre de Ressources et Transition pour Danseurs (CRTD), du Regroupement Québécois de la Danse, de l'Union Des Artistes (UDA) et de l'Institut de Recherche en Santé et Sécurité au Travail (IRSST) de meilleures conditions de travail et des mesures de prévention se mettent en place. Mais, malheureusement pour Sylvie, elle a finalement dû arrêter de travailler, tout étant devenu compliqué et difficile, tant sur le plan physique qu'émotionnel et professionnel.

«I couldn't keep dancing because it was too much, it was too painful and also...I didn't really want people to touch me, a bit weird in dance... [rire profond]»⁷⁴

Danser semble lui être devenu insupportable. La douleur, à force d'insistance, semble ainsi avoir eu raison de sa passion et Sylvie n'a bientôt plus d'autre choix que de rendre les armes et de tout arrêter.

⁷² «J'avais le rapport du médecin que j'avais vu en Allemagne alors c'est devenu évident.»

⁷³ «Les danseurs savent à cause de leur usage du corps. »

⁷⁴ «Je ne pouvais plus continuer de danser, c'était vraiment trop, c'était trop douloureux et aussi... Je ne voulais pas vraiment que les gens me touchent, un peu bizarre en danse ...».

- **Entourage = Blessure de jeunesse**

Tout au long de son parcours douloureux, Sylvie semble avoir manqué de bases solides. Même si elle n'a jamais manqué de support dans son entourage familial ou conjugal, une autre ligne de force, ou devrais-je dire de faille, accompagne son histoire de vie. Sylvie est orpheline de père depuis l'âge de 6 ans. Par ailleurs, bien qu'elle soit un peu réticente à en parler, il semble que sa mère souffre aussi de «douleur chronique» depuis des années. Son veuvage précoce, qui l'aurait empêchée de réaliser son rêve de devenir danseuse, expliquerait son support inconditionnel pour sa fille.

«I'm not quite sure how it relates... My mother wanted to be a dancer, so ...
She is very supportive.[rit]»⁷⁵

Aussi quand elle parle de la douleur de sa mère, il m'apparaît qu'elle lui applique les mêmes précautions qu'à une hernie discale: «I make sure that she doesn't move large pieces of furniture anymore.[rit]»⁷⁶ Curieusement, son interprétation de la douleur de sa mère recouvre exactement la sienne. Elle renvoie à cette même plainte récurrente de Sylvie en ce qui concerne le manque de prise en charge, de base solide et de support qui fait étrangement écho avec son histoire de vie. La blessure, en faisant ainsi basculer un équilibre déjà fragile, aura fourni à Sylvie une occasion de se révolter contre l'injustice et la non-reconnaissance de ses dires et d'affirmer son droit à des compensations financières. Par la suite, en l'obligeant à finalement ne compter que sur elle-même et à s'autonomiser, la blessure oblige Sylvie à se reconstruire autour de

⁷⁵ «Je ne suis pas certaine que cela ait à voir... Ma mère voulait être danseuse alors, ... Elle m'encourage beaucoup.»

⁷⁶ «Je m'assure qu'elle ne déplace plus de meubles volumineux.»

la sensation d'une stabilité et d'une maîtrise corporelle retrouvée. Sa passion pour son art fera le reste.

5. *LES LIGNES DE SUBJECTIVATION*

- **Douleur-endurance**

La blessure de Sylvie et ses conséquences sur sa trajectoire de vie entrent en résonance avec les conflits à l'œuvre au sein de sa dynamique personnelle. En considérant le corps comme un outil, bien moins noble que l'esprit et, surtout, soumis à la force de caractère ou à la volonté du travailleur Sylvie, comme beaucoup d'entre nous, s'est arc-bouté contre les restrictions imposées par la douleur. Pendant très longtemps, Sylvie s'est accommodée de la douleur, sans même s'en apercevoir.

«So I found ways to physically release the pain, leaning my head on the cupboard to do the dishes. [rit encore]»⁷⁷

Elle prête à son corps une faculté d'adaptation qui lui aurait échappé jusqu'alors.

«When I thought back to it that was fascinating to me that I, my body, had figured it out how to compensate around the pain.»⁷⁸

Le problème, c'est que, à force de vouloir « fonctionner » envers et contre tout, le corps, docilement, trouve d'autres chemins. En voulant

⁷⁷«Alors, j'ai trouvé des moyens d'alléger la peine physique, en appuyant ma tête sur le placard pour faire la vaisselle.»

⁷⁸«Quand j'y repense, je trouve cela fascinant de voir comment mon corps s'est débrouillé pour contourner la douleur.»

contourner le problème initial, il en crée d'autres, ce qui finit par brouiller les pistes, généralisant la douleur et la rendant de plus en plus incompréhensible. En continuant, coûte que coûte, son labeur et ses tâches ménagères, laissant le soin au corps de s'ajuster, pour éviter la zone douloureuse, Sylvie semble avoir complètement modifié son schéma corporel, au point de ne plus le reconnaître. Elle admet qu'elle a fini par se sentir comme coupée en deux parce qu'elle raidissait le tronc et tout le haut du corps, sous l'effet du stress mais aussi comme pour protéger la zone blessée. Cette raideur du haut du corps l'aidait à avancer, faute de vouloir regarder le problème en face ou de se donner les moyens de le résoudre. Si Sylvie préférerait pouvoir gérer son corps comme une voiture, elle a bien dû depuis l'accident, se rendre à l'évidence. Le corps est sensible aux émotions et au stress. Elle a alors appris à se connaître et à faire confiance à son ressenti. Elle sait désormais combien tout son corps est relié et subit les effets du stress. « Just get stressed in my head, I get stressed all the way through my body... [rit] »⁷⁹

Ainsi, la force de résistance d'une douleur incessante fait rendre les armes aux plus obstinées. Sans même le savoir, Sylvie a aménagé son quotidien et ajusté sa danse en fonction des limitations jusqu'à ce qu'elle n'en puisse plus. Elle a pourtant essayé tous les détours et toutes les contorsions possibles pour continuer de danser. Mais la contorsion imposée au reste du corps par l'esprit et la volonté d'être forte, performante et agissante n'ont pas suffi à résoudre le problème. Son corps lui est devenu totalement étranger, beaucoup moins performant qu'avant, et elle doit se résoudre à arrêter. «Eventually, I decided I needed to stop dancing because I couldn't get to my standards.»⁸⁰ Et

⁷⁹ «Il suffit que je sois stressée dans ma tête pour que je sois stressée dans tout mon corps.»

⁸⁰ «À la fin j'ai décidé qu'il me fallait arrêter de danser parce que je ne pouvais pas atteindre mes critères.»

puis la douleur est trop forte et elle ne supporte plus qu'on la touche... «I had to make a choice; I couldn't keep dancing because it was too much, it was too painful and also...I didn't really want people to touch me.»⁸¹

Avec le temps, la douleur chronique se comporte comme l'arme du faible (Scott, 1985), celle d'un corps opprimé qui résiste, puisqu'elle oblige Sylvie à s'arrêter et à reconsidérer ses options, en somme à reprendre du pouvoir sur sa vie. Elle n'a plus ni la maîtrise de son art ni celle de son corps. «My ability to dance was limited and it was hard...»⁸² Elle décide alors d'emprunter de l'argent pour se faire soigner convenablement. Et elle reprend ses études à l'Université. Cette étape semble en effet essentielle à la restructuration de tout son trajet de vie. C'est quand elle a enfin décidé de tout arrêter, parce qu'elle ne s'y retrouvait pas professionnellement, avant même que la CSST ne reconnaisse ses droits, que tout a basculé.

La «douleur chronique» liée à la blessure agit ainsi comme révélateur d'une problématique plus profonde et opérateur de changement. Forte de cette interruption d'activité, et du soin apporté à reconstruire son instrument de travail et à mieux le connaître, Sylvie a pu identifier plusieurs indices de fragilité. «I was in such high stress for a good part or part of that year before my back injury, did that influence it?»⁸³ Le stress ambiant en est un, le sentiment de ne pas être à sa juste place, ou pas appréciée à sa juste valeur en est un autre. Car, juste avant l'accident, Sylvie se souvient qu'elle n'était pas heureuse et, dans ces conditions, elle n'est pas certaine qu'elle aimait encore

⁸¹ «Il m'a fallu choisir; je ne pouvais plus continuer de danser parce que c'était trop, c'était trop douloureux, et puis je ne voulais plus vraiment que les gens me touchent.»

⁸² « Mon habileté à danser était limitée et c'était dur... »

⁸³ «J'avais atteint un tel degré de stress durant une bonne partie de l'année avant la blessure au dos, est ce que ça aurait eu une influence?»

danser: «Just before I got injured, did I like dancing?»⁸⁴ Rétrospectivement, elle est donc bien obligée de constater qu'elle n'était pas heureuse dans cette compagnie et, comme elle le dit si bien, c'est un peu rageant comme occasion de redécouvrir sa passion. «It's kind of a drag that it came out of being injured but...»⁸⁵ Mais, c'est tout de même très réconfortant, comme si elle se reconnaissait enfin, entière dans un corps réaligné, reconnecté du haut en bas et de bas en haut.

- **Le sens**

À travers cette expérience douloureuse, Sylvie a appris à respecter les signaux envoyés par le corps et fait un premier constat: «OK, I can't do this, I need to do something else...»⁸⁶ Quand la blessure est survenue, elle pratiquait un type de danse-contact où ses partenaires se saisissaient de son corps et le manipulaient. «People grabbing my body and manipulating...»⁸⁷ C'est curieusement ce passage de main en main, dont elle souffre tant dans la prise en charge de sa blessure, qui fait que Sylvie décide de tout arrêter, y compris la danse. «There was a point where I thought OK, there is no way that I could do this again!»⁸⁸ Ce point de non-retour, elle en parle comme d'un tournant décisif dans sa profession puisqu'elle était prête à abandonner la danse, tellement cette douleur l'avait déstabilisée et lui avait fait perdre ses moyens. En voulant

⁸⁴ «Juste avant la blessure est ce que j'aimais danser?»

⁸⁵ «C'est un peu rageant de devoir en passer par la blessure pour en arriver là.»

⁸⁶ «D'accord, je ne peux pas faire ça, je dois faire autre chose.»

⁸⁷ «Les gens saisissaient mon corps et le manipulaient...»

⁸⁸ «Un moment donné j'ai pensé: D'accord, il n'est plus question que je refasse pareil!»

échapper aux limitations imposées par une douleur incessante, Sylvie s'est retrouvée dans une telle confusion qu'elle a fini par tout arrêter. Elle croyait sans doute qu'il lui suffirait d'arrêter de danser pour faire disparaître le mal, mais ce ne fut pas le cas. Il lui faut alors reprendre des études et envisager un changement d'orientation professionnelle pour retrouver ses esprits et un peu de sérénité. Sylvie réalise maintenant combien cet événement, a priori contraignant, est venu lui ouvrir les yeux sur son ambivalence face à la danse et la perte de sens de son activité professionnelle. Surtout, elle a redécouvert sa passion et le plaisir de danser. «I remember, definitely remember, really liking dancing again...»⁸⁹

Si la blessure, en l'obligeant à s'arrêter, vient la confronter à ses contradictions, la douleur quant à elle, la ramène à l'essentiel. À son corps et à ses sensations. «I was more concerned with trying to figure what was wrong and why my body was now so foreign to me...»⁹⁰

En rompant aussi ses chaînes avec la compagnie, elle retrouve le plaisir de la diversité: «I was much happier because I could do always different work.»⁹¹ Elle s'est autorisée à ne plus faire ce qui réveille la douleur ou qu'elle n'aime tout simplement pas faire, comme les arabesques ou avoir des gens dans son dos. C'est comme si la blessure était venue renforcer ou révéler sa personnalité.

«I was no longer needing to stand in arabesque or, it's just because I don't like standing in arabesque or [rit] may be, if I do arabesque, I don't like

⁸⁹ «Je me souviens, sans aucun doute, je me souviens vraiment d'avoir aimé danser à nouveau...»

⁹⁰ «J'étais plus préoccupée de savoir ce qui n'allait pas et pourquoi mon corps m'était si étranger désormais...»

⁹¹ «J'étais bien plus heureuse parce que je pouvais faire des choses différentes à chaque fois.»

standing with someone behind me; I never liked that so ...[rit] So, I'm not sure if it was from the injury...»⁹²

Désormais elle connaît ses faiblesses et les accepte comme des balises garantes de sa stabilité et de sa sécurité. Elle est ainsi devenue plus attentive à son corps et à ses besoins. Avec le recul, Sylvie a enfin compris les signaux annonciateurs de l'accident. «If I would have listen to myself...»⁹³ Elle se souvient de cette autre occasion où elle s'est blessée à la cheville, quand elle dansait avec l'énergie de la colère. Avec le recul, elle sait combien une ambiance de travail peut être stressante et comment s'en protéger. Combien les émotions peuvent sortir le corps de ses axes fondamentaux et le mettre à risque de se blesser.

«I do believe that other than... accident, if the dancers are allowed to be engaged in what they are doing fewer accident would happen...»⁹⁴

Au bout du compte, Sylvie reconnaît même sa part éventuelle de responsabilité dans la «mauvaise» prise en charge de sa blessure.

«It might not have been me because it's such a lot of event, it might have been me, who had not taken care properly, who knows? It doesn't really matter, but...[rises]»⁹⁵

Mais, ce qui importe désormais, c'est comment elle a traversé cette épreuve et ce qu'elle en a appris. Elle a compris sa part de responsabilité dans

⁹² «Je n'avais plus besoin de rester en arabesque ou bien est-ce parce que je n'aimais pas rester en arabesque ou...[rit] peut-être si je fais des arabesques, je n'aime pas que quelqu'un se tienne derrière moi; je n'ai jamais aimé ça, alors...Alors, je ne suis pas certaine que ça vienne de la blessure...».

⁹³ «Si je m'étais écoutée...»

⁹⁴ «Je crois fermement que, sauf accident, si l'on favorisait l'engagement des danseurs dans ce qu'ils font, il y aurait moins d'accidents...»

⁹⁵ «Il se peut que je n'y sois pour rien parce qu'il y a eu tellement de choses en même temps, il se peut que j'y sois pour quelque chose, que je n'ai pas fait suffisamment attention, qui sait? Ça n'a pas vraiment d'importance, mais...»

ce qui lui arrive. C'est son lâcher-prise, qui lui a permis de retrouver petit à petit une estime d'elle-même, profondément entamée par l'impact de la douleur sur son niveau de performance. Elle s'est mise à s'écouter, à s'estimer davantage et s'interdit de danser avec l'énergie de l'émotion plutôt qu'avec la technique ou l'attention que requiert le geste.

«When I looked back on that, I realised that « OK, don't jump in that sort of way again! It's taking something out of your body that's not, not your body's fault...[rit]»⁹⁶

Mais Sylvie est toujours en mouvement, toujours en questionnement, sur la place qu'elle occupe ou devrait occuper dans le monde de la danse, sur son âge, sur la qualité de sa performance. «Is my desire and my love of what I do, clouding my vision of what's right for my body?»⁹⁷ Elle se questionne sans cesse sur la pertinence de continuer, mais sa passion l'emporte toujours: «I keep trying to quit and I keep coming back...»⁹⁸ Ces hésitations sont d'autant plus compréhensibles dans une société du spectacle qui privilégie la performance physique, l'innovation, le divertissement et la jeunesse des corps sur la maturité et la qualité de présence au monde. Même s'il aura fallu une blessure pour lui en faire prendre conscience, elle est ravie de pouvoir danser à nouveau.

«That was quite a gift, to feel that, that desire and that passion again; it's kind of a drag that it came out of being injured.»⁹⁹

⁹⁶ «Quand j'y ai repensé, j'ai compris que: d'accord, ne saute plus jamais de cette façon! Ça se retourne contre ton corps alors qu'il n'y est pour rien...»

⁹⁷ «Est-ce que mon désir et mon amour du métier obscurcissent ma vision de ce qui est bon pour mon corps?»

⁹⁸ «Je m'efforce sans cesse d'arrêter et je ne cesse de revenir...»

⁹⁹ «C'était tout un cadeau, de ressentir ça, ce désir et cette passion à nouveau, même si c'est un peu rageant qu'il ait fallu en passer par une blessure pour en arriver là.»

Mais surtout, Sylvie ressort de cette épreuve grandie, sûre de connaître la marche à suivre en cas de pépin et plus consciente de ses besoins. Elle a appris à demander de l'aide. «I better say: « Help me with this! Take care of this!»¹⁰⁰ Ce qui a changé aussi c'est qu'elle a enfin trouvé sur qui compter si jamais cela se reproduit et comment gérer la douleur, en cas de rechute ou d'accident. «I feel like I have a bank of ressource.»¹⁰¹ Et puis, Sylvie a appris à respecter les limitations imposées par la douleur et à prendre de l'assurance en même temps qu'elle assume la responsabilité de son corps. Elle a repris du pouvoir décisionnel et de guérison.

«I have learned now that I need to direct my own care, more than rely on other people to communicate between the people that are taking care of me and come up with a solution. I realize that's my responsibility, now.»¹⁰².

¹⁰⁰ «Je dis plus facilement: Aide-moi avec ça! Prends soin de ça!»

¹⁰¹ «Je sens que j'ai une banque de ressources.»

¹⁰² Désormais, j'ai appris que je devais décider moi-même de mes soins plutôt que d'attendre que d'autres ne communiquent entre eux pour prendre soin de moi et pour trouver une solution. J'ai pris conscience que c'est à moi que revient cette responsabilité désormais

4. PATRICIA OU «DE L'AUTRE CÔTÉ DE LA CLÔTURE»

Patricia est une jeune femme toute simple et très avenante. Bien que très mesurée dans ses propos, je la sens passionnée par tout ce qu'elle entreprend. Elle a beaucoup lu et s'est déjà beaucoup interrogée sur la «douleur chronique», à la fois parce qu'elle s'y est confrontée, qu'elle s'en est sortie, et qu'elle a pris du recul. Elle s'est même résolue à mettre fin à sa carrière après avoir souffert le martyre pendant des mois et des mois... «J'ai été un an sur les *Advil*, pour pouvoir danser...» En changeant de profession, tout en restant au service de la danse et des danseurs, Patricia a élargi son point de vue.

Indéniablement, elle a beaucoup à dire, sur le monde de la danse, celui de la santé et de la sécurité au travail, sur les difficultés à concilier maternité, horaire de travail et tournées, sur les relations avec l'entourage et l'impact sur le couple, même si elle essaie d'emblée de tout résumer en une seule et même phrase. C'est comme si sa ligne de vie personnelle venait chevaucher sa ligne de vie professionnelle et tester ses limites, tout en lui montrant «toutes les failles» du système.

«Donc, moi, j'étais danseuse contemporaine, à la pige, et j'avais, à l'époque, 29-30 ans et j'étais engagée pour des chorégraphes que j'aimais beaucoup, mais j'avais déjà mis le pied dans l'engrenage de la syndicalisation des danseurs, dossier qu'on m'a confié et que j'ai accepté bien naïvement, quand on m'a demandé de siéger au CA de l'Union Des Artistes, comme représentante des danseurs et, juste pour mettre en contexte, j'ai eu une grossesse et je suis revenue au travail, très naïvement et très rapidement, parce que j'avais l'occasion de continuer mon travail avec (*nom du chorégraphe*), et que je ne voulais pas rater cette occasion-là.»

Tout est là, comme une pelote de laine qui va se dévider lentement au fil de nos rencontres. Mais, revenant un peu en arrière et questionnant la vocation de Patricia pour la danse, je m'aperçois qu'elle a fait partie de cette génération

de jeunes filles influencées par la télévision et toutes les émissions sur la danse, dans les années 80, dont «les beaux dimanches» avec «Margie Gillis, La La La Human Steps, ...» Pourtant, durant toutes ses jeunes années, elle se destinait plutôt à faire des études de droit. Cela pourrait donc expliquer qu'elle ait rejoint si rapidement le mouvement de syndicalisation des danseurs.

Elle faisait bien un peu de ballet-jazz à l'école, mais c'est seulement après un spectacle de fin d'année, quand l'orienteur lui conseille de s'inscrire dans une école de danse, que l'idée commence à lui trotter dans la tête. «Un jour, j'ai juste dit à mon père: «Peux-tu me conduire à une audition de danse?» et j'ai été sélectionnée, bonne dernière... Mais, j'ai été sélectionnée.»

Par la suite, Patricia a étudié cinq ans dans une école de danse contemporaine à Montréal. Et puis, tout au long de sa carrière, ce sont deux chorégraphes en particulier qui la feront danser et lui offriront régulièrement des contrats, sans qu'elle ait besoin d'en chercher: «J'ai appliqué pour 5 ans, mais je n'ai jamais eu d'attente. Tout est arrivé...»

Aujourd'hui, Patricia choisit l'angle professionnel pour me raconter son histoire. Elle m'indique d'emblée plusieurs éléments, potentiellement conflictuels: de son implication dans la syndicalisation des danseurs à son retour à son rôle d'interprète, en passant par les transformations profondes d'une maternité. En mettant «le pied dans l'engrenage de la syndicalisation», Patricia ne savait pas qu'elle venait de franchir une étape qui allait changer définitivement son regard sur son rôle d'interprète et sur sa carrière.

«D'autant que, dans ma tête, bien que j'adorais le travail avec (*nom du chorégraphe*), le fait d'être impliquée dans la négociation d'une entente collective globale m'a beaucoup stressée et a mis en lumière à peu près toutes les failles et tous les défauts de la danse et des danseurs, en fait, toutes les failles des conditions de travail des danseurs.»

C'était il y a dix ans. Patricia allait de l'avant avec l'énergie de ses 30 ans, sans penser à se ménager. De prime abord, Patricia présente sa grossesse comme faisant partie du contexte, comme si sa vie personnelle passait au second plan, en toile de fond. Or, il s'agit là d'un événement de taille qui vient de toute évidence bouleverser les équilibres physiques et émotionnels et qui change les priorités, comme «le fait de vouloir être davantage à la maison avec ma fille...» C'est sans doute le premier événement qui l'oblige à s'arrêter de danser, et qui rend plus difficile la reprise. Mais elle n'en tient pas compte en ces termes, comme si, déjà à l'époque, cela ne devait rien changer. Il est vrai que c'est depuis peu que le milieu de la danse s'est ajusté au désir d'enfant, de fonder une famille, à ce que Patricia qualifie de *baby-boom*. Mais, c'est finalement la douleur qui vient imposer sa loi et questionner plus avant son orientation professionnelle.

«Autant, je vivais ma vie en fonction de la danse, je mangeais en fonction de la danse, je dormais en fonction de la danse, j'avais des amoureux en fonction de mes contrats, t'sais, c'était fou là, autant, maintenant, c'était vraiment la douleur qui gérait...»

L'épreuve de la douleur, après cinq ans, aura eu raison de son couple, mais elle ne s'en plaint jamais. Comme si tout ce qui devait arriver arrive et se doit d'être traversé sans affect, sans émotion ou, comme sur scène, sans jamais rien laisser paraître de ses souffrances. Il aura fallu l'apparition de la douleur et tous ses effets collatéraux pour remettre en question son couple, «Ça a certainement contribué à notre rupture», et sa vocation d'interprète. «J'avais convenu un an plus tôt que je finissais la pièce, j'allais au bout, jusqu'à la mort de la pièce, qu'on présentait là de (*nom du chorégraphe*) et puis après, je prenais ma retraite.»

