



HAL
open science

Les sports de nature à travers le prisme de la psychomotricité : analyse psychomotrice et médiation thérapeutique

Maud Louviot

► **To cite this version:**

Maud Louviot. Les sports de nature à travers le prisme de la psychomotricité : analyse psychomotrice et médiation thérapeutique. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02939357

HAL Id: dumas-02939357

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02939357v1>

Submitted on 21 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Institut de Formation en Psychomotricité
Site Pitié-Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, boulevard de l'Hôpital
75013 Paris

Les sports de nature à travers le prisme de la psychomotricité

Analyse psychomotrice et médiation thérapeutique

Mémoire présenté par Maud Louviot

en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Référents de mémoire

Charlotte Paumel

Olivier Grim

Caroline Stewart

Session Juin 2020

« Le projet psychique de l'être humain est l'acquisition progressive et l'établissement d'un jeu fondamental entre deux positions primaires : rester dans le même, dans la sécurité du connu, dans le déjà ressenti / aller vers le dehors, le différent, l'inconnu »

(Robert-Ouvray, 2007, p. 41)

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mes tutrices de stage de leur accueil et de leur patience. Je remercie particulièrement Chloé Henry de son écoute, de sa bienveillance et de m'avoir donné l'opportunité de réaliser une partie de mon stage en médiation escalade.

Un grand merci à mes référentes et référent de mémoire, Charlotte Paumel, Caroline Stewart et Olivier Grim pour leur soutien, leur disponibilité et leurs approches enrichissantes, pertinentes et complémentaires.

Je remercie la direction de l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière qui, au vu du contexte sanitaire de 2020, s'est fortement impliquée afin d'aménager au mieux les conditions de passation de notre diplôme.

Je suis reconnaissante envers la région Ile de France de m'avoir octroyée une bourse d'étude qui m'a permis de terminer sereinement ma formation.

Merci aux différents pratiquants et pratiquantes des sports de nature que j'ai rencontrés, qui m'ont transmis leur passion avec empathie et simplicité et ceux dont les témoignages authentiques ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens également à mentionner les différents professionnels rencontrés, notamment Florence Pistre, François Weckerlé, Jérémie Gaveau et Marc Reinhardt, qui ont nourri ma réflexion.

Merci à mes amies et futures collègues, Muriel, Soraya et Sara avec qui j'ai partagé ces merveilleuses études, et à Laura pour son soutien dans la dernière ligne droite de ce travail.

Je remercie chaleureusement ma famille de m'avoir soutenue de manière inconditionnelle dans mon virage professionnel à cent-quatre-vingt degrés et plus particulièrement ma mère et ma sœur Manon pour leur aide précieuse dans la réalisation de ce mémoire.

Enfin, je souhaite remercier mon compagnon qui, pendant toute la durée du confinement, m'a soutenue et supportée, celui qui me fait découvrir que la vie à deux est au moins aussi risquée que l'exploration des entrailles de la terre ou que l'ascension d'une montagne.

Comme le souligne Le Breton (2019) : « *Notre existence est sinuosité du chemin, ambivalence, elle est propre à engager sur des voies que rien ne laissait présager* ».

Sommaire

Introduction	7
Chapitre I. À la rencontre des sujets sportifs de nature.....	9
1. Présentation historique et culturelle des sports de nature.....	9
1.1. Origines et évolutions communes	9
1.2. Nomenclature des sports de nature aujourd'hui.....	12
1.3. Zoom sur l'escalade	14
2. Profil singulier des sujets sportifs de nature	15
2.1. Motivations conscientes	16
2.2. Processus latents	18
Chapitre II. Lecture psychomotrice des sports de nature.....	21
1. Des sensations inhabituelles	21
1.1. Afférences sensorielles extéroceptives	21
1.2. Afférences sensorielles proprioceptives.....	24
1.3. Enrichissement du schéma corporel.....	25
2. Une motricité spécifique.....	26
2.1. Appuis : de la bipédie, à la quadrupédie, à la « multipédie »	26
2.2. Les schèmes moteurs impliqués dans les sports de nature.....	27
3. Un vécu corporel unique	33
3.1. Recherche d'équilibre et régulation tonique	33
3.2. De la sensori-motricité à la cognition	34
3.3. La relativité des repères spatio-temporels.....	34
4. « Cocktail » tonico-émotionnel	36
4.1. Vertige, peur et hypertonicité.....	36

4.2. Équilibre tonico-émotionnel	37
4.3. Détente et hypotonicité	37
5. Dimension relationnelle et affective	38
5.1. Une communication singulière	38
5.2. La place de l'autre.....	38
Conclusion et problématique intermédiaires.....	41
Chapitre III. Recherche d'unité psychocorporelle	42
1. Résolution du paradoxe du vertige	42
2. Éprouver son unité psychocorporelle	45
2.1. Une enveloppe psychocorporelle bien délimitée	45
2.2. Contribution au sentiment continu d'existence.....	47
2.3. Une unité psychocorporelle stable	48
3. Biais à la quête de l'unité psychocorporelle	48
3.1. Conduites à risques chez les adolescents	48
3.2. La pratique sportive comme procédés auto-calmants	49
3.3. L'unité psychocorporelle compromise ?.....	50
Conclusion et problématique intermédiaires.....	51
Chapitre IV. Médiation escalade en psychiatrie adulte.....	52
1. Présentation de l'institution.....	52
1.1. Contexte général	52
1.2. Son fonctionnement	53
1.3. La place de la psychomotricité.....	54
2. Le groupe thérapeutique d'escalade	54
2.1. L'escalade : une médiation appropriée en psychiatrie adulte ?	54
2.2. Déroulement du cycle escalade dans le cadre du stage.....	56
2.3. Ma fonction de stagiaire.....	59
3. Thérapie psychomotrice pour Arthur et Sylvie	60

3.1. Arthur : entre préhension et appréhension	60
3.2. Sylvie : des appuis à tout prix	66
Chapitre V. Soins en psychomotricité et pratique des sports de nature : analyses et perspectives.....	71
1. Les vécus psychocorporels dans la schizophrénie	71
1.1. La schizophrénie aujourd'hui.....	71
1.2. Problématiques psychocorporelles.....	74
1.3. Le cas d'Arthur et de Sylvie	76
2. La médiation escalade en psychomotricité : une thérapie	79
2.1. Une diversité d'éprouvés psychocorporels dans un cadre contenant.....	79
2.2. Symbolisation dans le dispositif thérapeutique en psychomotricité	81
2.3. Contre-transfert corporel.....	82
3. Psychomotricité, médiation et sports de nature.....	83
3.1. Un engagement psychocorporel en commun	83
3.2. Des spécificités propres	84
3.3. La psychomotricité, l'escalade... et les autres sports de nature ?.....	84
Conclusion	86
Bibliographie.....	87
Annexes.....	I
Lexique	VII

Introduction

Le travail présenté dans ce mémoire est l'aboutissement de mes recherches et réflexions personnelles autour de la pratique des sports de nature des sujets en milieu ordinaire et de l'emploi de l'escalade en tant que médiation thérapeutique en psychomotricité auprès de sujets fragilisés.

En fin de première année de psychomotricité, je découvre la pratique de l'escalade. Dès lors, le contact avec la nature, la beauté et le plaisir gestuel que l'escalade propose et les nombreuses sensations et émotions qu'elle procure m'invitent à m'y engager pleinement. La conscience corporelle et l'écoute sensorielle que je développe en parallèle grâce aux enseignements de la formation en psychomotricité me permettent de profiter de la richesse de ce sport. Un an plus tard, par l'intermédiaire de l'association d'escalade et de sports de montagne dans laquelle je me suis inscrite, je réalise d'autres expériences dans des environnements naturels qui continuent à éveiller ma curiosité : escalade sur de grandes longueurs en montagne, exploration des profondeurs souterraines en spéléologie, descente de rivière en canyoning. Avec ma sensibilité de future psychomotricienne, je ne peux m'empêcher d'établir des liens entre ces expériences singulières et les grands concepts de la psychomotricité. Sensorialité, motricité, affectivité, cognition : toutes les facettes de l'être psychomoteur semblent être sollicitées. Par ailleurs, mes rencontres avec les pratiquants de ces sports attirent mon attention. Se confrontant volontairement aux risques inhérents aux milieux naturels, ils réitèrent leurs expériences dans des environnements toujours plus riches et variés avec détermination et enthousiasme. De plus, les liens qu'ils tissent avec leurs partenaires d'aventure semblent être uniques.

Ces observations font converger mes interrogations : comment l'équilibre psychomoteur du sujet est-il engagé dans les sports de nature ? D'un point de vue psychocorporel, comment le sujet s'éprouve-t-il à travers les sports de nature et que recherche-t-il ? Ainsi, mon désir d'orienter mon mémoire de fin de formation en psychomotricité sur la pratique des sports de nature se dessine.

Par ailleurs, je mets en lien ces questionnements avec les expériences de stage en psychomotricité dans diverses structures hospitalières et médico-sociales tout au long de ma formation : les sports de nature peuvent-ils étayer la thérapie psychomotrice ? L'opportunité de réaliser un stage long de troisième année de formation avec des adultes souffrant de

troubles psychiques dans le cadre d'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) en utilisant la médiation escalade se présente à moi. Mon souhait de continuer à me former auprès de cette population suite à mes autres expériences positives de stage se combine parfaitement à ces interrogations. Pendant ce stage, je rencontre deux patients souffrant de schizophrénie. Malgré leur pathologie commune, je constate que leur vécu psychocorporel à travers la médiation escalade est propre à chacun d'eux. Dès lors, je me questionne : quels sont les intérêts thérapeutiques de la médiation escalade pour ces deux sujets fragilisés ? Et, plus largement, comment la psychomotricité et les sports de nature se font-ils échos ?

Pour répondre à ces problématiques, j'emploie la méthodologie clinico-théorique. D'une part, je m'appuie sur des données cliniques constituées des témoignages des pratiquants des sports de nature rencontrés par l'intermédiaire de l'association à laquelle je suis adhérente. D'autre part, j'utilise mes observations cliniques des deux patients rencontrés à travers la médiation escalade dans le cadre de mon stage au sein du CATTP. J'analyse ensuite ces données en regard de la littérature existante sur la médiation et l'engagement psychocorporel en psychomotricité et, de manière plus fondamentale, en regard des différents apports théoriques sur les sports de nature, leur développement et leur contribution, ainsi que sur le développement psychomoteur de l'enfant et sur la schizophrénie aujourd'hui.

Dans le premier chapitre, je présente ce que sont les sports de nature aujourd'hui selon une perspective historique et sociologique. Je propose une classification de ces sports selon un point de vue psychomoteur. Je relate également les témoignages des pratiquants des sports de nature rencontrés en regroupant leurs motivations et en prenant soin d'expliquer ce recueil de données. Dans le deuxième chapitre, je présente les enjeux psychomoteurs que sous-tendent les sports de nature. En m'appuyant sur ces deux premières parties, je propose dans un troisième temps des pistes de réflexion sur la contribution des sports de nature à l'étayage de l'unité psychocorporelle du sujet. Dans le quatrième chapitre, je présente l'institution dans laquelle j'ai effectué mon stage, la médiation escalade et la thérapie psychomotrice de deux patients souffrant de schizophrénie. J'étudie dans le cinquième et dernier chapitre la façon dont la médiation escalade est thérapeutique pour ces patients et j'analyse les caractéristiques propres à la psychomotricité et aux sports de nature afin d'envisager des associations communes entre les deux disciplines.

Chapitre I.

À la rencontre des sujets sportifs de nature

Les sports de nature regroupent plusieurs disciplines que je présente dans ce chapitre. Également nommées « sports de pleine nature » ou encore « sports de plein air », ces pratiques sportives se déroulent principalement en extérieur. Il n'existe pas de dénomination officielle pour qualifier les pratiquants de ces sports si ce n'est des termes spécifiques à chaque discipline (grimpeur, alpiniste, spéléologue, parapentiste ou encore kayakiste). Or, nombreux sont les sujets qui pratiquent plusieurs de ces sports. Dans un souci de synthèse et de fluidité de lecture, je propose de les désigner par le terme générique de « sportifs de nature ». Par ailleurs, dans un souci d'égalité, je choisis d'utiliser la règle syntaxique de la majorité. J'emploie donc le terme « sportif » de nature pour nommer les pratiquants de ces sports, ceux-ci étant majoritairement masculins, et le terme « psychomotricienne » pour désigner le ou la professionnel(le), la profession de psychomotricien étant majoritairement exercée par des femmes.

1. Présentation historique et culturelle des sports de nature

1.1. Origines et évolutions communes

Les actions qui sous-tendent les sports de nature – courir, escalader, ramper, nager – consistent en un déplacement d'un point à un autre, en un mouvement qui emmène l'être humain vers un ailleurs, vers une destination différente.

1.1.1. Conquête, exploration et recherches scientifiques

Qu'il s'agisse de gravir des montagnes, de descendre des cours d'eau, de s'engouffrer dans des cavernes ou de traverser les airs, l'être humain a cette volonté d'explorer son environnement. Ces déplacements sont d'abord associés, de manière primitive, à une nécessité vitale : l'homme préhistorique cherchait un abri pour dormir, migrait pour survivre au climat, se hissait en hauteur pour se protéger des prédateurs et se frayait des chemins pour chasser. Dans l'Antiquité et au Moyen-Âge, les montagnes, les océans et les grottes sont souvent représentés comme le domaine des dieux et constituent aussi bien des lieux de communication divine, que des lieux interdits (Jablonka, 2016). Ils sont par la suite peu investis par l'Homme puisqu'inhospitaliers et inexploitable pour l'élevage ou la culture.

À la fin du XVIII^e siècle, en Europe, avec le développement des sciences qui a suivi le siècle des Lumières, ces environnements sauvages et naturels antérieurement délaissés deviennent dignes d'intérêt. L'ascension du Mont Blanc, dans le massif alpin, impulsée par la bourgeoisie anglaise en quête de nouveauté, est entamée et réussie par les deux chamoniards Paccard et Balmat en août 1786 (Colomb, 2007) tandis que les premières explorations souterraines systématiques se mettent en place, notamment dans la région du Karst de l'empire austro-hongrois par Arenstein et Freyer en 1778 (Courbon, 2015). En 1775, l'Abbé de La Chapelle, un mathématicien français, invente le terme « scaphandre » – qui signifie homme-bateau – et le premier prototype est réalisé en 1824 par les londoniens Charles et John Deane (Mascret, 2010). La haute montagne, les milieux souterrains et les abysses dévoilent ainsi leurs secrets grâce aux avancées techniques et aux inventeurs de cette période. Le ciel n'échappe pas non plus à cette exploration humaine : en 1797, le parisien Garnerin s'élève dans les airs à plus de neuf cents mètres du sol à l'aide d'un ballon à hydrogène et redescend avec un parachute en panneaux de soie qu'il a conçu lui-même (Valode, 2015).

Ces nombreux progrès inspirent les artistes de l'époque – époque qui correspond au mouvement littéraire et artistique du romantisme. Les récits de Jules Verne, relatant des voyages dans les mondes souterrains et sous-marins, en sont un exemple significatif.

Au XIX^e siècle, avec les progrès techniques de la révolution industrielle, chaque discipline se perfectionne. Des sommets jusqu'alors inatteignables sont gravis, des cavités et des milieux sous-marins de plus en plus profonds sont explorés, et les premiers vols motorisés sont réalisés. Certaines pratiques, comme la spéléologie (Schut & Delalandre, 2015), sont davantage motivées par l'étude scientifique géologique des environnements explorés et restent relativement en retrait de la scène médiatique. D'autres, comme l'alpinisme dont les exploits et les catastrophes sont relayés par la presse, commencent à se populariser (Colomb, 2007). D'autres encore, tels que la plongée sous-marine (Mascret, 2010) ou le parachutisme, contribuent au développement de l'activité militaire.

1.1.2. La politique hygiéniste en France et le « plein-air »

En France, diverses sociétés et clubs – les plus anciens étant le Club Alpin Français fondé en 1874, la Société de Spéléologie créée en 1895 ou encore la Société Sportive Nationale de la Pêche à la Nage datant de 1939 – issus du développement de ces activités d'exploration émergent. Ils donneront naissance aux actuelles Fédérations Françaises ; respectivement

Fédération Française de Spéléologie (FFS), Fédération Française des Clubs Alpains et de Montagne (FFCAM) et Fédération Française d'Études et de Sports Sous-Marins (FFESSM)¹.

Les études de Bouchout (2015), alors inspecteur général de la jeunesse et des sports honoraire, démontrent l'intervention progressive de l'État dans le développement des activités de « plein-air ». Elles deviendront les sports de nature que l'on connaît aujourd'hui.

Le terme « plein-air » apparaît en 1887 et fait référence à « *la pratique d'activités physiques et sportives d'"extérieur"* » (Bouchout, 2015, p. 1). En 1936, la volonté politique du Front Populaire tend à développer ce plein-air chez les jeunes pour qui l'école devient obligatoire jusqu'à quatorze ans. Puis, en 1966, le ministère de la Jeunesse et des Sports est créé. Pendant toute cette période, « *[l']accent est donc mis sur l'éducation physique dans le système scolaire et en parallèle sur l'éducation physique et sportive dans le post scolaire* » (Bouchout, 2015, p. 8). Vers 1975, le terme plein air disparaît des instances politiques. Au même moment, les pouvoirs publics décident de rassembler les différentes finalités d'une discipline sportive (pratique à haut niveau et en compétition, pratique physique et éducative pour tous et activité de loisir) en une fédération unique, et ce pour chaque sport (Bouchout, 2015). Aujourd'hui, cette décision fait encore débat et le sport n'a toujours pas de définition univoque « *parce qu'il fait l'objet d'un processus incessant de légitimation sociale recouvrant d'importants enjeux sociaux et institutionnels, et qu'il est toujours investi d'une forte charge normative qui fait de lui un objet culturel ambigu* » (Raveneau, 2006, p. 583).

1.1.3. Démocratisation des sports de nature en France et enjeux touristiques

Parallèlement à l'introduction de la pratique sportive en extérieur dans le milieu scolaire, l'aménagement territorial permet son développement d'un point de vue touristique comme le montre l'étude de Siau (2007). Certaines régions rurales françaises, qui connaissaient un déclin économique industriel et agricole, ont dès lors gagné en attractivité grâce à leur patrimoine naturel (Siau, 2007). S'il est certain que la France présente des environnements climatiques et topographiques variés, elle offre aussi un large panel d'activités en extérieur favorisant ainsi leur développement. Par ailleurs, il est à noter que, de manière très récente (depuis décembre 2019), l'alpinisme fait partie de la liste représentative du patrimoine culturel immatériel de l'humanité². Ceci contribue à sa renommée et à sa protection.

¹ La liste actuelle des Fédérations Françaises des sports de nature est consultable à l'adresse : <http://www.sportsdenature.gouv.fr/reseau/federations-sportives>

² L'alpinisme sur la liste de l'Unesco : <https://ich.unesco.org/fr/RL/l-alpinisme-01471>

1.2. Nomenclature des sports de nature aujourd'hui

Les sports de nature désignent aujourd'hui les sports qui s'exercent en extérieur dans des milieux non aménagés spécifiquement pour la pratique. Leur dénomination officielle est donnée par le ministère des sports qui les regroupe en fonction de leurs lieux d'exercice (terrestre, nautique, aérienne)³. Avec mon regard de future psychomotricienne, je propose de les catégoriser selon le mouvement et la trajectoire globale que leurs pratiquants décrivent dans les environnements qu'ils explorent. La structuration spatiale et l'intentionnalité praxique, items psychomoteurs fondamentaux, m'apparaissent en effet comme des critères pertinents pour les présenter. Toutefois, avec la différenciation ou l'association de certaines pratiques et avec l'émergence de nouveaux sports de nature, il est impossible d'être ici exhaustif.

L'étude ministérielle de 2016⁴ démontre un engouement des Français croissant pour ces sports, grâce notamment à leurs découvertes en vacances. Ainsi, « *3 Français sur 4 âgés de 15 à 70 ans déclarent avoir pratiqué au moins une activité sportive ou de loisirs de nature au cours des 12 derniers mois* ». Dans cette étude de 2016, l'emploi indifférencié des termes « activité sportive » et « activité de loisirs » montre la difficulté à différencier le sport du loisir, comme évoqué dans la partie 1.1.2. Pour mon étude, je distingue le pratiquant des sports de nature régulier, autonome, professionnel ou non (que je nomme sportif de nature et qui est mon objet d'étude) du sujet qui pratique ces activités de manière occasionnelle et encadrée par un guide.

1.2.1. Sports de nature à exploration verticale

Dans les explorations verticales, il est intéressant de distinguer les explorations ascendantes de celles qui sont descendantes. Parmi les explorations ascendantes :

- L'alpinisme consiste à gravir des sommets et des parois de haute-montagne en terrain rocheux ou glaciaire. La topographie et les basses températures du milieu requièrent un équipement technique spécifique.
- L'escalade consiste à progresser sur une paroi naturelle ou artificielle, avec ou sans aide matérielle technique. La précision des appuis quadrupédiques caractérise cette pratique.
- La via-ferrata est un parcours aménagé sur une paroi rocheuse et se situe entre la randonnée et l'escalade. L'accrobranche consiste à progresser d'arbre en arbre.

Les explorations ascendantes renvoient symboliquement à une volonté de s'élever, d'atteindre des endroits haut-perchés difficilement accessibles.

³ Consulté en avril 2020 sur : <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/le-sport-pour-tous/Sport-pour-tous-11069/Sports-de-nature-qu-est-ce-que-c-est/>

⁴ Consultée en avril 2020 sur : http://doc.sportsdenature.gouv.fr/doc_num.php?explnum_id=601

Parmi les explorations descendantes :

- La spéléologie consiste à explorer les milieux souterrains naturels ou artificiels. La privation de lumière naturelle et les autres désafférences sensorielles caractérisent cette pratique. Parfois, la cavité explorée est immergée sous l'eau, on parle de spéléoplongée. Dans les deux cas, un matériel technique conséquent doit être maîtrisé.
- La plongée sous-marine consiste à explorer les milieux subaquatiques marins soit en apnée, soit avec un tuyau d'air relié à la surface, soit avec un système d'aide respiratoire (bouteilles pressurisées remplies d'un mélange gazeux respirable). Dans ce dernier cas, la privation d'oxygène inhérente au milieu aquatique demande également de maîtriser son équipement.
- Le ski alpin consiste à progresser à l'aide de patins, les skis, sur une pente enneigée.

Les explorations descendantes – exceptées le ski alpin – sont associées à l'intention de s'immerger dans un espace relativement restreint, de parcourir les profondeurs, de se recentrer sur soi.

1.2.2. Sports de nature à explorations horizontales

Dans les explorations horizontales, il est intéressant de distinguer celles qui se pratiquent sur terre, celles qui se pratiquent sur l'eau et celles qui s'effectuent dans les airs. Parmi les explorations terrestres :

- La randonnée pédestre est sans aucun doute le sport de nature le plus pratiqué. Ne requérant pas de matériel cher et contraignant, il est accessible à de nombreuses personnes. Certaines variantes, telles que la marche nordique – qui se pratique avec deux bâtons de marche – ou le *trekking* – caractérisé par des progressions longues et difficiles – apportent des nuances dans l'effort physique à fournir.
- Le *trail* correspond à une course à pied sur une longue distance, sur sentier – typiquement sur les chemins de montagne, de plaine et de forêt. Un engouement en Europe et aux États-Unis à partir des années 1990 est observé pour ce sport et sa variante, l'*ultra-trail* – un *trail* de plus de quatre-vingt kilomètres (Rochedy, 2015).
- Le Vélo Tout-Terrain (VTT) se pratique sur terrain accidenté. Dans ce cas, le sujet n'est pas en contact direct avec le sol, le VTT jouant le rôle d'intermédiaire.
- Le ski nordique et le ski de fond consistent à parcourir des surfaces enneigées plates et vallonnées. Le ski nautique, qui se pratique à la surface de l'eau, rentrera davantage dans la catégorie suivante.

Parmi les explorations sus-aquatiques :

- Nombreux sont les sports caractérisés par une progression à la surface de l'eau :
 - o Les sports en eaux vives tels que le canoë, le kayak ou encore le rafting consistent à se déplacer sur des eaux plus ou moins agitées sur une embarcation manœuvrable avec des pagaies.
 - o En surf, le sujet doit maintenir son équilibre sur une planche portée par les vagues et dans le *stand-up paddle* (variante du surf), le sujet s'aide dans sa progression à l'aide d'une pagaie.
 - o Les sports de voile en font également partie.
Ils possèdent tous la spécificité d'utiliser un intermédiaire de progression entre le corps du sujet et la surface explorée.
- Le canyoning consiste à suivre le lit d'un cours d'eau. Il peut s'agir de ruisseaux, de torrents, de gorges ou de rivières comportant des cascades et des vasques. Il s'apparente à la spéléologie dans le sens où un matériel technique similaire est utilisé.

Parmi les explorations aériennes, le vol libre consiste à se déplacer dans les airs avec un planeur ultra léger non motorisé tels que le parapente ou le deltaplane.

Enfin, il est à noter que l'évolution de certains sports donne naissance à de nouvelles pratiques combinant ces diverses explorations. C'est le cas du *kite-surf*, consistant à progresser sur l'eau à l'aide d'une planche et de la traction d'une voile manœuvrée par le sujet ou du *free-riding* associant le ski et le parapente.

1.3. Zoom sur l'escalade

Puisque le Chapitre IV de ce mémoire porte sur la médiation escalade en psychomotricité, j'apporte un éclairage historique succinct sur cette pratique sportive. Avant les années 1970, l'escalade était une pratique consistant principalement en un entraînement pour les alpinistes qui souhaitaient progresser d'un point de vue technique pour gravir des montagnes. Alpinisme et escalade étaient donc deux disciplines associées (Jourdain, 2009). L'autonomisation de l'escalade s'est faite progressivement grâce à sa démocratisation, notamment à travers les exploits médiatisés d'Edlinger, un grimpeur français de haut niveau qui a permis de faire connaître l'escalade au grand public. L'idée d'une recherche de qualité gestuelle et d'un mode de vie simple, respectueux de la nature est véhiculée. En parallèle, les premières Structures Artificielles d'Escalade (SAE) voient le jour (Jourdain, 2009).

Aujourd'hui, l'escalade est pratiquée par de nombreux adeptes et séduit un public de plus en plus large. Les multiples ouvertures de salles d'escalade en témoignent. Elle consiste à

« atteindre le sommet de voies (itinéraires tracés et côtés dépassant les 4 mètres de hauteurs et nécessitant une corde) ou de blocs (itinéraires tracés et côtés ne dépassant pas les 4 mètres de hauteurs et nécessitant un tapis de réception) en évoluant à main nues et sans aide matérielle (le système d'assurage doit parer la chute ou aider à la redescente, mais pas aider le grimpeur dans son ascension) »⁵. Elle peut être pratiquée en extérieur sur des sites sportifs aménagés (Site Naturel d'Escalade) ou en intérieur sur des SAE. En 2019, l'escalade est inscrite sur la liste des sports des Jeux Olympiques de 2020 (Ducouso, 2019), qui n'auront d'ailleurs sans doute pas lieu ou seront reportés à l'heure où j'écris ces lignes du fait de la pandémie mondiale de 2020.

2. Profil singulier des sujets sportifs de nature

Ma pratique personnelle de l'escalade débute à la fin de ma première année de formation en psychomotricité grâce à l'une de mes connaissances de mon cercle privé. Par la suite, j'adhère à la Fédération Française de Montagne et d'Escalade (FFME) et je pratique dans ce cadre d'autres sports de nature, notamment la spéléologie et le canyoning. Je rencontre des sportifs de nature par l'intermédiaire de cette association, avec lesquels je partage ces sorties sportives. J'échange régulièrement avec eux sur leur passion. Je constate qu'ils ne se cantonnent bien souvent pas à un seul de ces sports, même s'ils en ont un de prédilection – leur situation géographique influençant évidemment leur pratique (un montagnard optera pour le ski, l'alpinisme ou l'escalade tandis qu'un côtier privilégiera davantage le surf ou la plongée sous-marine). Je m'interroge alors sur leurs motivations. Lorsque je fais le choix d'orienter mon mémoire sur les sports de nature et la psychomotricité, je décide de mener de courts entretiens avec certains d'entre eux (des sujets d'âges différents ayant une pratique professionnelle dans ce domaine, associative ou non, et des sujets enclins à me répondre). Ainsi, à l'occasion de certaines sorties avec eux ou par téléphone, je leur présente mon projet de mémoire et je leur demande s'ils sont d'accord pour procéder à un temps d'échange. Je leur signifie que je me servirai de leur témoignage dans mon mémoire sous couvert d'anonymat. Je débute ces échanges en leur posant la question suivante : « qu'est-ce que les sports de nature vous apportent et que recherchez-vous dans leur pratique ? ». Je prends des notes écrites au cours de ces entretiens. Je recueille leur témoignage entre novembre 2019 et mars 2020. Plutôt qu'une étude de recherche au sens strict du terme, j'adopte ici une démarche méthodologique qualitative.