Mais, Patricia démontre une volonté de fer et une habileté véritable à transformer les épreuves en conquêtes. Elle aime relever les défis. «J'ai couru le

marathon pour mes 40 ans; c'est le cadeau que je me suis fait!» Jamais aucune émotion négative ne transparait dans son discours, à moins d'être suivie aussitôt par son contraire. «J'haïssais tellement la course à pied, mais vraiment pour tuer là... Puis, là, maintenant, je suis complètement passionnée de ça.» Encore aujourd'hui, à 41 ans, Patricia se met volontiers au service de l'Autre, danseurs, mari, famille, comme elle le faisait auparavant, auprès des chorégraphes.

HISTOIRE DE LA DOULEUR

I. LES LIGNES DE FRACTURE

- **La syndicalisation**

Revenant sur la généalogie de la «douleur chronique» qui a tout de même duré cinq ans, Patricia ne semble pas se souvenir d'un moment en particulier, où tout aurait basculé, mais de plusieurs. Elle les a tous endurés stoïquement, pendant des mois, en prenant juste des *Advil*, sans se plaindre jusqu'à la fin de son contrat et de sa carrière. Elle ne parle ni de blessure, ni d'accident, mais d'événements...

«C'est parce que même si dans les faits, ça a été déclaré autrement à la CSST, je pense que ça s'est installé; j'ai dû avoir une succession de chocs; donc, j'ai en mémoire des événements qui sont de faux événements. Est-ce que c'est davantage psychologique?»

Patricia décrit en effet autant des chocs affectifs ou émotifs que physiques, professionnels ou personnels. Ce qui a tout déclenché, c'est plutôt une configuration particulièrement déstabilisante. Patricia décrit ainsi une période douloureuse de sa vie, qu'elle appelle un «épisode», et qui rend compte

des multiples lignes d'influence, tant physiques qu'émotionnelles. Toutes reliées au changement de regard, de corps ou de statut vis-à-vis de son art, elles l'ont menée progressivement à la dépression et à la «douleur chronique». C'est un moment de sa vie où elle perd son regard naïf sur les relations chorégraphe-interprète, en même temps qu'elle vit de grands changements corporels et émotionnels, liés à sa grossesse.

«Ça a été un épisode très douloureux parce que ça plonge dans, soit ça, soit ma perte de poids rapide, soit le baby blues, soit le fait de syndiquer les danseurs, qui m'a mis à dos la moitié de la communauté, alors que j'étais vraiment très appréciée du milieu. Tout ça m'a mis là, vraiment, dans une déprime hallucinante, et puis je sentais aussi, comme je le disais, que je devenais complètement folle parce que je retenais rien...»

Patricia semble avoir vécu difficilement ses conditions de travail pendant la grossesse et après son accouchement. À cette époque, il semble qu'il n'y ait eu aucun aménagement, aucune place pour le rôle de mère au côté de celui d'interprète, à un moment où Patricia ressentait le besoin de se sentir accueillie et sans doute rassurée. «En fait, je sentais que moi, je devais m'adapter à la situation, qui n'avait pas changé, mais y avait pas d'effort pour m'inclure...»

Mais, même si elle reconnaît ces conditions comme à risque, ce qui semble l'avoir le plus marquée, le plus déstabilisée, en mettant le pied dans l'engrenage de la syndicalisation des danseurs, c'est d'avoir perdu «ce regard-là, très frais». Soudain, avec les commentaires des producteurs, lors des négociations d'une entente collective, elle s'aperçoit que nul n'est irremplaçable: «Toi, tu ne vaux rien, t'sais, individuellement, si toi tu le fais pas, c'est un autre danseur qui va le faire». Elle aussi peut perdre sa place, malgré le lien privilégié qu'elle croyait avoir avec des chorégraphes qui l'ont pourtant «choisie» et «voulue».

«Donc, ça, c'était très prépondérant parce que j'avais plus ce regard-là, très frais, par rapport à mon métier et puis, juste la position artistique qui était là et puis, le désir d'être engagée par un chorégraphe que j'aimais, puis d'être engagée dans une démarche artistique que j'aimais, avec une équipe absolument adorable de danseurs...»

Soudain, de voir la réalité des autres danseurs, les entendre se plaindre de harcèlement, de stress, tout en continuant de travailler comme interprète, semble l'avoir mise en porte-à-faux en plus de lui avoir «mis à dos la moitié de la communauté», parce qu'elle défendait le droit des danseurs à de saines conditions de travail.

La «douleur chronique» semble ainsi révéler un trait de fracture tant sur le plan corporel individuel que sur celui de l'esprit de corps qui caractérise habituellement le monde de la danse, cet «amour inconditionnel souvent des personnes qui nous entourent, ce «grand esprit de famille». Une fois le voile de l'harmonie apparente déchiré, elle agit comme facteur de changement, traduisant peut-être la souffrance de devoir quitter ce monde idéal où le chorégraphe porte l'interprète aux nues. C'est un monde sans pitié que Patricia découvre en passant de l'autre côté de la clôture, un monde qui ignore «qu'il y a des éléments connus pour prévenir les blessures», comme la qualité des sols, le respect des heures d'entraînement ou de récupération en tournée, la mise en place de conditions d'une bonne communication.

«Parce que c'est très, très, très mystique la santé et sécurité dans le domaine des arts; parce que la création c'est Dieu! donc, on touche pas à ça! Donc, tout ce qui peut contrecarrer la création, donc toutes les mesures qu'on doit mettre en place et tous les paramètres qu'on doit mettre en place pour assurer la sécurité des danseurs, ça n'existe pas!»

- **La survenue d'une grossesse**

Patricia invoque son retour au travail comme une occasion supplémentaire de se confronter aux mauvaises conditions d'exercice, mais aussi sa naïveté ou son déni des changements subis par son corps, en particulier la faiblesse de sa paroi abdominale. «Quand on a un retour au travail après une césarienne, on est huit semaines sans faire aucun effort abdominal et donc, j'ai eu très, très peu de temps pour me remettre en forme.» Bien sûr, c'est quand les problèmes surviennent que Patricia réalise combien toutes les conditions étaient réunies pour la blessure. Elle nous a confié combien, paradoxalement, elle avait tendance à oublier ses limites avec ce chorégraphe tellement prévenant. C'est sans doute une trop grande laxité ligamentaire, combinée avec la faiblesse de la sangle abdominale et la répétition excessive de ces «cambrés», dont la qualité lui valait de se sentir «reconnue» et si appréciée de son chorégraphe, qui ont favorisé l'apparition des hernies. «Et c'est ce qu'aimait voir (*prénom du chorégraphe*) beaucoup.» Patricia reconnaît qu'elle s'est insuffisamment préparé à la reprise et, en particulier, à la musculation abdominale, sans tenir aucun compte des modifications infligées, d'une part par la grossesse, d'autre part par la césarienne. «Mais ça me prenait des abdominaux d'enfer que je n'avais pas parce que je venais d'avoir une césarienne, donc ça a tout, ça a ruiné mon dos.»

La grossesse et en particulier, la reprise du travail après un congé maternité, a donc joué un rôle de révélateur des mauvaises conditions de travail. C'est un peu l'élément perturbateur qui empêche de rester dans l'illusion que le corps n'a pas de limites ou de besoins à respecter. Patricia plaide, qu'à l'époque, aucune de ses collègues devenues mamans ne l'avait prévenue et c'est peut-être aussi ce qu'elle veut réparer. La loi du silence semble s'appliquer

aussi aux difficultés de combiner vie personnelle et professionnelle et c'est cette loi que Patricia veut désormais briser.

- **Blessure de jeunesse**

Patricia parle de failles des conditions de travail, «absolument absurdes qu'on offre aux danseurs...» et «qui mettent à risque de se blesser». Il en est une plus d'ordre narcissique et personnel. Ainsi cet antécédent d'anorexie qui semble s'être réveillé avec les transformations physiques liées à la grossesse, sur fond de perte de repères affectifs et professionnels.

«En fait, tout vient de ma grossesse parce que moi, qui suis ancienne anorexique, de voir mon corps changer tout ça, ça m'a pas pris grand-chose, un petit commentaire déplacé d'une personne que j'adore et avec lequel je m'entends très, très bien et puis, je le sais qu'il est pas méchant là mais, je l'ai pris contre moi, parce que c'était le petit *spark* dont j'avais besoin dans mon jeu pour sortir mon as, là, t'sais, dans mon jeu là: «moi je suis capable de me priver là, moi, je vas être maigre dans... Donne-moi deux mois là...» Fais que, t'sais, c'est sûr qu'au niveau physique ça assume et puis, au niveau psychologique, ça décline, parce que j'allais en même temps, Oh, non là j'ai fondu comme neige au soleil...»

Mais ce qu'elle décrit comme la goutte d'eau qui a fait déborder le vase, c'est la remarque de son chorégraphe sur sa prise de poids. Ce commentaire, de la part d'un chorégraphe qu'elle décrit comme «le bonheur sur terre» provoque un amaigrissement rapide, facteur supplémentaire de laxité musculaire et ligamentaire. «En réalité, ce qui est arrivé, c'est que j'ai perdu tout mon poids, extrêmement rapidement. Je suis redevenue plus mince qu'avant la grossesse, à l'intérieur de cinq mois.» Ainsi la reprise de travail après un congé de maternité, sans prise en compte d'éventuels changements de priorités est venue renforcer le sentiment de fragilité du lien interprète-chorégraphe et rouvrir une blessure d'un autre ordre, beaucoup plus structurel et fondamental.

Jusque-là, tout allait bien. Même si elle venait d'accoucher par césarienne, Patricia reprenait sa place dans la pièce d'un de ses chorégraphes favoris. Mais, un seul commentaire: «Ah! tu me remplis ça toi, un costume...», vient bousculer un équilibre déjà précaire et ravive une blessure de jeunesse. «Donc, j'ai eu un antécédent d'anorexie, je suis retombée dedans parce qu'on m'a fait sentir que là, tout à coup, j'avais trop de poids... Donc, évidemment ça bousille la tête, Bon...» Mais, c'est peut-être aussi cette petite étincelle dont Patricia avait besoin pour retrouver son pouvoir personnel et, en retrouvant le contrôle de son poids, se réapproprier son corps.

L'amaigrissement rapide a sans doute contribué à un renversement de situation, certes douloureux, mais, cette fois, vers un changement d'orientation professionnelle et un nouvel état d'équilibre.

2. *LES LIGNES D'ÉNONCÉS*

- **Relation professionnelle (la loi du silence)**

C'est donc par un énoncé, mal interprété ou mal à propos que tout a commencé. C'est dire l'importance accordée aux paroles du chorégraphe. À l'inverse, du côté des interprètes, cette ligne fait particulièrement défaut ou plutôt, selon la loi du silence, elle s'inscrit en faux. Paradoxalement, ici, c'est le non-dit qui exerce son pouvoir sur le corps et ses usages, que ce soit sur le plan professionnel ou médical. «C'était pas non plus quelque chose dont on parlait beaucoup, les blessures en danse...»

Dans le cas de Patricia, le non-dit s'étend aux besoins d'aménagements en lien avec la grossesse, l'allaitement et le changement de priorités. À

l'époque, en particulier, le désir d'être enceinte ou de fonder une famille n'était pas pris en compte et, si elle l'avait revendiqué, elle risquait de perdre sa place. Si elle avait exigé de meilleures conditions de travail, tel un aménagement des horaires ou une prise en charge de quelques séances de *Pilates* pour se remettre en forme, elle ne pense pas qu'elle les aurait obtenus. «Ils m'auraient juste laissée partir, pas méchamment, mais ils m'auraient pas payé du *Pilates* pour me remettre en forme, ils auraient pas aménagé mon horaire». Alors que, maintenant, d'après elle, les chorégraphes et directeurs de compagnie disent plus volontiers: «Ah oui, ben là, si t'es enceinte, on va t'aménager des conditions particulières...»

Ainsi, depuis qu'elle a décidé d'arrêter de danser pour se mettre «de l'autre côté de la clôture» et aider «les danseurs par la syndicalisation, par la CSST, par la transition de carrière des danseurs» que Patricia est devenue la facilitatrice de bien des mesures de prévention des blessures et de soutien aux danseurs. En arrêtant de danser, Patricia met fin à son stress et à son inconfort. «J'étais beaucoup plus à l'aise de plus être en accord avec les chorégraphes, qui m'en ont beaucoup voulu.» Elle a choisi son camp et décide à son tour de prendre la parole pour dénoncer toutes les mauvaises conditions de travail qu'elle a pu expérimenter ou que les danseurs lui ont confié.

En devenant l'oreille, amie et complice à la fois, à laquelle les danseurs peuvent se confier, en prenant la parole pour les défendre, Patricia s'affranchit sans doute de cette loi implicite. Elle brave un interdit qui lui met «à dos la moitié de la communauté». Elle brise ainsi cette fameuse loi du silence, mais se sent soutenue comme faisant partie intégrante du monde des danseurs avec lesquels elle s'identifie. «Donc, je suis à l'aise avec ça, je me dis: «c'est bien; j'en prends mon parti, moi, j'ai tous les danseurs derrière moi. Ça me donne suffisamment de force.»» En s'impliquant dans la négociation des conditions de

travail et se faisant l'écho des difficultés que rencontrent les danseurs, elle contribue certainement à combler toutes ces «failles» qui sont à l'origine de bien des souffrances et mettent le corps dansant à risque de blessure. Cette réorientation de carrière contribue à lui redonner une meilleure estime d'elle-même et à reconstruire un nouvel équilibre.

Elle insiste, par ailleurs, sur le pouvoir des mots et sur le risque de chute ou de blessure associée à des erreurs d'interprétation d'un même terme par deux interprètes différents. Sur l'intérêt de procéder à une codification qui réduirait le risque d'incompréhension au moins sur le plan «technique».

«Parce que le chorégraphe verbalisait tant bien que mal ce qu'il voulait voir dans un pas de deux et puis là, tout à coup, la fille l'interprète d'une manière, l'homme l'interprète de l'autre et puis, tout à coup, ça se passe en trois secondes, le porté est fait, on s'est pas entendu, y a chute parce que on s'entendait pas sur ce qu'on voulait faire, y avait pas le vocabulaire nécessaire pour pouvoir s'entendre sur ce qu'on voulait faire.»

- **Les relations médecin-patient**

Le diagnostic fait partie des énoncés que l'on est en droit d'attendre d'un médecin. Dans le cas de Patricia, cet énoncé fait défaut. C'est comme si son médecin, avait endossé cette même loi implicite voulant que le désir des danseurs est de danser à n'importe quel prix. Parce qu'elle le dit très bien, Patricia a eu «un évènement qui a causé une blessure au dos qui a mis un temps fou à avoir un diagnostic...» En première intention, son médecin n'a pas semblé chercher à faire un diagnostic. «Il m'a prescrit des traitements de physiothérapie, mais, j'avais pas vraiment de diagnostic clair.» Là encore, la ligne d'énoncés fait plutôt défaut de part et d'autre de la relation médecin-patient. Elle témoigne d'une certaine soumission à l'autorité médicale, à qui Patricia semble s'en remettre complètement. «Il m'a mis, pas en arrêt de travail,

mais il m'a mis en traitement, en fait.» Ce traitement, à l'aveugle, s'avère inefficace, même s'il permet à Patricia de danser encore un an avec des *Advil*.

Ce manque d'énoncé revêt des allures de déni, mais le corps, lui, a d'autres façons de s'exprimer et de forcer la prise en considération du problème. Quand les maux ne suffisent pas, les actes prennent le relais et, avec le recul, Patricia l'a bien compris. «Mais un moment donné, faut pas le nier non plus quand c'est aigu, c'est en crise, ton dos bloque, c'est parce que, là, il faut que t'arrêtes...» Avec le temps et la répétition, le message finit donc par passer.

Dans le cas de Patricia et de son médecin, il semble y avoir une totale complicité, une convergence de points de vue et pas l'ombre d'un conflit, ni de savoirs, ni de pouvoirs. Cet accord tacite est peut-être à reconsidérer dans la dynamique d'installation de la chronicité de la douleur liée à une blessure non identifiée. Quelle conception du corps ce contrat implicite recouvre-t-il si ce n'est celui d'un corps-outil de travail plutôt que d'un corps-sujet? Quelle place est faite au débat sur l'usage ou non d'un corps blessé? À quelles conditions et en quelle connaissance de cause? Mais, ce qui crée les conditions de la chronicité c'est aussi semble-t-il, la qualité de la prise en charge initiale d'une blessure, signalée par la survenue d'une douleur «hors norme». Encore faut-il que cette douleur soit dite haut et fort car, ce pouvoir de l'énoncé revient aussi au sujet. Et dans le cas de Patricia, ce n'est qu'après un an de traitements infructueux, quand elle a atteint une «limite», qu'elle se décide enfin à prendre la parole.

«Tu sais, là, là, ça fonctionne plus; je peux plus être en physio, je sais pas ce que j'ai, ça s'améliore pas, plateforme thérapeutique, plateau thérapeutique...» Et il a dit: «Oui, parfait ! On va écouter les imageries.»»

Son médecin semble si empathique et soucieux du désir de danser de Patricia qu'il contribue peut-être aussi à la chronicité, en ne se décidant à agir

qu'à la dernière extrémité, quand elle n'en peut plus de souffrir. Là encore, selon son énoncé «On va écouter les imageries», une image vaut mille «maux». Il s'agit de voir pour entendre et envisager des mesures réellement thérapeutiques, une fois les lésions objectivées, selon le paradigme positiviste.

3. *LES LIGNES DE VISIBILITÉ*

Paradoxalement, ce qui doit rester invisible aux yeux du public et des pairs se doit d'être visualisé, représenté, ou encore nommé, pour commencer à exister et à pouvoir être pris en main. Autant la règle d'or est de ne rien montrer sur scène et d'endurer la douleur en faisant toujours bonne figure, autant quand il est question de prendre soin, la visibilité devient nécessaire. Après avoir tenu un an avec des *Advil*, c'est seulement quand son médecin décide d'objectiver la source de ses douleurs que tout s'éclaire. Comme s'il fallait voir pour croire et que, d'un seul coup, en devenant crédible, la douleur pouvait faire l'objet de soin. Mais, c'est aussi le moment où la douleur devient tellement insupportable, qu'elle met fin à la carrière et permet ainsi d'y voir plus clair.

«Donc, on est allés faire les résonances magnétiques, pis là, c'était très clair ! J'avais quatre hernies discales successives, du sacrum et des trois dernières lombaires, donc, instabilité constante, inflammation constante...»

Tout compte fait, pour Patricia comme pour bon nombre d'entre nous, c'est bien souvent l'objectivation qui donne droit de vie à nos sensations et nous autorise à en prendre soin. En même temps, elle nous aide à concentrer les efforts en bonne place. Plus que le diagnostic, c'est la localisation qui compte. «Quand le diagnostic se pose, on peut se concentrer, c'est beaucoup plus clair, on visualise ce qui se passe.» La nature de la lésion et sa localisation en disent

d'ailleurs aussi long que le vécu de Patricia: les usages de son corps, avec ces cambrés dont on imagine que le chorégraphe a peut-être usé et abusé, le manque d'entraînement à cause de la douleur et la faiblesse de ses abdominaux, sans doute pas assez développés après la césarienne. Sans compter que Patricia s'était «mis à dos» la majeure partie des chorégraphes et directeurs de compagnies.

4. *LES LIGNES DE FORCE*

L'histoire de Patricia illustre combien il est difficile de démêler le pourquoi du comment. La généalogie d'évènements ou d'états, qui s'accumulent, jour après jour, les uns par-dessus les autres. C'est que Patricia est très généreuse et dit «oui» à tout: sa grossesse, sa carrière, la syndicalisation des danseurs, la gestion «de la caisse de sécurité des artistes»... Mais, comment Patricia a-t-elle fait pour en arriver là? Quelles sont ces conditions de travail si défavorables dont elle parle?

- **Relations professionnelles (Dynamique interprète-chorégraphe)**

Patricia a toujours été interprète-pigiste, mais elle n'a passé que deux auditions dans sa vie. Elle n'a travaillé pratiquement, que pour deux chorégraphes aux caractères diamétralement opposés, donc avec des conditions de travail aux antipodes, mais tout aussi à risque. L'un des deux est connu pour son abus d'autorité. L'autre, «tout en amour», respecte tellement les limites que Patricia trouve que ce n'est finalement pas mieux, «parce que tout d'un coup, on s'abandonne, et on n'a plus de limites et alors, on se blesse quand même».

Patricia s'est toujours engagée à fond et n'a jamais ménagé ses efforts. Cela devait se savoir et c'est sans doute pourquoi elle était très demandée. À cette époque, elle pensait avoir été «choisie», «voulue» et elle se donnait sans compter: «On travaillait de 9h00 le matin à 8h00 le soir...». Depuis, elle a beaucoup déchanté, mais elle ne regrette rien: «C'est des relations qui sont complexes, les chorégraphes et les danseurs [...]».

Forte de son expérience de retour au travail sans protection, sans prendre en compte la nécessité de reprendre un entraînement progressif ou d'aménager ses horaires, Patricia a continué de déboulonner ses idoles en siégeant aux différentes tables de concertation au nom des danseurs. Une fois sa carrière bouclée, elle oppose la syndicalisation des danseurs à la toute-puissance des directeurs artistiques et des chorégraphes qui sacrifient des corps humains sur l'autel de la création. Mais, au fond d'elle-même je la soupçonne d'avoir gardé un souvenir ému de toute cette période de sa vie et de sa relation à ses chorégraphes, en particulier.

«C'est très, très valorisant, t'sais, quand on dresse un CV, au-delà des expériences qu'on a faites, c'est de dire: «Moi, j'ai été voulue par (nom d'un chorégraphe), j'ai été voulue par..., il m'a choisie.»»

- **Entourage**

La toute première confidence que Patricia m'a faite au téléphone sur les effets collatéraux de la «douleur chronique» concerne son couple: «c'est une épreuve, ça brouille... et surtout, ça a des conséquences sur l'entourage [...]» Parce que la douleur prend toute la place et qu'elle s'insinue dans les moindres gestes de la vie quotidienne, elle met durement à l'épreuve le couple. «Ben, c'est sûr que ça rend impatient parce qu'on est comme toujours à bout de nerfs, donc, ça rend impatient.» Dans le cas de Patricia, le couple semble avoir fait les

frais des mauvaises conditions de reprise du travail et n'avoir pas résisté à la force implacable de la «douleur chronique» d'autant qu'elle compromet aussi la sexualité.

«Ça a certainement contribué à notre rupture, pis aussi sur le plan sexuel, ben, on est plus là, t'sais, on veut se mettre au congélateur et y a plus rien qui se passe donc on est comme un grand malade, c'est bête, mais pas reconnu comme tel. Mal avoué et puis pas reconnu comme tel, donc...»

La «douleur chronique», bien qu'invisible, fait donc obstacle aux retrouvailles. Patricia devient sans doute d'autant plus exigeante avec son conjoint qu'elle ne peut plus compter que sur lui, en particulier pour les tâches ménagères.

«J'espère qu'elle a pas subi de contrecoup, mais mon conjoint... Oui. Ça a été difficile, parce qu'on est dépendant, on devient dépendant, dans la maison, on vaut plus rien, t'sais, je veux passer l'aspirateur, s'il est pas là pour passer l'aspirateur, je m'impatiente parce qu'il est pas là pour m'aider, donc on rumine, on est dans un état de rumination et on construit, en fait, j'ai construit [...]»

La «douleur chronique», elle, envahit tout lorsqu'elle survient, au moment où la famille s'élargit et où les équilibres à deux sont à recréer en mode triple, au niveau de la cellule familiale. Elle s'inscrit alors sur la ligne de vie professionnelle et vient chevaucher la ligne de vie personnelle et conjugale, qu'elle met en péril.

5. *LES LIGNES DE SUBJECTIVATION*

- **Douleur et endurance (Usages du corps)**

Dans le cas de Patricia, la précarité d'emploi combinée avec l'endurance et à la force de la volonté prolongent un usage du corps qui contribue à la

chronicisation de la douleur. Jusqu'alors, Patricia s'était crue «intouchable». Son implication dans la syndicalisation des danseurs lui ouvre les yeux sur le peu de filet de sécurité existant, en cas de blessure ou de fragilité, et le peu de considération dont les interprètes font l'objet, quand il est question de «création». À nouveau la ligne de vie personnelle tente de chevaucher la ligne de vie professionnelle. Même après avoir arrêté la danse, la douleur était encore présente et le moral, à zéro. Elle se sentait très «diminuée» dans ses activités quotidiennes et «complètement dépressive».

«Je pleurais le matin, je me rappelle un moment donné c'est plus que ça faisait mal, c'est que ça s'en allait jamais... C'est que c'était récurrent, ça s'en allait JAMAIS! Pis c'était pas non plus quelque chose dont on parlait beaucoup, les blessures en danse, aussi, pis la condition aussi était toujours liée, elle, à deux objets: un de pas faire sentir au chorégraphe qu'on est un poids mort, dont il faut se débarrasser et puis, nous-mêmes, pour nous conditionner à toujours avancer, parce que si on arrête là, on jette la serviette, t'sais...»

Patricia décrit bien le mécanisme par lequel la peur de déplaire au chorégraphe et de se faire rejeter au moindre signe de fragilité, renforce cette loi du silence. Elle l'applique à elle-même en maintenant un usage du corps, comme si de rien n'était, malgré la césarienne antérieure, et ensuite, malgré la douleur. « La douleur, elle dit, oui, soit: «Y a quelque chose qui se passe» ou bien: «Oops, attention!»» C'est ce déni des besoins du corps et de ce signal que représente la douleur à son début, qui conduisent à l'aggravation du problème initial et, ultimement, condamnent Patricia à l'immobilisation. «Ma région lombaire s'est mise, en fait, à se bloquer complètement et puis, à s'enflammer.»

Cet «événement» que Patricia «gérât» avec des anti-inflammatoires, sans rien dire, est ainsi passé de signal d'alarme douloureux à un «blocage», sorte d'obstacle insurmontable, y compris dans les activités de loisir comme le jardinage. Seule l'intervention extérieure du «médecin des danseurs» venait,

comme par magie, rétablir la continuité, en levant l'obstacle, par une manœuvre d'ostéopathie, jusqu'à la prochaine alerte, le prochain franchissement de limite.

«Au bout d'un an, j'ai dit à Dr (*nom du médecin*)... Là, vraiment, la douleur était chronique, installée, sans avenue, en fait, sans lumière au bout du tunnel, sans savoir exactement ce que j'avais et puis, bon! J'avais mon petit poupon à la maison, on est toujours à quatre pattes, quand ils sont petits. J'étais arrivée à une limite. Je pouvais plus faire aucun hobby; j'aimais jardiner, parce qu'on venait d'acquérir une maison de campagne, je pouvais plus être à quatre pattes, sinon je me relevais pas, je bloquais, Dr (*nom du médecin*) venait me débloquer; c'était l'enfer!»

La douleur vient alors clairement détrôner la danse dans l'ordre des priorités. C'est ce que Patricia appelle un conditionnement. Comme si une fois pour toutes elle avait rendu les armes et s'était habituée à fonctionner avec la douleur. L'avait intégrée comme une donnée inéluctable et irréversible.

«Autant que je vivais ma vie en fonction de la danse, je mangeais en fonction de la danse, je dormais en fonction de la danse, j'avais des amoureux en fonction de mes contrats, t'sais, c'était fou là; autant, maintenant, c'était vraiment la douleur qui gérait.»

La chronicité semble conditionnelle à une croyance que cette douleur persistante ne s'en ira jamais, qu'elle est incurable. L'attitude médicale à son égard ne fait d'ailleurs que renforcer ce sentiment puisqu'elle s'avère impuissante à la guérir. C'est alors que Patricia se confronte à la loi du corps et à ses limitations incontournables, la loi de l'immobilisation qu'elle finit par respecter pendant six mois. «Tant et si bien que j'ai comme rien fait pendant six mois et puis, ça a été fini.» Le pouvoir exercé par la douleur est d'autant plus évident quand Patricia confie son «sentiment d'être en perte de contrôle, d'être dépossédée du contrôle de son corps, qui plus est, on a contrôlé toute notre vie», en lien avec la place qu'occupe la douleur et comment elle conditionne tout le reste. La douleur quotidienne contribue ainsi à entretenir un état dépressif, si ce n'est à le créer et impose sa loi implacablement. Car, même

après avoir arrêté de danser, la douleur persiste et ternit encore davantage les perspectives.

Ce dont Patricia se souvient le mieux ce sont les lignes de subjectivation provoquant une sorte de descente aux enfers, qui se solde par la fin de sa carrière et de son couple. Mais la «douleur chronique», comme l'arme du faible, l'incite subrepticement au changement et initie une révolution intérieure. Plutôt que de retourner la douleur contre elle, en aggravant la chronicité de son mal et de son mal-être, Patricia choisit la créativité avant tout: «OK, je peux plus rien faire, mais qu'est ce que je peux faire quand même?» C'est une douleur «rebelle» au sens de «persistante», qui oblige Patricia à prendre soin d'elle et l'encourage à quitter son métier d'interprète. «Parce que là, évidemment, bouger c'était ma vie et puis, là, je pouvais plus bouger.» Elle entame alors sa reconstruction, tout en amorçant sa réorientation de carrière et commence à envisager de soigner ses blessures, sans même imaginer une guérison possible.

- **Le sens et la guérison (Parcours thérapeutique)**

La fin de la douleur signant la guérison de Patricia survient tout aussi radicalement que sa blessure. Une fois la blessure cicatrisée et les conditions optimales de vie retrouvées, la guérison, fruit d'un long processus de maturation s'opère. Elle semble être en lien avec une prise de conscience subite d'une sensation désormais ressentie et interprétée autrement que douloureusement. La représentation du corps, reliée à sa perception immédiate, sa prise de conscience instantanée en somme, permet de mettre un point final au processus de reconstruction, pas seulement physique, mais mental. Une fois le changement nécessaire accompli et le travail de réparation achevé, toutes les

conditions sont réunies pour constater la guérison. La douleur n'a plus alors aucune utilité, une fois la blessure consolidée. Encore faut-il se donner les moyens d'aller au fond des choses et ne pas rouvrir la plaie à volonté. Là encore il est question d'équilibre des forces et de dynamique interne.

«Pis là, c'est peut-être un phénomène du St Esprit et puis, peut-être que je me suis construit une mémoire autour de ça, mais je suis assez claire. Je me rappelle d'être dans mon jardin, à la campagne, parce qu'on s'installait là pour tout l'été et j'étais à quatre pattes et puis, je dis: «aujourd'hui la douleur c'est fini! C'est comme fini! je tasse ça de ma vie!»

Ce serait donc la combinaison d'un changement de regard lié à son implication dans la défense des droits des interprètes et d'un changement physique lié à la survenue d'une grossesse par ailleurs, non planifiée, qui ont initié un début de révolution. D'après Patricia, l'événement ultime, l'étincelle qui aurait tout déclenché, serait la perte de poids extrêmement rapide consécutive à la remarque d'un chorégraphe qu'elle aime beaucoup. Pour elle, l'appellation douleur chronique recouvre un caractère de gravité, qui mérite que l'on s'y arrête, que l'on s'y attarde plutôt qu'une condition irréversible. Tout compte fait, ce qualificatif indique surtout une certaine temporalité, la persistance du signal pendant une durée suffisante pour amener le sujet à reprendre son destin en main, ou du moins c'est ce que Patricia en comprend.

«Ah, la douleur chronique, en fait, pour moi ça m'a indiqué qu'il y avait une condition que je pouvais plus contourner là, donc, qui nécessitait des traitements, qui nécessitait un arrêt, qui nécessitait qu'on s'y attarde...»

Patricia semble avoir su trouver le chemin de la guérison de ses blessures et du symptôme qui les accompagnait, une fois le corps et l'esprit reconnectés dans un même espace-temps. Quand elle retrouve une conscience claire de son état et qu'il n'y a plus de raison d'avoir mal.

«Est-ce que la blessure, dans les faits, elle est physiquement guérie, mais que le cerveau, lui, il est plus dans son schème? il faut créer comme un

court-circuit pour dire: «Eh, là! y a plus lieu d'avoir une douleur, c'est fini là, t'es ailleurs!»

Patricia insiste bien sur le délai qui peut exister entre la guérison physique, celle de la blessure, et le retour à la normale, celui de la prise de conscience que la douleur a disparu. Patricia fait également état d'un faisceau de facteurs qui ont pu contribuer à sa guérison. Elle fait état de thérapeutes qu'elle choisit selon ses préférences tandis que ceux que son médecin lui a indiqués, parmi les mieux remboursés, ne semblaient pas lui convenir. Ce qui apparaît clairement, c'est la nécessité d'un entraînement physique régulier. Dans son cas particulier, de mettre en place un programme de musculation destiné à rééquilibrer les forces de part et d'autre de l'axe vertébral très sollicité. Les facteurs de risque comme les torsions sont alors éliminés. «T'es très limitée, dans les faits mais on va construire tes abdominaux, on va tout refaire.» La réorientation de carrière constitue de toute évidence une étape majeure dans la reconstruction d'un équilibre psychoaffectif favorable à la guérison et à la mise à distance des irritants, liés soit aux usages du corps soit aux failles des conditions de travail des danseurs. «Moi, je suis assez convaincue d'une chose, les blessures surviennent beaucoup parce que le danseur est contrarié.» La fin «en beauté» de sa carrière et la fin de sa danse ont considérablement fait baisser le niveau de stress. «Est-ce que c'est parce que j'avais quitté la danse, qui me stressait beaucoup?»

5. LOLA OU LA DÉCHIRURE

Lola me reçoit chez elle par un après-midi d'automne. Elle s'excuse d'emblée de devoir «quitter» dans une heure, pour un rendez-vous chez son chiropraticien. Elle arrive à peine de son studio et son emploi du temps semble bien chargé. On finit par s'asseoir dans sa cuisine et la voilà qui se raconte tout en se questionnant constamment. Puisque nous ne disposons pas de beaucoup de temps, mais que Lola est bien décidée à participer à ma recherche, elle entre directement dans le vif du sujet. «En fait, c'est arrivé début 2000.» C'était donc il y a plus de dix ans. Mais Lola est une des premières à répondre à l'appel du Centre de Ressources et de Transition des Danseurs (CRTD). Déjà, au téléphone, elle m'annonce très clairement qu'elle a souffert d'une «douleur chronique» à la hanche qui a nécessité de la physiothérapie et l'a empêchée de danser pendant huit mois. Son histoire de douleur remplit donc les critères de la chronicité les plus communément admis par l'*International Association for the Study of Pain* et rentre dans le cadre de ma recherche. Pour avoir accepté de m'en parler après tout ce temps, j'imagine qu'elle a encore beaucoup à en dire. Mais, peut-être aussi est-ce la première occasion qui lui est donnée de se confier ou d'y repenser et d'en saisir le sens.

C'est que Lola est une «vraie chercheuse», aussi bien en danse que dans son parcours de vie. Voyageuse au long cours, Lola a tout d'abord entamé des études d'anthropologie, qu'elle a vite abandonnées, au désespoir de ses parents, pour «retourner faire de la danse». C'est qu'elle a «toujours eu besoin de bouger, d'être en mouvement...», depuis qu'elle est toute petite. Par contre, dès son premier cours de danse, elle se sent à sa place. Parce qu'elle n'est pas à son aise avec l'esprit de compétition, inhérent à la pratique du sport, elle trouve avec la danse exactement ce qu'elle cherche: «une communication du corps, de l'esprit, des émotions» et «que tout était là.» Désormais, la danse fait partie de

sa vie et ne la quitte plus. «Il y a quelque chose en moi qui me pousse, je sens qu'il y a comme une grande persévérance et comme un lien d'identité profond avec la danse.» Pourtant, c'est seulement vers l'âge de 15 ans qu'elle découvre la danse, à l'école, à travers un cours d'expression corporelle, puis, de ballet-jazz et là, c'est la révélation: «Ah, mais c'est ça que je veux faire!». Lola est aussi une humaniste et c'est peut-être ce qui l'attire aussi vers les sciences humaines. Mais, une fois rendue à Montréal pour ses études, elle bifurque à nouveau vers la danse et suit des cours, pendant un an et demi, auprès d'une compagnie très en vogue à l'époque.

Sa formation professionnelle, c'est «beaucoup à New York, chez Merce Cunningham et en danse classique, là, comme techniques», qu'elle se passe. C'est avec une élève de Merce Cunningham, venue donner un stage d'été, qu'elle trouve que «c'est comme ça» qu'elle veut danser. Six mois plus tard, elle se retrouve à New York et y suit son enseignement pendant quatre ans. Quand celle-ci décide de partir créer sa compagnie à l'étranger, elle l'accompagne et danse pour elle pendant trois années. Mais New York lui manque et elle y passe de nouveau six mois même si elle sait qu'elle ne voudrait pas y vivre. Elle retourne alors dans sa ville d'origine, pour y donner à son tour, un stage d'été. Ne sachant pas trop où aller par la suite, elle y reste pendant deux ans, mais elle s'y sent décidément trop isolée. Elle revient alors à Montréal en 1983 et fonde sa propre compagnie en 1986. Déjà nomadisme et envie de bouger se confondent avec ambivalence et instabilité tout au long de son parcours professionnel. Quand soudain, la blessure lui impose un arrêt brutal de trois années. Lola doit alors reconsidérer sa place d'interprète et de chorégraphe. Ce temps de réflexion, combiné à une recherche incessante et une attention à soi constante, l'ont ramenée à l'essence de son art et à sa part créative plutôt qu'athlétique, parce que «la danse c'est pas comme un sport.»

«La danse, tu sais que tu peux danser tout le temps et puis, bon, parce que je dansais d'une certaine façon et puis, ça m'a amené à me dire: «Ben, si je veux danser c'est comme, ben, là, c'est le temps d'une grande transformation.»»

Désormais, elle relie davantage sa pratique artistique à «une démarche humaine et spirituelle», qui «tente de rejoindre l'être humain dans sa globalité.»

À plusieurs reprises lors de l'entrevue, elle s'interroge sur les alternatives, sur les multiples façons de traverser les épreuves. Sa quête est intense et fébrile, sa pensée toujours en mouvement, en allées et venues. Aujourd'hui encore, elle questionne sa prise de décision d'il y a 10 ans. C'est comme si elle revivait ces moments intenses de doute et, si j'en crois le témoignage de son amie Jeanne, sa danse est à son image. «Elle est différente des autres, elle est très différente, et puis, elle est très profonde. Il y a beaucoup de doute... C'est tout ça que je vois quand je la vois bouger.» (Jeanne) Le fil de sa pensée passe aussi par les extrêmes avant de se stabiliser au juste milieu, comme lorsqu'elle tente de préciser comment sa danse a évolué depuis la découverte de la blessure à la hanche.

«Si on m'avait demandé de faire des mouvements de ballet, un grand jeté tout ça, j'aurai pu me reblesser, ça c'est sûr. Parce qu'elle est encore fragile, ben, non, elle est plus fragile, mais y a encore une instabilité...»

C'est cette recherche d'une exactitude d'être que Lola reflète avec toute sa personne. Mêlée d'une espèce de nostalgie, de tristesse ou de part d'ombre, comme un regret. «Elle est pas revenue comme avant, non, non...» Après plus de vingt ans de carrière, Lola est toujours soucieuse de trouver le mot juste ou le geste qui rend exactement l'émotion sous-jacente. «Y a quelque chose de fragile chez elle, que j'aime tout le temps. C'est une fille à qui j'aime penser, je pense à elle tout le temps. C'est bien. Pourtant, je le sais qu'elle est tout *insecure*, je le sais tout ça...» (Jeanne)

HISTOIRE DE LA DOULEUR

I. LES LIGNES DE FRACTURE

- **La bascule**

D'entrée de jeu, Lola m'annonce la couleur: «C'était une pièce pour trois danseuses, dans laquelle je dansais, donc, où j'étais à la fois chorégraphe et danseuse...» Cette configuration semble contenir tous les éléments qui mènent à une blessure. C'est aussi ce qui la pousse à rompre son contrat, en pleine programmation, par peur d'aggraver le problème et à arrêter de travailler pendant plusieurs mois.

Le principal trait de fracture se situe alors à la fois sur les lignes de vie professionnelle et personnelle. En se voyant contrainte d'interrompre sa carrière, Lola se sent également menacée dans son identité. Elle y sent comme une menace ontologique.

«Ce que ça fait, quand j'ai eu cette blessure-là, que là, j'ai dû arrêter de danser, c'est comme justement, je ne savais pas, il y a une question qui est surgie tout de suite, c'est comme: «est ce que je vais pouvoir redanser?»»

Jusqu'à l'âge de 33 ans, elle n'avait jamais eu recours à aucun thérapeute. Sa première blessure, elle se l'est faite à la nuque, mais pas en dansant. Cette fois-ci, c'est différent. La ligne de fracture, qui conduit à la rupture, suit celle d'un épuisement physique et émotionnel. Combiné à une blessure non cicatrisée et aux avis défavorables des «spécialistes», cela l'oblige à interrompre sa danse et à annuler les dernières représentations prévues au contrat. La ligne de fracture s'applique à son corps en même temps qu'à son

parcours professionnel mais, ce qui est encore plus remarquable dans l'histoire de Lola, c'est que les principales lignes de force et de fracture s'exercent au creux du sujet et se confondent avec les lignes de subjectivation. Lola tient beaucoup de rênes à la fois et, de même que la chorégraphie conçue pour trois danseuses est très serrée, les lignes, qui traversent le dispositif «douleur chronique», partent presque toutes du sujet. «C'était une structure de pièce très serrée, où c'étaient vraiment des trios, les trois ensembles.» Au final, c'est elle qui tranche et prend la seule décision que l'interprète serait en droit d'attendre de son chorégraphe, si ce dernier tenait compte des effets à court, moyen et long terme d'un usage du corps malgré une blessure. «Mais c'est ça, j'ai pris cette décision-là!» C'est cette décision qui empêche de continuer à n'importe quel prix et qui permet de se ranger du côté de ceux qui savent ou, du moins, que l'on a désigné comme tels. Ce sont, en effet, les «spécialistes», ostéopathes et chiropraticiens qu'elle connaît depuis longtemps et qu'elle a consulté immédiatement et écouté, qui ont sans doute pesé sur sa décision d'annuler les représentations restantes. Mais, si Lola a ainsi pris le parti de l'interprète, avant celui de la chorégraphe et de la directrice de compagnie, c'est qu'elle n'en pouvait plus, qu'elle avait atteint sa limite. Aussi qu'elle craignait de mettre en danger toute sa carrière future.

«En plus, ça, ça a pas à voir avec la douleur, mais je commençais une sinusite, on dirait que là mon corps, mon corps voulait plus. Et puis, c'est sûr, si j'avais continué, j'aurais été toujours dans une peur toujours un peu plus grande de me blesser plus et puis, d'aggraver plus parce que c'est vraiment la première grosse blessure.»

Dès l'entraînement, plusieurs mois auparavant, Lola avait ressenti une douleur inhabituelle au niveau de la hanche, qui ne fit que s'aggraver malgré les traitements cumulés de son ostéopathe et de son chiropraticien. Mais, forte d'une autre expérience de blessure, traversée de justesse, mais avec succès, et

soucieuse de tenir ses engagements, quoi qu'il arrive, Lola a continué de s'entraîner coûte que coûte.

«J'ai commencé à sentir tranquillement, une douleur à la hanche gauche, qui était, des fois, comme un petit pincement mais, bon, t'sais, en danse, on est quand même habitué de travailler avec la douleur là, on s'arrête pas juste pour dire «douleur», mais, bon...»

L'autre blessure, moins invalidante, dont se souvient Lola, c'est également une déchirure, abdominale cette fois-ci, survenue dix ans auparavant, en 1990, lors d'un solo. À l'époque, elle s'en était sortie grâce à l'aide de son chiropraticien, et d'un *taping*, sorte de bandage qui remplace la sangle musculaire abdominale défaillante. Certes, elle avait pris soin de modifier sa gestuelle, suivant les conseils de son thérapeute pour ne pas aggraver le problème et s'en était bien sortie, «presque sans douleur». Rien, dans l'histoire de Lola, ne l'avait jamais empêchée de danser.

«Il m'a refait tout le *taping* pour tenir le bassin et puis, il m'a dit: «Non, tu fais pas tous ces mouvements-là», tous les mouvements qui allaient par en arrière et puis, en fait, avec l'adrénaline et tout, j'ai fait le spectacle presque sans douleur.[*rit*]»

Aujourd'hui encore, elle questionne sa prise de décision d'il y a 10 ans. Même si elle pensait en avoir suffisamment pesé le pour et le contre, elle craint que cela ne lui ait finalement coûté ses subventions au moment de sa reprise d'activités en 2003. La blessure de Lola s'est construite dans le temps, selon des lignes multiples en lien avec la diversité des tâches accomplies pour supporter sa carrière d'interprète. Mais désormais, c'est certain, elle ne mélangera plus les genres.

«Alors, ce que ça m'a fait, cette blessure-là, c'est que je me suis dit: «si je fais», ce que j'ai fait deux ans plus tard, «une pièce de groupe», avec cette fois-là, cinq danseuses, c'était très clair que j'allais pas danser dedans...»

2. *LES LIGNES DE FORCE*

- **Techniques et usages du corps**

L'école que Lola revendique est celle de Merce Cunningham. Ce mouvement chorégraphique cherche à déconstruire le courant académique de la danse classique et soustraire ainsi le corps à l'hégémonie du mental. Mais aussi c'est choisir d'occuper l'espace selon des trajectoires multiples. C'est surtout cette perspective d'ouverture que Lola garde de sa formation, ce sur quoi elle construit encore ses chorégraphies. Elle s'appuie encore beaucoup sur la façon très spécifique dont Merce Cunningham s'appropriait l'espace en autant de lignes brisées ou obliques plutôt que droites ou verticales.

Après la blessure, elle s'est «refait des barres classiques là, comme on dit, d'entraînement classique, mais toute seule», à son rythme, sans plus. Et puis, elle s'est aussi beaucoup inspirée du butô et de son approche minimaliste. Lola soumet ainsi son corps à des concepts orientaux et occidentaux qui semblent finalement bien se marier au creux de sa danse. En investissant davantage le centre de gravité avec le butô, il semble que l'exécution des dissociations multiples ait trouvé un sens, une orientation générale, voire une cohérence l'exposant moins aux blessures intempestives.

«Mes danses demandaient beaucoup de technique, parce que souvent, aussi, comment je travaillais, c'est que je dissociais plusieurs parties du corps: les jambes et le bassin avaient un rythme, le haut du corps avait un autre rythme et puis, parfois, les bras pouvaient avoir un autre rythme.»