⁵ Selon la définition de l'escalade sportive de la Fédération Française de la Montagne et de l'Escalade, consultée en avril 2020 à l'adresse : <http://www.cdffme25.fr/escalade.html>

À l'issue de ces échanges, j'analyse ces données et met en évidence des motivations communes aux personnes interrogées.

2.1. Motivations conscientes

2.1.1. Étude subjective

- La sensation forte et le dépassement de soi

Les deux exemples suivants montrent d'abord une volonté de se confronter à des situations génératrices de sensations fortes, d'éprouvés corporels intenses et de recherche de se dépasser, de repousser ses limites physiques.

Yves, la quarantaine, pratique l'escalade de bloc*.⁶ depuis la fin de son adolescence. Il découvre cette activité par l'intermédiaire d'amis et se « prend au jeu » lorsqu'il ressent musculairement l'effort physique intense que cela lui demande. « À l'époque, c'était un bon moyen pour moi d'arrêter de *bédave*⁷, ça me procurait d'autres sensations qui me paraissaient plus saines ». En s'entraînant, il prend conscience qu'il peut atteindre des niveaux de difficultés de plus en plus élevés, « passer des blocs » qui ne lui étaient pas accessibles au début, ce qui le stimule et le passionne encore aujourd'hui.

Mathias, trentenaire, évoque quant à lui la vigilance constante que le VTT, le ski ou le *trail* exigent. Il prend plaisir à mettre ses capacités de concentration et d'attention en exergue dans des situations délicates. Sa progression le pousse à expérimenter des terrains toujours plus raides, des sentiers plus étroits et des parcours plus longs. Il trouve cela grisant.

- L'appétence à l'aventure

Dans les sports de nature, le sujet se déplace dans des environnements naturels qui ont déjà été parcourus, documentés et balisés. Les risques sont étudiés et renseignés par les Fédérations Françaises, ce qui confère à ces activités une dimension sécurisée. Se sentir autonome techniquement dans ces pratiques participe au sentiment de liberté du sujet. Elles offrent la possibilité de vivre une aventure avec la symbolique des grands explorateurs.

Mathias décrit également l'impression de partir en expédition lorsqu'il prépare une sortie d'alpinisme, de spéléologie ou de grande voie*. Cela demande une certaine anticipation : il faut préparer le matériel et le trajet à effectuer pour se rendre sur le site. Une étude précise de la topographie du milieu, de la durée de la sortie et des conditions

⁶ Les termes spécifiques aux sports de nature indiqués par un astérisque (*) sont explicités dans le lexique.

⁷ Terme argotique signifiant « consommer du haschich ».

météorologiques est également nécessaire. Le contact avec la nature et avec des espaces non aménagés mais néanmoins accessibles à l'exploration, contente Mathias.

- Une échappatoire à l'ennui et à la sédentarité

Les sports de nature peuvent aussi constituer un barrage à l'ennui, une manière de rester actif face à des situations du quotidien vécues passivement. Ces activités sportives permettent de rompre avec un mode de vie occidental, souvent associé au confort et à la sédentarité.

À travers le vol libre en parapente et la plongée sous-marine qu'il pratique depuis quelques années, Antoine trouve un moyen de se divertir. Plus jeune, il avait expérimenté la randonnée, le VTT, le canyonisme et la spéléologie. Il est en recherche constante d'activités variées qui l'occupent. « En ce moment je passe ma vie devant la télé. Le pire c'est qu'en ne faisant rien, on s'habitue à s'ennuyer ! » exprime-t-il avec contrariété après avoir été immobilisé plus de trois mois à la suite d'une fracture du tibia. Pour Antoine, ces activités sont aussi un moyen de bouger, de « se dégourdir », apportant du contraste avec son activité professionnelle où il est la plupart du temps assis.

- Dimension sociale

Les sports de nature permettent de s'évader de la sphère sociale, tout en restant en lien avec l'autre et en entrant rarement en compétition avec lui (nombreux sont les sports de nature qui ne présentent pas de pratique compétitive officielle). Ils favorisent des rencontres dans des environnements insolites et l'émergence de relations plus franches. En cela, ils s'opposent aux sports plus conventionnels qui incluent la plupart du temps des enjeux de concurrence.

Détenteur du Brevet d'État d'Escalade à l'âge de vingt-deux ans, Robin est passionné d'escalade depuis son enfance. N'affectionnant pas particulièrement les grands groupes, il voit dans cette activité une manière d'être tranquille, un peu plus isolé de la société. Il apprécie néanmoins la compagnie des gens, notamment celle de ses partenaires d'escalade avec lesquels il peut tisser des liens d'amitié forts. Son activité professionnelle lui permet de côtoyer des personnes dans un cadre « hors-norme ». Robin souligne aussi l'aspect non-compétitif de l'escalade – et des sports de pleine nature en général : « les gens s'entraident, l'objectif est commun ».

Le but de ce mémoire n'étant pas de recenser toutes les motivations des sportifs de nature et de les analyser de manière qualitative, l'étude ne peut être poussée plus loin. Ces exemples recensent néanmoins les principales motivations mises en évidence dans le discours des sportifs de nature que j'ai interrogés. Ces constats rejoignent ceux de l'étude approfondie de Jovignot (1997) sur les profils socio-démographiques des spéléologues.

2.1.2. Point de vue sociologique

Les écrits du sociologue Corneloup (2016), résumés par Lebreton (2017), apportent des précisions quant aux motivations des sportifs de nature, notamment des alpinistes et des grimpeurs, et de leurs évolutions. Il décrit des intérêts d'abord centrés sur des aspects techniques (l'intention était de conquérir des monts) qui sont devenus plus marginaux et libertaires dans les années 1970-1980, pour finalement se transformer en aspect hédonistes ou sportifs. Il mentionne également l'attraction de ces sportifs pour le lien particulier à la nature. Il développe le concept d'« itinérance récréative » : l'itinéraire du pratiquant n'est pas entièrement fixé à son départ et le sujet se rend plus à l'écoute et plus sensible au milieu qu'il parcourt de manière non motorisée. La créativité du sujet est vivement sollicitée.

2.2. Processus latents

En échangeant avec les pratiquants des sports de nature, je me suis demandée si leurs motivations étaient toutes conscientisées.

Renault, spéléologue aguerri, pratiquant depuis plus de trente ans, s'est formé au spéléo-secours*. Il connaît l'ensemble des gouffres de sa région et les sillonne régulièrement. Encadrant un grand nombre de sorties, il porte une attention particulière aux mesures de sécurité. Lorsque je l'interroge sur l'intérêt initial qui l'a poussé à faire de la spéléologie, il me répond de manière franche et immédiate : « Je ne sais pas. Et je n'ai jamais vraiment su. Quand j'étais petit, j'adorais me faufiler dans les terriers d'animaux. Dès que j'en voyais un sur le chemin, j'essayais de m'y insérer. »

Dans sa thèse de doctorat sur les motivations des spéléologues, Jovignot (1997) prend le parti suivant : « *Nous ne pensons pas qu'on puisse comprendre les motivations des spéléologues si l'on n'admet pas qu'il existe [...] un ensemble de causes conscientes, explicites, accessibles par un instrument relativement simple à manier comme un questionnaire, et un ensemble de causes inconscientes, dont l'approche doit se faire par la méthode clinique et qui sont beaucoup plus délicates à généraliser* » (Jovignot, 1997, p. 34).

2.2.1. Dangers et risques : entre dénéigation et contrôle

Lorsque je discute avec les sportifs de nature, certains affirment que les activités qu'ils pratiquent sont « sans aucun risque », excepté « éventuellement les risques liés aux éléments aléatoires inhérents au milieu » qu'ils ne peuvent pas contrôler. « À ce compte-là, toute situation est un risque. Quand tu sors de chez toi pour aller faire tes courses, tu peux très bien glisser sur une flaque d'eau. »

Pourtant, les milieux empruntés mettent en majeure partie du temps le sujet en situation de déséquilibre, pourvoyeuse de chutes et d'accidents relativement fréquents. De même, les

équipements utilisés dans de nombreux sports de nature sont destinés en grande partie à garantir la sécurité du sujet. Toutes les fédérations françaises des sports de nature possèdent d'ailleurs un groupe relatif à la prévention et à la sécurité. Cela démontre que le risque est bien réel, même s'il est en partie dénié par certains pratiquants.

Ces mêmes personnes nuancent : « Le risque est là mais tout est pensé et calculé pour que l'incident n'arrive jamais. Après, tu n'es jamais à l'abri d'une chute de pierre, d'une avalanche, d'une météo changeante ou d'une montée des eaux. »

L'intention de s'engager sur un terrain accidenté, d'en réduire les incertitudes, d'assurer sa propre sécurité traduit une volonté de maîtriser son environnement.

Pour Raveneau (2006), il faut distinguer le risque subi du risque choisi, « *ce qui permet de mieux rendre compte et de comprendre pourquoi les conduites à risque intègrent des contradictions apparentes et des formes de dénégarion du danger. [...] Le sujet reconnaît que des accidents graves peuvent survenir, mais il ne se sent pas individuellement menacé* » (Raveneau, 2006, p. 587).

2.2.2. Ambivalence du risque

Pour Le Breton (2017), ce risque choisi dans les activités physiques et sportives dites à risque, est une manière de s'éprouver soi-même, de se sentir vivant dans le confort de nos sociétés modernes : « *Les sensations inhérentes à des activités non dénuées de risques sont d'autant plus sollicitées que le reste de la vie est pacifié, l'existence familiale et professionnelle à l'abri de toute crainte. Pour briser les routines, "retrouver des sensations", le jeu avec le risque est une voie royale. Ces activités physiques et sportives dites à risque sont revendiquées comme une manière de retrouver le sel de la vie dans une société trop sécurisante, ce sont des tentatives d'évasion hors du quotidien* » (pp. 115-116). Le risque est donc ambivalent : le sujet se met dans une situation à risque, frôle la mort pour ressentir la vie.

2.2.3. Mise en jeu des relations à l'autre ?

Pierre pratique très régulièrement le parapente, l'escalade et la plongée sous-marine. Il est également adepte de *skate*, de *slackline* et *mixed martial arts* (MMA). Plus occasionnellement, il expérimente la spéléologie, le *trail* et la *via-ferrata* mais il trouve ces activités plus ennuyeuses. Par ailleurs, il a un excellent niveau en batterie, en guitare et en violoncelle grâce à une pratique soutenue. Ces activités lui permettent de rester actif et en excellente santé. « Au moins, je ne perds pas mon temps à regarder bêtement la télé. » Néanmoins, Pierre passe du temps sur les réseaux sociaux et semble affecté par les relations qui ne prennent pas la forme qu'il souhaite. « Dès que

je ne suis pas occupé à faire quelque chose, j'y pense tout le temps, c'est vraiment contrariant. »

Ainsi, la pratique sportive de nature constituerait dans certains cas une échappatoire aux difficultés relationnelles et aux émotions fortes, une manière de les endiguer et de les canaliser. L'évacuation d'un affect associé à une relation à l'autre trop compliquée semble être parfois recherchée dans les conduites sportives.

À partir de ces observations et de mon propre vécu et en m'appuyant sur la littérature scientifique en psychomotricité je propose à présent une lecture psychomotrice des sports de nature.

Chapitre II.

Lecture psychomotrice des sports de nature

Qu'il s'agisse d'être confiné dans un souterrain étroit et sombre en spéléologie, de descendre en rappel* une cascade d'eau fraîche en canyoning ou de planer dans les airs en parapente, les expériences des sports de nature apportent toutes des sensations corporelles et des habiletés motrices qui rompent avec le quotidien. Dans ce chapitre, j'étudie, avec un regard psychomoteur, le vécu psychocorporel que les sports de nature apportent.

1. Des sensations inhabituelles

Les environnements explorés sont, pour la plupart, sauvages et non aménagés. Ils présentent des caractéristiques qui donnent au sujet des informations sensorielles nettement différentes de celles de son quotidien. Pour les décrire, je m'appuie sur la classification des sens du neurophysiologiste Sherrington (Calas, 1998). Celle-ci comprend les différents systèmes sensoriels de l'être humain : la sensibilité extéroceptive (vision, audition, sensibilité cutanée, olfaction et gustation), qui renseignent sur les objets extérieurs, la sensibilité proprioceptive qui informent sur la position et le mouvement du corps et des membres et la sensibilité intéroceptive (récepteurs viscéraux). Dans cette partie, je m'intéresse aux principales afférences sensorielles rencontrées dans les sports de nature : les afférences externes visuelles, auditives et tactiles et les afférences internes proprioceptives.

1.1. Afférences sensorielles extéroceptives

1.1.1. La vision

En escalade, après avoir observé globalement la paroi dans laquelle il s'engage d'en bas, le grimpeur analyse les prises qu'il peut saisir à quelques mètres au-dessus de lui. Il concentre donc son observation sur son espace proche. De la même manière, la configuration exigüe de certains souterrains limite visuellement le spéléologue. Sa vue étant limitée par le relief de la cavité, celui-ci ne voit pas au-delà de quelques dizaines de centimètres. En spéléologie, c'est l'orientation de la tête de l'individu, sur laquelle repose le casque soutenant la lampe frontale, qui détermine l'éclairage de la zone explorée. La vision périphérique du sujet est donc moins sollicitée. Dans ces situations, le spéléologue utilise par conséquent davantage sa vision focale proche. À l'inverse, en ski ou en VTT, le sujet cherche des indices visuels loin devant lui et provenant de la périphérie pour anticiper le plus possible son action motrice. Son regard

se porte constamment en alternance sur les éléments proches – racines, bosses, virages, terrains glissants – et les éléments lointains de son environnement pour franchir ou éviter les obstacles et ainsi prendre la meilleure trajectoire.

Par ailleurs, certains environnements tels que les reliefs enneigés en ski et en alpinisme sont particulièrement lumineux tandis que d'autres sont sombres et uniformément colorés, comme les parois des cavités en spéléologie. Dans les deux cas, la progression motrice peut être entravée par cet excès ou ce manque de luminosité.

Au quotidien, le sujet est habitué à se servir de sa vision focale relativement proche par l'utilisation importante des écrans ou à travers les interactions sociales. Il est également habitué à vivre dans des endroits où la luminosité est principalement constante, l'éclairage des foyers et des routes étant assuré. Dans les activités physiques de nature, la distance entre les objets observés et le sujet ainsi que la luminosité des environnements explorés sont nettement différentes de la vie quotidienne. Dans les sports de vitesse, le sujet se sert autant de sa vision focale distante et proche que de sa vision périphérique et il est davantage soumis aux variations naturelles de la lumière du jour et des saisons. De plus, dans les sports où la progression est pédestre, le sujet utilise davantage sa vision focale très proche et est parfois privé de son sens visuel.

1.1.2. L'audition

De même que le système visuel du sujet est utilisé différemment dans les sports de nature, son système auditif est sollicité lui aussi de manière spécifique. La désafférence auditive propre aux milieux souterrains et subaquatiques place le sujet dans des conditions sonores épurées. Le sujet peut alors percevoir des sons plus ou moins lointains, comme des gouttes d'eau des stalactites tombant au sol en spéléologie, des mammifères marins ou des moyens de transport maritime en plongée sous-marine. Il peut également entendre les sons qu'il émet lui-même avec son corps : sa respiration, son rythme cardiaque.

Certains environnements produisent au contraire des conditions sonores très marquées. C'est le cas des milieux fluviaux, dans les sports en eaux vives et dans le canyonisme, où le bruit de l'eau qui s'écoule à haut débit masque tous les autres sons. Certains milieux terrestres et aériens présentent également cette caractéristique : en alpinisme et en parapente, le bruit du vent empêche d'en distinguer d'autres. Il est dans ces cas-là impossible de communiquer de manière conventionnelle avec ses partenaires d'exploration, les voix étant couvertes par le vacarme du vent ou des rivières.

Si le sujet sportif choisit son activité, il ne peut pas pour autant anticiper les conditions sonores dans lequel il la pratique d'autant plus si le milieu exploré est encore inconnu. Ces conditions

dépendent notamment de la météorologie, des débits des flux d'air et d'eau du moment de la journée et de la topographie du milieu. Contrairement aux activités du quotidien dans lesquelles les flux sonores sont davantage maîtrisés – se mettre au calme, écouter un concert – les sports de nature imposent au sujet un niveau d'intensité acoustique et une « mélodie » liés aux éléments naturels.

1.1.3. La sensibilité cutanée

Elle regroupe les sensibilités thermique et tactile. Sur le plan thermique d'abord, le vent et les surfaces enneigées des montagnes, l'altitude du milieu aérien et les eaux fraîches des canyons ou des grottes sous-marines peuvent mettre le sujet dans des conditions de températures très basses. Inversement, l'ascension d'une falaise exposée en plein soleil ou la course à pied en plein été dans un environnement sec oblige le grimpeur ou le traileur à réguler sa température et à activer son système de sudation.

Sur le plan tactile, les informations proviennent soit du milieu sur lequel le sujet s'accroche ou repose, soit de son équipement. En escalade, les doigts sont en contact direct avec la paroi. Le grimpeur expérimenté parvient à distinguer tactilement les différentes natures de la roche (dureté, friabilité, rugosité). Il développe ainsi une sensibilité très fine à l'extrémité de ses doigts, qui, avec les pieds, constituent les parties du corps presque exclusivement en contact avec le rocher. Le plongeur, lui, dans des élans de curiosité, explore les objets des fonds marins aux textures variées. Le spéléologue découvre lui aussi, par le tact, les variations de maniabilité de la paroi en fonction de l'épaisseur de glaise qui la recouvre. Les mains sont donc les principaux organes de perceptions tactiles. Néanmoins, dans la plupart de ces situations et dans de nombreux autres sports de nature, les mains du sujet sont davantage en contact avec son équipement et son système d'assurage. Il porte des gants et il manipule des matériaux métalliques et synthétiques (mousquetons, amarrages*, cordes). De plus, son équipement vestimentaire lui fournit des sensations tactiles spécifiques : la combinaison en néoprène* du plongeur et du canyoniste augmente fortement la pression tout autour de son corps. Cette sorte de seconde peau assure la sécurité du sujet mais peut limiter et entraver également ses mouvements, surtout s'il débute. L'escalade se distingue ici des autres sports de nature grâce à la mise en valeur et à la recherche de la qualité sensorielle tactile qu'elle offre continuellement.

Dans tous les cas, les afférences sensorielles externes participent pleinement à enrichir le vécu perceptif du sujet.

1.2. Afférences sensorielles proprioceptives

La proprioception est la sensibilité qui renseigne sur la position et le mouvement du corps et des membres dans l'espace. Dans le champ de la neurophysiologie, ce concept, proposé en au début du XX^e siècle par Sherrington, est encore discuté aujourd'hui. En me référant à l'enseignement de Guillaume (2013), chercheur en neurosciences cognitives, je propose de décliner la proprioception en sensibilité musculo-tendineuse et en sensibilité vestibulaire.

1.2.1. La sensibilité musculo-tendineuse

La sensibilité musculo-tendineuse est assurée par les mécanorécepteurs musculaires (fuseaux neuro-musculaires), tendineux (organes tendineux de Golgi), ligamentaires et articulaires et elle permet la perception des différentes parties du corps dans l'espace et de la force musculaire impliquée dans le mouvement du corps.

Que ce soit à l'intérieur d'une grotte, le long d'une falaise ou d'une piste, chaque parcours que le sportif de nature effectue l'invite à réaliser des mouvements et à prendre des postures toujours nouvelles et inédites, les milieux explorés étant toujours différents. La topographie de ces milieux pousse le sportif à contrôler sa force musculaire, sa respiration, la précision de ses mouvements pour adapter sa vitesse de déplacement, ses rotations, trouver des appuis stables et ainsi s'ajuster aux éléments naturels qui l'entourent. Ces variations d'accélération, de mouvements et de positions, associées au plaisir qu'elles lui procurent, lui permettent de percevoir son corps et de se le représenter dans des situations riches et variées.

1.2.1. La sensibilité vestibulaire

La sensibilité vestibulaire contribue au sens de l'équilibre. Elle est assurée par les organes de l'oreille interne : les canaux semi-circulaires détectent les accélérations rotatoires de la tête dans les trois plans de l'espace et le vestibule détecte les accélérations linéaires du corps.

Le relief des milieux explorés par le sportif de nature est bien marqué, ce qui le place en situation constante de déséquilibre et le confronte à de possibles chutes. En VTT, en ski ou en surf, il s'agit de garder son équilibre avec la vitesse de progression. En escalade, il s'agit de retrouver cet équilibre à chaque fois qu'un appui est quitté pour en retrouver un autre.

Les sports de nature mettent ainsi constamment en jeu le rapport à la gravité. De plus, le poids effectif du sportif peut subir certaines variations. En effet, en montagne ou sous terre, l'alpiniste, le grimpeur ou le spéléologue porte un équipement qui pèse parfois plusieurs dizaines de kilos. Casques, mousquetons, baudriers* et autres systèmes métalliques sont nécessaires pour assurer son déplacement et sa sécurité. Ce matériel l'alourdit énormément et modifie ses appuis au sol et sur les parois. Les charges, réparties sur son dos et autour de

son baudrier*, le contraignent à réajuster constamment sa posture et à adapter ses déplacements. Le canyoniste, lui aussi lourdement chargé en plus de sa combinaison en néoprène*, passe régulièrement d'une sensation de lourdeur à une sensation de légèreté, par exemple lorsqu'il se retrouve dans une vasque, l'eau le délestant d'une partie de son poids. Le plongeur, soumis à la gravité et à la poussée d'Archimède, peut contrôler son poids et donc sa profondeur en faisant passer l'air de ses bouteilles à son gilet. Pour le parapentiste, c'est le gradient de température de l'air qui lui impose son altitude. Son poids est soutenu par sa voile, il a la même sensation que lorsqu'il est assis. Ces variations de poids modifient donc le rapport à la gravité du sujet, ce qui l'oblige à se positionner et à se déplacer différemment afin d'ajuster son équilibre.

Ainsi, les expériences vécues à travers les sports de nature mettent en jeu les différents systèmes sensoriels du sujet de manière soutenue : sensibilité extéroceptive (visuelle, auditive et tactile, *cf. supra* Partie 1.1) et sensibilité proprioceptive (musculo-tendineuse et vestibulaire, *cf. supra* Partie 1.2).

1.3. Enrichissement du schéma corporel

Le processus neurophysiologique du traitement des informations sensorielles, décrit par Miller et Lane (2000), est assuré par les systèmes nerveux périphérique (nerfs crâniens et rachidiens) et central (encéphale et moelle épinière). Il comporte plusieurs étapes : la conversion de l'information sensorielle en message nerveux par le système nerveux périphérique, la détection du message nerveux par le système nerveux central puis la discrimination des différentes informations nerveuses. À partir de cette intégration sensorielle, le système nerveux central module et trie ces informations afin d'organiser une réponse motrice adaptée. Le traitement combiné des informations sensorielles de natures différentes permet ainsi une bonne perception de son corps.

Le schéma corporel correspond à la représentation que chacun a de son corps dans l'espace, en statique ou en dynamique. Ajuriaguerra (1970) le définit de la manière suivante : « *édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* » (p. 239). Le schéma corporel se met en place dans l'enfance notamment grâce à la maturation du système nerveux et est remanié tout au long de la vie en fonction des expériences corporelles de chacun.

Dans les expériences des sports de nature, l'engagement corporel est intense et implique fortement les systèmes sensoriels du sujet. Le système de traitement des informations est

donc lui aussi sollicité en permanence. La diversité des expériences sensorielles traversées* enrichit donc le schéma corporel du sportif de nature.

Le traitement des informations sensorielles permettant une réponse motrice adaptée, cet enrichissement du schéma corporel, sensoriel d'une part, l'est également sur le plan moteur.

2. Une motricité spécifique

2.1. Appuis : de la bipédie, à la quadrupédie, à la « multipédie »

Dans la plupart des situations des activités sportives de nature, il est rare que le sujet adopte une posture uniquement bipède.

En alpinisme, pieds et mains sont en contact direct avec la paroi puisque le plan d'appui est vertical ou, du moins, il possède une déclivité et une rugosité qui ne permet pas de rester en équilibre sur les deux jambes. C'est également le cas en escalade. D'ailleurs, plus le niveau de pratique est élevé, plus les extrémités distales des membres, doigts et orteils, sont sollicitées, comme le précisent le psychomotricien Garrone et le psychologue Puricelli : *« surtout au niveau des mains mais aussi au niveau des pieds, a lieu un fin travail d'appréciation de la qualité des prises destiné à éprouver leur sûreté : celle-ci est-elle profonde, large, combien de doigts y insère-t-on ? Est-elle "crochetante", quelle est sa rugosité, le rocher est-il blessant, etc. ... ? »* (Garrone & Puricelli, 1996, p. 67). En spéléologie, les configurations spatiales des cavités et l'aspect glissant des parois recouvertes de glaise ne permettent pas cette finesse gestuelle. Genoux, coudes, jambes, bras et parfois torse et dos sont utilisés pour se repousser des parois et continuer l'exploration.

Les quatre membres, le dos et le torse sont alors engagés dans la progression du sportif. Leur implication est répartie de manière plus ou moins homogène en fonction du sport pratiqué ou du terrain exploré, et ce, toujours dans le but d'optimiser la progression. La station bipède se transforme alors en station quadrupède. Le polygone restreint de sustentation initialement assuré par les pieds devient un quadrilatère dont les extrémités sont formées par les pieds et les mains ou bien il devient un polygone très élargi de sustentation assuré par d'autres parties du corps. Les membres supérieurs redeviennent des membres de locomotion, comme chez les jeunes enfants qui progressent sur les fessiers et les deux mains ou à quatre pattes.

Et si les extrémités distales des deux membres supérieurs ne sont pas en contact immédiat avec le plan d'appui, ils le sont néanmoins par l'intermédiaire d'outils : bâtons de skis ou de marche nordique, piolets en alpinisme sur glacier, pagaie en canoë-kayak, etc. Le sujet prolonge en quelque sorte ses membres supérieurs à travers cet outil ou en modifie ses

caractéristiques physiques (objets pouvant être plantés dans la glace ou immergés dans l'eau).

Par ailleurs, dans certains sports comme la plongée sous-marine, la nage en eaux vives ou le parapente, le déplacement ne se fait pas sur une surface d'appui mais sur un « volume d'appui ». C'est le cas des milieux aériens et aquatiques où les éléments constitutifs ne sont pas solides mais fluides. Le plongeur, le nageur ou le parapentiste se retrouve alors dans des postures « multipédiques » où l'ensemble de son corps lui permet de « tenir en appui » sur l'eau ou sur l'air (le parapentiste est bien évidemment retenu par sa voile, c'est elle qui est en appui sur l'air par les principes de mécanique des fluides).

Ces configurations posturales auxquelles le sujet est soumis engendrent dès lors une motricité particulière.

2.2. Les schèmes moteurs impliqués dans les sports de nature

La notion de « schème », utilisée dans un premier temps par Kant au XVIII^e siècle, a été principalement reprise et développée par Piaget dans les années 1970 d'un point de vue psychologique (Piaget & Inhelder, 1966). Elle correspond à « *la structure ou l'organisation des actions telles qu'elles se transfèrent ou se généralisent lors de la répétition de cette action en des circonstances semblables ou analogues* » (p. 11). Il s'agit en quelque sorte de « briques élémentaires » d'actions et de mouvements, qui, à force de répétitions, s'automatisent et permettent de soutenir des actes moteurs plus complexes. Plus récemment, les études neurologiques ont mis en évidence les circuits neuromoteurs à l'origine de cette automatisation. Ces circuits sont précâblés à la naissance. Comme le rappelle et le précise Lesage (2012) : « *il existe en effet tout un répertoire de coordinations innées, une motricité précablée, qui va des réflexes les plus élémentaires à des organisations neuromotrices complexes* » (p. 182). Il ajoute « *le morcellement sensori-moteur des débuts laisse place à une unification progressive selon une maturation céphalo-caudale et proximo-distale, au cours de laquelle les réponses motrices se fédèrent et s'intègrent peu à peu* » (Lesage, 2012, p. 183). Ainsi, les circuits précâblés sont renforcés par les expériences sensori-motrices du bébé et par sa maturation neurologique. D'abord regroupés autour des réflexes de succion et de déglutition, les schèmes évoluent en schèmes de locomotion.