L'école de Merce Cunningham soumet le corps à une écriture chorégraphique segmentaire et, bien souvent, s'attache à codifier un mouvement de façon aléatoire, sans se soucier forcément des limitations du corps ou de sa globalité. Le danger est grand, si on l'applique comme une

simple formule mathématique ou une technique, de perdre son équilibre, de renforcer une conception toute mécanique du corps, voire une représentation corporelle morcelée, sans âme. Mal interprété et pris au pied de la lettre, ce courant chorégraphique réduirait le corps au rang de simple objet, le privant de toute connexion avec l'esprit, quand il devrait ramener le corps plutôt au rang de sujet, libéré de toute emprise dominatrice de l'esprit ou des émotions. Parfaitement maîtrisé, le résultat est tout à fait surprenant et édifiant, et rend compte d'une présence à soi et d'une maîtrise des lois de l'équilibre comme en témoigne la danse de Trisha Brown, quand elle questionne une des lois fondamentales qui régit la danse et le corps dansant: la loi de la gravité.

- **Les relations médecin-patient (parcours thérapeutique)**

Quand la douleur inhabituelle et la gêne surviennent au niveau de la hanche gauche, Lola est déjà bien entourée, en termes de thérapeutes. «Donc, je voyais deux ostéopathes et je voyais aussi un chiro. Je voyais plusieurs personnes, mais ça diminuait pas.» Pourtant, il semble que Lola ne voyait pas ce qu'elle pouvait faire de plus et qu'à aucun moment, elle n'a envisagé d'annuler le spectacle. «J'avais autant de spasmes et puis, on dirait que j'en avais même plus.» En regard des engagements pris auprès de ses partenaires et du théâtre, et puisqu'elle pouvait tout de même endurer la douleur et la limitation engendrée par les spasmes, elle a continué sur sa lancée, malgré les signaux d'alarme. D'ailleurs, c'est seulement devant le fait accompli, la hanche bloquée, que les thérapeutes ont réagi en conseillant alors la prudence et l'annulation des dernières représentations. Lola prend alors cet avis très au sérieux d'autant que là, non seulement son corps n'en pouvait plus, mais que son «corps voulait plus». Ce qui apparaît surtout, c'est que Lola n'était pas en

pleine possession de ses moyens et se sentait limitée, mais pas encore empêchée alors, elle allait de l'avant et souhaitait honorer son contrat.

«Je sentais que je pouvais pas danser pleinement; j'étais toujours anxieuse et puis, je faisais attention pour contrôler ma hanche. J'étais préoccupée par les mouvements, les pas, que je faisais. Je pouvais pas me laisser aller dans la danse et vraiment la vivre mais, bon, c'était quand même un engagement de faire ces deux semaines-là, c'était en coproduction avec le théâtre aussi, bon, tout était déjà mis en marche.»

Après avoir amplement mesuré les conséquences financières et morales pour elle et ses partenaires, mais aussi les impacts à long terme sur sa santé et sa carrière, Lola s'est résolue, la mort dans l'âme, à annuler les dernières représentations. Une fois la décision prise, elle s'en remet à son médecin pour un diagnostic. C'est quelqu'un «qui voit beaucoup, beaucoup de danseurs» et qui est réputé pour son habileté à obtenir des examens rapidement. Ce n'est pas vraiment son thérapeute favori même si il «est à la fois médecin et ostéopathe». Mais, tout d'abord, il lui faut un diagnostic et là non plus, elle ne laisse rien au hasard, et ne lésine pas sur les moyens mis à sa disposition. De même qu'elle se fait suivre par deux ostéopathes et un chiropraticien, elle fait «deux fois des résonances magnétiques» et «une scintigraphie osseuse», pour finir par déceler une déchirure du *labrum*, «le cartilage qui recouvre, comme la tête du fémur». «En fait, c'était pas complètement déchiré, mais c'est comme un tissu qui est effiloché et ça faisait que, quand je faisais certains mouvements, en abduction tout ça, ça créait des spasmes pour se protéger.»

Mais ça ne lui dit rien de se faire opérer comme son médecin semble le lui suggérer. «Des fois, il est vite là-dessus, sur l'opération là, mais, moi, non.» Lola sait ce qu'elle veut et ne semble pas du tout sensible à une quelconque autorité médicale, ni à un quelconque savoir expert de la biomédecine, en tout cas, pas quand il s'agit d'une éventuelle intervention chirurgicale. Elle préfère s'adresser à «une très bonne physiothérapeute» qui fait ce qu'elle appelle de la

«thérapie manuelle», par opposition à des traitements plus mécaniques, avec de la glace ou des ultrasons, qui se sont avérés inefficaces. Ainsi, en près de «huit mois, à deux, trois fois par semaine», Lola peut regagner une certaine mobilité de la hanche. Elle se rend également à New York, pour voir une «grande spécialiste» de «tout ce qui est question de blessure, de thérapie et de «comment remettre le corps»». Elle ne la consulte qu'une seule fois, mais pendant plus d'une heure et revient avec toute «une série d'exercices, très, très précis pour consolider toute la musculature autour de la hanche», une routine «à faire vraiment tous les jours». Finalement, elle laisse tomber les traitements ostéopathiques et son médecin et décide de suivre le parcours thérapeutique des danseurs des grandes compagnies de New York. Décidément, son attirance pour cette ville se fait toujours sentir même quand il est question trouver le traitement le plus approprié aux blessures des danseurs.

- **Engagement financier**

Pour une fois, la loi du *the show must go on*, ne s'applique pas. Lola a amplement pesé le pour et le contre et la peur d'aggraver la blessure l'emporte. Elle se résout à annuler les représentations restantes malgré toute la force de son engagement vis-à-vis des deux autres danseuses. «C'était dur à vivre parce que les danseuses étaient très déçues.» Et puis aussi, parce que les occasions de monter sur scène sont beaucoup plus rares et de courte durée qu'au théâtre «où ils peuvent jouer pendant un mois, nous, c'est maximum deux semaines...» En tant que directrice de compagnie et principale instigatrice du projet, Lola se sentait déchirée aussi par le lien moral et financier avec le théâtre. «Et puis, par rapport aussi au théâtre, il y avait un engagement aussi financier, une vente de billet, parce que c'était un partage de billetterie.»

3. *LES LIGNES D'ÉNONCÉ ET DE VISIBILITÉ*

Le cas de Lola est tout à fait remarquable. Elle est en effet la seule à ne pas avoir eu peur de dire son handicap à ses partenaires. Certes, les enjeux s'appliquaient à elle-même, mais aussi à deux autres danseuses. La loi du silence s'est appliquée, en somme, tant qu'il n'y avait que de la douleur. Quand la limitation est apparue et que la performance s'en est vue diminuée, Lola a choisi de nommer ses difficultés pour aller chercher de l'aide. Peut-être ses thérapeutes ont-ils un peu tardé à prendre conscience de la gravité de la situation et ont-ils attendu la dernière extrémité avant de conseiller une immobilisation en plein milieu d'un contrat. Quoi qu'il en soit, la décision de Lola de protéger le corps d'un usage pouvant mettre en péril toute une carrière, est un exemple parfait de prise en compte de l'avis des thérapeutes. Une question demeure pourtant à ce sujet. Jusqu'où est allé le rôle de la chorégraphe, de la directrice artistique, soucieuse de productivité, de rentabilité et d'imputabilité vis-à-vis de ses interprètes? Et est-ce qu'elle aurait pu éviter le pire, en changeant la chorégraphie plus tôt ou en aménageant des sorties et des remplacements éventuels? Lola décrit d'ailleurs tout le processus inflammatoire qui s'est greffé sur la lésion initiale, somme toute minime, mais aggravée par un usage prolongé sur une articulation blessée, «parce que cette blessure-là aussi, ça avait créé tendinite, bursite, synovite, tout autour de la hanche.» Comment a-t-elle pu en arriver là?

Lola décrit une blessure à la fois physique et mentale, liée à «une anxiété et puis, un stress», un questionnement permanent, «Est-ce que je vais pouvoir faire le spectacle?», vécu comme un «combat» épuisant. Lola souffre d'une déchirure du *labrum* qui rend sa hanche bloquée et douloureuse. Mais elle relie sa décision finale à un état de fatigue généralisée qui étend la blessure à tout son être.

«J'étais vraiment déchirée, mais, j'étais aussi comme, épuisée aussi mentalement, de toute cette fatigue-là, parce que ce qui m'est venu à l'idée, des fois, je me dis: «Peut-être si j'avais été moins épuisée de tout ça, spontanément est-ce que j'aurai pu adapter la pièce? Et puis, changer mon rôle et puis, être sur scène sans trop bouger?»»

4. *LES LIGNES DE SUBJECTIVATION*

- **La loi de l'endurance**

La blessure s'est construite dans le temps, au fil des répétitions. Mais Lola a appliqué la loi de l'endurance, propre au monde de la danse. Elle se l'est appropriée, parce que «en danse, on est quand même habitué de travailler avec la douleur là, on s'arrête pas juste pour dire «douleur», mais, bon....» Elle a sans doute cru qu'en faisant attention, en y mettant toute sa bonne volonté, tout irait bien. Parce que c'est en effet en répétition que Lola a ressenti une douleur inhabituelle au niveau de la hanche gauche, plusieurs mois avant la représentation. Et même si cette douleur est devenue de plus en plus fréquente et a persisté malgré les traitements, Lola a tout de même continué de se préparer pour le spectacle qui approchait. La douleur était pourtant constante et affectait «tous les aspects du quotidien.»

«Donc, c'était comme, la nuit, je changeais de position et puis, t'sais, bon, la nuit t'es comme semi-consciente, tu ne penses pas à tenir tes abdominaux, si tu changes de position, à amener tout le bassin, donc, tu te tournes et puis, tout d'un coup: clac!»

Le cas de Lola rassemble les lignes de force de toute une profession et rejoue les dynamiques de pouvoir qui peuvent s'exercer entre chorégraphe et interprète, au sein d'une même personne. Finalement, Lola se retrouvait à la place de directrice de compagnie en même temps qu'à celle de chorégraphe et d'interprète. Forte de son expérience de blessure précédente, traversée grâce à

un ajustement de dernière minute et à l'aide attentionnée de son chiropraticien, Lola comptait sans doute sur le même heureux dénouement. Mais, cette fois-là, une limite semble avoir été franchie sans issue de secours. «Et puis, je sentais que, même avec les traitements ostéopathiques, en fait, ça allait pas mieux, ça changeait pas.» Cette fois-là, la chorégraphie impliquait deux autres personnes et ne pouvait certainement pas être modifiée, en quelques heures. De même que sa «hanche était complètement, comme prise», la situation était, comme la chorégraphie, sans issue: «La danse durait une heure, donc, il y avait les trois sur scène pendant une heure de temps. Il n'y avait pas d'entrée, pas de sortie, je pouvais pas sortir.»

- **Le conflit : «Nous avons tous du pouvoir dans le corps»**

Lola souffre d'une déchirure du *labrum*, sorte de cartilage qui recouvre la tête du fémur et qui la maintient dans son articulation avec la cavité osseuse correspondante du bassin, dont l'ensemble constitue ce que l'on appelle communément la hanche.

«Comme le *labrum* était déchiré, la hanche était comme instable, ça tenait plus, et dans l'instabilité, si je partais trop loin, là, ça créait comme un spasme pour empêcher d'aller plus loin.»

Cette blessure est très fréquente chez les danseuses, mais chez Lola, c'est ce même terme qu'elle utilise pour décrire son état d'esprit, tiraillé entre son désir de danser et de ne pas se blesser davantage, tout en préservant de bonnes relations avec ses partenaires. «J'étais vraiment déchirée, mais, j'étais aussi comme, épuisée aussi mentalement.» Toujours très à l'écoute de son corps et de ses moindres anomalies, elle se sentait sans doute en contrôle de la situation et s'est laissée surprendre par un événement qu'elle redoutait, mais

auquel elle n'était pas préparée. Elle ne s'était donc ménagée aucune porte de sortie. «Il n'y avait pas d'entrée, pas de sortie, je pouvais pas sortir.» Les lignes de force professionnelles multiples chevauchent ainsi celles du quotidien et rendent compte d'un conflit intrinsèque.

Sur le plan physique, ce conflit se traduit par un blocage, comme une interdiction de mobiliser davantage la hanche et des spasmes, décrits comme un réflexe de protection du corps. C'est qu'il y a en elle, une double intention, celle d'aller de l'avant, de s'engager coûte que coûte, et celle de se protéger. Lola travaille fort et ne laisse rien au hasard, mais dès qu'elle relâche son attention, la douleur reprend ses droits. Elle vient raviver les inquiétudes et fait monter la pression. Jusqu'au jour où tout s'arrête, d'un seul coup. L'articulation de la hanche se bloque. «Et puis là, j'arrive et puis, là, je peux plus.» Malgré toute sa bonne volonté, Lola est alors confrontée à son impuissance. C'est en cela que le corps exerce son pouvoir et que la douleur chronique agit comme arme du faible, subrepticement, mais inlassablement, parce qu'elle «vous attend à la sortie du théâtre.»

Lola interroge également cette trop grande proximité entre ligne de vie personnelle et ligne de vie professionnelle qui pousse les interprètes à toujours vouloir continuer de danser, quoi qu'il arrive.

«Il y a quelque chose en moi qui me pousse, je sens qu'il y a comme une grande persévérance et comme un lien d'identité profond avec la danse qui, des fois est peut-être, pas problématique, mais, je veux dire, bon, je sais pas.»

Cette très grande intrication entre lignes de vie personnelle et professionnelle se conjugue souvent avec la passion fréquemment associée au monde de la danse et au monde des arts, en général. C'est une parfaite combinaison pour outrepasser dangereusement ses limites. Elle s'inscrit, toutefois, à l'intérieur des lois d'une dynamique personnelle démontrant que le

pouvoir s'exerce au sein même du sujet et désavoue complètement la théorie des douleurs de «convenance». Dans ce cas-ci, la «douleur chronique» résulte plutôt d'un usage inapproprié du corps pendant une durée excessive et questionne la responsabilité du sujet dans ce qui lui arrive, au-delà de sa relation avec ses thérapeutes ou de ses exigences à leur égard. Quelle est la demande formulée aux thérapeutes: pouvoir danser à tout prix ou prendre la juste mesure des signaux envoyés, en lien avec les usages du corps? Quelle est la dynamique relationnelle en jeu entre interprètes et thérapeutes? Comment les danseurs choisissent-ils leurs thérapeutes?

- **Le changement, la transformation, la guérison**

La réponse thérapeutique apportée par Lola constitue un début de réponse en ce sens. En particulier l'attention qu'elle porte à la moindre sensation douloureuse lors de sa rééducation.

«C'est ça, quand j'étais dans la piscine et tout, des fois, si j'essayais quelque chose et puis, j'étais à l'écoute, si je sentais comme une petite pointe là, comme de la douleur, j'arrêtais et puis, je faisais pas ce mouvement-là et puis, j'essayais pas de le faire.»

Dans le cadre de la rééducation de Lola, la douleur retrouve son rôle de balise, l'indicateur d'une limite à ne pas dépasser. Cette fois-ci Lola est à l'écoute de son corps dans l'intention d'en prendre soin et non pas de lui faire prendre davantage de risques. Lola semble avoir bien saisi la dynamique qui l'a conduite au bord du précipice et a failli mettre fin à sa carrière.

«Non, quand j'étais, comme en réhabilitation, là, j'essayais vraiment d'éviter la douleur. J'essayais pas de faire des mouvements pour tester si c'était pour faire une douleur ou non, parce que je voulais pas, comme reproduire la même chose et puis, retomber en inflammation et puis, en spasme, fais que...»

Elle y est allée à son rythme, en respectant scrupuleusement ses sensations, sans essayer de forcer, de tester son corps ou d'aller plus vite que la musique. «Et puis, tranquillement, ce que je faisais dans l'eau, j'ai commencé à le faire dans mon studio de danse et puis, après, je me suis refaite toute seule.»

Dans ce contexte, Lola, comme la plupart de ses collègues, n'aime pas prendre des anti-inflammatoires, ni aucun autre médicament qui lui donne l'impression de perdre la sensibilité, et donc le contrôle sur une possible blessure sous-jacente. La douleur est perçue comme une sensation et une information utiles qui renseignent sur les limites à ne pas dépasser. Pour elle, il est préférable de s'exposer à une éventuelle douleur plutôt que de risquer d'aggraver une lésion.

«On dirait que, avec les anti-inflammatoires, je perdais la sensibilité et puis, je bougeais et puis, ça faisait moins mal parce que ça diminuait l'inflammation mais, on dirait que je sentais plus ma jambe, ma hanche et même une partie de la jambe, donc, je sais pas, j'aimais vraiment pas.»

De même que la «fracture» s'est produite sur le plan professionnel, la guérison s'opère grâce à un changement sur ce même plan. Lola le reconnaît. Sa rencontre et sa collaboration avec le danseur rencontré au Japon y sont pour beaucoup dans sa guérison, son retour à la danse avec «un sens» nouveau. «C'est beaucoup le lien avec (*nom du danseur japonais*) qui m'a remis aussi en confiance parce que bon, ça faisait quand même trois ans que j'avais pas dansé.»

Elle se laisse alors influencer par la danse butô, dite danse «des ténèbres» ou «du corps obscur». Née dans le contexte sociopolitique d'après-guerre, au Japon, en réaction à l'influence occidentale et en particulier américaine, «mais aussi aux formes artistiques traditionnelles du Japon comme le Nô ou le Kabuki», cette forme de danse évoque le passage perpétuel du Néant à la Vie et de la Vie au Néant. »

« La métamorphose de ces états est retranscrite par une lenteur extrême des mouvements, un dépouillement total de la Forme pour arriver à l'Être profond. » (http://japon.canalblog.com/archives/danse__theatre/index.html, 2007)

Cette nouvelle inspiration semble avoir introduit une gestuelle en perpétuelle transformation et l'idée maîtresse que «le mouvement part du cœur...» En lui donnant une nouvelle intention, Lola donne une autre portée à sa danse et au mouvement et change ainsi subrepticement les usages de son corps.

«Le mouvement doit vraiment venir du cœur, donc, peut-être, des fois c'est mieux de commencer par petit, et que ça s'exprime vraiment par le cœur et puis, après, ça peut s'étendre et dans ce sens-là, j'ai travaillé beaucoup dans ce sens-là...»

C'est ainsi qu'elle a pu reprendre la danse sans se soucier davantage de sa hanche, en ayant changé sa «gestuelle», sa façon de se «déplacer dans l'espace», «juste comme une autre façon de bouger...» Ce qui a changé, c'est la mise en œuvre de ses déplacements, rendant compte d'une grande union du corps et de l'esprit. Nous sommes proches de la description que fait Dany Barral d'un «corps pensant» témoignant d'une vision et d'une appréhension globales du corps (2008). Car, ce qui signe vraiment la guérison, c'est son retour sur scène après trois ans d'interruption, sans aucune arrière-pensée. «Je peux dire que là, vraiment, je dansais et je pensais plus à ma hanche et ça, ben, c'est bon signe!» Désormais, corps et esprit ne font qu'un. Il n'y a aucune suprématie de l'un sur l'autre, ni aucun conflit sous-jacent. «J'y pensais plus et mon corps m'amenait pas.» C'est comme si corps et esprit s'étaient mis sur une même longueur d'onde. Le corps n'est plus alors seulement un objet, mais un véhicule, comme en témoigne son expérience avec le danseur japonais qui lui apprend à danser avec une chaise, à mettre le corps au service de la chaise et non plus, à l'avant-plan. «C'est beaucoup dans l'idée de métamorphose, t'sais, c'est comme: «You become the chair, you are the chair». C'est la chaise qui

bouge, c'est pas toi.» Désormais, en termes de gestuelle, «une attitude devant, où la jambe est pliée comme ça», selon les critères de Merce Cunningham, «il fallait que ça ait un sens avec le mouvement.» En même temps que les limitations imposées par la blessure, ce que le butô l'a «amenée à développer aussi, c'est une plus grande présence.» Et Jeanne aussi en convient. «Y a quelque chose de touchant et d'humain et de vrai dans ce qu'elle fait...» (Jeanne)

- **Le sens, la prise de conscience**

Avec cette blessure, Lola s'est retrouvée confrontée à la plus grande incertitude. La simple question «est ce que je vais pouvoir faire le spectacle?» s'est finalement étendue à toute sa carrière. «Surtout, j'étais anxieuse de savoir si je pouvais redanser ou non...» La perte de contrôle du corps, principal outil de travail de Lola, vient mettre en péril plus que seulement la carrière de danseuse de Lola mais aussi sa façon d'être au monde.

«Ça, ça a été difficile à vivre parce que, pendant six mois, je savais pas si j'allais pouvoir redanser et puis ça, ça jouait à plusieurs niveaux à l'intérieur de moi. Ça devenait un peu comme une perte d'identité parce que ben, j'ai fait tout un cheminement par rapport à ça, parce que pour moi, la danse c'est tellement ma vie! Que tout d'un coup, quand ça c'est arrivé, je me suis dit: «mais, qu'est ce que je vais devenir, si je peux plus danser? je suis qui? je suis quoi?» Donc, il y a eu un grand questionnement par rapport à mon identité, c'est sûr, qui est toujours lié à la danse.»

Elle décrit toute cette insécurité comme un combat lié à un questionnement perpétuel quant à ses capacités d'assurer sa performance. Toute l'instabilité reliée à ce chassé-croisé incessant entre ces deux fonctions, d'interprète et de chorégraphe, n'a fait que rajouter au stress et à l'épuisement. Bien sûr, elle faisait très attention à contrôler sa hanche en dansant, mais se

questionnait également sur sa capacité à assumer ses engagements multiples, artistiques, financiers et de partenariat. Cette tension lui est finalement apparue insoutenable. Elle s'est donc finalement résolue, si ce n'est à toujours séparer ces deux rôles, du moins à ne les assumer que dans des solos, appliquant ainsi son double regard à elle-même. Avec la blessure, Lola apprend ainsi, que le corps pâtit de la nature ubiquitaire de l'esprit, voulant toujours être à deux endroits en même temps. En définitive, la blessure l'a comme obligée à ouvrir les yeux sur le «grand conflit» interne qui découle de cette volonté d'être double, chorégraphe et interprète à la fois, et surtout d'occuper deux positions en même temps. Il n'y a rien de tel pour créer les conditions de l'instabilité.

«Ce que ça m'a dit de façon claire, c'est que si je continuais à faire des pièces de groupe, que je dansais pas dedans, parce que ça, pour moi, c'est un grand conflit, parce que, je ne sais pas, je ne pense pas que c'est pour ça que je me suis blessée... Mais, pour moi, quand t'es à la fois chorégraphe et danseur dans une pièce, il y a toujours une partie de toi qui va être en observation en tant que chorégraphe, tu vois jamais l'ensemble à moins de prendre une danseuse qui te remplace.»

C'est la blessure aussi qui l'a amenée à réaliser combien la danse faisait partie de sa vie et lui a inspiré un grand changement d'ordre professionnel. «Ça m'a amené à me dire: «Ben, si je veux danser c'est comme, ben, là, c'est le temps d'une grande transformation.»» Lola l'a enfin compris, à ses dépens. Désormais, pendant tout le temps de sa récupération, elle sera seulement chorégraphe. Elle développe ainsi «une vision globale» beaucoup plus satisfaisante et qui lui permet alors de «transformer les choses». C'est aussi la blessure et l'empêchement physique qui l'ont amenée à se cantonner à son rôle de chorégraphe et à mettre de côté celui d'interprète. Pendant toute la période d'incertitude, où Lola ne savait pas si elle pourrait redanser, elle s'est fait une promesse: «Si je danse, si je redanse, ce sera en solo, ce sera seulement en solo...» De cette façon seulement, Lola peut s'assurer d'appliquer un regard

intérieur à sa propre interprétation et renforcer ainsi la qualité de sa présence sur scène.

La blessure provoque ainsi une prise de conscience des limites du corps et de son incapacité à occuper deux places en même temps, en lien avec le désir d'occuper des rôles qui exigeraient d'être en même temps, à deux endroits différents. Comme si un voile se déchirait pour montrer la confusion résultant de ce désir. La blessure, une déchirure également d'une membrane essentielle au maintien de la stabilité de l'articulation de la hanche, agit comme opérateur de changement en ce qu'elle l'empêche de danser. Elle l'oblige à considérer chorégraphe et interprète séparément. À réunir plutôt corps et esprit pour le bénéfice d'une plus grande présence sur scène et à soi. Lola se remet sans cesse en question, mais, cette fois, la blessure l'oblige à trancher. La blessure exerce un pouvoir décisionnel. Elle opère comme force de changement. De même qu'elle interrompt son contrat en cours, Lola décide de ne plus mélanger les genres et de ne plus danser qu'en solo. «Fais que, vraiment, la blessure m'a fait prendre cette décision-là.»

6. CAROLINE OU LA GESTION DU STRESS

Caroline qui se remet juste d'un gros rhume me reçoit chez elle. D'emblée je ne la sens pas très à l'aise de parler d'elle ni de ses «bobos». C'est un de ses amis, danseur lui aussi, qui m'a fortement suggéré de la rencontrer, m'affirmant qu'elle connaissait bien le sujet. C'est grâce à lui et à son avis autorisé que j'ai réussi à la convaincre de se laisser approcher. Je sens bien qu'elle n'est pas du genre à se laisser arrêter par une douleur. Pour elle, ça fait totalement partie du métier. Son choix délibéré de quitter son pays d'origine pour faire carrière au Québec témoigne déjà d'une forte volonté d'aller de l'avant.

C'était il y a près de 20 ans et, depuis, Caroline est passée d'interprète dans une grande compagnie, à chorégraphe, interprète et directrice de sa propre troupe. Elle partage désormais son emploi du temps entre les demandes de subventions, les tournées en région, les résidences de création et les représentations. Je réalise que toute son attention est orientée vers la survie de sa compagnie et, si j'ai enfin pu la rencontrer, c'est qu'en ce moment, elle est en phase d'écriture. Sa recherche rejoint d'ailleurs la mienne puisqu'elle choisit son parcours de vie personnel et professionnel comme fil conducteur de sa chorégraphie. Je comprends ce choix comme un besoin de faire le point, de parcourir à rebours les événements de sa vie pour mieux leur donner un sens.

Caroline ne semble plus savoir vraiment qui elle est ni si elle aime encore danser. Son écriture reflète tous les styles qui ont marqué sa formation, de la danse indienne à celle de Merce Cunningham, en passant par le mime et la danse africaine. Aujourd'hui, elle semble comme à bout de souffle, mais en même temps, sans réel désir de s'arrêter. C'est que son parcours de danseuse débute dès l'âge de six ans. À huit ans, elle suivait déjà trois cours de ballet par

semaine, au conservatoire de (*nom de la ville*). À onze ans, elle intègre le programme danse-études jusqu'à ses dix-huit ans et y reçoit une formation très complète.

«Donc, là, c'est-à-dire, ballet jazz, contemporain, danse de caractère, mime, cours de musique, etc... Tout ça, pointes, court d'adage, tout ça, avec des spectacles chaque année.»

Caroline a plus de 40 ans, mais mise à part la fatigue qui se lit dans ses yeux et quelques rides, on dirait une adolescente. L'adolescence semble d'ailleurs l'avoir marquée profondément. C'est en effet à cette époque qu'elle situe le premier événement traumatique, responsable d'une douleur non explicitée et récalcitrante qui nécessite le recours systématique à une aide extérieure. Comme pour son écriture chorégraphique, elle choisit un angle rétrospectif et chronologique. Comme s'il lui fallait dérouler le fil de son apprentissage et de sa vie pour retrouver le souvenir de toutes les douleurs endurées, les comparer et décider ou non de leur attribuer le caractère de «chronique».

«Mais, ça c'est une de mes douleurs, qui s'est beaucoup transformée, mais c'est une de mes douleurs chroniques, quand j'ai mal au coccyx là. Mais, je peux même pas m'asseoir. Mais là, ça fait des années que ça m'est pas arrivé! Ça s'est complètement transformé cette douleur-là.»

De fil en aiguille, la voilà qui me raconte l'histoire de la danse contemporaine, «du coup c'est vraiment l'histoire, hein!», qui se confond avec son histoire, comme si elle en avait été à la fois témoin et actrice. C'est alors qu'elle en vient à établir un lien entre les blessures et les usages du corps, selon les «techniques».

«Je sais pas si après, ça change au niveau d'une blessure, mais, en tout cas, oui, je pense... Parce que c'est toujours les mêmes blessures selon les techniques.»

Au début, elle tisse des liens entre les usages du corps, «surtout en ballet classique» et leurs effets, «surtout dans le dos tout simplement». Elle en fait une question de «morphologie» et de «souplesse» innée ou acquise, de «compensation» du corps en réaction à l'apprentissage. Jusque-là, il semble donc s'agir de douleurs d'apprentissage qui cèdent au repos. Au final, aucune des douleurs qu'elle a endurées n'a réussi à lui faire remettre en question sa profession, ni à interrompre sa carrière, sauf peut-être la dernière, la déchirure des ligaments du genou.

«[...] jusqu'au moment où j'ai déchiré le croisement des ligaments antérieurs en arrière du genou gauche, donc ç'a été la canne pendant six mois. Ç'a été arrêt complet, là, ç'a été rien, là, tu fais rien et t'attends, ça c'était une grosse, grosse blessure, ça c'était ... en 2004 ... Ouais, sans savoir si j'allais re-danser parce que c'était pas sûr... Enfin, bref, c'était pas évident parce qu'y avait aussi le ménisque, on savait pas trop, l'attache du genou, donc, ça c'était majeur comme blessure...»

Caroline me renvoie une image de femme forte, toujours en contrôle et qui sait beaucoup de choses. Parce qu'elle est aussi enseignante, elle envisage cette problématique sous l'angle de la formation professionnelle. Par la suite, elle évoque aussi bien la mémoire du corps et de ses blessures, que la nécessité de s'entraîner et la «gestion» du corps, ou encore le *body-mind*. Mais, après beaucoup de pirouettes et de détours, Caroline retombe sur ses pieds pour conclure: «Donc, juste, je dirai dès l'adolescence: une douleur chronique au dos.»

En assistant à la répétition générale, quelques mois plus tard, je retrouve les éléments de vie qui constituent la trame sur laquelle Caroline a construit sa mise en scène. Sa danse m'apparaît alors tantôt comme l'expression d'une musicalité de l'être, tantôt comme un inventaire de toutes les écoles traversées, une démonstration de savoir-faire, sans lien apparent avec son histoire personnelle. Caroline me semble animée d'un violent désir de montrer une sorte de virtuosité, mais au-delà de cette gestuelle, parfaitement exécutée une

question me traverse: Sa danse est-elle davantage qu'un produit culturel, une commodité adressée à un public de consommateurs? Car j'ai le sentiment que Caroline ne s'y retrouve plus tellement entre tous ces styles, toutes ces lignes de vie, que tout va trop vite, mais qu'elle continue, coûte que coûte. Sa danse c'est son gagne-pain, mais est-ce encore sa passion?

HISTOIRE DE LA DOULEUR

I. LES LIGNES DE FRACTURE

- **Blessure de jeunesse (Parcours thérapeutique)**

La première douleur invalidante dont Caroline se souvient, c'est donc celle du bas du dos, qu'elle relie à l'adolescence, une blessure de jeunesse en somme.

«C'est que parallèlement à la danse, je skiais dans mon adolescence, pas énormément, mais je faisais du ski de piste trois à quatre fois par année donc, un moment donné, même pas en skiant, mais en me pétant le dos sur une plaque de verglas, je ne sais pas si je me suis fêlé le coccyx, mais, bref je n'ai plus bougé du tout pendant trois jours. Je n'ai vu aucun médecin. On m'a juste dit: «bouge pas, on va te mettre de la pommade, prends des pilules, ça va aller...»

Déjà là, il s'agit d'un événement «idiot», apparemment anodin, dont Caroline pense, rétrospectivement, qu'il n'a pas été pris suffisamment au sérieux. Parce qu'elle en a souffert par la suite, pendant plusieurs mois, Caroline est persuadée que toute sa charpente osseuse a été affectée, compromettant ainsi définitivement son équilibre. Pour Caroline, il y a un lien direct entre la chute sur le verglas, l'impact probable sur le coccyx, en pleine période de croissance osseuse, et le blocage du dos.

«Moi, je pense que ça a été un déséquilibre graduel, qui s'est fait après ma chute sur le coccyx. C'est que ça n'a jamais été soigné, et puis, j'étais en train de grandir, quand j'ai fait ma chute.»

Cet épisode douloureux de son adolescence semble s'inscrire dans son schéma corporel comme un trait de fracture mal cicatrisé. Elle le comprend comme une «faiblesse chronique», à l'origine de ses maux de dos à répétition. Pour cette première blessure, premier empêchement à danser, premier «blocage», elle fait des radios, des «physios», mais ce n'est «pas vraiment efficace». Les thérapeutes auxquels elle s'adresse à l'époque lui révèlent une particularité anatomique de ses hanches, sans trouver véritablement de lien avec la douleur. Ils ne réussissent pas plus à la soulager qu'à y trouver un sens.

«Donc ça, c'était leur théorie, que j'ai cru un moment, mais je voyais pas le rapport. Et puis, le dos était barré... Enfin, bref, c'était n'importe quoi... Mais, ils trouvaient pas et puis, un jour j'ai mal en bas du dos, un jour en haut, alors ils changeaient leurs patchs, avec leur électricité là, leur espèce de truc...»

Mais aussi, elle est loin de la famille. C'est finalement en retournant chez elle, en désespoir de cause, qu'elle trouve la solution. Dans le giron familial, elle entend parler, par son grand-père, d'un ostéopathe et pas n'importe lequel, celui d'un célèbre danseur d'origine russe, considéré comme un des plus grands virtuoses du vingtième siècle.

«Bref, donc, je vais à (*nom de la ville*), je vois que des petits vieux qui rentrent dans son cabinet, et puis qu'il garde les gens à peu près une demi-heure maximum, puis je suis encore plus étonnée, puis, bref, j'arrive avec mon truc et puis, il m'a juste fait des petites manipulations, mais extrêmement petites, et puis il m'a juste dit que si je continuais, là, oui! J'étais vraiment foutue. Il m'a dit: «T'étais complètement... Je peux même pas croire...» C'est pas compliqué, mais du bas du coccyx jusqu'en haut... Tout avait [bougé]... Ben, il faut dire, j'avais eu le temps aussi, j'avais forcé, j'étais restée assise trois mois, donc y avait eu le temps, vraiment, qu'y ait plus rien qui corresponde.»

Caroline veut bien reconnaître sa part de responsabilité dans les déformations successives de la colonne, qui, d'après elle, seraient venues

compenser le problème sous-jacent, au niveau du coccyx. L'ostéopathe lui fait seulement de très légères manipulations, mais surtout lui donne des conseils avisés, en tenant compte de son désir de retourner danser. Il lui indique les limites à ne pas dépasser pour ne pas risquer de reproduire le même problème au niveau du dos et l'encourage à s'entraîner régulièrement.

«Donc, il m'a fait des petites manipulations, il m'a dit: « Je vais te revoir à Paris, un moment donné, je te conseille de reprendre très tranquille. Fais aucun jeu de jambes en arrière, aucune extension avec des arabesques, aucun mouvement qui puisse agir dans le dos.» De toutes façons, vu qu'on changeait de professeur à chaque session, il m'a dit: «Ben, imagine que, vu que personne te connaît, ben, vas-y avec tes possibilités, mais garde la jambe basse» Mais, il m'a dit: «Oui, je t'encourage par contre à t'entraîner.»»

Il s'agit donc bien d'une blessure au niveau du dos et non de ses hanches, en lien avec les usages du corps. Dix jours après, elle était de retour au travail et «donc, ça c'était vraiment impressionnant...» Pour elle, il s'agit encore d'une «douleur chronique» parce qu'elle peut revenir à tout moment et qu'elle ne sait pas «non plus gérer du tout cette douleur-là». C'est une douleur inhabituelle, différente d'une douleur musculaire ou ligamentaire qui cède bien à l'échauffement ou à l'entraînement régulier. Même quand elle se sent en danger, comme quand elle est interprète dans une grande compagnie, deux ans plus tard, elle ne sait pas quoi faire.

«Ça a été, à part me dire je vais voir un ostéopathe, mais je dirai, c'est une douleur chronique, comment dire, pas posturale, oui, ben c'est vraiment le squelette c'est pas les muscles, je trouve pas le mots, c'est pas le schéma [rit], le schéma...»

Cette douleur sème encore la confusion dans l'esprit de Caroline. Elle la renvoie à un problème d'ordre structurel qui nécessite l'intervention d'une aide extérieure.

«Mais, quand c'est la structure elle-même, c'est un blocage... Donc, ce blocage-là, à part un ostéopathe ou un chiropraticien, enfin, quelqu'un

d'extérieur qui peut... C'est comme un truc d'alignement, à partir du moment où c'est désaligné... Là, tu dis: «Alerte!» c'est ça, y a pas... C'est de l'ordre vraiment: je marche, puis je bloque.»

2. *LES LIGNES DE FORCE*

- **Stress de l'apprentissage (relation interprète chorégraphe)**

Pour Caroline, il y a plusieurs types de douleur. Celles qui sont liées à l'apprentissage, «Ça c'est pour la formation...», et les «faiblesses chroniques». Je comprends que, pour elle, la première expérience de «douleur chronique» s'ancre à la fois sur une blessure de jeunesse et une période de grand stress physique et émotionnel. Elle coïncide avec son entrée dans une école de danse contemporaine, équivalent d'une école de danse comme LADMMI. Pendant ces deux années hyper intenses, émaillées de nombreuses blessures, c'est seulement, «après deux semaines» que Caroline s'est «complètement barré le dos.» Dans sa compréhension des faits, Caroline implique volontiers une certaine fragilité, liée à son jeune âge et à une croissance osseuse peut-être inachevée. Elle nomme aussi «le stress, le changement de vie, le changement de technique, l'apprentissage de nouvelles choses» comme des facteurs de déstabilisation, voire d'aggravation. Mais surtout, elle reconnaît la ligne de force que constitue la «volonté de bien faire et de répondre à des postures». Tous ces éléments combinés, ont contribué au déséquilibre menant au blocage.

«Je devais avoir 16 ans, fais que là, j'ai continué à travailler, travailler, travailler et puis, aussi, tout un rapport à la technique ou l'habileté à forcer, parce qu'en fait, c'est ça aussi, dans l'apprentissage, surtout quand on apprend jeune, c'est aussi toujours lié à la compréhension de soi, donc du corps et de la volonté de bien faire et de répondre à des postures qu'on doit faire le mieux possible.»

Le rapport à l'autorité et au désir de l'Autre semble d'autant plus en jeu dans les usages du corps et leur dosage, que l'apprentissage prend place à l'adolescence, une période de recherche d'identité et de transformations incessantes, tant physique que psychique. Parlant de sa première blessure, Caroline souligne bien la ligne de force appliquée à un corps encore en pleine croissance. Il est clair que les années d'apprentissage, en plus de la difficulté initiale à être sélectionnée, ont dû être «hyper intenses». Dominées par un esprit de performance maximale, il est question surtout de «travailler, travailler, travailler», et d'«habileté à forcer». C'est que «dès que c'est hyper intense comme ça, on veut danser, et puis on pense qu'on a la vie devant nous...[rit] Mais, on ne sait pas juger du tout de l'effort.» Caroline évoque souvent les risques de blessure associés à cette période d'apprentissage, quand on ne connaît pas bien son corps. Cette instabilité latente rend vraisemblablement le sujet plus fragile et malléable et l'expose plus facilement aux blessures.

Une autre blessure, survenue pendant la période d'apprentissage, à l'école, alors qu'elle s'efforçait de satisfaire les exigences d'un chorégraphe en témoigne: un «claquage idiot de l'ischio-jambier droit». Pourquoi idiot? Parce que même les médecins, ignorants des normes en usage chez les danseurs, en termes d'angle d'abduction, n'y voient rien: «[...]elle a pas de claquage, elle peut monter la jambe jusqu'à 90 degrés...» Idiot aussi parce qu'évitable.

«Ça, erreur de: *break*, pas de réchauffement, *split*, *split* remonté, *split* remonté à répétition, genre «répondre à un chorégraphe», voilà, ça donne ça! Donc, ça, ça a été une douleur chronique, puis ça, un claquage, là, c'est avec le temps, mais aussi on le sent quand il fait humide, etc...»

Même si cela ne l'a pas empêchée de danser, Caroline en a été affectée pendant cinq ans.

- **Stress de la maturité (l'âge, les contraintes financières)**

Caroline oppose alors le comportement de l'adolescence à celui de la maturité qui donne un autre regard sur la performance, témoignant d'une plus grande confiance et connaissance de soi. Pour Caroline, il semble qu'après 27-28 ans, tout ait basculé, comme si elle n'avait plus rien à se prouver ou que le regard extérieur était moins prépondérant.

«C'est là aussi, que ce soit en création ou peu importe, mais l'ego est plus le même quelque part, parce que on est plus en train d'essayer de prouver que en dehors de soi, on est quand même capable de le faire, etc ...»

Quand elle dansait pour (*nom de la chorégraphe*), elle n'était pas sûre d'elle, parce qu'elle voyait «bien qu'il y avait des choses, ça passait pas» et elle se disait «ça y est, je vais bloquer!» C'était sa hantise. Je me demande alors si cette crainte n'a pas influencé sa décision de quitter la grande compagnie et de créer la sienne. Désormais, elle a un plus grand contrôle sur sa gestuelle et peut s'autoriser à ne plus faire d'«arabesques». Ainsi, avec le temps et la répétition, la douleur contribue à questionner les usages du corps, mais aussi les comportements à risque et, en cela, constitue un opérateur de changement.

Toutefois, avec la maturité et la création de sa propre compagnie, les lignes de force se déplacent et se diversifient. Elles s'exercent néanmoins toujours sous forme de stress, «surtout en salle, y a des enjeux techniques, y a des enjeux de vente, y a des enjeux de perspective de développement, y a des enjeux de toutes sortes de choses...»

3. *LES LIGNES D'ÉNONCÉS*

- **La théorie de la gestion du stress**

Durant notre rencontre, Caroline fait un inventaire chronologique de ses blessures pour déterminer celles qui répondent aux critères de ma recherche. Elle n'a pas eu le temps d'y réfléchir avant et n'y a jamais pensé en ces termes. Elle prend alors avant tout en considération la temporalité nécessaire pour inscrire une douleur dans la chronicité. «Avant que ça devienne chronique, faut quand même qu'il y ait du temps donc...» Elle s'oriente d'emblée vers les blessures dites «d'usure», celles que l'on peut prévenir. Pour elle, tout est question de gestion du corps, du stress et de l'effort. Quand, ultimement, elle évoque le *body-mind*, c'est plutôt en référence au contrôle du corps par l'esprit, à un «rapport à la volonté et puis, à l'esprit, quoi!» une sorte de qualité de présence, soumise à la force de travail. «C'est le rapport à être présent, c'est pas compliqué! C'est de dire: on s'entraîne régulièrement, y a un travail de fait.» Pour Caroline, les claquages musculaires, c'est du même ordre que les tendinites ou les périostites, elle les «gère» avec soit des anti-inflammatoires, soit un bon échauffement, un entraînement ou simplement de la modération. Cela semble faire partie du métier et en tout cas, ne semble pas compromettre sa carrière.

«Ça veut pas dire d'avoir mal tout le temps, c'est de gérer les journées, «est ce que je fais un grand battement ou non?» et puis, de faire les exercices de renforcement en même temps que de stretch...»

Parce que, finalement, Caroline aimerait bien pouvoir tout contrôler, elle revient sans cesse à la gestion et à l'apprentissage. Pour elle, la prévention des blessures c'est avant tout une question d'organisation du travail et de gestion des tâches quotidiennes. «Moi, je pense que la blessure est énormément

liée à l'apprentissage. Comment on perçoit sa propre performance journalière à répondre au travail?» Mais, c'est plus facile à dire qu'à faire et Caroline en convient. «Tout le monde dit ça. Mais, ça veut pas dire qu'on va le faire. On va pas le faire. C'est là, où, c'est de la performance aussi. C'est plus fort que nous là. Des fois, on est pas...»

4. *LES LIGNES DE SUBJECTIVATION: POUVOIR DU CORPS*

- **Endurance**

Avec Caroline, il est plus souvent question d'efforts et de volonté que de plaisir et d'extase, de désir ou de motivation. Qu'il s'agisse de ses années d'apprentissage ou de ses périodes de création chorégraphique, Caroline constate les effets délétères d'un usage du corps, sans conscience. Ce qu'elle nomme des «dysfonctionnements» conduit à une «douleur chronique» par le biais d'une blessure non prise en compte et non résolue, qui de fait revient régulièrement.

«En fait, les deux phases où il faut apprendre à gérer ses blessures et d'où sortent les blessures chroniques c'est: la répétition, à cause de l'usure, parce que finalement, en création, on répète un mouvement peut-être un milliard de fois, peut-être qu'on va même pas garder. Mais, n'empêche qu'on l'a fait un milliard de fois et puis, au bout d'un moment, on regarde la vidéo et puis, on se dit: «Ah c'est marrant, hein, j'utilise toujours l'épaule gauche, la jambe droite, le genou gauche, le sol c'est vers la droite...» Et en fait, on utilise toujours, toujours, la même force au même endroit, la même jambe de support versus la même jambe qui lève...»

La deuxième grosse blessure résulte d'un accident et Caroline, y voyant néanmoins les effets d'un «mega-stress», se l'explique encore assez mal. Dans un cas comme dans l'autre, la souffrance est définitivement reliée à une perte de

contrôle et à un besoin d'aide extérieure, avec pour principal objectif de rétablir la fonction, mais aussi de trouver un sens. L'accident est survenu en pleine représentation et a contraint Caroline à sortir de scène sans que rien ne paraisse, ou presque. Heureusement il s'agissait d'un solo et le public n'y a sans doute vu que du feu. Cette fois-ci, Caroline a su se relever, dans un effort de volonté probablement colossal malgré la rupture des ligaments du genou, heureusement partielle:

«Et là, je me suis dit: lève-toi! Et là, j'ai fini le spectacle, mais vraiment, tout dans les bras, t'es vraiment... Là, t'es *zoom out* quoi... Tu vois le public et tu te dis... T'es comme: plus d'énergie, y a plus rien là... Tu sens que la jambe est en train de faire ça, mais comme m'a expliqué le médecin c'est un peu le même principe que quand tu te pètes le tendon d'Achille, mais au lieu de le péter en bas du tendon, c'était en haut du genou, mais y a pas eu rupture, heureusement, parce que si y avait eu rupture...»