Dans les expériences des sports de nature, certains schèmes moteurs peuvent être dégagés et retrouvés dans plusieurs pratiques sportives. Je propose de les étudier ici à travers le prisme de Bartenieff (1980). Danseuse chorégraphe et kinésithérapeute, Bartenieff met en évidence des schèmes moteurs caractéristiques à travers sa pratique corporelle qui, d'après Lesage (2012), correspondent à des « *des rassemblements du corps dans une forme de motricité*

intégrant les réflexes, les réactions d'équilibration et de redressement, les chaînes kinétiques » (p. 190). Étonnamment, les mouvements dans les sports de nature, disciplines bien éloignées de prime abord de l'univers de la danse, évoquent ceux de Bartenieff. Le point commun serait alors les différentes étapes de développement de l'enfant, l'amenant de la position allongée à debout, que ces schèmes sous-tendent.

2.2.1. Le schème de la respiration

La respiration, fonction physiologique élémentaire et vitale propre à tout être vivant, est au cœur de l'activité sportive. C'est une activité automatique, contrôlée par les centres intégrateurs du système nerveux autonome dans le tronc cérébral. Mais elle peut être conduite de façon consciente grâce à la commande volontaire du cortex cérébral : son rythme et son amplitude peuvent être modifiés volontairement. Sa régulation est un enjeu majeur pour le sportif, notamment pour celui qui traverse des milieux privés ou réduits en oxygène. C'est le cas du plongeur en scaphandre autonome (assistance respiratoire assurée par les bouteilles de plongée), de l'alpiniste et du parapentiste (la pression inspirée de dioxygène diminue avec l'altitude), ou encore du spéléologue (certaines cavités ont un facteur de renouvellement d'air limité). En fonction du milieu exploré, une attention particulière est donc portée sur la respiration. Dans les environnements où la pression inspirée de dioxygène est constante, elle s'ajuste également en fonction de l'effort fourni. Une respiration ample et régulière permet au kayakiste ou au traileur d'effectuer un mouvement cadencé et un effort continu. Le grimpeur confirmé, quant à lui, utilise le rythme de sa respiration pour accompagner ses gestes. Il indiquera d'ailleurs souvent au débutant de « bien souffler » car celui-ci, dans la majorité des cas, a tendance à retenir sa respiration.

2.2.2. Le schème centre-périphérie

C'est le schème connectant le noyau, c'est-à-dire le centre du corps selon Bartenieff, et les extrémités distales : « *[l']organisation générale rappelle celle de l'étoile de mer qui déplie ses tentacules dans un mouvement centrifuge et centripète de déploiement/rassemblément* » (Lesage, 2012, p. 192). Les six extrémités du corps (mains, pieds, tête et coccyx) se rapprochent et s'éloignent successivement du noyau. Les sauts groupés du canyoniste dans les vasques pour amortir la chute et protéger les membres, ainsi que le regroupement en flexion du skieur pour prendre de la vitesse sont des situations de densification et de rassemblement qui évoquent ce schème. De même, en escalade, cette alternance de mouvements centrifuges (déployer ses membres pour atteindre les prises) et centripètes (saisir les prises et fléchir les membres pour se regrouper) est typique de la progression dans cette pratique.

2.2.3. Le schème spinal

Le schème spinal correspond au redressement de la colonne vertébrale. Il se met en place chez le nourrisson entre deux et six mois, lorsque celui-ci pousse dans ses deux avant-bras pour relever son buste. S'extrayant du sol, surface bidimensionnelle, il donne ainsi accès à la tridimensionnalité. Typiquement, le grimpeur qui s'écarte de la paroi pour observer ses prochaines prises tout en maintenant son équilibre met en jeu ce schème. Par ailleurs, ce schème met en connexion dynamique la tête et le coccyx et « *polarise l'axe longitudinal du corps* » (Lesage, 2012, p. 193) d'avant en arrière. Il fait intervenir les chaînes musculaires Antéro-Postérieure (AP) et Postéro-Antérieure (PA) telles que Struyf-Denys, kinésithérapeute et ostéopathe, les a décrites, la chaîne AP étant associée à la délordose et au grandissement, la chaîne PA étant associée à la lordose et l'adaptabilité. Ce schème est à l'origine des deux types d'actions complémentaires : le « céder-pousser » et le « atteindre-tirer » comme l'explique Lesage (2012, p. 195).

- Dans le céder-pousser, le sujet tantôt abandonne son poids, tantôt repousse le sol « *ainsi, avant de se séparer du support en prenant appui, intervient un temps d'adhérence, un lien intime avec lui, une sorte de lâchage du poids qui permet à la réponse antigravitaire de se construire* » (Lesage, 2012, p. 196). Les descentes en rappel* en canyoning ou spéléologie et les descentes en moulinette* en escalade font spécifiquement intervenir ce schème : il faut abandonner son poids dans le baudrier* et repousser la paroi avec ses pieds, non pas verticalement comme au sol, mais horizontalement, le plan d'appui horizontal étant transposé à la verticale.
- Dans le atteindre-tirer, le sujet est dans une volonté d'aller vers quelque chose, d'explorer, ce qui lui permet de s'orienter et de déployer ainsi le mouvement. C'est l'action typique du grimpeur : il tend la main, atteint les prises et tire sur ses bras pour se hisser. Dans un plan plus horizontal, le spéléoplongeur se déplace le long d'une main courante à la force de ses bras en tirant dessus.

Par ailleurs, ces doubles actions de céder-pousser et d'atteindre-tirer qui constituent les principaux mouvements permettant la progression notamment en escalade, en canyoning et en spéléologie, peuvent être entravées par l'apparition d'angoisses qui figent le corps dans l'espace. C'est le cas du grimpeur débutant qui se retrouve bloqué sur la paroi par peur de tomber et qui se cramponne aux prises environnantes. C'est aussi le cas du débutant en canyoning lorsqu'il s'engage dans une descente en rappel* en haut d'une cascade : la perception de la hauteur provoque, dans un élan vital, une crispation intense et un agrippement à la corde du système d'assurage. En spéléologie, le sujet débutant qui ne peut voir le fond du puits dans lequel il s'aventure peut présenter le même état de panique. S'agripper est une

action de la motricité volontaire. Elle est contrôlée par un circuit neuromoteur intégré dans l'enfance. Elle est issue de l'évolution du réflexe archaïque d'agrippement ou *grasping* présent *in utero* et qui persiste chez le nourrisson jusqu'à l'âge de trois mois. Ce réflexe fondamental lui permet de lutter contre des angoisses de chute. La maturation corticale et la baisse d'excitabilité des neurones du bébé qui grandit permet d'inhiber ses réponses réflexes. Le statut de réflexe disparaît alors mais « *[l]e circuit neuromoteur quant à lui persiste et s'intègre à la motricité globale, restant donc disponible pour soutenir une éventuelle intention motrice* » (Lesage, 2012, p. 183). La situation de paralysie et de tétanie que peut traverser le débutant peut évoquer symboliquement ce réflexe de *grasping* du nourrisson (mais d'un point de vue neurophysiologique, c'est bien l'action d'agripper, modulée par le circuit neuromoteur mature du sujet, qui est mise en jeu).

2.2.4. Le schème homologue

Dans ce schème, les membres sont utilisés de façon symétrique comme chez la grenouille ou le lapin. Il correspond au premier rampé du nourrisson entre huit et dix mois : « *[l]e mouvement homologue entraîne une propulsion sagittale qui peut se faire selon les deux modalités "céder et pousser" et "atteindre et tirer" précisées dans le schème spinal* » (Lesage, 2012, p. 197). Il assure la connexion haut-bas du corps.

Les mouvements de brasse du nageur évoquent en premier lieu ce schème. Mais il est également identifiable dans les manipulations complexes de remontée sur corde, le spéléologue, par exemple, est amené à remonter d'un puits* le long de la corde qui lui a servi précédemment à la descente en rappel*. Dans cette situation, le corps n'a qu'une seule « courbe d'appui » pour se hisser jusqu'en haut car les parois sont trop éloignées (*cf. infra* Figure 1 en Annexe).

Le nourrisson, en acquérant peu à peu ce schème, différencie le haut et le bas de son corps. Il peut alors effectuer des mouvements avec ses membres supérieurs indépendamment de ses membres inférieurs : « *le bas du corps se spécialise dans une fonction d'appui et de propulsion, qui libère les potentialités du haut* » (Lesage, 2012, p. 197). Dans cette coordination haut/bas du corps dans un plan horizontal, il peut alors saisir et manipuler des objets beaucoup plus aisément.

À même la paroi, soutenu par son baudrier* attaché à l'amarrage*, il est fréquent que le grimpeur de grande voie*, le canyoniste ou encore le spéléologue se retrouve « assis » dans son baudrier*, les deux pieds repoussant la paroi ou dans le vide. Peu ordinaire dans la vie quotidienne, cet appui lui permet de libérer complètement ses membres supérieurs. Il peut alors effectuer les manipulations techniques de mise en sécurité nécessaires pour continuer

son exploration. La dissociation haut/bas du corps est ainsi mise en jeu : le schème homologue est sollicité dans cette situation.

2.2.5. Le schème homolatéral

Ce schème se met en place autour du septième et huitième mois du nourrisson. Il met en relation les deux hémicorps avec le passage de la ligne médiane grâce notamment à l'alternance des postures gauches et droites du réflexe tonique asymétrique du cou (ou *Asymetric Tonic Neck Posture – ATNP*). Il permet l'intégration de ces deux hémichamps. D'un point de vue locomoteur, il se traduit par une mise en mouvement d'un hémicorps, tandis que l'autre assure les appuis. Il est observable dans le rampé ou le quatre-patte du bébé vers neuf/dix mois : « *dans ces manières de se déplacer, contrairement à ce qu'on observe pour le schème homologue, il y a alternance constante de fonction entre un côté stabilisateur et l'autre mobile* » (Lesage, 2012, p. 201). Sur le plan cognitif il correspond à « *la propension à évaluer, à peser le pour et le contre* » (p. 201).

Le *ramping** du spéléologue dans les laminoirs*, boyaux* et autres passages étroits est typiquement sous-tendu par ce schème. Jovignot (1997), en s'appuyant sur ces mouvements de reptation en spéléologie, précise que le sujet ne sollicite pas « *des savoir-faire élaborés* » mais « *des savoir-faire archaïques adaptés à la situation* » (p. 53). Dans un plan vertical, le mouvement caractéristique de la remontée sur glace en alpinisme évoque également ce schème : un piolet à chaque main et des crampons à chaque pied, le sportif lève une jambe et un bras du même côté du corps, plante son piolet et son crampon et se hisse avant d'effectuer la même chose avec l'autre hémicorps.

2.2.6. Le schème controlatéral

C'est le schème de la connexion croisée. « *À un degré plus complexe, le geste devient tridimensionnel, franchissant les trois plans de l'espace, ce qui suppose les connexions tête/coccyx, haut/bas et droite/gauche. Les trois plans – sagittal, frontal et horizontal – définissent huit secteurs qui se relient à travers le geste et résonnent avec les régions du corps correspondantes* » (Lesage, 2012, p. 202). Le sujet est alors capable d'utiliser les diagonales de l'espace : le bras gauche peut se tendre tandis que la jambe droite se plie, le bras droit et la jambe droite restant immobiles. Bartenieff, d'après Lesage (2012, p. 203) « *considérerait l'accès à la richesse et à la complexité de cette intégration croisée comme structurant pour la pensée elle-même car conduisant à mettre en relation des réalités différentes et favorisant l'engagement dans l'action* ».

Ce schème est extrêmement sollicité dans les sports de nature. En spéléologie, les *rampings** dans les boyaux* étroits en sont, de nouveau, un bon exemple. Très fréquemment, le

spéléologue est amené à tirer ou à pousser le sac de matériel et à le replacer devant ou derrière lui dans les souterrains. Ces actions l'obligent à parcourir et à croiser les trois plans de l'espace dans des mouvements spiroïdes et de torsions. Il en est même lors des descentes en rappel* au cours desquelles le sportif (spéléologue mais également canyoniste) doit s'orienter face à la paroi ou éviter les chutes d'eau, passant d'un plan vertical à l'autre et changeant régulièrement de main pour faire coulisser la corde dans son système d'assurage*. Mais l'escalade est de toute évidence le sport de nature qui met le plus en valeur ces mouvements multidimensionnels de manière esthétique (cf. *infra* Figure 2 en Annexe). Sur la paroi, le corps ne rencontre pas d'obstacle arrière dans lequel il pourrait se cogner, ce qui permet au sujet de déployer son geste avec fluidité.

2.2.7. Créativité praxique

En réalité, pour les sujets sportifs de nature – comme pour les actions motrices de la vie quotidienne du sujet ordinaire – tous les schèmes se coordonnent et il serait réducteur et impossible de décrire ces mouvements au travers d'un seul et unique schème.

Néanmoins, il est intéressant de remarquer que dans de nombreuses configurations des sports de nature, certains schèmes sont davantage sollicités que d'autres. Ces activités donneraient donc l'opportunité d'expérimenter de nouvelles habilités motrices, à partir de celles mises en place depuis la petite enfance. Elles permettent, de toute évidence, de réexpérimenter les coordinations du corps sous-tendues par ces schèmes et de poursuivre la construction du corps à travers le mouvement dans une conscience corporelle à la fois globale (le corps entier est mobilisé) et précise (toutes les parties du corps sont sollicitées et la motricité fine est requise pour effectuer des appuis et des manipulations de matériel précis).

Par ailleurs, il faut souligner que les réalisations praxiques que j'ai citées dans cette partie pour illustrer les schèmes ne sont pas toutes expérimentées de la même manière. Certaines sont associées à un geste technique et donc, la plupart du temps, sont transmises au sujet par une personne plus expérimentée (c'est le cas de la remontée sur corde en spéléologie – cf. *infra* Figure 1 en Annexe – des gestes à effectuer lors de manipulations d'assurage* ou de toutes les réactions automatiques à avoir en cas de danger). D'autres, à l'inverse, sont fortuites et sont découvertes par le sujet à travers son expérience motrice et ses éprouvés corporels. En combinant apprentissage et découverte autonome, les sports de nature participent donc à l'émergence de nouvelles habilités motrices et au processus de créativité praxique du sujet.

Dans la première partie (cf. *supra* Partie 1), j'ai présenté comment les environnements explorés dans les sports de nature mettent en jeu la sensorialité du sujet. Dans la seconde partie (cf. *supra* Partie 2), j'ai montré les expérimentations motrices particulières que ces sports

induisaient. J'ai volontairement dissocié les dimensions sensorielles et motrices du sportif de nature dans un but didactique mais il est évident que ces deux dimensions sont intimement liées à travers le traitement des informations sensorielles (Miller & Lane, 2000). Dans cette perspective, comment les sports de nature influencent-ils le vécu corporel du sujet ?

3. Un vécu corporel unique

3.1. Recherche d'équilibre et régulation tonique

La motricité spécifique de la plupart des sports de nature, étudiée précédemment, se construit essentiellement autour d'un même but : celui de garder l'équilibre face aux forces de la pesanteur qui tendent à projeter constamment le sujet au sol. Dans les environnements sauvages, montagnards, forestiers, souterrains en encore sus-aquatiques, le sportif de nature expérimente « *des limites physiques dans un équilibre toujours prêt à se rompre* » (Le Breton, 2017, p. 115). L'équilibre peut se définir comme l'état de stabilité du sujet dont le poids est réparti de part et d'autre d'un « espace d'appui ». Cet espace varie d'un sport à l'autre : en escalade, le grimpeur passe d'une posture à une autre en prenant appui sur des surfaces restreintes, non planes et non-horizontales. En canyonisme, en spéléologie ou en alpinisme, cette surface est souvent plus large mais parfois bien plus glissante (à cause de l'eau, de la glaise ou du gel) ; le sujet doit également faire face aux forces de l'eau et du vent qui le projettent horizontalement. Ces situations proposent des alternances d'équilibre statique – le sujet est dans une posture d'arrêt – et dynamique. Dans les sports de glisse, c'est l'équilibre dynamique qui est constamment recherché. Dans tous les cas, le sujet joue en permanence avec cette recherche d'appuis et de situation d'équilibre/déséquilibre.

Il s'agit donc de mettre en place des forces antigravitaires permettant de lutter contre la pesanteur : c'est le travail musculaire qui en est à l'origine. La proprioception et la régulation tonique sont les composantes clés permettant au sujet le maintien de la posture qui lui assure son équilibre. Par l'intégration des nombreuses informations sensorielles, le sujet ajuste le degré de tonicité de ses muscles. Il arrive que la configuration du milieu lui demande de maintenir une posture peu habituelle (par exemple un passage délicat à franchir en escalade ou en spéléologie). Son tonus postural est dès lors davantage sollicité mais pour résoudre la situation, il ne doit pas être trop élevé : une marge tonique doit être conservée pour que le tonus d'action prépare et effectue le geste dynamique permettant de franchir l'obstacle.

Cette recherche constante d'équilibre et la nécessité de réguler son tonus permettent d'enrichir du vécu proprioceptif et du schéma corporel (*cf. supra* Partie 1.3) Dans la théorie du développement sensori-moteur, Bullinger (2007) explique le lien entre « flux sensoriels » (p. 70), régulation tonique et motricité.

3.2. De la sensori-motricité à la cognition

La période sensori-motrice, décrite initialement par Piaget (1966), se situe entre la naissance et dix-huit et vingt-quatre mois. Il est évident que le sportif adulte traite les signaux sensori-moteurs d'une manière beaucoup plus complexe qu'au cours de cette période. Cependant « *lorsque des actions matérielles nouvelles sont à former ou lorsque le milieu résiste aux actions du sujet, les aspects sensori-moteurs peuvent regagner en importance* » (Bullinger, 2007, p. 70). Dans les sports de nature, le sujet se confronte à des situations toujours nouvelles car les environnements explorés sont souvent différents, tout comme leurs caractéristiques (météorologiques, physiques et structurelles). Les conduites sensori-motrices du sujet sont donc fortement impliquées dans ces situations : le sujet capte et traite les flux sensoriels, ici d'ordre gravitaires, visuels, tactiles et sonores et, à travers sa « fonction proprioceptive », il adopte une réaction tonico-posturale et motrice en rapport à cette situation.

L'intelligence et l'activité psychique, pour Piaget (1966) et Bullinger (2007), trouve ses racines dans le mouvement, grâce aux matériaux « de nature sensorielle et motrice » (Bullinger, 2007, p. 70). J'avance ici que la sensori-motricité du sujet sportif de nature, activée dans ses expériences, continuerait à soutenir le développement de ses fonctions exécutives, qui font partie des processus cognitifs. De toute évidence, les situations des sports de nature font intervenir des facultés exécutives : vigilance, attention ou encore concentration. Les capacités d'inhibition ont aussi une forte importance lorsqu'il s'agit, par exemple, de se focaliser sur ses mouvements dans une descente en rappel* dans une cascade, tout en minimisant l'impact sensoriel de l'eau projetée à grand débit sur soi. Certains sportifs rencontrés m'affirment d'ailleurs qu'ils aiment mettre à profit ces aptitudes, ces capacités de « sang-froid » que ces activités requièrent.

Par la multiplicité et la diversité de ses expériences sensori-motrices renforcées par ses capacités cognitives, le sportif de nature enrichit son vécu corporel et alimente son schéma corporel.

3.3. La relativité des repères spatio-temporels

Les repères spatio-temporels sont intégrés grâce aux expériences corporelles : « *[!]e corps va représenter le point de référence et le moyen de créer cet espace orienté : point de référence grâce au tronc, véritable "ici" »* (Ajuriaguerra, 1962, p. 175). Le tronc fait également référence à l'axe corporel qui se définit anatomiquement comme « *une ligne virtuelle passant par le sommet du crâne et le centre du périnée* » (Lesage, 2012, p. 149).

L'axe corporel est grandement sollicité dans les sports de nature. Véritable « boussole corporelle », il permet au sujet, par l'intermédiaire de sa sensibilité proprioceptive, de s'orienter dans des espaces aux reliefs atypiques : souterrains étroits et coudés empêchant de voir son corps en entier, sentiers abrupts et parois verticales dont la surface d'appui devient parallèle à l'axe corporel, milieu aquatique qui réduit le flux gravitaire, etc. Sur le plan tonique, l'axe corporel est particulièrement engagé dans la manipulation de remontée sur corde en spéléologie (*cf. infra* Figure 1 en Annexe).

Cette capacité à s'orienter spatialement, associée aux processus cognitifs d'adaptation et d'attention, permet l'intégration des dimensions spatiales et la construction d'un espace propre. L'exploration sensori-motrice des environnements de pleine nature propose de réinterroger les relations à l'espace : dans les explorations ascendantes (escalade, alpinisme), le haut devient l'avant, le bas devient l'arrière. Au contraire, dans les explorations descendantes (spéléologie), le bas devient l'avant et le haut devient l'arrière. Quant aux explorations tridimensionnelles (parapente, plongée sous-marine), la surface de déplacement est transposée en volume de déplacement : le corps peut atteindre des points de l'espace, dans la hauteur, la largeur et la profondeur. Le repère cartésien se transpose alors en repère sphérique, où les coordonnées deviennent des angles et des rayons d'exploration.

Les relations au temps sont également modifiées. Pour les sports terrestres tels que les grandes voies en escalade, la durée de l'activité est soumise à l'heure du lever et du coucher du soleil, des températures saisonnières et des conditions météorologiques, qui deviennent les principaux indicateurs temporels. Pour les sports en eaux vives et aquatiques, c'est le débit et la quantité d'eau de la rivière ou l'agitation de la mer qui dicte en partie la progression du sujet et la durée de son parcours. Dans le milieu souterrain, sans montre, la privation de lumière du soleil ne permet pas de se repérer temporellement. L'expérience de Siffre (2017) le prouve : spéléologue aventurier et scientifique, il a passé deux mois sous terre, sans moyen de mesure du temps. Son « horloge biologique interne » s'est naturellement allongée : le temps perçu s'écoulait presque deux fois moins vite que le temps réel. Le sujet ajuste sa temporalité à celui des éléments naturels.

Dans cette perspective, la pratique des sports de nature permet un vécu corporel inédit, inhabituel, riche et intense. Elle invite à requestionner son rapport au temps, à l'espace et à son propre corps. Mais ces éprouvés corporels ne se résument pas uniquement à des sensations et des praxies spécifiques. La dimension émotionnelle est partie intégrante au processus.

4. « Cocktail » tonico-émotionnel

4.1. Vertige, peur et hypertonicité

Si les situations des sports de nature mettent en jeu la recherche d'équilibre, c'est bien parce qu'elles confrontent le sujet au vide. À flanc de falaise, le grimpeur observe le vide sous ses pieds ; en haut d'un puits*, le spéléologue s'engage dans le vide sans pour autant percevoir la profondeur ; le parapentiste, en décollant du sol, se jette dans le vide. Cette confrontation au vide peut générer la peur et le risque de chuter, de tomber au sol et de se blesser. Par ailleurs, dans certaines configurations, le sujet peut éprouver la crainte de rester bloqué, en s'engageant par exemple dans un laminoir*, ou d'être aspiré et noyé : en bas d'une cascade, après sa descente en rappel*, le canyoniste peut être aspiré par un phénomène de ressac*. De plus, le fantasme sur le plan corporel de se faire arracher un membre peut être présent, notamment en spéléologie, dans le passage de boyaux* étroits ou en imaginant être entravé par le nœud d'une corde suite à une mauvaise utilisation du matériel.

À propos du vertige, Winnicott (1952) reprend les écrits de Rycroft « *[I]e vertige est l'impression qu'on éprouve lorsque le sens de l'équilibre est menacé. Pour l'adulte, cette sensation est associée en général – sans l'être toujours – à tout ce qui menace le maintien de la station debout* » (Winnicott, L'angoisse liée à l'insécurité, 1952, pp. 232-233). Les enfants expérimentent cette menace de perte d'équilibre bien avant de se mettre debout. D'après Winnicott (1952), le phénomène de vertige pour le nourrisson n'est pas uniquement physiologique. Il s'accompagne d'angoisses d'insécurité massives lorsque les soins maternels n'assurent pas un soutien suffisant. Ces « angoisses disséquantes primitives » (Winnicott, s.d.) sont de différentes natures : angoisse de retour à un stade de non-intégration, angoisse de tomber à jamais, angoisse de perte de la complicité psychosomatique ou encore angoisse de perte du sens réel (p. 208). Elles provoquent une « crainte d'effondrement », c'est-à-dire une crainte de mort, que tout individu expérimente bébé.

La sensation de vertige et les angoisses éprouvées dans les expériences des sports de nature peuvent faire écho à ces angoisses primitives, les réactiver et les raviver. La peur intense chez le débutant peut le paralyser et entraver son mouvement, traduisant alors un état d'hypertonie massive invalidante. Pour le sportif expérimenté, ces angoisses sont la plupart du temps beaucoup moins présentes ou du moins, elles sont contenues. Dans ce cas, son tonus est vecteur de mouvement, le geste peut se déployer librement et l'hypertonie associée à son effort physique est source de plaisir. La maîtrise de sa peur génère de la satisfaction.

4.2. Équilibre tonico-émotionnel

L'enjeu pour le sportif de nature est donc de se confronter à des situations qui le mettent suffisamment en tension corporelle et émotionnelle afin d'éprouver des sensations vives, mêlées à la fois de plaisir et de peur, tout en préservant sa sécurité (*cf. infra* Figure 3 en Annexe). L'environnement doit être suffisamment sécurisé et sécurisant pour minimiser l'angoisse et garantir l'intégrité du sujet.

Cela évoque les « états primaires toniques » (Robert-Ouvray, 2007, p. 77) éprouvés par le bébé : « *l'hypotonie* [provoquée par la satisfaction des besoins] *vécue par l'enfant est ressentie dans le passage d'une position tonique contracturante* [due aux besoins] *à une autre position tonique moins active. L'enfant vit la perte d'une sensation désagréable et l'advenue d'une sensation agréable* » (pp. 77-78).

Ici le sujet, choisit consciemment et volontairement de se mettre dans des états hypertoniques afin d'en ressentir la limite et d'éprouver par la suite un état hypotonique.

4.3. Détente et hypotonicité

Après l'état d'hypertonie et de vigilance constante une détente émotionnelle et musculaire s'installe. Cet état de relâchement tonico-émotionnel et de soulagement suite à une contraction ou un effort intense est un mécanisme neurophysiologique bien connu. Ce principe a été mis en évidence par Jacobson (1974), qui l'a utilisé pour développer sa méthode de relaxation progressive (augmentation volontaire de la tension musculaire d'un muscle par sa contraction pour mieux ressentir sa décontraction et la détente psychique qui l'accompagne). Dans les explorations inédites des sports de nature, le sujet est amené à ressentir des éprouvés corporels et émotionnels intenses et pas toujours prévisibles. L'état hypotonique de détente et de plaisir qui s'ensuit, s'accompagne de la fierté d'avoir été confronté à des situations symboliquement risquées et de les avoir surmontées.

Les pôles hypotoniques et hypertoniques du sujet sont donc éprouvés, expérimentés à travers ces situations ainsi que toutes les nuances sensori-toniques intermédiaires. Les sports de nature mettent ainsi en lien les sphères motrice, tonique et émotionnelle du sujet à travers les jeux des équilibres/déséquilibres du corps dans l'espace mais également sur le plan tonico-émotionnel.

J'étudie à présent l'importance du milieu humain et des interactions relationnelles dans ces expériences singulières.

5. Dimension relationnelle et affective

5.1. Une communication singulière

Dans les environnements sauvages, escarpés ou confinés, les configurations spatiales et les manipulations de mise en sécurité contraignent les sujets à adopter des distances interpersonnelles inhabituelles. Hall (1978) nomme « proxémie » la distance physique qui s'établit entre les corps de deux personnes en interaction de manière inconsciente et déterminée par la culture des sujets et du lien plus ou moins intime qu'il les relie. Parfois très réduites (deux personnes côte à côte suspendues au même point de relais* en escalade) en canyonisme ou en spéléologie, parfois très grandes (progression d'un sujet jusqu'au point de sécurité suivant tandis que l'autre conserve sa position), les proxémies culturelles traditionnelles sont brouillées dans les sports de nature. Ces situations demandent donc aux sujets d'inventer, d'établir de nouveaux codes proxémiques pour trouver l'entente nécessaire et assurer la protection et la progression de chacun.