- **Le *body-mind* (le sens)**

Parce qu'elle n'a pas toujours de contrôle sur ses blessures antérieures, Caroline préfère ne pas y penser, oublier et, bien souvent, une douleur va en chasser une autre, le mal se déplacer... «Ça s'est réglé à cause d'autres blessures peut-être...[rit] Ah oui, non, mais déplacer le mal de place, en fait, moi je pense que c'est un peu ça qui...» Son corps et ses symptômes, Caroline s'en inquiète assez peu, tout compte fait. Comme si elle et lui n'avaient pas accès au même registre, celui d'un même sujet. «Le corps, lui, un moment donné, il se gère, hein...»

Caroline fait pourtant référence à une certaine mémoire du corps, un premier lien entre le corps et l'esprit qui garderait une trace de l'événement traumatisant et pourrait se réveiller à n'importe quel moment. Cette empreinte mémorielle devient une menace récurrente, une «faiblesse» chronique, que le

temps ne suffit pas à effacer tant qu'elle n'a pas été identifiée et résolue. Même si il y a «réhabilitation», comme dans le cas du blocage du dos, Caroline pense qu'elle garde comme un mauvais souvenir attaché au geste qui lui est associé, en plus d'une perte de confiance. Le corps se protégerait en se raidissant.

«C'est qu'à chaque fois que je vais refaire le mouvement, premièrement j'ai enregistré, parce qu'il y a la confiance qu'on perd, il y a la mémoire du corps qui s'est gelé à un moment parce qu'il s'est protégé d'une zone à danger puis ça, ça prend du temps, mais moi par exemple j'y pense plus, hein. Je veux dire, ça s'est vraiment réglé, mais ça s'est pas réglé, ça s'est réglé à cause d'autres blessures peut-être...[rit]»

Mais, tout de même, elle n'exclut pas de renoncer à certains mouvements qui réveilleraient la douleur comme le suggérait son ostéopathe et comme elle l'a compris par elle-même. «Ben, aussi, parce que au bout d'un moment aussi, on apprend à plus faire, ce qui fait mal, quand même! Je veux dire: «Faut pas être idiot!»»

Dans le parcours de vie de Caroline, il y a donc les blessures d'usure et les blessures de jeunesse. Plusieurs traits de fracture se dessinent dont, la chute sur le coccyx à l'adolescence, l'absence de sa mère, son immigration et enfin son ambivalence face à la danse, l'usure et l'âge. Même si la première blessure ne l'a jamais empêchée de danser plus de trois mois, elle représente une menace constante d'interruption brutale et constitue, aux yeux de Caroline, une faiblesse chronique et, par extension, une «douleur chronique». Elle n'y voit aucun faux mouvement déclenchant. Plutôt un déséquilibre qui se construit progressivement sur les traces de l'accident initial - la chute sur le verglas- et en fonction d'une certaine «habileté à forcer» le corps, surtout à l'adolescence. Caroline relie cette fragilité chronique à une rupture d'alignement, un problème de structure qui nécessite l'intervention de «quelqu'un d'extérieur». Finalement, pour elle, «avant qu'il y ait la douleur chronique», il y a surtout une sorte de microtraumatisme à «répétition» lié à un mauvais usage du corps, voire

à un surmenage. Elle insiste sur les risques de blessure en lien avec la recherche chorégraphique qui exige souvent la répétition d'un même geste. «À cause de l'usure, parce que finalement, en création, on répète un mouvement peut-être un milliard de fois, peut-être qu'on va même pas garder...»

Mais, s'il y a des blessures liées aux usages du corps, qui obligent à modifier les appuis et contribuent parfois aux déséquilibres ultérieurs, il y a aussi les accidents et les ruptures imprévus. Après toute une série de déchirures musculaires, de claquages de tendons et d'inflammations multiples, Caroline connaît une blessure plus importante, qui l'immobilise et l'invite à se questionner plus profondément.

«Donc, ç'a été la canne, pendant six mois. Ç'a été arrêt complet, là, ça a été rien, là, tu fais rien et t'attends. Ça c'était une grosse, grosse blessure, ça c'était, en 2004..., ouais, sans savoir si j'allais re-danser, parce que c'était pas sûr... Enfin, bref, c'était pas évident parce qu'y avait aussi le ménisque, on savait pas trop, l'attache du genou, donc, ça c'était majeur comme blessure...»

C'était en 2004, lors de la représentation d'un de ses solos, dans une maison de la culture, en banlieue de Montréal. «Sur scène, j'ai fait un mouvement, j'ai mis beaucoup d'énergie, je me suis retrouvée au sol...» Caroline ne s'explique pas comment ça a pu lui arriver, parce qu'elle était en grande forme et elle ne se connaissait pas de fragilité particulière à cet endroit. «C'était surdimensionné, cette blessure par rapport au mouvement que j'avais à faire.» Mais tout était «trop». Il y avait un «mega-stress», ils étaient «super en retard», elle était «hyper fatiguée». Le stress accumulé semble donc être à l'origine de l'accident. Le manque de présence à soi semble pourtant être un facteur de déstabilisation et de confusion non négligeable. Elle se souvient de sa surprise parce qu'elle se croyait totalement en contrôle de sa danse. «Tac! Ça m'a plombée... Mais, justement, je mettais pas trop d'énergie, je contrôlais: Shlak! C'est venu d'un coup, c'est comme, c'est très, très bizarre mais...» Sans

doute, elle ne sentait plus sa fatigue, mais elle se souvient bien qu'elle n'était «pas du tout connectée à ce qui se passait physiquement...» Quand c'est arrivé, son esprit était ailleurs, davantage préoccupé par les états financiers de sa compagnie que par l'exécution des gestes et l'incarnation de sa danse.

«Ben là ça fait partie de ces blessures que le mouvement n'explique pas, donc quand on dit que *body-mind* c'est les deux qui vont ensemble, c'était comme trop d'énergie à la mauvaise place, finalement, cette blessure-là.»

Rien ne pouvait laisser prévoir l'accident, si ce n'est les conditions de travail qu'elle décrit: «On était super en retard dans les éclairages, j'étais hyper fatiguée. Le spectacle commençait à 8 heures, on a fini la technique à 7h et demie», et le stress lié aux conditions de financement: «c'était en pleine période de CINARS¹⁰³, j'attendais un bus de diffuseurs qui n'arrivait pas, on commençait en retard, j'essayais de vendre mon spectacle».

Cette situation amène parfois Caroline à regretter le temps où elle travaillait «pour quelqu'un d'autre». Quand elle pouvait se consacrer entièrement à la performance et à l'écoute de son corps. Parce que, fondamentalement, même si le corps est un outil: «C'est vraiment une relation à deux.» Parce qu'elle serait «complètement débarrassée de ça». De toute cette gestion dont elle est responsable, mais qui lui encombre l'esprit et qui lui incombe depuis qu'elle a créé sa compagnie. C'est tout le stress qui vient avec la gestion d'une compagnie qui sème le doute et génère vraisemblablement l'ambivalence qu'elle me confie hors enregistrement. «C'est vrai que je voulais m'arrêter de danser quand c'est arrivé». Caroline sentait un tel «besoin de ressourcement», qu'elle décide de partir en voyage «sans les indemnités de la

¹⁰³ CINARS est un organisme de services à but non lucratif ayant pour mission de favoriser et soutenir l'exportation des arts de la scène. Ses objectifs principaux sont de promouvoir les créations culturelles du secteur des arts de la scène, favoriser les échanges commerciaux entre les organismes de production et de diffusion, faire de Montréal un pôle d'attraction international pour les arts de la scène.

CSST». C'est là qu'est le *body-mind* peut-être si l'on considère les effets indirects de l'accident et son mode de survenue paradoxal. En effet, la déchirure est survenue au moment où elle était à la fois hyper stressée, à bout de nerfs mais aussi dans un geste où elle avait retrouvé beaucoup d'énergie, peut-être trop. Son état émotionnel inhabituel et déstabilisant lui aurait alors fait perdre le contrôle ou le sens de la mesure, au moment où elle se souvient pourtant d'avoir été en pleine possession de ses moyens et s'être sentie bien. La chute qui s'ensuit et provoque une incapacité physique inéluctable a de quoi surprendre et ne fait qu'accroître le questionnement profond de Caroline sur sa carrière. L'accident et ses conséquences sur le corps dansant de Caroline viennent renforcer un questionnement sous-jacent et l'obligent à prendre du recul pour mieux déterminer de la suite à donner à sa danse.

CONCLUSION

Avant de mettre un terme à cette recherche, il importe de mesurer le chemin parcouru depuis son commencement. La «douleur chronique», observée tout d'abord en contexte d'accompagnement thérapeutique, m'était apparue comme fortement combinée à un sentiment de frustration vis-à-vis de l'employeur, mais aussi de la famille et de l'entourage. J'y voyais alors l'expression possible d'un rapport conflictuel au monde. Mais son inscription dans une représentation mécaniste et duelle du corps en a fait secondairement un marqueur de détresse à la fois sociale et existentielle. L'application du modèle du dispositif de Foucault aux récits de vie s'est alors imposée à moi comme le meilleur moyen de rendre compte d'une situation complexe dans laquelle entraient en jeu autant d'occasions de rapports de force (Foucault dans Agamben, 2007). L'enchevêtrement des lignes qui traversent un symptôme qualifié de « rebelle » m'ont permis dès lors de rendre compte de la multiplicité et de la complexité des dynamiques de pouvoir et des enjeux réunis au sein de l'appellation «douleur chronique». Leur rôle dans la genèse d'une douleur en lien avec les usages du corps restait à démontrer.

En choisissant de privilégier la parole de professionnels que je présentais comme les mieux placés pour en parler, je cherchais à déjouer une tendance qui questionne tout ce qui ne fait pas la preuve de son évidence et le relègue dans le domaine de la psyché. Dans le même temps, je me réjouissais de la légitimité conférée d'emblée aux dires de ces artistes dont la passion laisse peu de doute sur la véracité de la plainte et leur confère une forte crédibilité. Ce faisant, je me suis rapprochée délibérément de la sensation physique et du vécu d'un corps perçu dans ses multiples dimensions plutôt que selon une ligne de partage psychique ou corporelle. Le modèle du dispositif m'aura permis également de sortir d'une vision dichotomique du corps selon une ligne de partage corps-esprit. En resituant la maladie dans une temporalité et une généalogie, ce modèle en fait la résultante

d'un processus à multiples entrées et pourtant toujours singulier. Il offre aussi l'occasion d'élargir le débat et de faire s'y croiser les regards et les énoncés.

Ainsi pour interroger en quoi une dynamique conflictuelle pouvait influencer l'apparition d'une telle catégorie de douleur, j'ai dû me résoudre à questionner les évidences et à confronter tous les *a priori*. Situait mon terrain d'étude de la douleur hors du monde médical, j'ai ainsi souhaité doublement me placer à l'interface entre le monde des arts et celui des sciences et favoriser un regard oblique. Ce décadrage m'aura permis de démontrer la complexité des relations de pouvoir et combien elles dépassent largement le modèle hiérarchique ou duel de la relation médecin-patient, pour s'étendre au monde du travail, aux relations familiales et affectives, au contexte socio-culturel en vigueur.

LE REGARD ÉLOIGNÉ

En adoptant une posture d'écoute qui légitime absolument les dires de la personne qui souffre, j'ai cherché à compléter un tableau qui, à l'heure actuelle, ne rend compte que du point de vue de la «science» médicale. Ce faisant j'adopte un poste d'observation éloigné de celui des sciences «dures» pour mieux le compléter sans l'exclure. J'espère ainsi contribuer à une pratique médicale privée d'accès au sens par trop de contraintes de durée de consultation, d'obligation de résultats et de pratiques basées sur des évidences. Cette posture me permet de conserver un regard critique et auto-réflexif prêt à renverser le pouvoir de chaque énoncé à tout instant, car la force de toute vérité repose, à mon sens, dans sa relativité et dans sa capacité à tolérer la critique.

En recueillant des récits de vie et de «douleur chronique» afin de saisir les éventuels rapports de force ou les points critiques qui aideraient à leur donner un sens, j'en ai fait des discours de vérité au même titre que les discours scientifiques sur la question.

«Il n'y a pas d'exercice du pouvoir sans une certaine économie des discours de vérité fonctionnant dans, à partir de et à travers ce pouvoir. Nous sommes soumis par le pouvoir à la production de la vérité et nous ne pouvons exercer le pouvoir que par la production de la vérité» (Foucault, 1997: 22).

En citant les dires de celles et ceux qui souffrent, tout en me plaçant de leur côté, je donne à leur énoncé valeur de vérité et leur reconnais un pouvoir.

Une fois recueillis les récits de vie, je leur applique le modèle du dispositif puis celui de la machine de guerre de Gilles Deleuze et Félix Guattari, et celui de l'arme du faible de James C. Scott proche de celui de la désobéissance civile. Je choisis donc de multiplier les modèles et les approches pour mieux les combiner par la suite. Parce que si les modèles sont nécessaires à la réflexion, ils peuvent toujours «être confondus avec la réalité, plutôt que de rester seulement un moyen parmi d'autres, d'organiser cette réalité». (Eisenberg, 1977: 18).

Tandis que le modèle du dispositif permet de saisir la complexité du phénomène et sa dimension de système, celui de la machine de guerre est plus à même de rendre compte de la dynamique interne et du pouvoir subversif de la «douleur chronique». Cette dernière ne serait autre qu'une douleur qui perdure même si elle change sensiblement de forme à l'instar des perturbations étudiantes du printemps 2012 au Québec. Elle aussi se manifeste de toutes les façons possibles tant et aussi longtemps qu'elle n'est pas comprise, au sens de prise en compte. Après avoir manifesté pacifiquement en criant de plus en plus fort pour que personne ne les ignore» (*slogan des manifestants*), les mouvements étudiants ont choisi, non seulement de se mettre en grève, mais aussi de frapper là où ça fait mal et de perturber délibérément l'économie. À une époque où le tout économique s'infiltrait dans tous les domaines, les analystes politiques ont bien compris que si les étudiants se sont levés et ont donné le signal de la révolte, c'est parce qu'ils étaient les premiers visés par une mesure budgétaire jugée injuste et inacceptable. Ici aussi, l'adoption de mesures légales visant à imposer la loi du silence, en limitant le droit d'expression et de réunion pour mieux forcer le retour en classe et briser le mouvement de révolte, ne font que l'amplifier. La désobéissance vis-à-

vis d'une loi jugée abusive, la loi 78, étend alors le mouvement à la société toute entière. Le bruit des casseroles prend le relais des slogans. Parents et enfants descendent dans la rue, ensemble, pour contester la légitimité de la répression et réclamer le droit à l'éducation, mais aussi à la santé. Désormais la grève étudiante se transforme en lutte populaire parce qu' «Assez, c'est assez!».

Le modèle démocratique d'interprétation politique d'un corps en santé ou en souffrance permet aisément de saisir la dimension plus systémique d'une maladie ou d'un symptôme, surtout s'ils sont qualifiés de «chronique». Cette analogie avec le fonctionnement d'un État permet de mieux comprendre en quoi la santé d'une partie du corps affecte le reste de l'organisme en même temps qu'elle en dépend. De la même façon, le modèle de la cité, appliqué aux états corporels, et en particulier à la «douleur chronique», en permet une lecture métaphorique. Elle permet d'entrevoir en quoi la maladie peut résulter des dynamiques de pouvoir en question au coeur du sujet et du corps humain. L'état de santé du corps humain y serait le reflet de celui d'une société démocratique, où le peuple se sentirait souverain parce que pleinement représenté par un gouvernement soucieux du bien commun.

Les systèmes médicaux dits holistiques comme la médecine chinoise, tibétaine ou ayurvédique proposent eux aussi, une vision du corps dans son entièreté et une conception de la santé comme d'un état d'équilibre en renouvellement perpétuel. Elles tiennent compte de l'entrecroisement de toutes les lignes d'influence et d'exercice du pouvoir, de nature émotionnelle, environnementale ou métabolique. Elles appuient leur démarche sur la réversibilité des situations. Le modèle de représentation de la médecine chinoise, fortement influencée par la philosophie taoïste, considère le corps humain davantage encore comme un paysage avec des vallées, des montagnes et des rivières et une relation directe à l'environnement (Benoist et Cathebras, 1993). La maladie n'y est autre que l'expression d'une zone de souffrance non élucidée (Kar Fung Wu, notes de cours, 2002). Ce point de vue témoigne de l'importance

accordée à l'observation de processus connexes qui aboutissent à des accidents, témoins de zones de souffrance ou de turbulence, de manques ou d'excès. Le rôle du thérapeute consiste à y prendre en compte la configuration d'ensemble et à rechercher les éléments favorables au dénouement des crises. Il y est d'ailleurs perçu comme celui d'un éveilleur de conscience, de quelqu'un qui est capable de stimuler les forces de guérison, de celui ou celle qui souffre et qui détient pourtant toutes les réponses sans savoir pour autant comment y accéder. «Le propre de la stratégie chinoise selon les anciens traités est de prendre appui sur le potentiel inscrit dans la situation pour se laisser porter par lui au cours de son évolution» (Jullien, 1996: 32). Le rôle du thérapeute y est davantage celui d'un conseiller voire d'un facilitateur de guérison plutôt que d'un juge ou d'un censeur. «Caring begins with accepting the phenomenal reality of the patient's suffering, including it's moral significance to the patient and others» (Kirmayer, 1988: 82).¹⁰⁴

Au-delà du modèle qui juxtapose corps physique, corps social et corps politique (Scheper-Hugues and Lock, 1987; Lock, 2001), le modèle systémique suggéré par l'ajout de lignes de subjectivation au modèle du dispositif de Foucault rend compte aussi du pouvoir que chacun et chacune d'entre nous exerce sur son corps et son état de santé. «J'peux plus rien faire, mais qu'est ce que j'peux faire?» demande Patricia, prête à tout pour se remettre d'aplomb, après avoir terminé sa carrière en beauté.

J'espère avoir ainsi démontré comment se rejouent les dynamiques de pouvoir au sein même du sujet et combien le mode de représentation du corps et de lecture des symptômes occupe une place cruciale dans la résolution de la crise dont témoigne la «douleur chronique».

¹⁰⁴ «Le soin commence par l'acceptation de la réalité phénoménologique de la souffrance du patient, ainsi que le sens que lui donne le patient et les autres.»

LES ÉVIDENCES

En abordant la problématique de la «douleur chronique» et de ses mécanismes au creux du sujet en termes de vécu et de ressenti, j'ai voulu donner corps à ce que la médecine disqualifie le plus souvent de «subjectif». L'injonction de baser sa pratique sur des évidences convie en effet la plupart des médecins à soumettre à caution tout ce qui est du domaine de l'invisible ou de l'impalpable, et *a fortiori* une douleur trop longtemps négligée. Pourtant, c'est en suivant les trajectoires personnelles, interpersonnelles et contextuelles qui mènent à une douleur «pas comme les autres» que j'ai mis le doigt sur un premier paradoxe: la guérison!

La guérison intervient en effet à six reprises dans le récit d'une douleur, réputée incurable dès lors qu'elle se mérite l'appellation de chronique. La douleur décrite répond pourtant aux critères du Sous-comité de Taxonomie de l'Association pour l'étude de la Douleur, «une sensation désagréable et une expérience émotive associée à un dommage tissulaire actuel ou potentiel ou décrit comme tels (1979: 249)» (Jackson 2005: 337).

Toutes celles qui ont guéri se sont appuyées sur leur connaissance intrinsèque du corps et leur ressenti, très peu sur le savoir médical et surtout pas sur les «anti-douleur». Mais aussi, elles ont fondé leur espoir dans la guérison. D'ailleurs, elles se sont presque toutes situées d'emblée à distance d'un monde médical qu'elles ne semblent pas tenir en grande estime, à tort ou à raison, là n'est pas ma question. Reste à déterminer si en restant à l'écart de la médecine et de ses prescriptions, les danseurs et danseuses n'ont pas créé les conditions de la chronicité autrement. Quoi qu'il en soit, il s'avère que tout au long de cette recherche, il m'aura fallu questionner les évidences. Celle qui relève du régime de vérité qui catégorise une douleur en «douleur chronique» en est une de taille, celle qui valorise l'endurance en est une autre.

- **La catégorisation**

Au terme de cette analyse force m'est de constater que les dires du sujet dansant et ceux du corps savant divergent. Un décalage dans le temps s'opère. Quand les uns prennent la douleur pour argent comptant, les autres manquent de ressources et réciproquement. À la longue les médecins finissent par cataloguer une douleur à laquelle ils ne comprennent plus rien et ce faisant, renoncent à être soignants.

Après avoir questionné la validité de ces énoncés, j'ai pu constater leurs effets pervers puisqu'ils placent de fait les patients hors du champ de la thérapeutique en qualifiant le symptôme de «rebelle au traitement» ou de «chronique». C'est ainsi qu'ils les marginalisent, les excluent du monde du travail, les soupçonnent de simuler les symptômes et les privent même de tout espoir de guérison. Si une composante aussi essentielle qu'évidente de la guérison est bien d'y croire, la catégorisation d'une douleur en «douleur chronique» semble tout à fait contre-productive. Elle suffit à elle seule à justifier que bien des personnes s'installent dans un état de fait ou soient suspectées de tirer profit d'une condition faussement jugée irréversible.

«It is the fundamental experiences of agency and accident, and their moral consequences, that must be addressed if medical practice is to respond sensitively to the emotional needs of patients and the social implications of distress» (Kirmayer, 1988: 58).¹⁰⁵

À ce propos, il est bien important de différencier les douleurs qui disparaissent secondairement, comme par enchantement, une fois les conditions de la guérison réunies, et qui ne méritent pas davantage la catégorisation en «douleur chronique». Il s'agit là, vraisemblablement, de douleurs résiduelles, à comprendre comme de mauvaises habitudes d'interprétation ou d'exacerbation de sensations reliées à une zone vécue comme «à problème» pendant trop longtemps.

¹⁰⁵ «C'est à l'expérience fondamentale entre choix conscient et accident et à leurs conséquences morales que la pratique médicale devrait s'intéresser si elle veut pouvoir répondre de façon sensible au besoin émotionnels des patients et aux implications sociales de la détresse.»

Elles s'effacent au moment opportun, une fois le travail de réparation et de reconstruction finalisé. Telle que la décrivent Denyse et Patricia, la disparition subite de ces douleurs ressemble davantage à une «épiphanie», une prise de conscience tellement forte et subite qu'il n'y a plus de problème, qu'elle laisse croire à un effet de la volonté. Cette expérience survient pourtant quand le symptôme n'a plus lieu d'être, mais continue d'exister par la force de l'habitude voire selon une boucle réflexe. Ces douleurs n'ont plus alors de substrat anatomique et peuvent à raison être qualifiées de douleurs sans objet, contrairement aux douleurs originelles qui signalaient, dans les cas à l'étude, des troubles musculo- squelettiques sous-jacents.

En effet, une approche généalogique des faits m'a permis de rassembler des données suffisantes pour oser affirmer qu'il n'y a pas de différence de nature ni de sens entre douleur aiguë et «douleur chronique». Je rejoins en cela le modèle du Dr Jovey (2008). Ainsi, cette nouvelle catégorie de maladie, «douleur chronique», disparaît dès lors que l'on sort de l'espace qui lui est habituellement réservé dans le monde médical. Une approche généalogique des récits de douleur permet de révéler combien la douleur qualifiée de «chronique» s'inscrit dans une temporalité directement reliée à une ou des douleurs aiguës. Certes, ces douleurs sont parfois anciennes et enfouies dans la mémoire ou d'autres fois, quotidiennes et à répétition. Mais, les six cas de guérison confirmée tendent à démontrer qu'une «douleur chronique» n'est jamais qu'une douleur aiguë, qui avec le temps se complique ou s'aggrave. Les mécanismes d'installation sont multiples car tantôt le corps se déforme en cherchant à contourner le problème, tantôt le verdict médical sème la confusion et induit une dépendance aux médicaments ou une défiance en retour. Dans tous les cas, la rébellion, associée à cette douleur qui persiste au-delà des normes acceptables, s'est avérée justifiée et a fini par prouver sa raison d'être. Ce caractère rebelle va d'ailleurs souvent de pair avec la capacité à endurer la douleur.

Ainsi la catégorisation arbitraire de ces douleurs incomprises vient grossir le nombre des «laissé pour compte». Ces derniers n'ont bien souvent pas d'autre choix que de se taire et de supprimer docilement le symptôme en suivant le conseil des experts, tout en s'efforçant de redevenir «fonctionnels» et donc productifs. Se faisant, le problème s'aggrave tant pour le sujet que pour la société tout entière en grossissant les coûts si pas le nombre d'exclus. Alors que la force de travail devait être source d'enrichissement dans un monde idéal où les richesses seraient redistribuées, voici que la mécanisation à outrance des chaînes de travail est venue réformer le modèle de production et les critères d'inclusion dans le monde du travail. Tandis que le monde du travail s'aligne sur les performances de la machine, il semble que le monde médical fait de même en déshumanisant son regard et sa pratique. Il sert ainsi, sans forcément s'en rendre compte, le monde de la politique qui cherche à asseoir son contrôle avec davantage de certitude. Et si les patients disaient vrai et que la «douleur chronique» n'était jamais qu'une douleur aiguë qui persiste faute d'être entendue comme il convient? Et si cette insistance, bientôt devenue empêchement, obstacle ou résistance témoignait plutôt des limites d'un système orienté exclusivement vers la rentabilité et l'obtention de résultats à tout prix et aux dépens d'un corps perçu comme une machine plutôt qu'un corps humain?

L'ensemble de mon travail, en venant questionner la légitimité de cette catégorisation arbitraire vient apporter des éléments de réponse, un nouveau cadre de réflexion et je l'espère, un nouveau regard sur la question. La « douleur chronique » y serait en définitive une invitation à multiplier les points de vue, à réintroduire de la chair et du sens dans les dires des patients, ici et maintenant, sans crainte de ne rien y comprendre *a priori* et plein d'espoir qu'avec le temps, l'énigme se dénoue. Il serait désormais possible d'entrevoir de multiples solutions et sources d'apaisement.

- **L'endurance**

Les récits de «douleur chronique» introduisent une temporalité qui met l'accent sur un déficit, un manque à combler. Les énoncés recueillis révèlent en effet davantage un non-respect des besoins élémentaires du corps-sujet, de se reposer, de se ressourcer à intervalles réguliers, de prendre son temps. Un souci excessif de «performer» en amène également plus d'un à transgresser ses limites corporelles. La valeur accordée aux qualités d'endurance, que ce soit dans le monde de la danse ou dans le monde du travail et *a fortiori* dans l'inconscient collectif québécois, va à l'encontre d'une prise en charge précoce de la douleur (Massé, 1999). Les lois du silence et de l'invisibilité, combinées aux enjeux financiers et de carrière viennent renforcer une qualité d'endurance qui honore les interprètes, mais qui, simultanément, crée les conditions de la chronicité en même temps qu'elle s'oppose à la guérison.

Pourtant, les théories comportementales qui prévalent actuellement dans le monde de la recherche en santé et sécurité au travail tendent à renforcer l'endurance ou à minimiser arbitrairement la douleur perçue. Elles privilégient le retour au travail sans égard à l'intensité de la douleur. En banalisant le symptôme, les experts en rééducation se fixent ainsi un objectif de productivité plutôt que de soin. En forçant le retour au travail, quelle que soit la douleur, ils négligent alors sa valeur de repère et son sens de signal d'alarme. La cure vise alors la remise au travail d'un corps meurtri, faute d'en saisir la demande, et selon un *a priori* non vérifié, que la «douleur chronique», celle qui dure depuis plus de six mois sans relâche, appartient à une catégorie à part.

Ainsi, donc, le comportement de déni inscrit, autant dans le milieu de travail que dans la société environnante et dans le monde médical, renforce le risque de chronicité. De même, les usages d'un corps, perçu davantage comme un objet perfectible et malléable, soumis à la force de la bonne volonté aussi bien par

le sujet dansant que par l'employeur ou le thérapeute l'exposent davantage aux blessures d'usure et aux accidents.

S'agissant de cultures de métier, au sens de pli ou de déformation professionnelle, celle de la danse et de la médecine se valent à bien des égards quand elles visent la productivité et la fonctionnalité des corps et des sujets. Ces «cultures» reposent elles-mêmes sur des paradigmes sociétaux d'ordre économique. Il est question désormais de «capital santé», d'investir dans les soins corporels non remboursés et de gérer le stress. Le manque de considération et de soin va alors de pair avec une telle représentation d'un corps-machine. Le corps y est volontiers comparé à une voiture qui devrait battre des records de vitesse, à moins qu'elle ne tombe en panne. Les récits des danseurs rendent compte de modes de représentation du corps qui en font peu de cas jusqu'à ce que la douleur les force en quelque sorte à changer de vision et d'état d'esprit à son égard. Denyse est de celles qui révèlent le mieux le paradoxe de l'endurance à la douleur sans lien avec le degré de sensibilité. Elle témoigne à cet égard de la confusion qui règne au chapitre de l'interprétation d'un comportement idéal face à la douleur. Ainsi une grande sensibilité est plutôt un facteur favorable à l'acquisition de connaissances intrinsèques. Or elle n'exclut nullement une grande capacité de tolérance à la douleur, au contraire.

- **Les savoirs**

Celles qui ont guéri malgré une endurance hors du commun démontrent une connaissance subtile du corps et un souci du corps proche d'un souci de soi (Foucault, 2001). Denyse insiste sur la répartition adéquate du poids du corps pour protéger la zone blessée. Lola et Jeanne décrivent leur façon de s'élancer et d'initier le mouvement. Sylvie nous alerte sur l'effet perturbateur et parfois dévastateur des émotions sur le travail corporel. Toutes témoignent d'une transformation des usages de leur corps et surtout d'une relation au corps plus

harmonieuse. Pour Jeanne, le corps devient son outil de vie. Denyse et Patricia parlent d'une épreuve à traverser qui exige une grande remise en question, Lola aussi. Caroline évoque tout de même son ambivalence face à son métier et comment cela aurait pu jouer dans la survenue de l'accident.

En déplaçant le champ thérapeutique, de la médecine vers des thérapies corporelles diverses et en renonçant catégoriquement aux «anti-douleur», les danseuses guéries tracent également les lignes d'un dispositif selon lequel circulent des savoirs enfouis, des savoirs locaux, des savoirs anciens. Les témoignages de guérison ramènent en effet à l'avant-plan le savoir intuitif de Sydenham et la théorie des humeurs ré-actualisée dans celle du «corps pensant» (Barral, 2008). Cette théorie place en effet les hormones au rang de transmetteur de la sensation douloureuse à la conscience et conteste tous les modèles de transmission selon un modèle cérébro-centré.

La guérison s'appuie certes sur une connaissance intrinsèque du corps, mais aussi sur des savoirs universels, qui valorisent le ressenti, et en particulier la douleur, qui conserve ainsi toute son utilité. Sa valeur de signal reste essentielle, en termes de préservation et de limitation des dégâts, quelle que soit sa durée. «Ben, aussi, parce que au bout d'un moment aussi, on apprend à plus faire, ce qui fait mal, quand même! Je veux dire: «Faut pas être idiot!»» (Caroline).

Les danseurs et les danseuses semblent donc munies du pouvoir critique de celles et ceux qui possèdent des savoirs enfouis, des savoirs universels, mais «assujettis», qui viennent confronter le pouvoir en place, celui de la science.

«Par «savoirs assujettis», j'entends également toute une série de savoirs qui se trouvent disqualifiés comme savoirs non conceptuels, comme savoirs insuffisamment élaborés: savoirs naïfs, savoirs hiérarchiquement inférieurs, savoirs en dessous du niveau de la connaissance ou de la scientificité requises. Et c'est par la réapparition de ces savoirs d'en dessous, de ces savoirs non qualifiés, de ces savoirs disqualifiés même, c'est par la réapparition de ces savoirs: celui du psychiatrisé, celui du malade, celui de l'infirmier, celui du médecin, mais parallèle et marginal par rapport au savoir médical, le savoir du délinquant, etc.- ce savoir que j'appellerais, si vous le voulez, le «savoir des gens» (et qui n'est pas du tout un savoir

commun, un bon sens, mais au contraire, un savoir particulier, un savoir local, régional, un savoir différentiel, incapable d'unanimité et qui ne doit sa force qu'au tranchant qu'il oppose à tous ceux qui l'entourent) - c'est par la réapparition de ces savoirs locaux des gens, de ces savoirs disqualifiés que s'est faite la critique» (Foucault, 1997: 9).

Toutes se sont appuyées sur leur ressenti pour guider leur démarche thérapeutique et leur réorientation de carrière, passant d'interprète et chorégraphe à interprète solo ou seulement chorégraphe ou encore en choisissant de se consacrer à la défense et à la protection des danseurs. Toutes ont développé des trésors de créativité et d'inventivité pour continuer, mais aussi pour guérir. Je crois pouvoir affirmer ainsi que c'est par la force de l'art, au sens où l'entend Henri Barras comme étant « du domaine de la sensation, des choses ressenties », que les interprètes ont pu mettre à profit leur connaissance du corps et de ses lois au service de la guérison (Barras, 2007).

LE CORPS

- **Le corps et la douleur**

Je n'ai pas souhaité aborder ici la question du pouvoir sous un angle duel qui opposerait les savoirs experts aux savoirs profanes mais bien plutôt révéler les rouages d'un mécanisme qui rend efficaces ou non les injonctions et les méthodes d'assujettissement du comportement et des usages du corps. J'ai ainsi pu vérifier le double sens des relations de pouvoir et comment le biopouvoir ne peut s'exercer qu'avec la participation implicite de chacun et chacune d'entre nous. Combien il est essentiel d'interroger les relations de pouvoir que chacun et chacune d'entre nous, exerce sur soi-même et sur les autres, qu'il s'agisse de son entourage proche ou de n'importe qui d'autre.

«Car, nous sommes tous non seulement la cible d'un pouvoir, mais aussi le relais, ou le point d'où émane un certain pouvoir! Ce qu'il y a à découvrir en nous, ce n'est pas ce qui est aliéné, ou ce qui est inconscient, ce sont ces

petites valves, ces petits relais, ces minuscules engrenages, ces microscopiques synapses par lesquelles le pouvoir passe et se trouve reconduit par lui-même» (Foucault dans Droit, 2004: 129).

En m'intéressant aux usages d'un corps perçu avant tout comme un outil de travail, j'ai souhaité révéler les points d'ancrage corporels des rapports de force et leur effet d'accumulation dans le temps. En mettant par la suite les récits de vie et de douleur côte à côte, force m'a été de constater les «plis» d'ordre socio-culturel dans lesquels s'inscrivent les symptômes subjectifs comme les douleurs en lien avec les usages du corps. J'ai ainsi découvert le caractère irrecevable, tant par le sujet lui-même que par le milieu professionnel, de cette douleur «pas comme les autres». J'ai pu constater en particulier comment la loi de la productivité contribue à minimiser les sensations. Comment elle encourage la fuite en avant. Comment elle ne fait ainsi qu'aggraver une situation qui exigerait précisément de s'arrêter pour faire un état des lieux et une mise à plat des usages adéquats du corps. Le monde médical et le monde du travail semblent avoir adopté à cet égard les mêmes exigences de rentabilité au détriment de celui ou celle qui souffre et qui serait en droit d'attendre du premier qu'il plaide en sa faveur auprès du second.

Mais lorsqu'il s'agit de travailleurs autonomes comme le sont devenues plusieurs danseuses, les dynamiques de pouvoir en question sont devenues intrinsèques et se calquent souvent sur le modèle hiérarchique du chorégraphe avec l'interprète qui doit se mettre corps et âme au service de l'art (Fortin, 2009). Caroline en est un bel exemple puisqu'elle décrit combien elle se met plus à risque et subit davantage de pression depuis qu'elle n'est plus salariée d'une grande compagnie. Patricia révèle combien sa passion et sa générosité ont eu raison de sa carrière d'interprète pourtant très appréciée. Sylvie, quant à elle, nous donne une grande leçon de sagesse et un sujet de réflexion quant aux ambiances de travail à risque de blessures. Sa parole éclaire particulièrement l'effet perturbateur des émotions sur la performance physique et rend compte d'un corps, pas seulement machine ou outil de travail, mais aussi d'un corps sensible.

- **Le corps et le pouvoir**

En suivant les lignes selon lesquelles s'exerce le pouvoir que nous avons dans le corps pour mieux saisir le sens du phénomène «douleur chronique», j'ai pu constater comment la résolution du conflit participe de la guérison. Une étude approfondie des tenants et des aboutissants de cette douleur, perçue tout d'abord comme un signe de rébellion, révèle combien elle vient confronter chacun et chacune dans ses croyances et dans ses valeurs les plus fondamentales. Les limites imposées aux usages du corps et à l'exercice de leur art créent les conditions d'une crise profonde. Sa résolution et la guérison ne peuvent advenir qu'au prix d'une bascule du même ordre, donc d'un renversement des forces en présence. Ainsi, un des pouvoirs que nous avons dans le corps est celui de la guérison.

En concentrant mon attention sur les effets de la «douleur chronique» sur les usages du corps, je souhaitais plus particulièrement mettre au travail le principe énoncé par Michel Foucault selon lequel «nous avons tous de pouvoir dans le corps» (1997: 27). Cette petite phrase suggère que le pouvoir s'applique au corps afin de rendre le sujet docile, mais aussi que le corps détient les rênes du pouvoir et, par là même, qu'il l'exerce, soit en se soumettant à l'autorité, soit en s'inscrivant dans la chronicité, ou encore en trouvant le chemin de la guérison. Ainsi, en examinant de plus près les lignes de subjectivation, selon lesquelles le pouvoir s'insinue dans le corps du sujet, j'ai pu vérifier comment chacun et chacune exercent à leur tour le pouvoir selon un modèle dominant-dominé jusqu'à ce que s'opère la bascule, décrite en termes de réconciliation, de dialogue et de négociation, de guérison en somme. À ce moment crucial, le centre de gravité du pouvoir se situe au cœur du sujet, comme le geste dont parle Jeanne et qui permet le retour à l'équilibre et au juste milieu. «J'allais pas pour faire trop, trop, trop, tout le temps, j'allais au coeur du mouvement, c'est toujours le Coeur et puis le chemin» (Jeanne).

À l'instar de Michel Foucault, j'ai tenté de m'intéresser aux effets du pouvoir du point de vue de l'extrémité par laquelle il s'exprime. C'est pourquoi j'ai mis le corps et son pouvoir au cœur du phénomène «douleur chronique». Cette façon de regarder permet de sortir de l'impasse des relations basées sur le modèle de la domination et de les regarder sous l'angle des méthodes d'assujettissement qui visent à soumettre le corps du sujet à l'autorité pour identifier comment et par où elles passent pour être efficaces. Mais, si le corps se soumet plus souvent qu'il ne se révolte, il est aussi le siège de luttes «intestines» et de conflits de tous ordres. S'il y a du pouvoir dans le corps, ce pouvoir s'exerce sur soi ou sur l'autre pour le meilleur et pour le pire.

- **Le corps et ses usages**

Les étapes de la guérison comprennent inéluctablement un arrêt des activités, nécessaire et suffisant, pour permettre de dégager les forces en présence de façon à les réorganiser. Parce que la «douleur chronique» correspond le plus souvent à une crise profonde du sujet, sa guérison nécessite la transformation du point de vue sur le corps qui devient plutôt un égal qu'un subalterne, que ce soit au service de l'art ou de l'esprit. La guérison nécessite de reconsidérer ses motivations, de questionner ses centres d'intérêt et plus subtilement ses intentions et le sens à donner à ses faits et gestes. C'est bien souvent l'arrêt forcé qui signe le début du processus de guérison. Qu'il soit choisi volontairement ou imposé par les circonstances, l'arrêt procède du renversement des forces au sens où tous les usages professionnels du corps sont suspendus. Le sujet est alors livré à lui-même et aux effets de la douleur en dehors de tout contexte professionnel. C'est alors le temps de la confrontation avec ses priorités et avec sa dépendance vis-à-vis d'un corps qui ne répond plus aux commandes habituelles. C'est le temps d'une prise de conscience et «d'une grande transformation» (Lola). Le sujet exerce alors son pouvoir de guérison selon une ligne de fracture en transformant un arrêt de travail,

souvent vécu comme obligé, en opportunité de repenser les usages de son corps et sa gestuelle. La guérison procède d'une bascule et s'organise aussi selon un dispositif inverse de celui selon lequel s'est construite la «douleur chronique». Elle exige de repenser les usages de son corps en même temps que ses conditions de travail et la qualité de ses relations professionnelles et thérapeutiques, parce que «même au sein de la définition de la maladie comme une pathologie reliée à un organe, la maladie n'est pas une entité à part entière mais un concept relationnel.» (Eisenberg, 1977: 18).

CORPS POUVOIR ET DOULEUR CHRONIQUE

La «douleur chronique» signale donc un problème en lien avec les usages du corps et, avec le temps, mène à l'immobilisation. Elle fait ainsi office de grain de sable, dans la machine économique comme dans la machine physique. Elle vient empêcher de faire comme si de rien n'était et même si l'institution médicale tend à vouloir la réduire au silence, le problème sous-jacent continue son œuvre d'obstruction. La «douleur chronique» s'accompagne alors d'une immobilisation forcée et d'un arrêt des activités avec ou sans indemnités de salaire. Pour les danseurs et les danseuses c'est comme un arrêt de mort. C'est pourquoi ils se qualifient d'autant mieux pour débiter un travail en profondeur et une remise en question des usages du corps et de leurs orientations professionnelles.

Ainsi la douleur apparaît sous un jour extrêmement porteur de sens et protecteur en ce qu'elle finit par empêcher littéralement le corps de se blesser davantage. Si elle devient chronique c'est soit à force d'endurance, soit par manque de considération de la part du sujet ou de son entourage professionnel ou médical. Les plus sensibles d'entre nous y sont sans doute plus exposés, à moins de disposer des mêmes ressources que les danseurs et danseuses qui connaissent tellement bien leur corps. Ainsi ce corps de métier frontalier entre les arts et les

travaux réputés «lourds» est sans doute le mieux placé pour nous montrer le chemin de la guérison des «douleurs chroniques». L'essentiel serait de s'appuyer sur une écoute du corps, un *fine tuning*, et un profond respect de ses limites. Toutes les lésions auxquelles les interprètes font allusion sont d'ordre musculo-squelettique et outre le traitement dont elles ont fait l'objet, je pense pouvoir appliquer les résultats de cette recherche à toutes les douleurs en lien avec les usages du corps. Quels que soient les corps de métier, le corps y est soumis inéluctablement à des rapports de forces similaires, d'ordre émotionnel et existentiel aussi bien que professionnel et thérapeutique. Les qualités d'endurance retrouvées au travers de tous les récits me permettent également de suggérer que les données s'appliquent indifféremment à toutes les professions y compris celles qui réclament une grande résistance à l'effort physique, comme le métier de manutentionnaire, conducteur de poids lourd ou d'autobus. De la même façon, ces données s'appliquent aux postes plus sédentaires mais tout aussi exposés au stress et aux mauvaises conditions de travail, y compris d'ordre ergonomique.

La «douleur chronique» souligne l'inadéquation de notre mode de représentation du corps, selon les modèles mécaniste ou duel opposant le corps à l'esprit, le visible à l'invisible, le sensible au rationnel et l'endurance à la douleur. Les différents cas de guérison plaident davantage pour une solution négociée qui allie connaissance intrinsèque du corps et de son ressenti autant que de ses lois. Mais ils font aussi appel à une réforme structurelle qui place le corps au centre des débats et du choix de ses usages. Même si chaque cas de guérison est singulier, toutes font appel avant tout à des thérapies qui situent définitivement le centre de gravité de la guérison dans le corps, de la physiothérapie à l'ostéopathie en passant par l'ergothérapie et le *pilates*. Le corps humain est le lieu-charnière à travers lequel s'exercent les relations de pouvoir et de savoir visant à l'assujettir. Mais il est aussi, de fait, celui d'où peuvent s'initier les révolutions et les renversements de régimes. Il est à la fois le lieu de la résistance et le lieu du désir, le lieu par où ça passe et où ça se passe. Autant dire que ces cas de guérison

situent le sujet au cœur des dynamiques décisionnelles et donnent à la «douleur chronique» valeur de dispositif révélateur d'une crise d'un sujet confronté à ses limites. La «douleur chronique» exige donc d'échanger un regard incisif, séparateur et scrutateur (Foucault, 1972) pour un regard englobant, myope voire aveugle, non jugeant et à l'écoute, garant d'une conduite thérapeutique intuitive.

Ramené au plan sociétal, le phénomène «douleur chronique» semble désigner lui aussi les limites d'un système basé sur une productivité à tous crins de plus en plus friand de nouvelles technologies et calqué sur celui du rouleau compresseur et de l'exclusion. L'autorité et la raison n'y peuvent rien sans une ouverture d'esprit à l'Autre, cet inconnu, avec sa part invisible, impalpable, sensible. La «douleur chronique» en appelle d'une sortie de crise et d'une profonde mutation de nos modes de représentation du corps et de ce qui fait sens. Parce que «si les civilisations se sont certes forgées dans le conflit, l'affrontement, la rivalité» elle l'ont fait «aussi dans l'échange, le contact, l'interaction, le besoin que les cultures avaient les unes des autres» (Chamoiseau, 2012).

Ainsi, une vision plus large de la réalité, tant dans le milieu de travail que dans le monde médical ou même dans l'entourage permet d'envisager plus sereinement une interruption des activités en lien avec la douleur ou même une réorientation de carrière. Rien ne sert de vouloir à tout prix rester ou revenir à la même place et au même poste. Ainsi à la lueur de ces récits de vie et de douleur, mais aussi de guérison, il apparaîtrait tout à fait raisonnable d'accorder plus de crédit aux dires de celui, ou celle qui souffre. La douleur, quelle qu'elle soit, devrait conserver sa valeur de signal d'alarme et sa fonction d'appel au changement. Si une approche généalogique de la douleur permet d'en révéler les racines souvent profondes et anciennes, une écoute attentive de la plainte rend compte à son tour de la multiplicité des enjeux et de la complexité des dynamiques de pouvoir sous-jacentes. Ainsi une prise en charge précoce, de la douleur en lien avec les usages du corps devrait suffire à éliminer les douleurs résiduelles sans objet et toute catégorisation chronique. Enfin, en matière de

prévention, il va de soi que de saines conditions de travail tant sur le plan matériel que relationnel réduisent considérablement le risque de blessures. Mais ce qui découle de cette recherche, c'est avant tout la nécessité de faire confiance à l'Autre et en son savoir intrinsèque, mais aussi dans le pouvoir de guérison qu'il a dans le corps.