Par ailleurs, dans certains cas, les systèmes sensoriels ne peuvent plus rendre compte de la situation du partenaire alpiniste, canyoniste ou spéléologue. Le relief de la montagne, de la rivière ou l'obscurité du souterrain empêchent de le voir, ou le vent sur la falaise ou le bruit puissant de la cascade couvre sa voix. Impossible de communiquer visuellement ou verbalement avec lui. Il faut inventer, développer, affiner un langage infra-verbal, rustique et élémentaire pour rester en connexion : des à-coups successifs dans la corde qui relie les deux partenaires, des signes de bras nets, précis, sans fioriture permettent de conserver ce lien vital. Dans ce contexte, le corps entier devient organe de relation et un « dialogue tonico-émotionnel » (Ajuriaguerra, 1962) s'installe et prend le pas sur l'interaction verbale. Le vécu tonique de l'un influence celui de l'autre : à travers des indications précises, verbales ou non, et des encouragements, le guidant peut rassurer son partenaire en situation délicate. La peur maîtrisée, le tonus abaissé, le sujet peut de nouveau déployer son mouvement et reprendre sa progression. La qualité de la relation à l'autre influence donc la vitesse de progression de l'aventure et sa réussite.

5.2. La place de l'autre

Si certains sports de nature se pratiquent seul, comme le *trail*, le ski ou le surf, la solitude étant parfois recherchée, l'autre n'est toutefois jamais complètement exclu. Il peut être d'abord le parent, l'ami ou le moniteur qui fait découvrir l'activité au sujet et qui le forme. Puis, il devient le co-équipier, le partenaire ou l'ami qui partage son aventure. Dans les sports qui demandent davantage de moyens matériels et techniques l'autre est présent de manière quasi-

permanente. Il n'occupera pas la même fonction selon le degré d'acquisition des compétences du sujet, de son niveau d'autonomie mais aussi du rapport affectif qu'il entretient avec lui.

5.2.1. Un attachement physique et affectif

Par rapport à d'autres sports plus connus, les sports de nature mettent effectivement en jeu un mode de relation particulier entre les pratiquants puisque la sécurité et l'intégrité du débutant dépendent du plus expérimenté. Ils exposent le sujet à un danger mortel si les manipulations ne sont pas correctement effectuées. Ils sont donc physiquement attachés l'un à l'autre par un système d'assurance*, le sujet expérimenté assurant la sécurité du sujet novice. Dans ce contexte, le débutant est donc dans un état de dépendance vis-à-vis de son guide. D'autre part, les plus expérimentés affirment combien le lien de confiance en l'autre est primordial et garantit la réussite de l'expédition. Le lien affectif est donc tout aussi important que le lien physique.

D'un point de vue psychologique, les liens affectifs trouvent leur origine dans les patterns d'attachement que chaque individu développe en fonction de son vécu psycho-affectif. La théorie de l'attachement de Bowlby (1978) décrit le lien primaire et essentiel entre le nourrisson et la personne qui prend soin de lui (le *caregiver*) : la proximité de la mère et les soins continus et cohérents qu'elle fournit garantissent la survie du bébé. Perier (2016) établit un parallèle entre ces processus d'attachement et la situation d'escalade : « [p]ouvoir se familiariser avec cette situation de progression verticale en assurance actif par corde, pouvoir développer une confiance en l'assureur qui permette de "s'engager" [...] ; ces capacités se construisent sur la base des patterns d'attachement et de leur qualité » (p. 158). Garrone et Puricelli (1996) évoquent même l'image du cordon ombilical, lien vital de l'enfant envers sa mère.

Le lien physique matérialisé par la corde dans certains sports de nature peut donc symboliser le lien affectif qui existe entre les deux sujets. Le canyioniste, spéléologue ou alpiniste novice, qui se retrouve dans des environnements ne lui offrant pas les conditions nécessaires pour progresser seul (par exemple, être longé* en haut d'une cascade d'un canyon sans savoir descendre en rappel* ni maîtriser son appréhension), doit développer une confiance envers son guide, ce qui peut remettre en jeu les bases de son processus d'attachement.

5.2.2. Un environnement soutenant

Par ailleurs, en début d'initiation, l'accent est mis sur la technique : le débutant est invité à imiter les gestes de son guide et à les appréhender à sa manière. Le guide doit être suffisamment explicite dans ses indications, soutenant et encourageant, et le novice, suffisamment disponible et en confiance pour que cette transmission s'opère. Le novice peut éprouver des craintes face à la situation et les exprimer de manière plus ou moins explicite. Si

son guide n'y répond pas assez rapidement ou s'il ne prend pas le temps de le rassurer au bon moment, le sujet peut se retrouver dans un état d'angoisse qui le paralyse et qui sera nettement plus difficile à diminuer dans l'après-coup. Si, au contraire, il perçoit l'appréhension du novice rapidement et qu'il y répond de manière ajustée, le sujet peut supporter et dépasser son angoisse et poursuivre l'aventure. Une relation de confiance s'installe et la joie et le plaisir éprouvés peuvent se transmettre de l'un à l'autre, avec des expressions différentes. Perier (2016), en parlant de l'escalade, affirme : « [l]a perception d'un assurage discordant par rapport aux désirs (corde trop ou pas assez tendue [...]) est source d'angoisse alors qu'à l'opposé la perception d'une adaptation parfaite de l'action de l'assureur à ses mouvements, enchaînements, au rythme de sa progression, est source de confiance et de plaisir » (p. 155). Cela rappelle le concept d'« accordage affectif » existant entre le bébé et son environnement maternel, développé par Stern (1985). Dans la dyade mère-bébé, l'interaction s'établit dans une rythmicité où la mère apporte une réponse cohérente au moment opportun aux expressions et au mimiques de son bébé, avec ses propres modalités d'expression.

Par ailleurs, l'attention particulière portée au débutant et sa mise en sécurité constante peuvent lui donner l'impression qu'il ne craint absolument rien et qu'il crée ses propres conditions de sécurité. Winnicott (1951) explique l'importance des « phénomènes transitionnels » dans le développement de l'enfant. Ceux-ci se manifestent notamment dans l'interaction entre la mère et son enfant. L'aptitude singulière de la mère à s'adapter aux besoins de son bébé permet à ce dernier de croire qu'il est à l'origine de ce qui est créé. Cette adaptation « donne à l'enfant l'illusion qu'il existe une réalité extérieure qui correspond à sa propre capacité de créer » (Winnicott, p. 213). Par exemple, lorsque sa mère lui donne le sein au moment opportun, le bébé a l'illusion que c'est lui qui crée le sein. Pour Winnicott (1951), cette *aire intermédiaire de l'expérience* persiste tout au long de la vie « dans ce qui est éprouvé (*experiencing*) intensément » (p. 218), à travers les arts, la religion ou la création scientifique. Dans les sports de nature, le novice spéléologue qui fait une descente en rappel* dans un puits* tandis que le sujet expérimenté le dispense des manipulations techniques et assure sa sécurité peut éprouver de nouveau cette expérience de l'illusion. Elle est souvent essentielle pour qu'il puisse garder son attention sur son équilibre et sa progression. Ce n'est que plus tard qu'il deviendra autonome.

Conclusion et problématique intermédiaires

À travers un mode de relations et d'échanges singulier, le sportif de nature et ses accompagnants – partenaires ou guides – non seulement enrichissent leur vécu corporel et explorent les limites de leur équilibre sensori-moteur, mais redécouvrent et expérimentent également les qualités et les fragilités des sous-bassements des relations psycho-affectives qu'ils entretiennent à l'autre.

Ainsi, il est possible d'imaginer le sportif de nature sur la pyramide de l'équilibre sensorimotricité de Bullinger (*cf. infra* Figure 4 en Annexe). En explorant le milieu physique de son choix d'une part, en estimant ses capacités sensori-motrices nécessaires à cette exploration d'autre part et en choisissant les personnes avec qui il partage cette expérience, le sportif déplace lui-même les curseurs des trois dimensions de la pyramide qui symbolisent les milieux physique, biologique et humain du sujet. Il joue ainsi avec sa surface d'équilibre sensorimotricité, qu'il ajuste lui-même.

On peut donc se demander : à quelle recherche ce jeu d'équilibre/déséquilibre répond-elle ? Quels processus psychiques et psychomoteurs est-ce qu'il sous-tend ?

Chapitre III.

Recherche d'unité psychocorporelle

1. Résolution du paradoxe du vertige

Les sports de nature confrontent le sujet à son rapport au vide, à l'équilibre et au vertige (cf. *supra* Chapitre II, Partie 4.1). L'origine de la sensation de vertige peut être somatique : elle se manifeste alors lorsque les informations visuelles, proprioceptives et vestibulaires reçues au même moment comportent une incohérence. Mais il peut aussi avoir une origine psychique, comme le souligne Quinodoz (1994) dans son étude psychanalytique sur le vertige. Dans ce cas, le vertige d'origine psychique est la « *difficulté d'intégrer des mouvements psychiques également divergents (besoins, désirs, affects)* » (p. 16). Il constitue « *une voie privilégiée pour aborder l'étude de la relation à l'objet* » (p. 23). Dans le champ psychanalytique, l'« objet » est une personne ou une chose ayant une signification émotionnelle pour le sujet (il est haï ou aimé, nécessaire ou redouté). Pour cette auteure, les dimensions physiques et psychiques du vertige et du déséquilibre traduisent la manière dont le sujet se différencie de l'objet, cette différenciation trouvant son origine dans les interactions précoces entre le sujet bébé et sa mère. D'un côté, le sujet éprouve la crainte de se différencier de l'objet, ce qui est synonyme d'une angoisse associée au risque de perdre l'objet. D'un autre côté, si le sujet conserve la fusion avec l'objet, il s'empêche de s'éprouver en tant que sujet. Cette dialectique, que tout un chacun expérimente, se manifeste aussi dans l'expérience corporelle : lorsque le bébé marche, il met de la distance physiquement et psychiquement avec l'objet, cette séparation contribuant à la différenciation. Dès lors, le vertige peut être provoqué par l'angoisse, associée à la perte de l'objet, mais il peut aussi procurer le plaisir associé à l'expérience de s'éprouver en tant que sujet. Quinodoz (1994) a mis en évidence sept formes de vertige : par fusion, par lâchage, par aspiration, par alternance prison-évasion, par attirance du vide, par expansion et par compétition. Elles correspondent aux différents modes de relation à l'objet.

L'ambivalence que Quinodoz soulève ici rejoint celle étudiée d'un point de vue anthropologique et sociologique, décrite par Le Breton lors d'une de ses conférences (2019). Il énonce, au sujet des activités physiques et sportives dites à risque et plus largement de la condition humaine, que « *l'existence individuelle oscille entre vulnérabilité et sécurité, entre risque et prudence* ».

Les situations des sports de nature, par les risques pris et délibérément choisis, par la sensation de vertige qu'elles procurent et par le jeu d'équilibre/déséquilibre, inviteraient donc à questionner les relations objectales. C'est en l'occurrence le point de vue de Léséleuc (1997) sur l'alpinisme et l'escalade. À partir des travaux de Quinidoz (1994), il propose une définition distincte de ces deux pratiques sportives à partir de l'étude des relations objectales qu'elles sous-tendent. Ses recherches sont affinées par la contribution de Raufast (Léséleuc & Raufast, 2004). Léséleuc et Raufast (2004) affirment qu'il est possible d'appréhender le vertige « *comme un analyseur sensori-moteur du rapport à l'objet* » et son analyse « *comme manifestation régressive* » (p. 237). Ils ajoutent que le vertige « *permet de situer et de caractériser l'angoisse qui est source du vertige* » (p. 237).

En alpinisme, le sujet est dans une logique d'affrontement : il met tout en œuvre pour atteindre le sommet de la montagne, qui constitue le but de son ascension et qui en assure la butée. Le pratiquant éprouve un plaisir à repousser toujours plus ses limites, mais ce plaisir reste plaisir à condition qu'il se heurte à une limite infranchissable. Comme les analysants de Quinidoz (1994), les alpinistes « *peuvent se permettre de vivre des moments d'expansion du moi qui ne risquent pas de tourner en hémorragie narcissique* » (p. 149). De plus, dans cette pratique, le risque de chute est constamment présent mais la chute est néanmoins interdite (car potentiellement mortelle). Le plaisir réside dans la maîtrise d'une situation qui impose de « *côtoyer le vide et le risque de chute* » (Léséleuc, 1997, p. 5). L'alpinisme met ainsi en jeu des vertiges par expansion et par attirance du vide.

En escalade, « *non seulement la chute est permise mais elle est perçue comme un passage obligé dans la trajectoire progressive du grimpeur* » (Léséleuc, 1997, p. 6). Le sujet se lâche volontairement dans le vide à plusieurs reprises pour réussir le passage difficile de la voie. La falaise, avec qui les grimpeurs développent un rapport fusionnel, symboliserait l'objet du désir et les chutes successives seraient une manière de mettre de la distance avec celui-ci. L'angoisse dépassée dans ces vertiges par lâchage et par fusion signerait donc la désidérialisation de l'objet et la différenciation du sujet (Léséleuc, 1997).

En s'appuyant sur cette même logique, et reprenant également les travaux de Quinidoz (1994), il m'est possible de mettre en lien les pratiques d'autres sports de nature et les significations des types de vertiges auxquelles elles sont associées. Je limite essentiellement mon étude à la pratique de la spéléologie et à celle du canyonisme, deux activités que je connais bien et qui restent proches, bien que non-identiques, de l'escalade et de l'alpinisme.

En spéléologie, le sujet s'engage au sens propre dans un « trou noir » et explore les profondeurs souterraines. Mais rien ne garantit qu'il puisse y trouver une limite. Il est face à un vide insondable. Comme en alpinisme, il côtoie le vide – le vide d'un puits*, le vide de la

cavité – et toute chute dans ce vide pourrait potentiellement le conduire à la mort. Contrairement à l'alpiniste qui atteint le sommet de la montagne, le spéléologue n'a pas la certitude d'atteindre le fond du souterrain. Le fantasme serait donc d'être aspiré à l'infini, d'être englouti par l'objet, objet qui est ici projeté sur la cavité. L'un des spéléologues que j'ai interrogé me fait d'ailleurs part du fait qu'une des grandes craintes du pratiquant est de s'aventurer dans un boyau*, de ne pas réussir à effectuer le chemin inverse et de rester bloqué dans la cavité. Le spéléologue se confronte donc à un vertige par attirance du vide et par aspiration. Toutefois, par l'exploration corporelle minutieuse du gouffre, le sujet se rend compte de ses limites et se donne ainsi des repères. « *Ce plaisir de pénétrer dans un espace qui n'est plus magiquement aspirant, de l'explorer, d'y trouver des repères comporte le plaisir de se laisser aspirer ou fasciner un moment par cet espace, en sachant que les points de repères existent* » (Quinidoz, 1994, p. 148). L'objet perd alors de sa toute-puissance et le plaisir peut être éprouvé car le vide devient un espace accueillant.

En canyonisme, la chute est permise car elle est contrôlée. Sauter du haut d'une cascade sans être encordé* procure une sensation de plaisir. Mais le risque de se blesser est bien supérieur à celui du grimpeur qui, lui, est rattaché à la corde d'assurage* : les rochers invisibles immergés dans une vasque obligent à un repérage préalable précis de la profondeur d'eau. De plus, le risque d'aspiration au sens propre par la présence de siphons parfois invisibles est bien connu des pratiquants expérimentés. Le vertige par lâchage et par aspiration confronte le sujet aux angoisses qu'il procure, l'objet ici étant projeté dans l'eau du canyon. D'ailleurs, le débit, la profondeur, la clarté et la température de l'eau peuvent changer constamment d'un jour à l'autre et font de cet objet projectif un objet non immuable, insaisissable. Dans ces environnements qui se métamorphosent, il y a donc « *permanence de l'objet malgré le changement jusqu'à un seuil, mais au-delà l'objet devient méconnaissable et disparaît* » (Quinidoz, 1994, p. 139). Pourtant le canyoniste s'obstine à parcourir le canyon, s'immerge entièrement dans les vasques, en ressort, saute, marche dans l'eau et contourne les passages trop dangereux ou dénués d'intérêt par les rives terrestres. Le sujet est donc soumis au vertige par prison-évasion jouant l'alternance de la présence et l'absence de l'objet. Il cherche à la fois à fuir cet objet qui peut l'aspirer mais le retrouve peu de temps plus tard. Le plaisir est éprouvé lorsque l'absence de l'objet devient tolérable, mais aussi précisément lorsque la présence de l'objet est discontinuée.

Enfin, si les sports de nature sont avant tout recherchés pour leurs dimensions ludiques et récréatives, ils peuvent également constituer un substrat des contenus fantasmatiques inconscients des pratiquants. Sous-tendant les processus de différenciation, ils seraient une

base à une potentielle élaboration psychique : « [e]ntre le plaisir de l'aventure et le flirt avec la mort, une zone frontière existe qu'il peut être important d'essayer de saisir même si cela s'avère difficile » (Quinidoz, 1994, p. 20).

Juliette, titulaire du Brevet d'État d'Escalade depuis quelques années, a découvert cette activité au début de l'âge adulte. Depuis peu, elle pratique également la spéléologie, qu'elle souhaite intégrer dans son activité professionnelle. Elle a été frappée par les parallèles qui s'opéraient entre les difficultés qu'elle éprouvait au contact du rocher, en particulier en escalade, sa façon de les gérer et les difficultés rencontrées dans sa vie professionnelle et personnelle, notamment sur le plan relationnel. Elle m'explique : « L'escalade, c'est vraiment "mon sport" : il y a un côté "je t'aime, moi non plus". Des fois, quand je ne parviens pas à réaliser les voies qui me tiennent à cœur, je me sens nulle dans les autres domaines de ma vie. À l'inverse, l'attention que requiert l'escalade te permet de mettre tes soucis du quotidien de côté et tout à coup, tu enchaînes une voie qui te mettait en difficulté pendant plusieurs semaines sans réellement comprendre pourquoi ni comment. En fait, tu remets les choses en jeu à chaque fois que tu vas en falaise : tu passes d'un extrême à l'autre, ça crée tout le temps de la surprise. L'escalade me fait relativiser. Elle m'apprend à lâcher prise, à me détacher d'un caractère obsessionnel. C'est transposable à la vie de tous les jours. Des fois, tu peux t'obstiner avec une personne, un projet, une relation et c'est en acceptant les choses telles quelles sont, en acceptant les parts de mystère que ça finit par s'arranger ».

Même si pour Léséleuc et Raufast (2004) la pratique de l'escalade « *réfère à des substrats psychiques dont ils [les usagers] n'ont pas conscience* » (p. 245), certaines personnes parviennent visiblement à créer des liens entre leur vécu psychocorporel lors de leur pratique sportive et celui de leur vie quotidienne.

L'exposition au risque dans les sports de nature pourrait donc être un moyen de mieux se confronter à ses angoisses et de les cerner. En résolvant le paradoxe du vertige – celui-ci étant source à la fois de la peur et du plaisir – le sujet peut s'affranchir de son angoisse. Cette résolution favoriserait également le processus de différenciation du sujet vis-à-vis de l'objet. Elle soutiendrait ainsi la reconnaissance de l'altérité permettant des relations aux autres stables et harmonieuses.

2. Éprouver son unité psychocorporelle

2.1. Une enveloppe psychocorporelle bien délimitée

Dans ses expériences, le sportif de nature éprouve des états psychocorporels intenses, que ce soit sur le plan tonique (*cf. supra* Chapitre II, Partie 4), sensoriel (*cf. supra* Chapitre II, Partie 2) ou affectif (*cf. supra* Chapitre II, Partie 5). Dans sa théorie de l'intégration

psychomotrice, Rober-Ouvray (2007) montre que le développement psychomoteur du petit enfant s'étaye sur quatre niveaux d'organisation – les niveaux tonique, sensoriel, affectif et représentatif. Le tonus est, pour le nourrisson, le premier « outil » lui permettant de se construire une représentation de lui-même. À partir de son activité motrice, tonique et émotionnelle, une enveloppe tonique se construit et constitue la première enveloppe psychocorporelle sur laquelle vont s'étayer les enveloppes psychiques. Ces enveloppes psychiques peuvent se développer si le bébé explore alternativement ses deux pôles toniques primaires – hyper (hypertonie périphérique des membres associée au « dur » et au déplaisir) et hypo (hypotonie axiale associée au « mou » et à la détente) dans une sécurité affective : « *l'hypertonie comme élément psychomoteur doit entrer dans un rapport et dans une dialectique avec son pôle opposé, l'hypotonie* » (Robert-Ouvray, 2007, p. 165). Ainsi, « *l'intégration de l'hypertonie pose les limites corporelles et les limites psychiques* » (p. 165).

Dans le discours des sportifs de nature, il y a une volonté de « dépasser leurs limites », de « sortir de leur zone de confort » ou même « d'élargir leur zone de confort » en se mettant dans des situations toujours plus extrêmes. Pour Le Breton (2000) « *[l]e paradoxe de l'"extrême" est de se donner comme contenant, de rassembler enfin une identité morcelée* » (p. 67). Les limites que ces sportifs décrivent correspondent à leurs capacités physiques et mentales qu'ils améliorent à travers leur pratique. Mais, il est sûrement question de ressentir ses limites psychocorporelles construites ultérieurement, d'en éprouver ou renforcer leur fiabilité et leur solidité. La diversité des états sensori-moteurs et tonico-émotionnels qu'ils traversent dans leurs aventures permet de ré-explore les différents niveaux tonique, sensoriel et affectif déjà intégrés. Cette diversité leur permet d'éprouver les deux pôles sensori-tonico-émotionnels, de les différencier consciemment et d'explorer leurs degrés intermédiaires. Par ailleurs, la notion de Moi-peau théorisée par Anzieu (1995) désigne « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* » (p. 61). En référence à la notion d'enveloppe psychique qui s'étaye sur ce « Moi-peau », Léséleuc et Raufast (2004) soulignent : « *l'alpiniste serait mû par un désir de reconstruire une enveloppe psychique délimitant un espace contenant différencié de l'espace du dehors* » (p. 240). Il s'agirait donc aussi, dans certains cas, de questionner les fragilités de son enveloppe psychocorporelle.

En explorant les volumes, les surfaces de l'environnement avec lequel il entre en contact physiquement, le sujet fait l'expérience de la congruence de ces surfaces avec sa propre surface corporelle : il peut s'éprouver en tant que contenu (remplir corporellement l'espace creux d'un boyau*, grimper à l'intérieur d'une cheminée*, s'immerger dans la rivière, la mer), et en tant que contenant (saisir les prises de la falaise, contenir l'air dans la voile du parapente).

Explorer des espaces clos, confinés, ou à l'inverse des espaces vastes et sans limites, ou encore des espaces bidimensionnels, découvrir des textures dures, friables (le rocher), molles (la neige, la glaise), insaisissables (l'air, l'eau) reviendrait à questionner le rapport à ses limites internes psychocorporelles, à renforcer ses propres contours et à nourrir son enveloppe psychocorporelle.

Le vécu psychocorporel du sportif lui donnerait ainsi la confirmation d'une représentation de lui-même stable dans l'espace. Cette stabilité serait-elle également ressentie dans le temps ?

2.2. Contribution au sentiment continu d'existence

Selon Winnicott (1949), « *le corps vivant, avec ses limites, son intérieur et son extérieur* » est ressenti par l'individu « *comme le noyau de son self imaginaire* » (p. 160) – le *self*, correspondant au « soi », c'est-à-dire à la représentation que l'individu se fait de lui-même et qui est conforme à la réalité. Le développement de ce *self* est permis par l'instauration d'un sentiment d'une « continuité d'existence » (Winnicott, 1949). Ce sentiment se met en place si le sujet, au tout début de sa vie, fait l'expérience de l'illusion (*cf. supra* Chapitre II, Partie 5.2.2). Dans cette expérience, il ressent son environnement maternel comme étant « parfait », c'est-à-dire répondant activement à ses besoins et lui permettant de faire face à des « menaces d'annihilation ». Par la suite, la mère « parfaite » peut devenir « suffisamment bonne » car l'activité mentale du bébé devient capable de transformer « *un défaut relatif d'adaptation de sa mère en un succès* » (Winnicott, 1949, p. 162), libérant ainsi la mère d'être nécessairement parfaite. Ce processus de continuité d'existence, repris par Pireyre (2015), s'inscrit dans une temporalité : c'est la « *conviction qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant même en cas de menace* » (p. 55). Cette transformation d'un environnement parfait en un environnement suffisamment bon, assurée par la fonction maternelle, doit donc être graduelle pour que le bébé, au fur et à mesure de son développement, puisse faire face aux menaces d'annihilation, de manière plus indépendante.

Dans les sports de nature, le sujet se place parfois lui-même dans des situations délicates (grimper en artificiel*, longer les crevasses d'un glacier) suscitant des états d'appréhension voire d'angoisse. Ces situations menacent son intégrité physique de manière imaginaire (et parfois même réelle) et peuvent évoquer les menaces d'annihilation du bébé. Elles remettent ainsi en jeu son sentiment continu d'existence. L'activité mentale du sportif et son environnement psychoaffectif soutenant (les pairs avec qui il partage son aventure) lui permettent de se dégager lui-même activement de ces situations. En répétant dans le temps de telles expériences à travers des environnements variés (à flanc de montagne, sous terre, sous l'eau, ou encore dans les airs), le sportif de nature expérimente de manière autonome et volontaire sa sécurité interne. Elles lui permettraient ainsi de prolonger et d'étayer son

sentiment continu d'existence, construit antérieurement mais pouvant être fragilisé par des expériences vécues ultérieurement.

2.3. Une unité psychocorporelle stable

Les sports de nature renforcent tout à la fois l'enveloppe psychocorporelle du sujet (*cf. supra* Partie 2.1) et son sentiment continu d'existence (*cf. supra* Partie 2.2). De plus, ils offrent la possibilité d'établir des relations aux autres harmonieuses (*cf. supra* Partie 1). En ce sens, ils permettent au sujet de s'éprouver comme unifié, entier, dans l'espace, dans le temps et dans la relation. Ils contribuent ainsi à la stabilité de l'unité psychocorporelle. Mais est-ce toujours le cas ?

3. Biais à la quête de l'unité psychocorporelle

3.1. Conduites à risques chez les adolescents

Si les sports de nature peuvent répondre à un besoin de « ré-enchantement de l'existence » pour les classes moyennes ou privilégiées qui disposent de moyens financiers et de temps pour les pratiquer, ils peuvent, dans certains cas, constituer des conduites à risques chez certains adolescents (Le Breton, 2017). En recherche de narcissisation, de performance physique ou de reconnaissance de ses pairs (Paumel, 2020), l'adolescent peut trouver dans la pratique d'activités physiques et sportives à risque une manière de « *se sentir enfin vivant, au travers de l'engagement physique, la fatigue, la douleur, le pressentiment du danger* » (Le Breton, 2017, p. 8). Mais cette pratique, poussée à l'extrême, menaçant l'intégrité physique du sujet, peut aussi être l'expression d'une souffrance. Comme le souligne Le Breton (2019), le sportif adulte bien intégré socialement « *sollicite symboliquement la mort pour savoir si la vie vaut la peine qu'on la vive* », le jeune en détresse, lui, « *sollicite la mort par défaut dans les conduites à risque* ».

Volonté de s'identifier à ses pairs, de s'extraire de normes parentales, de répondre à une pression sociale valorisant les prouesses physiques, carence affective ou encore maltraitance et traumatismes dans l'enfance, les origines et les raisons de ces conduites à risques peuvent être multiples. Elles sont aussi différentes d'un adolescent à l'autre, en fonction du vécu et du développement personnel du sujet. L'enjeu est d'identifier ce qui est l'expression d'une souffrance et ce qui est de l'ordre de la recherche identitaire.