RÉFÉRENCES

Agamben G., Qu'est-ce qu'un dispositif ?, Petite bibliothèque Rivage, 2007.

Aldrich S. and Eccleston C., «Making sense of everyday pain», *Social Science & Medicine*, vol.50, 2000, p.1631-1641.

Allué M., «La douleur en direct», *Anthropologie et Sociétés*, vol. 23, n° 2, 1999, p.117-137.

Andrieu B., *Le corps dispersé. Une histoire du corps au XXème siècle*, éd. L'harmattan, 1993.

Andrieu B., *Médecin de son corps*, éd. Presses Universitaires de France, 1999.

Andrieu B., *La nouvelle philosophie du corps*, Collection «Réponses philosophiques», éd. Erès, 2002.

Andrieu B., «Entretien avec David Le Breton», *Corps*, vol.1, No2, 2007, p.5-8.

Armstrong D., «Political anatomy of the body. Medical knowledge in Britain in the twentieth century», Cambridge University Press, 1983.

Artaud A., *Le théâtre et son double*, éd. Gallimard, Paris, 1964.

Baril R. et al., TMS, l'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail, rapport R 544, IRSST, 2008.

Barral W., *Le corps de l'enfant est le langage de l'histoire de ses parents*, éd. Payot, 2008.

Barras H., *De l'art cuit à l'art cru, aux sources de la création*, éd. Liber, coll. «Les Impatients», 2007.

- Bastin C., «La plainte du corps», *Revue Danser*, mars 2010.
- Baszanger I., «Émergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur», *Revue française de sociologie*, vol. 31, No 2, 1990, p.257- 282.
- Baszanger I., «Pain: its experience and treatments», *Social Science and Medicine*, vol.29, No3, 1989, p.425-434.
- Bates M. S., Rankin-Hill L. and Sanchez- Ayendez M., «The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness», *Soc. Sci. Med.* Vol. 45, No. 9, 1997, p.1433-1447.
- Bateson G., *La nature et la pensée*, éd. du Seuil, Paris, 1984.
- Baude Ch. et Pittie S., «La dimension sociale de la douleur chronique. Évaluation par un questionnaire spécifique», *Doul. et Analg.* 4, 2004, p.179-182.
- Becker B., «Narratives of pain in later life and conventions of storytelling», *Journal of aging studies*, vol.13, No1, 1999, p.73-87.
- Benasayag M. et Del Rey A., *Éloge du conflit*, éd. La Découverte, Paris, 2007, 2012.
- Benoist J. et Cathebras P., «Conceptions et représentations du corps», *Les classiques des sciences sociales*, <http://classiques.uqac.ca/>, 1993
- Berthelot J-M., «Du corps comme opérateur discursif ou les apories d'une sociologie du corps», *Sociologie et sociétés*, vol. 24, No 1, 1992, p. 11-18.
- Bibeau G., «Repères pour une approche anthropologique en psychiatrie», *Regards anthropologiques en psychiatrie. Anthropological Perspectives in Psychiatry*, pp. 7-13. Un ouvrage sous la direction d'Ellen Corin, Suzanne Lamarre, Pierre Migneault et Michel Tousignant. Québec: Les Éditions du GIRAME, département d'anthropologie, Université Laval, 1987, 277 pp. [Groupe de recherche interuniversitaire en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie.]

- Bibeau G., «Tropismes québécois, Je me souviens dans l'oubli», *Anthropologies et sociétés*, vol.19, No3, 1995, p.151-198.
- Bibeau G. et Corin E., «Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale», un article publié dans l'ouvrage sous la direction de François Trudel, Paul Charest et Yvan Breton, «La construction de l'anthropologie québécoise». Mélanges offerts à Marc-Adélarde Tremblay, chapitre 9, pp. 105-148. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 1995.
- Bibeau G., «Théâtres du corps», *Altérités*, vol.6, No1, 2009, p.9-16.
- Blacking J., «Towards an anthropology of the body», in *The anthropology of the body*, London, Academic Press, 1977, p.1-25.
- Boisseau R., «Louise Lecavalier, travailleuse de la danse», *Le Monde*, 18/03/2011, p.25.
- Boltanski L., «Les usages sociaux du corps», *Annales*, 1971, vol.26, No 1, p.205-233.
- Boulanger and al., *Managing pain, The canadian healthcare professional's reference, endorsed by the canadian pain society*, ed. Baker Edwards Consulting Inc, Stittsville, 2008.
- Bourdieu P., *Esquisse pour une théorie de la pratique*, éd. Droz, Genève, 1972.
- Bourdieu P., *La misère du monde*, éd. Du Seuil, Paris, 1993.
- Brodwin P.A., «Symptoms and social performances: the case of Diane Reden», in *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, edited by Del Vecchio-Good M-J. et al., University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California, 1992.
- Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, éd. Presses Universitaires de France, Paris, 1966.

- Chapman C.R., «New directions in the understanding and management of pain», *Social science and medicine*, vol.19, No 12, 1984, p.1261-1277.
- Corin E., «Centralité des marges et dynamique des centres», *Anthropologie et Sociétés*, vol.10, No 2, 1986, p.1-21.
- Corin E., «Présentation. Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie», *Anthropologie et Sociétés*, vol. 17, n° 1-2, 1993, p. 5-20.
- Corin E., Bibeau G. et Uchôa E., «Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali», *Anthropologie et Sociétés*, vol. 17, n° 1-2, 1993, p.125-156.
- Coutu MF, Baril R, Durand MJ, Cote D, Rouleau A, Cadieux G, «Transforming the meaning of pain: an important step for the return to work», *Work*, No 35, 2010, p.209-219.
- Crapanzano V., «Réflexions sur une anthropologie des émotions», *Terrain*, No 22, 1994, p.109-117.
- Debord G., *Commentaires sur la société du spectacle*, éd. Gérard Lebovici, Paris, 1988.
- Delbraccio M., «Le corps dans la psychiatrie phénoménologique», *Le corps retrouvé (2)*, *L'Information psychiatrique*, No 85, 2009, p. 255-62.
- Deleuze G. et Guattari F., *Mille Plateaux, Capitalisme et schizophrénie 2*, éd. de minuit, Paris, 1980.
- Deleuze G., *Le Pli, Leibniz et le baroque*, éd. de minuit, Paris, 1988.
- Deleuze G., «Qu'est-ce qu'un dispositif ?», *Michel Foucault philosophe, rencontre internationale, Paris 9-11 janvier 1988, «Des travaux»*, éd. Seuil, 1989, p.185-195.
- Deleuze G., *Critique et clinique*, éd. de Minuit, Paris, 1993.

Deleuze G., Foucault, éd. de Minuit, Paris, 1986/2004.

Del Vecchio Good M-J., «Work as a heaven from pain», in *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, edited by Del Vecchio-Good M-J. et al., University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California, 1992.

Di Nota D., «Le corps de la danse», Art Press, hors série No 8, 1988, p.79.

Dosse F., Gilles Deleuze et Felix Guattari, biographie croisée, éd. La découverte, Paris, 2007.

Douville O., «À propos de ...«Jalons pour une anthropologie clinique» de Nicolas Duruz, Raphael Célis et Vincent Dallèves», *L'évolution psychiatrique*, vol.74, 2009, p.477- 481.

Droit R-P., Michel Foucault: entretiens, éd Odile Jacob, Paris, 2004.

Durand R., «Que le théâtre et l'avenir de la danse ou réciproquement», *Art Press*, 1988, p.34-36.

Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, éd. Odile Jacob, Paris, 1998.

Eisenberg L., «Disease and illness», *Culture, Medicine and Psychiatry* 1, 1977, p. 9-23.

Eisenberg L. and Kleinman A., «Clinical social science», in *The relevance of social science for medicine*, ed. by Eisenberg et Kleinman, Dordrecht, ed. D. Reidel, 1981, p.1-26.

Ellen R.F., «Anatomical classification and the semeiotics of the body», in *The anthropology of the body*, London, Academic Press, 1977, p.343-370.

Eribon D., Michel Foucault, éd. Flammarion, Paris, 1989, 2011

Estroff S., «Identity, disability, and Schizophrenia : the problem of chronicity», in Knowledge, power and practice, The anthropology of medicine and everyday life, edited by Lindenbaum S. and Lock M., University of California Press, 1993.

Fabrega H., «Earliest Phases in the Evolution of Sickness and Healing», *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol.11, No1, 1997, p. 26-55.

Fainzang S., Pour une anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste, Cahiers de l'homme : ethnologie, géographie, linguistique, éd. de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences sociales, Paris, 1989.

Fassin D., «La santé et le politique», L'espace politique de la santé: essai de généalogie, Sociologie d'aujourd'hui, Presses Universitaires de France, Paris, 1996, p.3-49

Finkler K., «Sacred Healing and Biomedicine Compared», *Medical Anthropology Quarterly*, vol.8, No2, 1994, p.178-197.

Forti Simone, Oh tongue, éd. Al Dante, Genève, 2009.

Fortin Sylvie et al., Danse et santé, du corps intime au corps social, Presses de l'Université du Québec, Québec, 2009.

Foucault M., Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical, éd. Presses Universitaires de France, Paris, 1963.

Foucault M., Surveiller et punir. Naissance de la prison, éd. Hachette, Paris, 1975.

Foucault M., Il faut défendre la société. Cours au collège de France, 1976, éd. du Seuil/Gallimard, Paris, 1997.

Foucault M., Sécurité, territoire, population, cours au collège de France 1977-1978, éd. du Seuil/Gallimard, Paris, 2004.

Foucault M., Naissance de la biopolitique, cours au collège de France 1978-1979,

éd. du Seuil/Gallimard, Paris, 2004.

Foucault M., *l'Herméneutique du sujet, Cours au collège de France, 1981-1982*, éd. du Seuil/Gallimard, Paris, 2001.

Garro L., «Chronic illness and the construction of narratives», in *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, edited by Del Vecchio-Good M-J. et al., University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California, 1992.

Ginot I. et Launay I., «L'école une fabrique d'anticorps», *Art Press*, hors série avril 2002, p.106-111.

Glenton C., «Chronic back pain sufferers-striving for the sick role», *Social Science & Medicine*, vol.57, 2003, p.2243-2252.

Good B. and Del Vecchio Good M-J., «The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice» in *The relevance of social science for medicine*, ed. by Eisenberg L. et Kleinman A., ed. D.Reidel, Dordrecht, 1981, p.265-296.

Good B., «A body in pain-the making of a world of chronic pain», in *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, edited by Del Vecchio-Good M-J. et al., University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California, 1992.

Gransard C., «Approche ethno psychiatrique de la douleur», dans Metzger C. et coll., *Soins infirmiers et douleur*. Paris, Masson, 2000, p. 115-119.

Green L., «Lived Lives and Social Suffering: Problems and Concerns in Medical Anthropology», *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, vol. 12, No 1, *The Embodiment of Violence*, 1998, p.3-7.

Halioua B., 2009, *Histoire de la médecine*, éd. Masson, Paris.

Harbonnier-Topin N., «L'analyse du mouvement dansé, une danse du regard: l'enseignement d'Hubert Godard», *Revue Nouvelles de danse «Incorporer»*,

No 46/47, 2001.

Illich I., *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*, Paris, éd. Seuil, 1975.

Izrine A., *La danse dans tous ses états*, éd. L'Arche, Paris, 2002.

Jackson J.E., ««After a while no one believes you»: real and unreal pain», in *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, edited by Del Vecchio-Good M-J. et al., University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California, 1992.

Jackson J.E., «Stigma, liminality and chronic pain, mind-body borderlands», *American ethnologist*, vol.32, No 3, 2005, p.332-353.

Jaquet C., *Le corps*, Presses Universitaires de France, Paris, 2001.

Johansson Eva A. and al., «The meanings of pain: an exploration of women's descriptions of symptoms», *Social Science & Medicine*, vol. 48, 1999, p.1791-1802.

Jovey R. D., «Barriers to optimum pain management, in *Managing pain*», *The Canadian Healthcare Professional's Reference*, 2008, p.1- 8

Jullien F., *Traité de l'efficacité*, éd. Grasset, Paris, 1996.

Katon W. and Kleinman A., «Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care» in *The relevance of social science for medicine*, ed. by Eisenberg et Kleinman, ed. D.Reidel, Dordrecht, 1981, p.253-279.

Kirmayer L. J., «The Body's Insistence on Meaning: Metaphor as Presentation and Representation in Illness Experience», *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, vol. 6, No. 4, 1992, p.323-346.

Kirmayer L., «Mind and body as metaphors: hidden values in biomedicine», in: M. Lock & D.R. Gordon (eds). *Biomedicine examined*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1988, p. 57-96.

- Kleinman A. and Good B., «Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder», University of California Press, 1985.
- Kleinman A. et al., «Pain as human experience: an introduction», in *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, edited by Del Vecchio-Good M-J. et al., University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California, 1992.
- Kleinman A., «Pain and resistance: the delegitimation and relegitimation of local worlds», in *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, edited by DelVecchio-Good M-J. et al., University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California, 1992.
- Kotarba J.A., «Chronic pain its social dimension», 1983, SAGE Publications, Beverly hills, California.
- Kotarba J.A. and Seidel J.V., «Managing the problem pain patient: compliance or social control?», *Social Science and Medicine*, vol.19, No12, 1984, p.1393-1400.
- Kugelman R., «Complaining about chronic pain», *Social Science & Medicine*, vol.49, 1999, p.1663-1676.
- Laing R. D., *Le moi divisé*, Titre original : *The divided self*, Paris, éd.Stock, 1979.
- Laplantine F., «Jalons pour une anthropologie des systèmes de représentation de la maladie et de la guérison dans les sociétés occidentales contemporaines», *Histoire, économie & société*, vol. 3, No 4, 1984, p. 641– 650.
- Laplantine F., *Anthropologie de la maladie*, Paris, ed. Payot,1986.
- Laplantine F., «Les petits liens», dans *Communautés et socialités: formes et forces du lien social dans la modernité tardive*, sous la direction de Saillant F. et Gagnon E., éd.Liber, Montréal, 2005, p.259-277.

- Laplantine F., «Le sujet, essai d'anthropologie politique», éd Tétrahèdre, Paris, 2007.
- Laplantine F., «Je, nous et les autres», éd. Le Pommier, Paris, 2010.
- Leavitt J., «Meaning and Feeling in the Anthropology of Emotions», *American Ethnologist*, vol. 23, 1996, p.514-539.
- Le Breton D., *Anthropologie de la douleur*, Paris, éd. Métailié, 1995.
- Le Breton D., *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, 1990, coll. Quadrige, 2005.
- Lekeuche P., «Jalons pour une anthropologie clinique», Actes enrichis du Colloque international «Psychopathologie et psychothérapie au regard de l'anthropologie» Lausanne, 3-5 novembre 2005, in «PSN: Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences», vol.5, supplément 1, Springer, juin 2007.
- Levy R., «Self and Emotion», *Ethos*, vol. 11, No. 3, Self and Emotion, 1983, p.128-134.
- Lillran A., «Back pain and the resolution of diagnostic uncertainty in illness narratives», *Social Science & Medicine*, vol. 57, 2003, p. 1045–1054.
- Lock M., «The Tempering of Medical Anthropology: Troubling Natural Categories» *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, vol. 15, No 4, Special Issue: The Contributions of Medical Anthropology to Anthropology and beyond, 2001, p. 478-492.
- Loupe L., éditorial, «Les années danse», *Art Press*, special No 8, 1988, p.3.
- Loupe L., «L'éveil du corps», *Art Press*, special No 8, 1988, p.12.
- Loupe L., «Cunningham, maintenant et toujours», *Art Press*, special No 8, 1988, p.6- 8.

Louville A-B., «Le syndrome douloureux régional complexe de type I ou algodystrophie», *Revue du Rhumatisme*, vol.76, 2009, p.556-561.

Low S.M., «Protest of the Body», Graduate School and University Center City University of New York, *Medical Anthropology Quarterly*, vol.8, No 4, Conceptual Development in Medical Anthropology: A Tribute to M. Margaret Clark, 1994, p.476- 478.

Lyon M.L. et Barbalet J.M., Society's body: emotion and the somatisation of social theory, in embodiment and experience: the existential ground of culture and self. Thomas Csordas, ed. Cambridge:Cambridge University Press, 1994, p.48- 68.

Maranda M.F. et al., La détresse des médecins: un appel au changement, éd. Presses de l'Université Laval, Québec, 2006.

Martin-Juchat F., «Penser le corps affectif comme un média», *Corps*, vol.1, No4, 2008, p.85- 92.

Massé R., «Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique», *Recherche sémiotique*, vol.19, No 1, 1999, p. 39- 62.

Massé R., «Pour une ethno-épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique», *Sciences Sociales et Santé*, vol.19, No 1, 2001, pp. 45-74.

Mauss M., «Les techniques du corps», édition électronique de *Sociologie et anthropologie*, réalisée par Jean-Marie Tremblay, article originalement publié dans le *Journal de Psychologie*, vol. XXXII, No 3-4, 1936, Communication présentée à la Société de Psychologie le 17 mai 1934.

Melzack R., «Pain and the Neuromatrix in the brain», *Journal of Dental Education*, vol. 65, No.12, 2001.

Menges L.J., «Pain; still an intriguing puzzle», *Social Science & Medicine*, vol.19, No12, 1984, p. 1257-1260.

- Merleau-Ponty M., *Phénoménologie de la perception*, éd. Gallimard, Paris, 1945.
- Mc Kinlay J.B., «Social network influences on morbid episodes and the career of help seeking» in *The relevance of social science for medicine*, ed. by Eisenberg et Kleinman, ed. D.Reidel, Dordrecht, 1981, p.77-107.
- Miles A. et al., «Managing constraint: the experience of people with chronic pain», *Social Science & Medicine*, vol. 61, 2005, p.431- 441.
- Moreau N. et Vinit F., «Empreintes de corps: Éléments de repères dans l’histoire de la médicalisation», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, No2, 2007, p. 34-45.
- Nichter M., «Negociation of illness experience: Ayurvedic therapy and the psychosocial dimension of illness», *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol.5, 1981, p.5-24.
- Olievenstein C., *Le non-dit des émotions*, éd. Odile Jacob, Paris, 1987.
- Pandolfi M., «D’une double pratique», *Témoigner d’une pratique*, *Trans*, No 10, 1991, p.153-169.
- Pandolfi M., «Le self, le corps, la crise de la présence», *Anthropologies et société*, vol.17, No1-2, 1993, p.57-77.
- Perreault M., «Les blessures et leur prévention chez les danseurs professionnels», *l’IRSSST*, avril 1988.
- Polunin I., «The body as an indicator of health and disease», in *The anthropology of the body*, London, Academic Press, 1977, p.85-97
- Pugh J.F., «Concepts of arthritis in India’s medical traditions: Ayurvedic and Unani perspectives», *Social Science & Medicine*, vol.56, 2003, p.415-424.
- Rey R., *Histoire de la douleur*, éd. la Découverte, Paris, 1993.

Rogozinski J., Guérir la vie, Passages, éd. du Cerf, Paris, 2011.

Saillant F., «Corps, médiations, socialités», dans *Communautés et socialités: formes et forces du lien social dans la modernité tardive*, sous la direction de Saillant F. et Gagnon E., éd. Liber, Montréal, 2005, p.169-187.

Samuel G., «Mind, body and culture. Anthropology and the biological interface», Cambridge University Press, 1990.

Scarpetta G., L'impureté, 1985.

Scheper-Hugues N. and Lock M., «The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology», *Medical Anthropology Quarterly*, vol.1, No1, 1987, p.6-41.

Scott J.C., *Weapons of the Weak: Everyday Forms of Peasant Resistance*. Yale University Press, 1985.

Sibony D., *Le corps et sa danse*, Ed du Seuil, Paris, 1995.

Singer M., «The social origins and expressions of illness», *British Medical Bulletin*, vol.69, No1, 2004, p.9-16.

Sorignet P.E., «Sortir d'un métier de vocation: le cas des danseurs contemporains», *Sociétés contemporaines*, No56, 2004, p111-132.

Sri Aurobindo, *Illness and perfect health*, éd. Sri Aurobindo Ashram Press, Pondicherry, 1996.

Suddath C., «Living with pain; what happens when you can't make it go away», *Time*, vol 177, N.9, 2011.

Surrallès I Calonge A., «Peut-on étudier les émotions des autres», *Anthropologie: nouveaux terrains, nouveaux objets*, Hors série No23, 1998-1999.

Taïeb O., Heidenreich F., Baubet T. et Moro M.R., *Donner un sens à la maladie :*

de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle, *Médecine et maladies infectieuses*, vol. 35, 2005, p.173-185.

Tembek I., «Pour une culture chorégraphique élargie. Bilan inhabituel de la danse québécoise», *Traité de la culture*, publié sous la direction de Denise Lemieux; avec la collaboration de Gilles Bibeau, édition IQRC, Presses de l'Université Laval, Québec, 2002, p.769-786.

Troncy E., «A straight story», *Art Press*, hors série avril 2002, p.154-157.

Turner B. S., «The body and society. Explorations in social theory», Basil Blackwell Ltd, London, 1984.

Turner B.S. et Wainwright S.P., «Corps de ballet: The case of the injured ballet dancer», *Sociology of Health & Illness*, vol.25, N° 4, 2003, p.269-288.

Vidal J-M., *Corps, Cultures et Systèmes médicaux*, janvier 2008:
http://tristan.u-bourgogne.fr/UMR5605/manifestations/07/_0807-11-2324Vidal.pdf

Von Hantelmann D., «Specificness again», *Art Press*, hors série avril 2002, p.132-139.

Werner A. et Malterud K., «It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors», *Social Science & Medicine*, vol.57, 2003, p.1409-1419.

Winance M., «Du malaise au faire corps: le processus d'ajustement», dans *Corps et techniques*, Numéro dirigé par Pillon T. et Vigarello G., *Communications*, éd.Seuil, Paris, 2007.

Young A., «The Anthropologies of Illness and Sickness», *Annual Review of Anthropology*, vol. 11, 1982, p. 257-285.

DOCUMENTS CONSULTÉS EN LIGNE

Plan directeur de la danse professionnelle au Québec 2011-2021:
www.quebecdanse.org/.../PlanDirecteur_web_version_française_final, consulté le 16/10/2011

Historique/Danse-cité, <http://www.danse-cite.org/fr/pages/historique>, consulté le 16/06/2011

Butô, la danse des ténèbres, Mon amour pour le Japon et Tokyo, 2007,
http://japon.canalblog.com/archives/danse__theatre/index.html, consulté le 23/01/2012

Histoire de la danse, <http://www.thecanadianencyclopedia.com>, consulté le 10.06.2011

Liger B., Patrick Chamoiseau: «L'objet de la littérature n'est plus de raconter des histoires», http://www.lexpress.fr/culture/livre/patrick-chamoiseau-l-objet-de-la-litterature-n-est-plus-de-raconter-des-histoires_1089728.html, consulté le 30 juin 2012.

FILMOGRAPHIE

«Pina», de Wim Wenders, 2011.

«Les rêves dansants, sur les pas de Pina Bausch» (Tanzträume), documentaire d'Anne Linsel et Rainer Hoffmann, 13 octobre 2010

«Black Swan», de Darren Aronofsky, 2010.

«Kontakthof, a piece by Pina Bausch, with ladies and gentlemen over "65"», Tanztheater Wuppertal, éd. L'Arche, Paris, 2007.

«Orpheus und Eurydike», Bel air media-ARTE France-Opéra national de Paris, France, 2008.