Le « recours à l'acte », comme l'expliquent les deux psychologues et psychanalystes Chouvier et Roussillon, est un « *langage adressé, adressé à soi, manière de se dire, mais aussi adressé à l'autre, en attente peut-être que ce qu'il dit sans savoir, sans le dire, soit entendu par l'autre et reflété par celui-ci* » (Chouvier & Roussillon, 2008, p. 28). Dans ce contexte, l'agir permet

de soutenir la représentation dans l'après coup, de donner du sens à un vécu psychocorporel à travers l'action. C'est une dynamique propre au processus adolescent (Paumel, 2020). La pratique sportive peut, en ce sens, constituer un agir fondateur pour le développement de l'adolescent. Néanmoins, les sports de nature peuvent évoluer en « sports à risque » lorsque les consignes de sécurité sont transgressées. Dans ce cas de mise en danger délibérée qui se produit en présence d'un autre, cet agir s'apparente davantage à un passage à l'acte, où l'autre, qui est témoin de l'acte, est investi en tant qu'objet – au sens psychanalytique, cf. *supra* Partie 1, (Raoult, 2006). Ces conduites peuvent révéler des mécanismes de défense face à des conflits psychiques inefficaces et sous-tendre certains traumatismes.

Par ailleurs, les conduites à risque dans la pratique sportive peuvent aussi se manifester dans la durée, lorsque le sujet pratique de manière intensive.

3.2. La pratique sportive comme procédés auto-calmants

La pratique excessive de l'activité physique des sports en général peut conduire à un état de dépendance, au même titre que les addictions à l'alcool et autres toxiques et constituer elle aussi une conduite à risque. Cette addiction, appelée bigorexie (Valleur & Véléa, 2002), touche certains sportifs de haut niveau : « *le sport interviendrait de la même manière qu'un stupéfiant comme remède à la souffrance corporelle ou psychique* » (p. 8).

Reposant sur des mécanismes neurologiques, l'addiction peut s'expliquer par le dérèglement du circuit de la récompense (circuit de neurones participant au renforcement de certains comportements ; alimentaires, sexuels) et d'une production excessive de dopamine (neurotransmetteur impliqué dans le plaisir, le sommeil et la mémoire) (Bohler, 2019).

D'un point de vue psychanalytique, Abadie (2007) met en évidence deux origines possibles à la dépendance sportive. D'une part, il y a celle du remplissage d'un vide affectif déjà mis en évidence dans les travaux de Valleur et Valea (2002) : « *le sport, pratiqué au quotidien de manière répétitive, empêcherait la pensée douloureuse et l'anesthésierait comme peut le faire l'héroïne* » (p. 8), et permettrait « *la gestion des angoisses généralement innommables* » (Abadie, 2007, p. 140). D'autre part, Abadie pointe « *l'utilisation de la pratique physique, en tant que voie comportementale de l'économie psychique du sujet* » (p. 140). Dans cette deuxième forme de dépendance, le sujet mettrait en place des « procédés auto-calmants », décrits entre autres par Szwec (2014), afin de « *contre-investir une réalité traumatique menaçante* » (Abadie, 2007, p. 140). Les procédés auto-calmants visent à apporter le calme, la détente à travers des comportements moteurs et perceptifs répétitifs produisant une excitation presque traumatique (Szwec, 2014). Dans ce contexte, l'apaisement qui suit l'hyperactivité musculaire n'est pas synonyme de satisfaction. Celle-ci n'est d'ailleurs jamais

atteinte. Le corps est vécu comme une machine automatique, opératoire et la liaison avec l'activité psychique ne peut s'établir. Ce comportement de « *régression vers une motricité primitive* » traduirait l'état de l'économie psychique du sujet et « *le recours aux procédés auto-calmants est une conséquence possible de l'incapacité du Moi* [instance psychique de la seconde topique freudienne] *à effectuer un travail de mentalisation* » (Abadie, 2007, p. 140). Dans les procédés auto-calmants, le sujet pratique son activité seul, il n'y pas la présence d'un autre. L'agir compulsif sportif dans ce cas ne constituerait pas un passage à l'acte car l'acte n'est pas adressé à un « destinataire inconscient », à un objet investi. Au contraire, l'agir compulsif sportif serait un acte sans objet, « *démuni de valeur libidinale appréciable* » (Abadie, 2007, p. 140).

3.3. L'unité psychocorporelle compromise ?

Les analyses développées ci-dessus doivent rester dans leur contexte : celui d'une étude sur les conduites bigorexiques et sur l'installation de procédés auto-calmants chez des sujets en souffrance. Les études de Valleur et Véléa (2002), Abadie (2007) et Szvec (2014) s'inscrivent dans une clinique psychopathologique de fragilité narcissique et de traumatisme. Ce que décrivent ces auteurs sont des pratiques sportives qui concernent certains athlètes de haut niveau et qui sont caractérisées par des conduites solitaires, répétitives et quasi-obsessionnelles.

Les sports de nature, qui concernent mon sujet d'étude, sont majoritairement pratiqués dans le cadre d'un loisir, d'un passe-temps ou d'une passion. Leurs pratiques sont loin de s'associer à des conduites bigorexiques. J'insiste sur ce point car mon propos est bien de mettre en perspective l'apport de ces sports dans l'enrichissement du vécu psychocorporel des pratiquants. Par ailleurs, les sports de nature offrent une richesse et une diversité des éprouvés sensori-moteurs et tonico-émotionnels et incluent une dimension sociale la plupart du temps soutenante. En cela, ils favorisent certainement moins les conduites bigorexiques que d'autres sports qui mettent en jeu des composantes motrices et perceptives davantage répétitives et qui se pratiquent seul. Dans nos sociétés occidentales où la performance physique est particulièrement valorisée, où l'exploit sportif est mis en avant, et à l'heure où l'escalade entre dans la liste des sports sélectionnés aux Jeux Olympiques, il me semble judicieux de souligner les conduites à risque qui imprègnent aujourd'hui le milieu sportif. Dès lors, la pratique sportive, dans ce cas, ne s'avère plus un soutien et un enrichissement à l'unité psychocorporelle mais en constituerait plutôt un biais.

L'exercice de la psychomotricité nécessite à mon sens d'être sensible à ces composantes, notamment s'il inclut les sports de nature en tant que médiation.

Conclusion et problématique intermédiaires

Les sports de nature invitent à confronter le sujet à son rapport au vide et au vertige, qu'il soit d'ordre physique mais également psychique. À travers ses expériences, le sujet peut maîtriser son angoisse et éprouver du plaisir. Favorisant une représentation de soi stable dans le temps, l'espace et la relation, les sports de nature peuvent soutenir le sentiment d'unité psychocorporelle.

Le soin en psychomotricité consiste à accompagner le sujet en souffrance, à soutenir son investissement psychocorporel et à mettre du sens sur son vécu sensoriel, tonique et moteur dans le temps et dans l'espace. Pour se faire, la psychomotricité emploie des médiations corporelles. En ce sens, existe-t-il un intérêt thérapeutique à ce que la psychomotricité se saisisse des composantes des sports de nature ?

Pour répondre à cette problématique, je m'appuie d'une part sur mon expérience de stage et d'autre part sur les études qui ont été menées jusqu'ici, que je présente dans le chapitre suivant.

Chapitre IV.

Médiation escalade en psychiatrie adulte

Mon stage de troisième année de formation en psychomotricité se déroule en psychiatrie adulte, en service intra-hospitalier et en Centre Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Ma présence au CATTP se limite à l'activité thérapeutique d'escalade qui a lieu les mercredis après-midi. Je participe au cycle du premier trimestre. Il était convenu que je participe également à celui du troisième trimestre mais malheureusement, suite à la pandémie mondiale concomitante, je ne peux réaliser cette seconde session. Ma clinique repose donc essentiellement sur l'analyse des séances du premier cycle.

Dans ce chapitre, je présente dans un premier temps le CATTP qui m'accueille en tant que stagiaire et la place de la psychomotricité au sein de cette institution. Dans un second temps, je décris l'activité thérapeutique en escalade, le sport de nature le plus sollicité en tant que médiation en psychomotricité. Je finis par exposer la prise en charge de deux patients qui ont participé à ce cycle.

1. Présentation de l'institution

1.1. Contexte général

L'activité thérapeutique d'escalade est proposée depuis plus de dix ans dans le CATTP. D'abord mise en place en service hospitalier fermé dans le but de maintenir un contact avec l'environnement extérieur, elle s'inclue progressivement dans le cadre du CATTP.

Le CATTP, avec les structures de soin associées – Centre Hospitalier, Centre Médico-Psychologique (CMP), Hôpital De Jour (HDJ), Cliniques Relais – appartient à un secteur géographique de soin. Ce secteur est lui-même rattaché à un Groupe Hospitalier Universitaire (GHU) qui en regroupe plusieurs. Cette sectorisation psychiatrique s'est inscrite dans une politique de désinstitutionalisation encouragée par l'Organisation Mondiale de Santé dans les années 1970. Le regroupement et la continuité des actions sanitaires de prévention, diagnostic et soin, étaient ainsi recherchés. Cette politique est néanmoins contestée car la réalité du terrain montre un manque de moyens humains et matériels générant des inégalités inter-géographiques et inter-secteurs significatives (Coldefy, Le Fur, Lucas-Gabrielli, & Mousquès, 2009).

Les CATTP sont des structures psychiatriques extrahospitalières qui prennent en charge des patients sur des demi-journées. Ils sont complémentaires aux autres prises en charge en ambulatoire (CMP, structure pivot) et à celles en temps plein (hospitalisation). Ils soutiennent l'autonomie et la sociabilisation du sujet, comme l'indique l'arrêté législatif du 14 mars 1986 du Code de la Santé Publique. Ils s'adressent aux personnes vivant de manière autonome et souffrant d'isolement ou d'angoisse et qui présentent le plus souvent une pathologie psychiatrique stabilisée. Lieux d'écoute et d'échanges, ils proposent des activités souvent en groupe, à la fois thérapeutiques et occupationnelles.

1.2. Son fonctionnement

La file active du CATTP dans lequel j'effectue mon stage est composée de plus d'une centaine de patients adultes. Le plus souvent, ils sont d'abord hospitalisés en temps plein au service intra-hospitalier du secteur suite à une décompensation psychiatrique aigüe et sont dirigés par la suite vers le CATTP afin d'assurer un suivi thérapeutique et une continuité de soin.

Le CATTP propose une prise en charge pluridisciplinaire. Le psychiatre valide l'admission au centre du patient à son entrée et assure le suivi individuel de manière régulière afin d'ajuster et de réadapter les soins en fonction de l'évolution du patient. L'aménagement du projet thérapeutique du patient est discuté entre professionnels en réunion hebdomadaire de synthèse. Les infirmiers, les aides-soignantes, l'ergothérapeute et les psychomotriciennes mettent en place, coordonnent et assurent le planning des activités. Les patients sont libres de choisir leurs activités en fonction des ateliers proposés. Ceux-ci sont variés : ils peuvent être créatifs (théâtre, mosaïque, arts plastiques, modelage), corporels (relaxation, gym douce, escalade) et culturels (visite de musée, club photo, rédaction d'un journal). Les dossiers de soin individuels sont complétés régulièrement par l'équipe.

Lorsque j'effectue mon stage, le CATTP est en plein remaniement structurel. Le déménagement du service, discuté depuis deux ans, se concrétise cette année même. L'enjeu est de taille : même si le nouveau bâtiment n'est pas loin du précédent, il est primordial que les patients puissent repérer les nouveaux trajets à effectuer et qu'ils puissent se familiariser avec les lieux. Les grèves des transports concomitantes ne leur ont pas facilité la tâche. Malgré leur fragilité, inhérente à leur pathologie, et grâce à la bonne coordination des différents professionnels de la structure, la plupart des patients ont pu trouver de nouveaux repères assez rapidement.

1.3. La place de la psychomotricité

La psychomotricité est présente depuis la création de la structure. Aujourd'hui, deux psychomotriciennes assurent les activités thérapeutiques et participent aux réunions de synthèse. Elles s'investissent dans la coordination des différentes actions menées par le centre et dans le lien entre les patients, leur famille et les différents acteurs de santé.

Le temps de travail des psychomotriciennes est partagé entre le CATTP et le service intra-hospitalier du Centre Hospitalier de secteur. Cette répartition permet de rencontrer certains patients lorsqu'ils sont en état de crise aiguë nécessitant une hospitalisation. Cela favorise ainsi un premier contact avec eux, avant d'engager un suivi thérapeutique à plus long terme via les activités du CATTP – avec ceux pour lesquels le maintien à domicile reste possible.

2. Le groupe thérapeutique d'escalade

2.1. L'escalade : une médiation appropriée en psychiatrie adulte ?

2.1.1. L'escalade et la santé

L'escalade est d'abord une pratique sportive (*cf. supra* Chapitre I). Toutefois, elle a été employée dans d'autres champs, notamment celui de la santé, comme en témoignent certaines études. Une étude des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (Dubos, 2019) a montré qu'un programme d'escalade de plusieurs séances par semaine auprès de jeunes adultes déficients visuels a permis une amélioration de leurs performances d'équilibre et de marche. De plus, l'étude de Lévêque (2010) apporte un éclairage significatif sur l'emploi de l'escalade dans le champ de la pédopsychiatrie, auprès d'enfants souffrant d'autisme. Elle montre en effet la possibilité d'un vécu corporel unifié et l'émergence de capacités intersubjectives à travers ce dispositif pour cette population. Puren (2017), quant à elle, s'est intéressée à l'utilisation de l'escalade comme moyen d'amélioration du schéma corporel, de l'équilibre et de la marche chez un enfant quadriparesique spastique dans une prise en charge kinésithérapique.

L'escalade convoque un vaste panel d'enjeux psychomoteurs et psychoaffectifs (*cf. supra* Chapitre I). Il semble donc que la psychomotricité peut se saisir de cette pratique et, avec son regard singulier et complémentaire à celui des études énoncées ci-dessus, en faire une médiation en psychomotricité.

2.1.2. L'escalade : une médiation en psychomotricité

Selon la définition de Potel (2012), la « *médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre* » (p. 365). En psychomotricité, elle tient une place particulière et spécifique : elle permet

de mettre en lien les éprouvés corporels, les sensations et les perceptions avec les représentations (Potel, 2012). Elle est le moyen d'établir une relation avec son patient, de trouver un terrain propice à l'échange et à la création (Giromini, 2017). Elle assure à la fois le lien thérapeutique et la juste distance professionnelle entre le thérapeute et le patient. Pour que cette liaison puisse s'établir, la médiation en psychomotricité doit évidemment être en accord avec les aspirations du thérapeute : celui-ci la maîtrise d'un point de vue technique mais s'en empare également émotionnellement et affectivement. Elle doit être évidemment adaptable au patient, en fonction de sa motricité, de son investissement émotionnel et affectif, de ses représentations et de son projet thérapeutique. La psychomotricienne ajuste sa médiation au niveau psychomoteur de son patient, ainsi qu'à ses intérêts afin de lui offrir un espace d'exploration psychocorporelle. C'est grâce à cette malléabilité du thérapeute, au sens où Roussillon (1991) l'entend, que la médiation devient thérapeutique.

L'escalade met en relation le grimpeur et l'assureur* par l'intermédiaire de la corde qui garantit la sécurité du grimpeur. La corde représente donc physiquement le concept de médiation entre deux sujets. Au-delà de cette dimension concrète et apparente, l'escalade peut constituer une fonction de médiation à un autre niveau : engageant toute la motricité aussi bien fine que globale du sujet, l'ensemble de ses systèmes sensoriels et toute son attention, l'escalade offre au patient une expérience qu'il partage avec le thérapeute. Cette expérience psychocorporelle riche permet un intermédiaire entre le patient-grimpeur et le thérapeute-assureur. Pour que cette expérience soit profitable d'un point de vue thérapeutique, il est essentiel que le thérapeute amène le sujet à explorer progressivement toutes ces facettes sensori-motrices en fonction de ses capacités, de sa personnalité, de sa pathologie mais également en fonction de son état émotionnel dans l'instant présent. Un parallèle peut s'établir avec la relation entre la mère et son bébé : grâce à sa capacité de symbolisation, que Bion (1962) nomme « fonction alpha », la mère est capable de transformer les proto-pensées (les « élément *beta* », irreprésentables) de son bébé en « éléments *alpha* », c'est-à-dire en représentations appréhendables. La psychomotricienne peut avoir cette même attention envers son patient. Elle fait en sorte que la situation d'escalade prenne sens pour lui en lui proposant des expériences appréhendables. Évidemment, la comparaison s'arrête là puisque, dans la clinique, le thérapeute prend soin de personnes, enfants ou adultes, dont l'« appareil à penser » (Bion, 1962) est déjà en place, même s'il est défaillant du fait de la pathologie du sujet. De fait, il est envisageable de considérer la situation de la manière suivante : la psychomotricienne et le sujet utilisent leur « appareils à penser » respectifs pour que ce dernier développe, ajuste et invente ses propres capacités gestuelles dans son expérience de l'escalade afin de la rendre assimilable. Dans un second temps, la verbalisation du sujet à la

suite de cette expérience peut également contribuer à enrichir la fonction *alpha* propre au sujet, c'est-à-dire sa capacité à métaboliser cette expérience (Bion, 1962).

L'escalade a déjà servi de médiation thérapeutique auprès de différentes populations en psychomotricité. Garrone et Puricelli (1996) sont sans doute les premiers à publier à ce sujet, en étudiant les versants psychomoteur et psychodynamique de la médiation auprès d'enfants psychotiques en Hôpital de Jour, contribuant ainsi à développer la médiation en psychomotricité. Des études plus récentes et plus nombreuses le prouvent. C'est notamment Dublanchy (2019) qui a étudié l'apport de cette médiation sur les capacités psychomotrices d'enfants déficients intellectuels dans son mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de psychomotricien.

Le public qui m'intéresse est celui de mon stage : des adultes souffrant de dépressions majeures ou de troubles psychotiques, comme la schizophrénie.

2.1.3. La médiation escalade en psychiatrie adulte

Comme l'expliquent Pistre et Lunet (2015), la médiation escalade utilisée en psychomotricité est une bonne indication pour les sujets souffrant d'une « *perte du sentiment d'unité du corps* » (p. 103) et d'un « *sentiment de segmentation [qui] provoque un vécu du corps "en morceaux"* » (p. 103). Les auteures montrent l'évolution de deux patients aux problématiques différentes à travers la médiation escalade. Le premier, sujet à des délires aigus et à une désorganisation massive, « *a pu élaborer un mode de fonctionnement général de sa personnalité [...] et faire des liens avec des situations d'impasse similaires vécues dans sa vie quotidienne* » (p. 104). Le deuxième, souffrant d'isolement et d'un handicap visuel, a pu par sa détermination générer un « *enthousiasme groupal* » (Lunet & Pistre, 2015, p. 105).

Ces exemples illustrent que la médiation escalade s'avère pertinente en tant que thérapie psychomotrice en psychiatrie adulte. J'expose à présent comment elle s'est déroulée dans le cadre de mon stage.

2.2. Déroulement du cycle escalade dans le cadre du stage

2.2.1. Cadre spatio-temporel

Le groupe thérapeutique d'escalade est encadré par deux personnes : la psychomotricienne référente de l'activité et un autre professionnel de la structure qui se sent capable d'accompagner les patients dans ce groupe. Le groupe accueille huit patients au maximum. La psychomotricienne organise trois cycles dans l'année dont la durée correspond à celle d'un trimestre scolaire. Un groupe de patients est formé pour le premier cycle. Ce groupe peut être

maintenu sur le cycle suivant si la demande le permet. Les séances ont lieu une fois par semaine et s'interrompent en période de vacances scolaires.

Contrairement aux autres activités proposées par le CATTP qui fonctionnent sur le principe du groupe ouvert, le groupe d'escalade est un groupe fermé. L'activité demandant une organisation particulière, les patients s'engagent sur l'ensemble du cycle afin d'assurer la continuité de l'activité. La confiance des patients envers les thérapeutes et les uns envers les autres se met progressivement en place, d'où l'importance de participer à l'ensemble des séances d'un cycle. De plus, la situation d'escalade sollicite une concentration et un investissement soutenu d'un point de vue psychique et corporel. Il est donc essentiel pour le thérapeute d'accompagner les patients dans cet engagement. Occasionnellement, certaines exceptions sont faites pour intégrer de nouveaux patients au cours du cycle, lorsque la demande de soin est pertinente et quand le cadre le permet. Dans le cycle auquel je participe, trois patients sont présents sur l'ensemble du cycle, un quatrième intègre le groupe au tiers du cycle et deux patients nous rejoignent à la moitié du cycle mais ne resteront qu'une ou deux séances.

Le cycle se déroule dans un gymnase municipal. Les patients nous rejoignent au CATTP et nous effectuons le trajet ensemble en transports en commun. La salle d'escalade aménagée est isolée du reste du gymnase. Cette configuration spatiale évite que l'activité soit interrompue par d'autres groupes entrant dans le gymnase. Elle permet de rester concentré sur l'activité et de garantir la confidentialité du ressenti des patients tant à travers leurs mouvements qu'à travers leurs verbalisations. De plus, avec la disposition au sol de gros tapis pour assurer la sécurité des grimpeurs, cette salle offre un confort acoustique.

Les quatre murs d'escalade de la salle présentent des spécificités différentes : les inclinaisons, le nombre de prises, la hauteur, le relief sont variables. Dans le cycle auquel je participe, c'est le mur le moins haut et dont l'inclinaison est réglable qui a été principalement exploité.

Outre ce cadre spatio-temporel bien défini, la même organisation est adoptée d'une séance à l'autre pour offrir un cadre contenant et rassurant aux patients.

2.2.2. Organisation des séances

L'activité dans la salle dure deux heures. Elle commence d'abord par un temps d'échange au pied des voies d'escalade en cercle où la psychomotricienne explique le déroulement de la séance. Chaque patient se présente succinctement et exprime verbalement son état psychocorporel du jour, ses attentes et ses appréhensions.

Lors de la première séance, une parenthèse est consacrée aux mesures de sécurité nécessaires au bon déroulement du cycle et relatives à tout apprentissage de l'escalade, même si le champ ici n'est pas celui de la formation ou de l'enseignement.

Un échauffement est ensuite proposé afin de mobiliser toutes les articulations du corps. Une attention particulière est accordée à celles sollicitées en situation d'escalade : les épaules, les coudes et poignets, les doigts et les chevilles. Au-delà de son intérêt moteur, cet enchaînement favorise la prise de conscience successive des différentes parties du corps. Il permet aussi d'insister sur les chevilles et les pieds afin de favoriser par la suite l'équilibre pédestre qui est souvent négligé en débutant l'escalade. À l'échelle du thérapeute, il est intéressant de noter à ce moment-là le niveau d'intégration du schéma corporel des patients.

Puis une première mise en situation d'escalade est proposée : sans baudrier*, les patients sont invités à effectuer une traversée* du mur d'escalade, c'est-à-dire un déplacement latéral sur la paroi à environ un mètre du sol. Un thérapeute, au sol, assure le grimpeur en cas de chute tout au long de sa progression. Cette proposition permet aux patients de se familiariser avec le mur et avec les prises sans avoir à gérer la peur de la hauteur. Elle permet de se concentrer sur son mouvement et d'appréhender les difficultés potentielles de déplacement. Le fait de parcourir, dans un premier temps, cette surface constituée par le mur d'escalade de manière latérale permet en quelque sorte de parcourir corporellement une abscisse, une matrice rassurante avant de s'engager en grim pant verticalement le long d'une ordonnée plus inquiétante. Plusieurs variantes sont proposées au fur et à mesure des séances : prises obligatoires, prises interdites, anticipation des chemins empruntés, arrêt de quelques secondes sur une prise en positionnant une main dans le dos, ou en prenant une position particulière, permettant ainsi d'apporter différents vécus corporels.

Dans un second temps, une autre mise en situation d'escalade est proposée : grimper verticalement avec le baudrier*. L'assurage* s'effectue en moulinette* par la psychomotricienne : la corde retenant le grimpeur est déjà en place sur la voie. Ce dispositif permet au sujet de grimper en toute sécurité à tout moment. Les patients peuvent monter à la hauteur qu'ils souhaitent et redescendre dès qu'ils en ressentent le besoin. Malgré tout, lors de la première séance, ils sont invités à ne pas monter très haut afin d'expérimenter la descente en moulinette*, c'est-à-dire sous contrôle de l'assureur*, ce qui demande au grimpeur de lâcher complètement son poids dans le baudrier*. Cette étape étant parfois bien plus anxiogène que l'action même de grimper, il est primordial pour le thérapeute de s'assurer que le patient est capable de se mettre dans cette posture lorsqu'il est proche du sol avant de le faire à plusieurs mètres au-dessus.

L'intérêt de la cothérapie dans cette activité thérapeutique est de favoriser l'accueil et l'étayage des ressentis psychocorporels. Il est effectivement riche pour le patient d'avoir une relation privilégiée avec la personne qui assure sa sécurité et une relation tierce avec la personne qui l'observe et l'encourage à distance de la paroi. Il peut également faire part de ses ressentis à cette seconde personne, qui n'était pas engagée corporellement avec lui dans son ascension.

Au cours des séances, la psychomotricienne ramène régulièrement l'attention des patients sur l'objectif principal de l'activité thérapeutique. Ici, la performance physique n'est pas le but recherché. Ce sont bien les vécus psychocorporels, leurs mises en mots et leur conscientisation qui sont mis au premier plan. L'expérience psychocorporelle est au cœur de la médiation en psychomotricité et l'émergence des ressentis et des affects qui y sont associés prend une place particulière. Le temps de verbalisation qui a lieu à la fin de chaque séance est donc primordial. Chaque patient est invité à partager ses ressentis, ses déceptions ou ses fiertés. Il peut exprimer ce qu'il a perçu de ses aptitudes ou au contraire de ses blocages, d'ordre physique ou émotionnel.

2.3. Ma fonction de stagiaire

J'ai participé au cycle du premier trimestre de l'année scolaire composé de neuf séances. Quatre à six patients adultes participaient à ce cycle, dont trois d'entre eux ont assisté à l'intégralité des séances. Nous étions deux thérapeutes : ma tutrice et moi-même. Mon stage s'est déroulé principalement en service intra-hospitalier et m'a donc permis de rencontrer certains patients du groupe d'escalade thérapeutique en amont de leur accompagnement en CATT.

D'abord dans un rôle d'observatrice et de découverte de la structure, des patients et de l'activité, je suis devenue progressivement cothérapeute stagiaire. Je préparais la salle, menais les échauffements et les traversées* en faisant évoluer les propositions. L'assurance* des ascensions en vertical requérant une certaine expérience, ma tutrice m'a proposé de me dégager du versant technique de la médiation. J'ai pu alors davantage me concentrer sur le versant relationnel, sur l'étayage des patients lorsqu'ils effectuaient leurs expériences et sur l'accueil de leurs ressentis. Je me suis aperçue combien il était essentiel de créer des conditions de confiance et de stabilité pour les patients. D'où l'importance de veiller à s'impliquer dans chaque phase de l'activité : trajets, échauffements, temps d'échange et de verbalisation.

Au cours de ce cycle, deux patients retiennent mon attention. Je décris à présent ma rencontre avec eux, leur prise en charge et leur évolution.

3. Thérapie psychomotrice pour Arthur et Sylvie

3.1. Arthur : entre préhension et appréhension

Ma première rencontre avec Arthur, un jeune homme de vingt-cinq ans, a eu lieu dans l'espace d'accueil de la clinique relais où j'effectue mon stage. Je l'aperçois en premier : vêtu d'un épais manteau noir et d'un jogging relativement ample, d'un sac à dos remonté jusqu'à la nuque, Arthur se tient debout à côté d'une chaise en léger retrait par rapport aux autres personnes circulant dans la pièce. Il est de taille moyenne, ses cheveux sont bruns bouclés. Sa peau est légèrement acnéique et rougie et son visage aux traits fins traduit de nombreuses expressions. Son regard furtif par moment et absent à d'autres finit par s'orienter successivement sur moi et sur le sol lorsque je m'approche pour le saluer. Il esquisse un sourire lorsque je me présente. Je lui explique que je suis stagiaire psychomotricienne et que je participerai au groupe escalade encadré par ma tutrice qu'il connaît déjà ; il me lance un « ah, d'accord, d'accord ». Nous échangeons quelques mots ; je note rapidement que ses phrases se terminent souvent par la répétition du dernier mot. Cette palilalie s'accompagne de gestes brefs et répétés consistant à réajuster avec sa main droite ses lunettes par leur bord externe, avec une grande précision. Lorsque ma tutrice explique comment nous allons procéder pour nous rendre au mur d'escalade, Arthur se frotte les paumes des mains l'une contre l'autre, remonte les épaules et émet un bref « super ! super ! ». Je souris : sa présentation singulière, son attitude mêlée de crainte et d'enthousiasme, m'attendrit d'emblée.

Arthur a fait des études en électronique. Il vit principalement chez sa mère. Il est suivi depuis ses treize ans en service de psychiatrie. Des difficultés relationnelles avec son entourage ont été relevées. Plusieurs diagnostics sont posés successivement : psychose non organisée, labilité de l'humeur, personnalité limite. Ses parents divorcent dans l'année de ses dix-huit ans. L'angoisse s'installe suite à cette rupture. Le diagnostic de schizophrénie posé par le CMP de secteur à ce moment-là. La prise en charge médicamenteuse et thérapeutique semble stabiliser l'état émotionnel d'Arthur. Cinq ans plus tard, Arthur se présente de lui-même aux urgences psychiatriques. Ses angoisses sont en recrudescence. Il a diminué son traitement car sa mère, qui émet des doutes quant à son diagnostic, lui a conseillé de le faire. Celle-ci a notamment pris des mesures auprès d'un centre de recherche sur l'autisme. Son fils est diagnostiqué autiste Asperger peu de temps avant son arrivée à l'hôpital. Arthur est en grande difficulté pour prendre des décisions. D'une part sa mère l'incite à arrêter ses traitements neuroleptiques puisque le centre de dépistage lui indique qu'il n'est pas possible d'être à la fois schizophrène et autiste Asperger. D'autre part son psychiatre référent, convaincu de son diagnostic, lui explique les risques d'arrêter ce traitement. Les indications de sa mère étant incompatibles avec celles des soignants, Arthur est confronté à un conflit de loyauté. De toute

évidence, cette incertitude met à mal les relations thérapeutiques qu'il a établies avec l'ensemble de l'équipe soignante de la clinique. Et pour cause : si accepter un double diagnostic pour tout un chacun n'est évidemment pas simple, qu'en est-il pour une personne souffrant d'angoisses profondes et massives au quotidien ? Depuis son hospitalisation libre il y a trois ans, Arthur s'est inscrit à plusieurs activités thérapeutiques de la clinique. Je lui demande celles auxquelles il participe. Il m'indique un certain intérêt pour l'atelier mosaïque. J'apprends qu'il fait également partie de l'activité gymnastique. Ma tutrice lui a proposé l'activité escalade pour favoriser la prise de conscience globale de son corps afin de lui permettre d'intégrer des repères corporels internes stables face à des situations potentiellement angoissantes mais surmontables qu'il pourra ainsi être en mesure de maîtriser.

L'adaptation d'Arthur au matériel d'escalade donne de précieuses informations sur sa personnalité et la manière dont il se représente son corps. La première étape consiste à trouver des chaussons à sa taille. Ceux dans lesquels il se sent à l'aise sont bien trop grands pour lui assurer l'équilibre suffisant sur les prises du mur d'escalade. De même, en s'équipant du baudrier*, il le place naturellement en position très basse sur son bassin et le serre à peine. Son jogging étant déjà très ample, il m'apparaît difficile de discerner les contours physiques de son corps. Nous lui expliquons qu'il est nécessaire d'avoir des chaussons et un baudrier* relativement proches du corps pour garantir sa sécurité, tant à la montée qu'à la descente des voies. Il fait mine de comprendre ces remarques mais lorsque nous ajustons la taille du baudrier* de manière adéquate, son état tonique et le ton de sa voix lorsqu'il s'exclame « Oula ! Oula ! » nous indiquent que la situation pour lui est réellement inconfortable. Il semble partagé entre une injonction qui le sécurise et qu'il comprend sur le plan intellectuel et une sensation de malaise corporel lorsqu'il sent le baudrier* se resserrer autour de sa taille. Un compromis entre ces deux états lui apparaît comme impossible mais pourtant indispensable pour mener à bien son projet de grimper. En redonnant des contours corporels à Arthur *via* l'équipement du baudrier*, je remarque qu'une de ses poches est pleine. Je lui indique qu'il est préférable de laisser ce qui s'y trouve sur le côté le temps de grimper car cela pourrait entraver ses mouvements. Il s'agit en réalité d'un bronchodilatateur qu'il ne quitte quasiment jamais au cas où une crise d'asthme se déclencherait et qu'il utilise tous les soirs avant de se coucher, me confiera-t-il par la suite. Je place son médicament dans un endroit sûr, non loin du mur d'escalade et je lui assure que je lui apporterai rapidement en cas de besoin.

Lors des premières séances, Arthur est constamment doté d'un casque anti-bruit qu'il place autour de son cou. Il l'utilise dès qu'un bruit de sirène retentit, qu'une voiture passe à grande vitesse sur le chemin du gymnase ou lorsque nous mettons en route le moteur de mur d'escalade permettant son inclinaison. Au bout de quelques séances, il arrive au lieu de

rendez-vous sans son casque. J'ose lui faire remarquer : « Tiens, aujourd'hui je note que vous n'avez pas votre casque ? ». Il me répond : « Non, même si ça me rassure, je n'ai pas envie de m'habituer à le porter car je ne pourrai plus m'en passer après ». Je ne le verrai plus avec jusqu'à la fin de notre session et lorsqu'on inclinera le mur d'escalade, il s'isolera discrètement dans un recoin de la salle, le temps que le bruit du moteur cesse. J'apprends en parallèle que l'équipe médicale attribue l'utilisation de ce casque à un moyen de lutter contre des potentielles hallucinations acoustico-verbales. Délire ou hypersensibilité auditive comme lui le signifie ? Ou bien les deux, l'une ou l'autre des modalités s'exprimant davantage en fonction du contexte ?

Arthur est très impliqué dans les séances. Il est particulièrement attentif au déroulement. Il est attaché aux différentes étapes de la séance – temps de parole, échauffement, traversée* sans baudrier*, ascension encordée*, étirements, temps d'échange – et ne manque pas de nous interpellier lorsque nous en oublions une. Une phase d'étirement écourtée lors d'une séance qui a dû prendre fin plus rapidement que prévu semble le déstabiliser. Il se remémore également toutes les consignes de sécurité et n'hésite pas à les énoncer aux nouvelles personnes qui rejoignent le groupe en cours de session. Il assimile également très facilement la manipulation consistant à former le nœud de huit sur la corde qui demande des capacités visuo-constructives et une coordination praxique plutôt complexes aux premiers abords. Un cadre ritualisé semble mettre Arthur en confiance pour cette nouvelle activité qu'il n'a encore jamais expérimentée. Si des repères externes – horaires et lieux fixes, séance ritualisée, matériel technique investi – le rassure, je note qu'il ne semble pas en être de même pour ses repères autocentrés : il montre une certaine difficulté à se rappeler des différentes parties du corps et articulations mobilisées dans l'échauffement (c'est le cas des poignets, des doigts, des genoux et des chevilles notamment) bien que les mobilisations s'enchaînent dans le même ordre d'une séance à l'autre. Il ne se prononce d'ailleurs que très rarement sur son vécu corporel à la fin des séances : il ne parvient pas à identifier si une partie du corps a davantage travaillé ou si sa respiration s'accélérait, se bloquait ou non.

Lorsqu'Arthur se retrouve les deux pieds et les deux mains en contact avec la paroi, c'est tout le poids de son corps qu'il soutient à travers cet agrippement. Les postures qu'il adopte sont assez caractéristiques : ses coudes et ses genoux se retrouvent la plupart du temps en semi-flexion. En situation d'escalade, les mouvements de progression génèrent des contractions musculaires centripètes, c'est-à-dire des contractions qui débutent au niveau des muscles des mains et des pieds, puis qui se propagent dans les bras et les jambes, puis dans les avant-bras et les cuisses et enfin qui parviennent au niveau du tronc. Ici, Arthur semble mettre particulièrement en évidence cette contraction spécifique mais avec de faibles variations toniques : ses membres supérieurs se relâchent rarement pour atteindre les prises

supérieures et, de même, ses membres inférieurs ne s'allongent ni ne se fléchissent complètement pour déployer son geste. Tout son corps semble en hypertonie d'action quasi-constante au cours de sa progression. Par ailleurs, sa respiration est rapide et plutôt irrégulière, il halète souvent.

Émotionnellement, Arthur montre un grand enthousiasme à grimper mais également une certaine nervosité. Lorsque nous proposons les passages en traversée* ou en voie, Arthur se désigne toujours en premier, sans hésitation. Les rares fois où quelqu'un d'autre passe avant lui, ses stéréotypies se manifestent davantage et il arrive plus crispé face à la paroi. Ces situations où il est nécessaire de différer le projet moteur semblent mettre Arthur dans un état inconfortable. C'est comme s'il cherchait à matérialiser son désir de grimper tout en se débarrassant de la charge émotionnelle d'appréhension et, cela, le plus rapidement possible. Trop de latence et de réflexions lui feraient perdre cet élan qui a besoin de se concrétiser dans l'immédiateté. Se décider à mettre en corps l'action mentalisée, à s'engager dans ce déplacement corporel serait un moyen pour lui de canaliser l'agitation qui est associée à l'idée même de ce déplacement. Ce déplacement, justement, se caractérise par une relative précipitation : Arthur quitte ses appuis pour en trouver d'autres à travers des mouvements brefs et assez imprécis. Dès que son corps est à peu près en équilibre, il se hâte pour en trouver un nouveau, plus haut. Mais sans prendre le temps de poser son pied à un endroit judicieux de la prise, celui-ci bouge, peut déraper, quitter le support impliquant la chute. Or, Arthur prend bien garde d'éviter toute chute. L'équation semble dès lors délicate : il faut réussir à monter rapidement pour éviter que l'angoisse ne surgisse mais sans trop se précipiter non plus pour avoir le temps de trouver des appuis stables et ainsi éviter de ralentir sa progression en chutant. Cela demande de rudes négociations : ses ascensions ressemblent à un combat où sa préhension manuelle de la paroi doit vaincre son appréhension de chuter.

Quant aux descentes en moulinette*, une fois arrivé en haut de la voie, elles s'avèrent particulièrement éprouvantes pour Arthur. Il lui est difficile d'adopter la posture la plus adéquate pour redescendre, c'est-à-dire avoir les hanches et les genoux pliés, les pieds à plat contre la paroi et les jambes presque perpendiculaires à celle-ci, consistant à « être assis » dans le baudrier*. Cela demande de mettre tout le poids de son corps dans ce dernier, au-dessus du vide. Il s'agit également de dégager les mains de la paroi, de les positionner sur le nœud à l'aplomb de son baudrier* et ne pas les laisser s'agripper aux prises de la paroi. Pour Arthur, ce positionnement semble terriblement angoissant. Le placement initial en haut de la voie lui est à peu près possible mais dès que la descente s'opère, tout son corps tend à effacer cette attitude corporelle. Selon moi, cette attitude lui apparaît comme contre-intuitive : ses mains se raccrochent aux prises, ses jambes se tendent, se remettent à la verticale et glissent par à-coups contre la paroi. Nos indications et nos encouragements n'améliorent pas

véritablement sa motricité mais lui permettent sans doute de traverser cette étape – qui s’assimile davantage à une épreuve pour lui – et d’atterrir les deux pieds au sol avec davantage d’assurance. Malgré ces difficultés de régulation tonico-émotionnelle au cours des descentes, Arthur restera toujours volontaire pour grimper. Dans les temps d’échange, il est d’ailleurs tout à fait capable de verbaliser des émotions, que ce soit dans la relation duelle avec moi ou dans le groupe avec les autres patients sur le temps de fin de séance : « la descente m’a fait peur, je n’étais vraiment pas bien ! », nous confiera-t-il à plusieurs reprises. Tout au long de la session, ces descentes seront vécues comme angoissantes et Arthur ne parviendra pas à trouver des repères posturaux stables et des praxies adaptées lui permettant de redescendre en confiance. Cette peur, qu’il ressent aussi pendant la montée quand il doit quitter une prise ou lorsqu’il ne se sent pas suffisamment en équilibre sur l’une d’entre elles, n’est d’ailleurs pas la seule composante émotionnelle qu’il peut verbaliser. Au cours de la troisième séance, alors qu’il est parvenu à grimper tout en haut de la voie comme il l’envisageait et que la descente s’est déroulée avec moins de crispation qu’aux premières séances, nous lui demandons comment il a vécu son ascension. Il hésite puis nous dit « Je ne sais pas, je n’ai pas envie que les gens pensent que je me la raconte... ». Nous lui adressons un regard surpris et nous lui exposons qu’il a tout à fait le droit de se sentir fier de cette action remarquable : « est-ce que lui penserait ça de quelqu’un qui réussit son objectif ? ». La mine rassurée, il finit par nous dire timidement, le regard en biais, en esquissant un léger sourire : « Je suis très content d’être monté jusqu’en haut ». Le maintien de son enthousiasme au fur et à mesure des séances serait-il associé au sentiment de fierté qu’il exprime alors ? Mais également au relâchement tonique et à la détente émotionnelle (qu’il n’énonce pas mais que l’on peut déceler dans son attitude) et qui contribuerait à sa satisfaction ?

Tout au long de la session, Arthur s’appuie sur nos verbalisations. Le bain sonore de paroles dans lequel nous le mettons semble le rassurer. Je le perçois notamment lorsque je mène pour la première fois l’échauffement, laissant davantage de moments de silence que ma tutrice : Arthur vient compléter mes propos, pose des questions et semble un peu plus nerveux pour grimper par la suite. Ce jour-là, un autre patient intègre notre groupe. Ces nouveaux éléments modifient légèrement le cadre, auquel Arthur est sensible. Lorsqu’il grimpe à la verticale, ma tutrice l’assure au pied de la paroi tandis que je ponctue son ascension par la parole cinq mètres plus loin au sol. Avec nos visions différentes, nous le soutenons verbalement tant à travers des encouragements qu’avec des propositions pour placer ses pieds et de ses mains quand sa progression se bloque complètement. Une fois redescendu, il lui tient à cœur de me faire part de ses impressions : peur et fierté se mêlent régulièrement. Il lui est néanmoins plus difficile d’énoncer ses moments de déception, qui se traduisent par un bref retrait mutique. À l’inverse, lorsque je le pare* au cours de ses déplacements horizontaux,

il n'hésite pas à échanger avec ma tutrice sur le vécu de sa traversée*. Cette triangulation spatiale et verbale semble aider Arthur à mettre en mot ses ressentis.

Je note par ailleurs les impressions différentes que j'ai moi-même ressenties dans ces deux postures distinctes – celle de l'observatrice du duo grimpeur-assureur et celle de l'assureur* du grimpeur, le grimpeur étant la même personne dans les deux configurations. Alors qu'il m'est relativement aisé dans le premier cas d'indiquer les prises accessibles à Arthur, les mouvements pouvant l'aider dans sa progression ou simplement l'encourager, la tâche se complique lorsqu'il s'agit du second cas : les mots me manquent, la nervosité me gagne et la conscience de mes appuis plantaires se fait moindre. Au-delà de l'aspect purement mécanique de la situation, où le changement de référentiel visuel influence forcément la manière d'observer le grimpeur et donc la manière d'interagir avec lui, je sens que quelque chose d'autre se joue. À travers cette nouvelle proximité physique et intersubjective, j'ai l'impression de ressentir les états corporels et émotionnels d'Arthur au fur et à mesure qu'il évolue sur la paroi.

Au fil des séances, Arthur montre plus de facilités à grimper. Ses gestes gagnent en précision et en amplitude. Ses appréhensions dans ses ascensions restent présentes mais sont ponctuées par des soupirs, des passages corporellement plus fluides. Les propositions que nous lui soumettons (faire une pause dans la progression pour passer une main dans le dos au moment où il se sent en équilibre ou bien se tenir en suspension bras tendus sur de bonnes prises de mains, hanches et genoux fléchis) semblent lui avoir fait prendre conscience qu'il est possible de relâcher la tension musculaire à certains moments de la progression. De plus en plus, il est en mesure de décider de lui-même ce qu'il souhaite réaliser dans la séance. Au cours des séances, nous précisons régulièrement que le but de cette activité n'est pas de grimper le plus haut possible mais de ressentir ce dont il est capable, corporellement et émotionnellement, d'expérimenter aujourd'hui, sans se faire violence. Arthur semble avoir bien compris ce principe : il verbalise ses envies en début de séance et parvient presque toujours à atteindre son objectif. Il est de plus en plus capable d'estimer ses capacités. Par exemple, lors d'une proposition, il redescend à mi-hauteur alors qu'il prévoyait d'aller jusqu'en haut. Il me fait part de sa déception, puis ajoute : « mais j'ai senti que j'aurais eu trop peur tout en haut de redescendre tout ça, je crois que j'ai bien fait de redescendre avant ». La déception qui se lisait sur son visage se transforme alors en un sentiment de soulagement. Peu à peu, sa précipitation motrice et psychique semble laisser place à une anticipation de la peur, ainsi qu'à une identification et une écoute plus fine de ses propres limites. À travers ses diverses expériences, Arthur semble alors se réapproprier quelque chose de lui-même et donne des contours et des limites à sa peur et à son vertige à travers son mouvement. Parallèlement, il interagit davantage avec les autres patients, les encourage lorsqu'ils grimpent, vient les

féliciter une fois redescendus. Cette évolution s'accompagne également par la mémorisation de mon prénom. Même s'il m'a toujours montré de l'attention dès le début de la session, me saluant avec un sourire franc, ce n'est qu'au bout de la sixième séance qu'il retient mon prénom, en m'avouant entre temps qu'il ne s'en souvient plus ou en m'appelant par un autre prénom. Les trajets à pied et en transport depuis la clinique au gymnase favorisent également nos interactions et l'alliance thérapeutique qui en découle. Sur le chemin de la cinquième séance, il nous raconte avec entrain, à moi et à une autre patiente, qu'il est allé voir sa grand-mère le week-end dernier qui habite à une heure et demie en voiture de son domicile. C'est lui qui a conduit pendant tout le trajet et il a même transporté sa mère et sa sœur. Il décrit les difficultés qu'il a rencontrées sur le trajet, notamment en sortant de la ville, ainsi que la « folie des gens » sur la route. « C'est horrible, les gens à Paris conduisent vraiment dangereusement ! ». Tout en dépeignant ce tableau parisien, il nous adjoint de nous arrêter au passage piéton avant de traverser, se positionnant ainsi en garant du cadre du petit groupe que nous formons alors avec l'autre patiente. Je suis impressionnée par la fluidité verbale avec laquelle il s'exprime à ce moment-là : pas une seule palilalie, pas une seule stéréotypie langagière ni corporelle.

Au cours de la dernière séance, Arthur semble se laisser porter par les propositions avec une relative absence. Il a le regard fixé sur le tapis en face de lui tout au long de l'échauffement, il énonce calmement qu'il souhaite faire la voie de droite du mur d'escalade, qu'il a très peu expérimentée jusqu'à ce-jour. Il parvient à la terminer jusqu'en haut. La descente reste difficile. Il reprend les mêmes mots que sa voisine pour verbaliser son vécu : qu'il est satisfait de ce qu'il a fait aujourd'hui. Calme serein ou angoisse dissimulée ? Intériorisation de ses ressentis ou difficulté de séparation contenue ? Son comportement ne m'autorise pas à identifier clairement son état.

3.2. Sylvie : des appuis à tout prix

Je rencontre Sylvie à la clinique relais lors de la première séance du groupe thérapeutique d'escalade. Elle arrive à l'heure précise. Posture élancée, habits sobres, regard perçant, cheveux lisses parfaitement attachés, la quarantaine, Sylvie m'apparaît au premier abord comme une femme méfiante et distante. Je me présente à elle et lui explique qui je suis. Elle me toise de biais et me répond avec cordialité, m'adressant un pâle sourire. Une légère tension s'installe. Je me sens rapidement sur mes gardes à son contact.

La première séance se déroule sans encombre. Ma tutrice explique le déroulement du cycle, pose le cadre et invite les participants à se doter du matériel. Sylvie est attentive et ne dit mot. Comprenant l'intérêt d'avoir le pied serré dans les chaussons, elle sélectionne ceux à sa taille

sans ciller. Elle positionne son baudrier* de manière exemplaire sans que nous n'ayons besoin de réajuster l'ensemble. Elle semble posséder une bonne connaissance de son corps.

Que ce soit dans la salle d'accueil de la clinique, sur le trajet ou dans le gymnase d'escalade, Sylvie se positionne presque toujours en retrait du groupe. Lors des temps d'échanges en début et en fin de séance, elle se place systématiquement en dehors du cercle de parole. Lorsqu'elle termine une voie, elle opte pour un espace de la salle plus isolé du groupe. Elle écoute et observe également beaucoup dans une attitude quasi immobile. Chacun de ses mouvements semble réfléchi. Lors des traversées* ou des ascensions, Sylvie choisit la plupart du temps d'effectuer les propositions en dernier, laissant les autres expérimenter avant elle. Elle m'explique dans une conversation ultérieure qu'elle apprécie voir comment les autres s'y prennent, ce qui lui permet de prendre le temps d'analyser comment elle va à son tour pouvoir réaliser ses gestes. Lors des temps d'échange, elle prend la parole une fois que tout le monde s'est exprimé.

Je relève chez Sylvie que cette vigilance particulière se manifeste également en dehors des séances d'escalade. Je profite des trajets à pied et en transport en commun pour favoriser l'interaction en la questionnant sur son lieu de vie, ses activités, son parcours. Je suis très précautionneuse dans ma manière de m'adresser à elle : questions franches sur un ton doux, regard sincère et non intrusif, posture ouverte mais en gardant mes distances. Sylvie prend soin de répondre à chacune de mes questions avec mesure. Lorsque nous sommes interrompues par une voiture qui traverse devant nous ou par une pause momentanée du groupe, elle veille à reprendre son discours exactement là où elle s'était arrêtée. De même, lorsque j'essaie de reformuler ce qu'elle me décrit pour amener une autre question, elle me reprend lorsqu'un terme que j'emploie est impropre à son récit. Elle me pose également des questions en retour : en quelle année de formation suis-je ? Combien d'années d'étude y a-t-il dans la formation de psychomotricité ? Est-ce que je pratique l'escalade ? Depuis combien de temps ? Par ailleurs, pendant les séances, elle se réfère exclusivement à ma tutrice pour les questions techniques. Elle vient rarement me faire spontanément son retour après qu'elle a effectué une voie. Dans ce lien, je me sens constamment ramenée à une position de stagiaire ne sachant pas et n'ayant pas d'expérience. Il m'est très délicat d'adopter l'attitude la plus ajustée vis-à-vis d'elle et sur le moment, j'ai l'impression que deux postures s'offrent à moi. Soit je rentre dans un rapport de force en prouvant que je suis capable, soit je m'efface complètement avouant ma faiblesse d'apprenante. Que ce soit l'une ou l'autre, ces configurations ne me semblent aucunement constructives. Sylvie évoquera également lors des temps d'échange des premières séances qu'elle ne voit pas l'intérêt de cette activité car cela n'a rien changé dans son quotidien. À ce moment-là, ma tutrice semble être accusée d'une incompétence à soigner Sylvie. Ce sentiment d'impuissance que je ressens lorsqu'elle

me relègue à ma position de simple stagiaire est finalement aussi projeté à l'égard de ma tutrice. En saisissant cette modalité et en échangeant avec ma tutrice, je parviens à trouver la juste posture : ne pas rejeter ses propos, rester à son écoute, laisser un espace d'expression possible où l'agressivité peut être accueillie et contenue tout en gardant le cadre des séances et en conservant ma position d'apprenante sans m'effacer.

A travers ces interactions, je me questionne naïvement : pourquoi Sylvie est-elle en soin à la clinique ? Qu'est-ce qu'elle vient chercher dans ce groupe thérapeutique ? Certes, Sylvie m'apparaît comme quelqu'un de relativement timide, peu loquace, assez rigide dans les échanges, mais tout de même dans le lien. Elle ne présente pas de difficulté manifeste à se mouvoir et à grimper. Peu d'angoisse ou de souffrance transparaissent dans son langage corporel et verbal. Dans les transports, elle m'explique qu'elle vit en appartement en autonomie et qu'elle a étudié il y a plusieurs années dans une école de commerce dans une ville de province qu'elle avait d'ailleurs beaucoup appréciée. Elle a exercé un travail en lien avec ses études pendant plusieurs années. C'est tout ce qu'elle me livrera sur son passé. En consultant son dossier, j'apprends qu'elle s'est présentée d'elle-même aux urgences il y a moins d'un an pour isolement social. Son logement, qu'elle a fini par trouver trop exigu, ne lui convenait plus. Elle s'est éloignée progressivement de sa sœur et de ses amis. Célibataire, elle a connu des déceptions amoureuses douloureuses et elle estime qu'elle ne sera jamais mère ce qu'il l'attriste beaucoup car ce n'est pas ce qu'elle envisageait dans sa vie. Elle ne travaille plus depuis huit ans. Entre temps, elle a tenté de monter des projets culturels et a entrepris une formation de fleuriste, mais sa recherche de travail n'a pas été fructueuse. Cette absence d'activité professionnelle est mal vécue. Le psychiatre de la clinique a noté un discours intellectualisé et un émoussement affectif. Il a relevé une maigreur notable et une dysmorphophobie au niveau de son bassin que Sylvie elle-même trouve étriqué. Il évoque le diagnostic de schizophrénie que Sylvie a du mal à accepter, bien qu'elle soit consciente de son mal-être. Elle préfère parler de dépression. Malgré tout, Sylvie accepte de participer aux activités thérapeutiques de la clinique en vue d'une resocialisation. Elle estime qu'elle en a besoin mais appréhende tout de même ces nouvelles situations sociales. Finalement, le contact s'améliore et le discours s'organise davantage, les angoisses diminuent. Les activités de la clinique rythment le quotidien de Sylvie. Elle retrouve des repères. J'en déduis alors que l'apragmatisme de Sylvie et son discours rationalisé pourraient être le reflet de ses défenses psychiques internes.

L'organisation praxique de Sylvie lorsqu'elle grimpe est caractéristique. Elle se met en mouvement lentement et de manière réfléchi et s'arrête souvent au cours de sa progression dans une posture notable : jambes tendues, en extension ; pieds en rotation externe, positionnés parallèlement au mur et placés à plat en leur centre sur les prises ; coudes fléchis ;

tête orientée davantage sur les côtés plutôt que vers le haut. Cela m'évoque un profil égyptien. C'est comme si toutes les parties de son corps se retrouvaient dans un plan frontal : celui du mur. Quelque chose m'interpelle : en écrivant les lignes de cette vignette clinique, je m'aperçois que je me concentre en premier lieu sur son attitude relationnelle et sur sa posture corporelle. En revanche, il m'est plus difficile de décrire son attitude gestuelle et sa manière de se mouvoir. J'ai le sentiment que le fait de me focaliser sur des composantes verbales et statiques de sa personnalité m'empêche de percevoir ce qu'elle peut traduire de manière infra-verbale et dynamique dans son mouvement. Sylvie appréhenderait-elle de laisser transparaître une difficulté ? Ma propre manière de relater son histoire ferait-elle écran à une composante plus dissimulée et plus fragile chez Sylvie ?

Au cours des premières séances, nous la laissons expérimenter et jauger elle-même ses capacités. Elle s'arrêtera souvent à mi-parcours ne se sentant pas capable de continuer. Dans ses postures d'arrêt jambes tendues et coudes fléchis, Sylvie est en mesure de déplier ses coudes et de fléchir ses jambes pour atteindre des prises éloignées qui lui permettraient d'avancer. Mais quelque chose l'empêche d'effectuer ces mouvements et elle préfère mettre fin à sa progression. Pendant les temps d'échanges, elle verbalise ses difficultés : « il faut trouver des appuis, le jeu des équilibres/déséquilibres est intéressant. » Je relève qu'elle emploie peu le pronom personnel de la première personne et que la problématique des appuis intervient souvent dans son discours. Sylvie observe beaucoup la manière dont grimpent les autres avant de s'engager dans les propositions. Mais lorsqu'elle se retrouve elle-même agrippée à la paroi, les choses se compliquent : les mouvements qu'elle pensait effectuer lui sont impossibles. Elle me fera part de cette différence entre ce qu'elle envisageait de faire et ce qu'elle réalise concrètement. Je perçois une certaine déception dans ses propos. Les autres patients progressent au fur et à mesure des séances, ils vont de plus en plus haut même s'ils le font parfois en hâte, avec précipitation et de manière imprécise. Sa manière opératoire d'évaluer la situation ne lui permet finalement pas de mener son projet à bien : malgré tous ses efforts d'analyse en amont, elle se retrouve bloquée dans son mouvement et est contrainte de redescendre.

Une séance en milieu de cycle vient subtilement changer les choses pour Sylvie. Un autre patient intègre le groupe à ce moment-là et ce pour quelques séances ce qui nous demande de nous réajuster, ma tutrice et moi-même, divisant un peu plus notre attention. Pour une fois, Sylvie ne passera pas en dernier. Lors de son ascension ce jour-là, alors qu'elle est assurée par ma tutrice, je suis concentrée sur les propos d'un autre patient qui me décrit sa propre ascension. Je n'ai donc pas pris soin d'observer la progression de Sylvie. Lorsque celle-ci redescend, elle viendra pour la première fois me parler spontanément de son ressenti. Même si elle me décrit ses difficultés à trouver ses appuis, le ton de sa voix est plus vif et son regard

est presque enjoué. Ma tutrice me fera part dans un second temps de la fluidité gestuelle remarquable de son ascension cette fois-ci. Ainsi, en s'écartant légèrement du cadre habituel pour intégrer le nouveau patient, de nouvelles conditions spatiales et temporelles émergent. Cela aurait pu entraver l'initiative motrice de Sylvie. Or, bien au contraire, cette occasion lui a permis non seulement de réaliser un acte psychomoteur harmonieux, mais également de rentrer en relation avec moi de manière très spontanée. Ce léger déséquilibre du cadre lui aurait-il permis de trouver des repères internes et de dépasser son mécanisme de défense le temps d'une séance ?

Petit à petit, Sylvie progresse. Avec ma tutrice, nous lui indiquons certaines prises qu'elle est en mesure de saisir et l'encourageons pour la soutenir dans sa progression. Nous veillons à le faire avec parcimonie : il s'agit de la mettre assez en confiance sans l'infantiliser. Elle nous confiera parfois, une fois redescendue : « je n'y serais jamais arrivée sans vous ! ». À ce moment-là, elle semble ressentir autant de fierté que de culpabilité vis-à-vis d'elle-même. Elle parvient certes à terminer la voie dans laquelle elle s'est engagée, mais uniquement en la présence de l'autre et avec son soutien, ce qui semble tempérer sa réussite. Malgré tout, elle accepte de suivre nos indications et de s'appuyer sur notre étayage. Ces nouvelles interactions semblent fournir l'impulsion motrice nécessaire à la progression de Sylvie et au fur et à mesure, certaines variations apparaissent : elle tente des mouvements qu'elle ne pensait pas réaliser, fait travailler davantage sa tonicité. Elle verbalise ces ressentis corporels : « Je sens mes jambes chauffer et la semaine dernière j'ai eu des courbatures. Cela faisait longtemps... C'est presque agréable comme sensation ». Progressivement, elle accepte les situations de déséquilibres et il suffit parfois d'une ou deux indications pour qu'elle déploie la suite de son mouvement. Elle trouve par elle-même de nouvelles coordinations pratiques sans les avoir conscientisées ou observées sur d'autres comme les déplacements en croisé-décroisé (*cf. infra* Figure 2a. en Annexe) lors des traversées* ou l'utilisation de prises latérales intermédiaires lors des ascensions. De sa propre initiative, elle expérimentera également une voie sur un mur beaucoup plus vertical. Sylvie, qui est en recherche apparente et consciente d'appuis physiques sur le mur d'escalade, ne serait-elle finalement pas en recherche, à un niveau plus inconscient, d'appuis psychiques relationnels ?

Sur le trajet retour d'une séance de la fin du cycle, Sylvie me fera part de son envie de retourner dans un spa sur un ton joyeux que je ne lui connaissais pas jusqu'à maintenant. Cela fait très longtemps qu'elle n'y est pas allée, qu'elle ne se l'est pas autorisée. C'est comme si l'effort réalisé en séance lui donnait le droit de ressentir de la satisfaction et de prendre soin d'elle.

À partir de ces deux vignettes cliniques, je propose à présent d'étudier en quoi la médiation escalade en psychomotricité est thérapeutique pour des patients souffrant de schizophrénie.

Chapitre V.

Soin en psychomotricité et pratique des sports de nature : analyses et perspectives

1. Les vécus psychocorporels dans la schizophrénie

1.1. La schizophrénie aujourd'hui

1.1.1. Historique

Le terme « schizophrénie » est inventé en 1911 par Bleuler, psychiatre suisse. Il supprime le terme de « démence précoce » proposé en 1899 par le psychiatre allemand Kraepelin et utilisé jusqu'alors. Ce terme concernait des personnes évoluant vers un déficit intellectuel progressif (Bourgeois, 2017). Étymologiquement, la schizophrénie provenant du grec *schizein* (fractionnement) et *phrèn* (esprit) signifie « scission de l'esprit ». Bleuler met en évidence une altération de la pensée, notamment un « relâchement des associations », comme critère principal de la maladie (appelé « syndrome dissociatif » par la suite).

1.1.2. Épidémiologie

Aujourd'hui, la schizophrénie se définit comme une pathologie psychiatrique sévère (retentissement fonctionnel majeur), chronique (évolution prolongée) et hétérogène (il existe de nombreuses formes cliniques). Elle touche entre 0,7 et 1 % de la population mondiale, concerne aussi bien les femmes que les hommes et se déclare souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (entre quinze et vingt-cinq ans)⁸. Il peut exister une phase prodromique difficilement identifiable. Le mode d'entrée dans la maladie peut être, entre autres, insidieux ou brutal (dans ce cas, il se manifeste par une bouffée délirante aiguë). Le risque de mortalité parmi les personnes atteintes est 1,6 fois plus élevé que dans la population générale et le risque suicidaire est neuf fois plus élevé (Malandain, 2019).

⁸ Données INSERM consultées le 26 avril 2020 à l'adresse : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrénie>

1.1.3. Diagnostic et classifications

D'un point de vue clinique, la schizophrénie se caractérise par une altération de la conscience de soi et une perte de contact avec la réalité. Elle s'organise autour du trépied diagnostic suivant (André, Benavidès, & Giromini, 2004; Malandain, 2019) :

- La discordance ou désorganisation.

Elle correspond à la dissociation de la pensée envisagée par Bleuler. Elle désigne un manque d'accord, de cohésion qui se manifeste à plusieurs niveaux. Dans l'action, une surcharge gestuelle ou des mimiques peuvent s'observer : des mouvements avec un aspect précieux mais sans harmonie et sans finalité, qui contrastent avec l'affect véhiculé. Les différentes parties du corps donnent l'impression de ne pas être reliées les unes aux autres. Dans le comportement, des réactions émotionnelles exagérées, sans lien notable avec la situation, peuvent apparaître, de même que des suspensions d'actes moteurs suggérant une ambivalence de la pensée et pouvant mener à l'aboulie, voire à la catatonie. Il y a une désorganisation du cours de la pensée (phénomènes de barrage, *fading*, diffluence et coq-à-l'âne) et une altération du système logique (pensée magique, rationalisme morbide). Dans la présentation, des négligences ou à l'inverse des surinvestissements corporels et vestimentaires sont visibles. Parfois, certaines zones du corps sont complètement négligées tandis que d'autres sont surinvesties.

- Le délire paranoïde.

Il s'agit d'une production de pensées détachées de la réalité. Il devient chronique lorsqu'il dure plus de six mois. Il peut se manifester sous forme d'hallucinations – psychosensorielles (auditives, visuelles, olfactives, tactiles ou cénesthésiques) ou intrapsychiques (automatisme mental : écho de la pensée, devinement de la pensée, commentaires des actes) – d'interprétations, d'intuitions ou d'imaginaires. Les thèmes du délire sont polymorphes : persécution, grandeur, influence, référence, jalousie, érotomanie, etc. Les affects associés peuvent être intenses ou absents. L'adhésion au délire est très marquée. Le délire peut se comprendre comme une « *tentative de restructuration de la réalité à partir d'une expérience de dépersonnalisation et donc d'une perte du sentiment d'exister* » (André, Benavidès, & Giromini, 2004, p. 128). En ce sens, le délire paranoïde serait un mécanisme de défense contre des éprouvés corporels angoissants qui leur donnerait un sens, une explication.

- Le repli autistique.

C'est un symptôme caractérisé par un émoussement affectif et un sentiment d'indifférence : absence d'émotions, regard figé, sourire rare. Une pauvreté cognitive (réponses brèves, évasives, interrompues), de l'apragmatisme (affaiblissement ou perte la capacité à entreprendre et à planifier des actions) et de l'aboulie (affaiblissement ou perte de la volonté) s'observent également. La désorganisation spatiale et temporelle du sujet l'enferme dans un repli social, il a peu de relations. L'inhibition constituerait une défense contre une menace d'intrusion.

Il n'existe pas d'étiologie bien définie pour la schizophrénie, ce qui rend son diagnostic difficile. Aujourd'hui, la classification américaine, le DSM-V⁹, et française, la CIM-10¹⁰ (cf. *infra* Annexe), sont les plus utilisées en psychiatrie en France pour poser le diagnostic de schizophrénie (Bourgeois, 2017). La schizophrénie entre dans le champ du « spectre de la schizophrénie et autre troubles psychotiques » (cas du DSM-V) et dans le champ des « troubles psychotiques » (cas de la CIM-10). Ces deux classes regroupent d'autres maladies similaires à la schizophrénie mais ne partageant pas exactement les mêmes critères.

1.1.4. Étiologies

Dans l'approche psychanalytique, la schizophrénie est décrite par différents auteurs (impulsions initiales freudienne et bleulerienne qui ont inspiré Klein et d'autres psychanalystes) à travers divers mécanismes tels que le clivage du Moi, la projection et l'identification projective (théorie kleinienne). Lorsque des éléments de la réalité sont trop angoissants ou désagréables, les affects générés ne pouvant être supportés sont projetés sur l'autre (projection), une partie du Moi s'identifie à cette partie projetée et tente de la contrôler à travers l'objet (identification projective). Ce processus de clivage, dans la théorie kleinienne est un mécanisme de défense normal du bébé qui, s'il perdure, devient pathologique : dans la schizophrénie, il y a régression narcissique, la réalité extérieure est déniée car incohérente avec la pulsion éprouvée par le sujet et une autre réalité psychique se met en place (clivage du Moi).

Néanmoins, d'après Bourgeois (2017), « [*l]es travaux récents et la remédicalisation actuelle de la psychiatrie imposent de restreindre considérablement cette dimension [psychodynamique] pour laisser place aux nouvelles approches » (p. 79). La schizophrénie est actuellement envisagée comme une maladie d'origine multifactorielle : des*

⁹ Cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux.

¹⁰ Dixième révision de la Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes.

facteurs génétiques, neurologiques (régulation dopaminergique perturbée, anomalie de la communication intracérébrale) et environnementaux (stress, infection, prise de toxiques) sont dégagés (Malandain, 2019; Bourgeois, 2017).

1.1.5. Traitements

Dans cette perspective, la prise en charge se fait le plus précocement possible, de manière médicamenteuse et non médicamenteuse.

Les neuroleptiques, apparus en France en 1952, puis les antipsychotiques atypiques, développés pour réduire les effets secondaires des premiers neuroleptiques et augmenter leur efficacité, sont prescrits lors d'épisodes psychotiques aigus mais aussi dans la prévention des rechutes (Bourgeois, 2017). Leur dosage est ajusté en fonction de la sévérité et de la spécificité de la maladie pour chaque patient.

Les thérapies non-médicamenteuses sont essentielles et complémentaires à la chimiothérapie. On note entre autres les thérapies cognitivo-comportementales, la remédiation cognitive, les thérapies familiales, les psychothérapies analytiques ou la sociothérapie (Bourgeois, 2017; Malandain, 2019). Les thérapies à médiation corporelle ont de plus en plus leur place dans les institutions de soin. La psychomotricité, qui en fait partie, est une excellente indication au vu des problématiques corporelles inhérentes à la schizophrénie.

1.2. Problématiques psychocorporelles

Pour le sujet souffrant de schizophrénie, les différents syndromes et symptômes se manifestent corporellement (dépersonnalisation, catatonie, convictions hypocondriaques, élaborations délirantes à thème somatique) (André, Benavidès, & Giromini, 2004, p. 126). Elles témoignent d'une relation particulière que le sujet entretient avec son corps.

1.2.1. Angoisse de morcellement et défaillance de l'enveloppe

Les angoisses de morcellement qu'éprouve le sujet constituent une menace de perte d'intégrité corporelle. Le corps n'est pas un repère unifié : les parties du corps sont vécues comme segmentées et indépendantes les unes des autres donnant lieu à une organisation praxique singulière (dysharmonie tonique, maniérisme) (André, Benavidès, & Giromini, 2004). Le « *corps non symbolisé reste à un niveau de représentations anatomiques* » (Robert-Ouvray, 2007, p. 230). Le corps est donc vécu comme une chose d'utilité fonctionnelle. Certaines parties peuvent d'ailleurs ne pas être reconnues comme appartenant au reste du corps. Ainsi, les notions dedans/dehors sont fragiles et la fonction contenante du Moi-peau (Anzieu, 1995) est altérée, elle n'assure plus sa fonction de limite et de protection.

Dans la psychose, l'enveloppe est vécue comme trouée : c'est comme si l'intérieur du corps et les pensées se vidaient à l'extérieur. Pour empêcher cette impression de vidage et pour tenter de construire un contenant étanche, le sujet peut s'enfermer dans des conduites répétitives ou investir massivement certaines parties du corps. Il peut également présenter une hypertonie notable qui fait office de barrière aux stimulations trop envahissantes. Cette « paroi tonique » anesthésie le sujet, devient étanche et « *interdit le passage des informations du dehors vers le dedans et du dedans vers le dehors et prive la personne de ses possibilités d'empathie* » (Robert-Ouvray, 2007, p. 185). Dès lors, elle empêche des échanges fluides avec l'autre.

1.2.2. Relation à l'autre, représentation de soi altérées et désorganisation spatio-temporelle

L'hypertonie corporelle décrite précédemment est renforcée par une « hypertonicité relationnelle ». Chez le sujet psychotique, l'« hypotonie relationnelle » fait défaut : il ne peut éprouver un état de détente en présence de l'autre car le processus de différenciation par rapport à l'objet a été entravé. « *L'autre pourrait être appréhendé globalement sur un mode sensoriel mais peu défini mentalement ; il en sera de même pour les représentations de soi qui seront contaminées par les représentations de l'autre* » (Robert-Ouvray, 2007, p. 229). Les représentations corporelles du sujet et son identité sont dès lors menacées. D'un côté, il sollicite l'autre pour que celui-ci lui apporte des codes de compréhension de lui-même afin de donner du sens à la réalité (André, Benavidès, & Giromini, 2004), le plaçant ainsi dans une grande dépendance. D'un autre côté, du fait de son enveloppe poreuse, l'autre peut être vécu comme intrusif et représente une menace.

Les limites psychocorporelles du sujet étant fragiles, les notions d'espace et de temps le sont également puisque leurs représentations se construisent à partir des expériences précoces du sujet avec son environnement physique et affectif. Ces expériences débutent notamment avec les soins maternels qui contribuent à délimiter l'espace corporel du nourrisson à travers les contacts avec sa mère. Elles lui donnent un premier accès aux dimensions spatiales. C'est ce que souligne Defiolles-Peltier (2010) en se référant au *holding* de Winnicott, qui correspond au portage physique et psychique du bébé par la mère et aux soins maternels envers les besoins physiologiques du bébé. De même, les expériences de rythmicité, de régularité qui s'établissent entre la mère et son enfant lui donne accès à l'intégration d'une dimension temporelle : « *les rythmes biologiques et relationnels sont dotés d'une qualité de plaisir lequel s'enracine dans la disposition symétrique, la périodicité et l'organisation dans le temps qui assurent un sentiment de continuité de vie* » (Robert-Ouvray, 2007, p. 86). Chez le sujet schizophrène, les repères spatio-temporels n'ont pas pu se construire. Dès lors, « *le temps*

représentant l'histoire du sujet et l'espace représentant son corps, le patient perd son unité psychocorporelle » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 222). La relation à l'autre, bien que menaçante, permet au sujet de trouver un cadre spatio-temporel de substitution.

Il est évident que le vécu psychocorporel schizophrénique est propre à chaque personne atteinte par ce trouble et varie en fonction de l'histoire et des problématiques du sujet. Par ailleurs, la schizophrénie peut prendre des formes multiples (*cf. infra* Annexe), ses manifestations peuvent varier dans le temps et elle peut être continue ou par accès (Bourgeois, 2017). Les sujets souffrant de schizophrénie expriment donc des vécus différents. C'est ce que j'ai pu effectivement observer dans ma clinique de stage.

1.3. Le cas d'Arthur et de Sylvie

Arthur présente une « schizophrénie paranoïde » (nosographie CIM-10, *cf. infra* Annexe V-VI). Il est diagnostiqué à dix-huit ans suite à une recrudescence d'angoisses massives qui semblent être concomitantes à la séparation de ses parents. Par ailleurs, il présente également le diagnostic d'autisme Asperger qui semble entrer en contradiction avec le premier. Sylvie, elle, présente une « schizophrénie indifférenciée » (nosographie CIM-10, *cf. infra* Annexe V-VI) et est diagnostiquée à quarante ans suite à un isolement social important. Ce diagnostic, très récent, doit se confirmer sur le long terme. L'incertitude des diagnostics sur ces deux patients est donc patente. Comme le souligne Bourgeois (2017), « [i]l n'existe aucun signe pathognomonique (qui suffise à lui seul pour poser le diagnostic de schizophrénie). [...] Deux patients recevant l'étiquette de schizophrénie peuvent n'avoir aucun symptôme en commun » (p. 125).

De toute évidence, si le mode d'entrée dans la maladie et son expression pour Arthur et Sylvie sont bien différents, leur vécu psychocorporel l'est également. Pour décrire leur vécu de la manière la plus précise possible, je base mon analyse d'une part sur l'observation de notre cycle d'escalade, sur ce qu'ils expriment au fur et à mesure des séances, et sur mon vécu (*cf. supra* Chapitre IV, Partie 3) et d'autre part sur des éléments théoriques avec lesquels j'établis des liens. Il s'agit donc d'un point de vue subjectif qui ouvre des pistes de réflexion.

1.3.1. Arthur

Arthur porte des vêtements amples : il donne l'impression de nager dedans. Son jogging et son tee-shirt, qui semblent en apparence confortables, l'empêchent en réalité de déployer ses mouvements et d'ajuster convenablement son baudrier*. Par ailleurs, il lui est difficile d'identifier ses sensations corporelles : il ne localise pas les parties du corps qui ont davantage travaillé et la mise en lien des unes par rapport aux autres semble compliquée. Cette

segmentarisation du corps, cette difficulté de différenciation des afférences sensorielles et sa présentation vestimentaire donnent une image corporelle d'Arthur aux limites floues et fragiles.

Arthur est très attaché à la régularité, à la rythmicité des séances d'escalade ainsi qu'aux chemins que nous empruntons pour nous rendre au gymnase. Il sollicite tant ma tutrice que moi-même lorsqu'un détail change d'une séance à l'autre (raccourcissement de l'étape d'étirement, perturbation suite à l'arrivée d'un nouveau patient). Les limites spatio-temporelles que nous lui fournissons semblent le contenir et lui apporter des limites externes qu'il peut s'approprier. L'autre apparaît comme nécessaire pour lui donner des repères internes. Paradoxalement, lorsque je lui demande de resserrer son baudrier* pour assurer sa sécurité ou de se délester temporairement de son bronchodilatateur, son expression méfiante me donne la sensation d'être intrusive et d'être perçue comme menaçante, comme quelqu'un à qui il ne peut se fier.

Ainsi, en fonction du contexte, l'autre est perçu à la fois comme nécessaire ou menaçant. Cela m'évoque les situations de vertige par fusion décrit par Quinidoz (1994) (*cf. supra* Chapitre III, Partie 1). Le sujet pour qui la différenciation de l'objet ne s'est pas produite vit la séparation douloureusement. En effet, le risque de se séparer de l'objet est de le voir disparaître et donc d'être anéanti en même temps que lui. Dès lors, le sujet « *garde une méfiance vis-à-vis de cet objet important qui lui paraît indispensable et peu sûr, il va en craindre sans cesse la disparition* » (Quinidoz, 1994, p. 38). La fusion avec l'objet est alors le mécanisme de défense constituant un moyen de ne pas perdre l'objet.

Par ailleurs, lors des descentes en moulinette*, Arthur ne peut s'empêcher de saisir les prises pour se rassurer. Dès qu'il se sent descendre, il s'agrippe à la paroi. Mettre les bras le long du corps ou sur le nœud formé par la corde sur le baudrier* lui est très difficile. Cet accrochage tonique à la paroi dans lequel Arthur reste coincé régulièrement – s'il s'accroche, il ne peut redescendre via le système d'assurance* – rappelle l'accrochage tonique décrit par Robert-Ouvray (2007) qui prend deux formes fonctionnelles : « *fournir des sensations d'être tenu et ainsi échapper aux angoisses de tomber, et "faire rester" l'autre près de soi et ne pas sentir l'abandon* » (p. 228). Ici, l'autre serait projeté sur l'« objet-paroi ». Pour Robert-Ouvray (2007), ni l'une ni l'autre de ces positions ne permettent au sujet d'« *être soutenu de l'intérieur par des stimulations venant de l'objet externe [ici, l'assureur*]* » (p. 229). Effectivement, malgré notre étayage, Arthur adopte toujours la même réaction dans cette situation. La fusion avec l'objet semble se jouer tantôt avec ma tutrice et avec moi, tantôt avec l'objet-paroi. De plus, à n'importe quelle hauteur – à un mètre du sol, à mi-hauteur de la paroi, ou à huit mètres – Arthur présente cette crispation intense. Dans cette situation, la distance par rapport au sol n'est pas prise en compte, ce qui étaye l'hypothèse du vertige par fusion (Quinidoz, 1994) : « *d'une part*

il y a un sentiment d'anéantissement et d'autre part il n'y a aucune perception d'espace ni même de vide » (p. 36).

1.3.2. Sylvie

L'attitude de Sylvie est signifiante : retrait relationnel, rigidité corporelle et tonique, verbalisation restreinte et discours intellectualisé, méfiance quasi-permanente envers les personnes, que ce soit envers moi, ma tutrice ou les autres patients. Ces caractéristiques m'évoquent la problématique de la « paroi tonique » de Robert-Ouvray (2007). Aux premiers âges, dans des conditions de sécurité émotionnelle et affective insuffisantes ou par hypersensibilité tonique héréditaire, le bébé peut surinvestir son pôle hypertonique. Dès lors, l'enveloppe psychocorporelle qu'il construit à travers la qualité des interactions avec son entourage se transforme en paroi tonique rigide et imperméable. « *L'accrochage massif au pôle hypertonique a pour conséquence un contrôle sévère sur les pulsions et sur les objets, donnant l'impression que les sujets sont dans un système d'abrasion complet de "tout ce qui bouge" » (Robert-Ouvray, 2007, p. 191).* Cela semble être le cas de Sylvie : dans un état d'hypervigilance constante, elle semble filtrer tout ce que l'autre lui renvoie mais elle semble aussi mettre une barrière à ses propres sensations corporelles et ses propres émotions.

Au fur et à mesure des séances, elle constate qu'elle ne progresse pas autant que les autres, ou du moins, pas autant qu'elle le souhaiterait. Plusieurs fois, elle se retrouve face à la paroi dans une position statique, ne sachant comment progresser sur la paroi. Cela renforce l'image qu'elle renvoie : celle d'être figée dans le temps, dans l'espace et dans la relation. Cet état d'insatisfaction, d'impasse, sans possibilité de réparation est propre à la dialectique de la paroi tonique. Le sujet ne peut « *rien attendre d'autrui, il cherchera à se débrouiller seul ; la dépendance devient le danger le plus important, non seulement parce qu'elle a été source d'échecs et de déceptions répétées, mais parce qu'elle induit une menace de mort ou de non exister » (Robert-Ouvray, 2007, p. 190).* Les encouragements que nous lui apportons ou les questionnements que nous lui proposons semblent en effet ne rien changer pour elle. Les déceptions amoureuses qui ont marqué la vie affective de Sylvie semblent également corroborer cette hypothèse. L'autre est tenu à distance, sa paroi tonique empêche d'entrer en relation avec elle.

À partir de ces tableaux cliniques et de ces hypothèses, est-il possible de dire si la thérapie psychomotrice a été bénéfique pour Arthur et Sylvie ? Qu'est-ce que la médiation escalade leur a permis d'expérimenter ?

2. La médiation escalade en psychomotricité : une thérapeutique

La thérapeutique est l'ensemble des moyens permettant de lutter contre une maladie, de la guérir ou permettant de soulager des malades. En psychomotricité, notamment avec des sujets en psychiatrie adulte, il s'agit plutôt de prendre soin du sujet et de proposer des éprouvés psychocorporels que le sujet est capable de s'approprier et auxquels il peut donner du sens dans le but de réduire sa souffrance psychocorporelle. En effet, « [p]ar ses interventions psychiques et corporelles, le psychomotricien transforme ce qui est difficilement supportable et angoissant en éléments assimilables, base de la sécurité corporelle et psychique » (Veeseer, 2015, p. 139). J'étudie à présent ce qui peut être thérapeutique pour Arthur et Sylvie au sein du cycle escalade. Il s'agit ici de mon analyse.

2.1. Une diversité d'éprouvés psychocorporels dans un cadre contenant

La régularité du cadre spatio-temporel du cycle d'escalade et la présence assidue et accueillante des thérapeutes qui encadrent les séances permettent à chaque patient de nouer des liens de confiance avec eux.

Pour Arthur, cette rythmicité sécurisante lui permet d'explorer progressivement la bipolarité tonico-émotionnelle : passer de l'état de tension musculaire qui permet de progresser jusqu'en haut de la paroi, associée néanmoins à la peur de la chute, à l'état de détente musculaire et de satisfaction suite à cet effort intense semble lui procurer une grande fierté. Il expérimente les contrastes, les limites de ces deux pôles tonico-émotionnels ainsi que leurs nuances intermédiaires, ce qui favorise leur intégration. Le temps de verbalisation lui permet par ailleurs de mettre en lien ces deux pôles. De plus, la réaction des autres patients et l'admiration que son expérience suscite semble encourager Arthur dans cette volonté de dépasser sa peur. Elles permettent peut-être de venir « *compenser, voire contribuer à transformer le sentiment de dévalorisation associé aux troubles psychiques qu'il [le patient grimpeur] rencontre habituellement* » (Lunet & Pistre, 2015, p. 102). Ces expériences participeraient donc à le narcissiser et à renforcer son estime de soi.

Par ailleurs, le portage physique qui se manifeste à travers le système d'assurage* ainsi que les encouragements et les indications que nous lui apportons tout au long de ses ascensions contribuent à assurer un *holding*, une enveloppe sonore, physique et psychique soutenante. De plus, il se familiarise avec le baudrier* (qu'il supporte difficilement au début) objet qui n'est pas sans rappeler le portage maternel du nourrisson. En s'appuyant sur ce portage matériel

et relationnel, il parvient à réguler davantage son tonus et ses émotions et à atteindre le haut des voies* à la fin du cycle en éprouvant une grande satisfaction. Il est possible d'établir un parallèle avec le processus menant à la « capacité d'être seul » développé par Winnicott (1958) : « [g]raduellement, l'environnement qui sert de support au moi est introjecté et sert à l'édification de la personnalité de l'individu, si bien que se forme une capacité d'être vraiment seul [en présence de l'autre] » (p. 390). En grim pant de plus en plus haut, Arthur s'éloigne du sol et par la même occasion, il met de l'espace entre lui et nous, entre son espace corporel et le nôtre, tout en sachant qu'il peut s'appuyer sur nous lorsque le besoin de réassurance apparaît. La corde est le témoin de cette distanciation physique et psychique et de sa progressive différenciation et autonomisation.

Pour Sylvie, si le cadre contenant et sécurisant lui permet de tenir et d'être présente sur l'ensemble du cycle malgré sa déception de ne pas progresser aussi rapidement que les autres, c'est peut-être la légère fluctuation du cadre à la moitié du cycle (intégration d'un nouveau patient, attention moins soutenue de ma part lorsqu'elle effectue son ascension) qui lui permet d'amorcer un changement d'attitude et de présenter une motricité plus souple et harmonieuse. Le cadre semblable à une « *membrane élastique et néanmoins solide, pouvant accueillir les "déformations" et "chocs" provenant de l'extérieur* » (Pistre, 2007, p. 33) offre de manière éphémère à Sylvie une sorte de « fenêtre blanche ». Elle s'empare de cet « espace-temps creux » et accepte de « faire un pas de côté » en abaissant ponctuellement sa paroi tonique. Ceci lui permet alors de délier son mouvement et de se tourner vers l'autre (lorsque cela arrive, elle vient me solliciter pour échanger sur son ressenti de manière entièrement spontanée, ce qui n'est généralement pas le cas). Ainsi, elle s'autorise à expérimenter le pôle hypotonique associé à la détente et à la satisfaction et s'ouvre à l'hypotonie relationnelle.

Par ailleurs, les allusions de Sylvie envers ma tutrice quant à l'absence d'efficacité des séances sur l'amélioration de son quotidien peuvent être comprises à travers la notion de l'« expérience du détruit/trouvé de l'objet » de Roussillon (2008). Il en serait de même lorsque Sylvie remet plusieurs fois ma légitimité en question soit en m'interrogeant implicitement sur mes capacités, soit en m'accordant une importance moindre. En ce sens, le lien qu'elle établit avec ma tutrice ou avec moi représenterait son lien à l'objet qu'elle tenterait d'attaquer et de détruire pour « *ne pas risquer d'être investi et perdu* » (Roussillon, 2008, p. 73). Dans une relation thérapeutique, le lien doit survivre à l'attaque et, qui plus est, se révéler dans et par l'attaque. Ceci implique pour l'objet trois niveaux de réponse : « [1] *l'absence de retrait – l'objet doit se montrer psychiquement présent –*, [2] *l'absence de représailles ou de rétorsion – l'objet ne doit pas engager un rapport de force avec le sujet [...]*, [3] *l'objet doit sortir de l'orbite de la destructivité pour rétablir le contact avec le sujet : il doit se montrer créatif et vivant* » (Roussillon, 2008, p. 177). Ainsi, nous accueillons les propos de Sylvie sans jugements, ne la

contredisons pas et nous lui proposons des expériences psychocorporelles différentes (ascensions sur des parois à inclinaisons et textures différentes, offrant davantage de variations tonico-émotionnelles par exemple) tout en l'accompagnant et en l'étayant pour ne pas la mettre en trop grande difficulté. Comme le souligne Ciccone (2001): « *ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue* » (p. 82). En prouvant à Sylvie que nous ne serons pas à l'origine de la rupture du lien, elle peut dès lors s'appuyer sur nous.

Ce travail permet en parallèle l'amorce d'une symbolisation pour Arthur et Sylvie.

2.2. Symbolisation dans le dispositif thérapeutique en psychomotricité

Le processus de symbolisation, selon Roussillon (2008), se décline en deux composantes. Il y a d'abord la symbolisation primaire : « *[r]eprésenter, symboliser, c'est se rendre présent au monde et à soi-même [...], se présenter au monde et à soi-même pour s'y investir, se l'approprier. Le monde doit devenir un monde "pour soi"* » (p. 237). Mais sans la deuxième étape, le sujet se projette sur le monde et il projette le monde sur lui ; il vit dans un monde « narcissique ». Il faut donc une symbolisation secondaire : « *[r]eprésenter c'est aussi rendre le monde, l'altérité, présent "en soi" (à la fois à l'"intérieur" mais aussi "objectivement")* » (p. 237).

Pour Arthur, la fierté qu'il éprouve à travers cette expérience psychocorporelle d'escalade est verbalisée dans les temps d'échange : il nous fait même part de sa culpabilité à exprimer un tel sentiment. Il parvient à mettre du sens sur ses éprouvés et à s'approprier les deux extrêmes tonico-émotionnels. Le processus de symbolisation primaire est donc amorcé. Par ailleurs, au fur et à mesure, il interagit davantage avec le groupe, donne des conseils et encourage les autres patients, se souvient de mon prénom, nous parle de son vécu du week-end tout en se portant garant de notre sécurité sur la route. L'autre, qui, pour Arthur, peut être perçu comme menaçant et non représenté, prend peu à peu de l'importance : Arthur offre un espace psychique pour l'autre, pour le non-soi.

De même, en acceptant petit à petit l'appui physique et psychique que nous proposons à Sylvie, celle-ci abaisse sa paroi tonique défensive ce qui lui permet une ouverture aux stimulations internes et externes : elle sent ses muscles chauffer et trouvera d'elle-même des appuis pour gravir la paroi. Symboliser, énonce Roussillon (2008), c'est « *trans-former, donner forme et créer dans cette mise en forme* » (p. 238) et d'un autre côté, c'est « *re-copier, identifier, récapituler* » (p. 238). Sylvie qui, dans un premier temps prend le temps d'observer les autres grimpeurs, se met elle-même en mouvement, se met en forme et alterne ces deux

attitudes, se construisant ainsi des repères corporels stables grâce à la variation et à la diversité des éprouvés tonico-émotionnels qu'elle intègre au fur et à mesure.

Dans cette perspective, si la thérapie psychomotrice ne permet pas de « guérir » les sujets souffrant de schizophrénie, elle propose toutefois une thérapeutique permettant de les accompagner pleinement dans des expériences psychocorporelles qui prennent sens pour eux, atténuant ainsi leur souffrance.

2.3. Contre-transfert corporel

S'il m'est arrivé de ressentir de l'appréhension en parant* Arthur lors d'une traversée*, ce fut également le cas avec une autre patiente que j'assurais, encordée* avec elle dans l'une de ses ascensions. Arrivée en haut de la paroi, le sentiment de fierté qu'elle éprouvait a rapidement été remplacé par l'appréhension de redescendre. Le début se déroulait sans encombre et même si je maintenais mes encouragements verbaux, la voir très crispée m'a rendue soudainement relativement anxieuse. J'étais rationnellement convaincue que le dispositif de sécurité garantissait notre sécurité à toutes les deux – ma tutrice étant présente en plus en contre-assurance* – mais, sous le coup de l'émotion, je suis venue à en douter. Il ne m'était jamais arrivée d'éprouver cela dans ma pratique de l'escalade dans le cadre du club, ou en initiant des débutants en dehors du cadre thérapeutique. Suite à un échange avec ma tutrice, il s'est avéré qu'elle avait vécu des expériences similaires à ses débuts. Si mon expérience technique de l'escalade était plus restreinte que la sienne, nous avons également soulevé la question de la légitimité de ma position de stagiaire dans cette situation qui a pu me faire perdre une partie de mes moyens. La notion de contre-transfert corporel a également été mise en évidence dans notre échange. Pour Potel (2015), il s'agit d'un « *retour des affects originaires transférés sur sa personne [le thérapeute] [qui] produit en lui des émotions, des sentiments, dont une part lui appartient "en propre" et dont l'autre part revient au patient* » (p. 115). Dans le cas présent, la peur intense éprouvée par la patiente associée au risque de chute (qui en réalité est nul du fait de l'assurance* en moulinette*) et qui renvoie aux angoisses de chute du nourrisson a sans doute généré chez moi cette anxiété déstabilisante dont une partie m'appartenait, faisant écho à mon propre vécu, et dont l'autre partie appartenait à la patiente.

Cette expérience semble démontrer que même un assureur* très expérimenté n'est pas à l'abri d'être désarçonné par les angoisses massives qui peuvent ressurgir chez un sujet fragilisé. Une écoute sensible ainsi que la connaissance approfondie des pathologies psychiques constituent, entre autres, des spécificités de l'exercice de la psychomotricité. Les professionnels titulaires du Brevet d'État d'Escalade qui souhaitent s'orienter dans la prise en charge de personnes en situation de handicap (c'est notamment le cas de Robin (cf. *supra*

Chapitre I, Partie 2.1.1) et de Juliette (cf. *supra* Chapitre III, Partie 1) devraient, selon moi, être sensibilisés à ce sujet. La cothérapie associant des professionnels en psychomotricité et en escalade me semble par ailleurs tout à fait appropriée dans ce contexte.

3. Psychomotricité, médiation et sports de nature

3.1. Un engagement psychocorporel en commun

Dans l'escalade, comme dans toutes les pratiques sportives et, plus largement, corporelles, des enjeux psychomoteurs sont présents. L'escalade, et les sports de nature, mettent en jeu de nombreuses composantes toniques, motrices, sensorielles, psychologiques et affectives (cf. *supra* Chapitre I). Plus précisément, une analogie peut être établie entre la relation patient/psychomotricien et la relation sujet novice/sujet expérimenté qui se retrouve dans de nombreux sports de nature.

En escalade, la relation entre le grimpeur et l'assureur* réunis par le système d'assurage* demande d'établir une grande confiance entre les deux sujets pour que le grimpeur ose commencer son ascension. En alpinisme, le premier de cordée assure la sécurité de son ou ses partenaires en utilisant par exemple des becquets* rocheux en point d'assurage*. En spéléologie et en canyoning, le guide équipe les passages délicats (mains courantes, puits*, cascade) en plaçant des déviateurs* et des relais* afin de constituer la ligne de progression et garantir la sécurité des personnes tout en minimisant l'usure du matériel (frottement de la corde contre les parois rocheuses). Dans les deux cas, le sujet expérimenté s'engage physiquement et psychologiquement de manière soutenue afin de garantir au novice une expérience à la fois sécurisée, originale et enrichissante, qu'il peut s'approprier. Le lien parfois vital qui les relie renforce la nécessité d'une vigilance particulière en comparaison à d'autres sports ou activités initiatiques. Si le lien entre le sujet expérimenté et le sujet novice est matérialisé par la corde dans ces sports, le lien entre le patient et la psychomotricienne, s'observe autrement.

Accompagner le patient dans des expériences sensori-motrices et tonico-émotionnelles variées et ajustées à sa problématique nécessite de tisser un lien de confiance et sécurisant avec lui. « *Peuvent alors se mettre en place des repères stables pour favoriser l'émergence de nouvelles expérimentations conduisant vers une autonomie motrice et psychique* » (Veeser, 2015, p. 145). Quelle que soit la médiation utilisée (l'escalade ou toute autre activité médiatrice), l'engagement psychocorporel de la psychomotricienne avec son patient semble être aussi intense que celui du sportif de nature expérimenté avec le novice. Psychomotricienne et sportif expérimenté déploient tous leurs sens afin de soutenir la progression, physique et psychique, du patient et du novice.

Il est toutefois nécessaire de rappeler la différence de ces deux disciplines.

3.2. Des spécificités propres

Dans le contexte de l'initiation d'un sujet novice par un sujet expérimenté, l'escalade et les sports de nature constituent avant tout une activité récréative.

La psychomotricité, quant à elle, s'inscrit dans un contexte de soin thérapeutique et s'occupe de sujets en souffrance. Si l'écoute attentive est similaire aux deux disciplines, les buts recherchés ne sont pas les mêmes. L'engagement psychocorporel du sujet expérimenté est davantage tourné vers une quête de sensation pour le novice ; la psychomotricienne, elle, s'intéresse davantage à une quête de sens pour son patient. Dans ce dernier cas, les expériences psychocorporelles sont proposées pour être appréhendées, conscientisées et symbolisées. Elles invitent le patient à mettre en lien divers éprouvés psychocorporels dans un cadre contenant afin de réduire sa souffrance.

Par ailleurs, la psychomotricité peut utiliser des sports de nature en tant que médiation : les sports de nature employés en psychomotricité ont donc une fonction de tiers (*cf. supra* Chapitre IV, Partie 2.1). C'est en ce sens qu'ils peuvent devenir thérapeutiques.

3.3. La psychomotricité, l'escalade... et les autres sports de nature ?

L'escalade est le sport de nature le plus employé en tant que médiation dans la thérapie psychomotrice. En effet, grâce à sa démocratisation, elle peut s'effectuer en intérieur et être ainsi davantage accessible aux institutions de santé ce qui favorise ainsi le développement de dispositifs thérapeutiques d'escalade en psychomotricité.

En fonction des populations et de la singularité des sujets, il serait néanmoins possible de développer des dispositifs thérapeutiques en psychomotricité en s'appuyant sur d'autres sports de nature. À ma connaissance, ils sont actuellement restreints, même si certains les utilisent déjà : Marc Reinhart, psychomotricien et guide de pleine nature, utilise la spéléologie, le canyoning et l'escalade auprès d'enfants présentant des troubles des coordinations, des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et des retards moteurs¹¹.

Par ailleurs, si les autres sports de nature semblent encore difficiles à intégrer dans la prise en charge psychomotrice, ils peuvent constituer un moyen d'enrichir notre vécu psychocorporel en tant que psychomotriciennes. En effet, ces expériences inhabituelles dans des environnements peu communs, voire hostiles et inhospitaliers mettant en jeu notre vulnérabilité, ne font-elles pas écho au vécu psychocorporel de nos patients en séance ? À

¹¹ Son activité est consultable à l'adresse : <https://psychomotricien-montpellier.fr/>

l'instar des travaux dirigés de conscience corporelle et d'expressivité du corps dans la formation de psychomotricité, ces expériences nous inviteraient à traverser des états sensori-moteurs et tonico-émotionnels inédits, à la fois curieux et inconfortables. Favoriser une pratique psychocorporelle qui nous confronte à nos difficultés en parallèle de notre carrière professionnelle nous permettrait d'affiner les liens d'empathie envers nos patients, de développer notre intersubjectivité et d'étayer notre manière d'envisager la relation thérapeutique en psychomotricité.

Quoiqu'il en soit, les expériences vécues dans la pratique des sports de nature constituent une façon de s'éprouver vivant, de mobiliser ses ressources personnelles, de se sentir exister et capable de faire face à l'adversité. Elles donnent un « *sentiment de force intérieure à celui qui maintient le cap malgré les forces contraires* » (Le Breton, 2017, p. 103). Elles permettent également de se connecter intensément au monde, d'en saisir la beauté et la subtilité et de se réconcilier avec les environnements sauvages et naturels. En cela, ces expériences nous font aussi éprouver notre vulnérabilité. Elles nous font prendre conscience de notre condition humaine dans un monde infiniment plus vaste et nous donnent une évidente leçon d'humilité. Dans un référentiel spinoziste, ces expériences participeraient à notre *conatus*, c'est-à-dire à « *l'effort que nous faisons pour persévérer et grandir dans notre être* » (Lenoir, 2017, p. 165). Elles augmenteraient notre puissance d'agir et donc notre puissance d'être, l'expérience corporelle étant au cœur de la philosophie spinoziste (nous pensons à partir de notre corps, le corps et l'esprit sont unis substantiellement). La psychomotricité, par son approche sensible de l'être humain, rejoint l'approche spinoziste. Elle peut donc, en favorisant l'écoute sensorielle et proprioceptive, se saisir des expériences de la pratique des sports de nature pour ensuite s'en servir en tant que médiation thérapeutique en accompagnant des sujets fragilisés par la pathologie à s'approprier des vécus psychocorporels et à leur donner un sens. De même, pour le sujet ordinaire et pour la psychomotricienne, elle peut contribuer à affiner sa conscience corporelle, sa conscience de soi, et ainsi à magnifier son expérience dans des environnements naturels.

Conclusion

La première partie de ce mémoire, consacrée à l'étude des sports de nature selon le point de vue psychomoteur, met en évidence la manière dont les sports de nature engagent l'équilibre psychomoteur du sujet. Sur le plan sensoriel, tonique et moteur, le contact avec la nature offre des éprouvés sensori-moteurs intenses et une diversité praxique qui sollicitent les schèmes moteurs intégrés dans l'enfance. Ils assurent un enrichissement du vécu psychocorporel. Ils mettent aussi en jeu les capacités d'attention et de vigilance du sujet et le réinterroge sur ses repères spatiaux et temporels mobilisant ainsi ses compétences d'adaptation à son environnement. Sur le plan émotionnel, les sports de nature proposent une large palette d'émotions, alliant peur et plaisir. Ils proposent au sportif d'explorer ses facultés à se sentir autonome et indépendant, d'un point de vue matériel et technique mais également d'un point de vue affectif. Ils permettent d'expérimenter les qualités et les fragilités de la relation à l'autre. À travers le jeu des équilibres/déséquilibres sensori-moteurs et tonico-affectifs auxquels se confronte le sportif de nature dans sa pratique, celui-ci semble chercher à éprouver, voire à renforcer, son unité psychocorporelle à travers la relation, l'espace et le temps.

Dans la deuxième partie, je montre la façon dont la psychomotricité se saisit des fonctions psychomotrices sollicitées en escalade pour en faire une médiation thérapeutique auprès de deux sujets, Arthur et Sylvie, souffrant de schizophrénie. Le cadre contenant de la médiation et sa fonction tierce permettent notamment d'accueillir le vécu psychocorporel subjectif des patients et de leur offrir un espace et un temps pour symboliser ces éprouvés psychocorporels. À travers ses ascensions et l'alternance des différents éprouvés tonico-émotionnels, Arthur trouve des ressources internes pour dépasser son angoisse et étayer son enveloppe psychocorporelle. Sylvie, en éprouvant son lien à l'autre, trouve un cadre relationnel solide et sécurisant sur lequel elle accepte de prendre appui psychiquement. Elle abaisse ainsi sa paroi tonique ce qui lui permet de progresser davantage en hauteur et ressentir du plaisir à se mouvoir.

L'escalade et les autres sports de nature font écho à la psychomotricité par l'engagement psychocorporel intense qui se crée entre les sujets. Même si leur finalité est différente – celle des sports de nature étant l'activité physique et le loisir, celle de la psychomotricité étant le soin – ces deux disciplines pourraient se rejoindre dans un espace de cothérapie encadré par des professionnels de la psychomotricité et des professionnels des sports de nature. Elles invitent finalement à éveiller sa conscience corporelle, à développer son empathie et à éprouver son être au monde.

Bibliographie

- Abadie, S. (2007). Procédés autocalmants, gestion d'un manque affectif : deux raisons possibles à la dépendance sportive. *Bulletin de psychologie*, 488(2), 135-141.
- Ajuriaguerra, J. de (1962). Le corps comme relation. Dans *Corps, tonus et psychomotricité* (Vol. 1, pp. 163-183). Paris: Vernazobres-Gregio.
- Ajuriaguerra, J. de (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris: Masson et Cie.
- André, P., Benavidès, T., & Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie*. Paris: Heures de France.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Paris: Dunod.
- Bartenieff, I., & Lewis, D. (1980). *Body Movement, Coping with the Environment*. New York: Gordon and Breach.
- Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bohler, S. (2019). *Le bug humain*. Paris: Robert Laffont.
- Bouchout, J.-P. (2015). Du plein air aux sports de nature - Repères historiques. *Compte rendu du séminaire du 30 novembre 2006 sur l'origine du plein air « de l'air pour vivre » et du séminaire du 14 avril 2008 consacré aux bases de plein air et de loisirs, Comité d'Histoire des Ministères Chargés de la Jeunesse et des Sports*. Récupéré sur http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/du_plein_air_aux_sports_de_nature.pdf
- Bourgeois, M.-L. (2017). *Les schizophrénies*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte* (Vol. 1). Paris: Presses Universitaires de France.
- Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche*. Toulouse: Érès.
- Calas, A. (1998). *Précis de Physiologie*. Paris: Doin.
- Chouvier, B., & Roussillon, R. (2008). *Corps, acte et symbolisation: Psychanalyse aux frontières*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102.
- Coldefy, M., Le Fur, P., Lucas-Gabrielli, V., & Mousquès, J. (2009). Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. (I. d. santé, Éd.) *Questions d'économie de la santé*, 1-8.
- Colomb, B. (2007). *L'essor de l'alpinisme*. Consulté le 5 avril, 2020, sur Histoire par l'image: <http://www.histoire-image.org/etudes/essor-alpinisme>
- Corneloup, J. (2016). *Sociologie des pratiques récréatives en nature. Du structuralisme à l'interactionnisme*. L'Argentière-la-Bessée: Éditions du Fournel.

- Courbon, P. (2015). L'évolution des techniques spéléologiques 1/2. *Spéléo Magazine*(91), 26-30. Récupéré sur http://www.chroniques-souterraines.fr/dossiers/Speleologie/01_Explorations/2016evolution1.pdf
- Defiolles-Peltier, V. (2010). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Paris: Vernazobres-Grego.
- Dublanchy, F. (2019). *L'escalade, un défi psychomoteur. Etude de l'impact de la déficience intellectuelle sur les capacités psychomotrices de l'enfant et apport de l'escalade en tant que médiation thérapeutique*, (Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de psychomotricien). Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice, Paris.
- Dubos, L. (2019). *En équilibre vers le sommet. Les effets d'un programme de 8 semaines d'escalade sur l'équilibre et la locomotion des personnes présentant une déficience visuelle : étude préliminaire*, (Mémoire de Master 2 STAPS). Université de la Réunion, La Réunion.
- Ducouso, P. (2019). *L'escalade aux JO, une consécration qui fait débat*. Récupéré sur Le Point Sports: https://www.lepoint.fr/sport/l-escalade-aux-jo-une-consecration-qui-fait-debat-26-04-2019-2309725_26.php
- Garrone, J., & Puricelli, J.-L. (1996). La pratique de l'escalade comme médiateur technique d'une thérapie psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherches*(107), pp. 62-76.
- Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 4(76), 51-60.
- Guillaume, A., & Bringoux, L. (2013). Cours sur la perception pour le mouvement. Faculté des Sciences du Sport. Aix-Marseille Université. Récupéré sur <http://www.ism.univmed.fr/bringoux/COM%20102AB.pdf>
- Hall, E. T. (1978). *La Dimension cachée*. Paris: Points.
- Jablonka, I. (2016). *La naissance de l'alpinisme*. Consulté le 5 avril, 2020, sur Histoire par l'image: <https://www.histoire-image.org/fr/etudes/naissance-alpinisme>
- Jacobson, E. (1974). *Biologie des émotions, les bases théoriques de la relaxation*. Paris: ESF.
- Jourdain, P. (2009). *Histoire de l'escalade*. Récupéré sur Grimper, le magazine de l'escalade: <https://www.grimper.com/histoire-escalade>
- Jovignot, F. (1997). *Étude des aptitudes, des motivations, des profils socio-démographiques des spéléologues*, (Thèse des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives). Université de Bourgogne, Dijon.
- Le Breton, D. (2000). 3. Passions du risque. Dans *Passions du risque* (pp. 67-91). Paris: Éditions Métailié.
- Le Breton, D. (2017). 4. Les passions du risque. Dans *Sociologie du risque* (pp. 105-117). Paris: Presses Universitaires de France.

- Le Breton, D. (2019). Ambivalences du risque. *Conférence d'ouverture filmée lors de la 2ème journée de l'École doctorale 556 HSRT*. Université de Caen. Récupéré sur <http://www.unicaen.fr/recherche/mrsh/forge/6323>
- Lebreton, F. (2017). *Jean Corneloup, Sociologie des pratiques récréatives en nature. Du structuralisme à l'interactionnisme*. Consulté le 8 avril, 2020, sur Lectures [En ligne], Les comptes rendus, 2017: <http://journals.openedition.org/lectures/22567>
- Lenoir, F. (2017). *Le Miracle Spinoza : Une philosophie pour éclairer notre vie*. Paris: Decitre.
- Lesage, B. (2012). Axial'poursuite : axe et spatialité. Dans *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation* (pp. 147-170). Toulouse: Érès.
- Lesage, B. (2012). L'usage du corps et l'organisation du geste. Dans *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation* (pp. 171-206). Toulouse: Érès.
- Léséleuc, É. de (1997). Le plaisir du vide : Approche psychanalytique des relations aux vertiges chez les grimpeurs alpinistes. *Corps et culture*(2). Récupéré sur Plaisirs du corps, plaisirs du sport: <http://journals.openedition.org/corpsetculture/304>
- Léséleuc, É. de, & Raufast, L. (2004). Jeux de vertiges : l'escalade et l'alpinisme. *Revue française de psychanalyse*, 68(1), 233-246.
- Leveque, S. (2010). *Au pied du mur : perspectives développementales et psychopathologie d'une médiation thérapeutique par l'escalade auprès d'enfants souffrant d'autisme*, (Thèse de Doctorat ès Médecine). Université de Nantes.
- Lunet, C., & Pistre, F. (2015). L'escalade en psychiatrie adulte. *Vie sociale et traitements*, 2(126), 100-105.
- Malandain, L. (2019). Troubles psychotiques. *Cours de psychiatrie du cursus de formation en psychomotricité (deuxième année)*. Sorbonne Université.
- Mascrot, V. (2010). *L'aventure sous-marine. Histoire de la plongée sous-marine de loisir en scaphandre autonome en France (1865-1985)*, (Thèse de Doctorat ès Education, Psychologie, Information et communication). Université Claude Bernard, Lyon.
- Miller, L. J., & Lane, S. J. (2000). Toward a Consensus in Terminology in Sensory Integration Theory and Practice: Part 2: Sensory Integration Patterns of Function and Dysfunction. *American Occupational Therapy Association*, 23(2). Récupéré sur <http://sinetwork.org/wp-content/uploads/2017/06/TowardaConcensus-Part2.pdf>
- Paumel, C. (2020). Psychiatrie de l'adolescent. *Cours de psychiatrie de l'adolescent du cursus de formation en psychomotricité (troisième année)*. Sorbonne Université.
- Perier, A. (2016). Se risquer à deux. De l'escalade comme vecteur thérapeutique et comme médiation à l'adolescence. *La psychiatrie de l'enfant*, 59(1), 145-172.

- Piaget, J., & Inhelder, B. (1966). *La psychologie de l'enfant*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Pireyre, É. W. (2015). Chapitre 4 : La continuité d'existence. Dans *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept* (pp. 53-58). Paris: Dunod.
- Pistre, F. (2007). Escalade : "Aujourd'hui, je ne grimperai pas !". *Vie sociale et traitements*, 1(93), 30-41.
- Potel, C. (2012). *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*. Paris: Érès.
- Potel, C. (2015). *Du contre-transfert corporel*. Toulouse: Érès.
- Puren, M. (2017). *Intérêt de l'escalade thérapeutique sur le gain d'autonomie dans la prise en charge massokinésithérapique d'un enfant aux troubles atypiques*, (Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute). Institut de formation en masso-kinésithérapie, Brest.
- Quinidoz, D. (1994). *Le vertige : entre plaisir et angoisse*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Raoult, P. A. (2006). Clinique et psychopathologie du passage à l'acte. *Bulletin de psychologie*, 1(481), 7-16.
- Raveneau, G. (2006). Prises de risque sportives : représentations et constructions sociales. *Ethnologie française*, 36(4), 581-590.
- Robert-Ouvray, S. (2007). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité*. Paris: désclée de brouwer.
- Rochedy, R. (2015). Analyse d'un espace de décélération : l'exemple de l'ultra-trail. *STAPS*, 107(1), 91-109.
- Roussillon, R. (1991). Un paradoxe de la représentation : le médium malléable et la pulsion d'emprise. Dans R. Roussillon, *Paradoxe et situations limites de la psychanalyse* (pp. 130-146). Paris: Presses Universitaires de France.
- Roussillon, R. (2008). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Schut, P.-O., & Delalandre, M. (2015). L'échec d'une discipline : montée et déclin de la spéléologie en France (1888-1978). *Revue d'histoire des sciences*, tome 68(1), 81-107.
- Siau, V. (2007). Sports de nature et attractivité des territoires. *Pour*, 194(2), 13-20.
- Siffre, M. (2017, mai 5). Michel Siffre : « Sous terre sans repère, c'est le cerveau qui crée le temps ». (D. Dubuc, Intervieweur) *Le Monde*. Récupéré sur https://www.lemonde.fr/tant-de-temps/article/2017/05/05/michel-siffre-sous-terre-sans-repere-c-est-le-cerveau-qui-cree-le-temps_5122609_4598196.html
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis*. New York: Basics Books, Inc. Publishers.

- Szwec, G. (2014). *Les galériens volontaires : Essais sur les procédés autocalmants*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Valleur, M., & Véléla, D. (2002). Les addictions sans drogue(s). *Revue toxicobase*(6), 1-15.
- Valode, P. (2015). *Histoire des grands inventeurs français*. Paris: Nouveau Monde.
- Veesser, A. (2015). Chapitre 8. Contenance en psychomotricité: Accueillir l'autre pour l'aider à se révéler.... Dans É. W. Pireyre, *Cas pratiques en psychomotricité* (pp. 136-151). Paris: Dunod.
- Winnicott, D. W. (1949). L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 158-175). Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1951). Objets et phénomènes transitionnels. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 198-218). Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1952). L'angoisse liée à l'insécurité. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 232-237). Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1958). La capacité d'être seul. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 381-390). Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (s.d.). Explorations conceptuelles : la crainte de l'effondrement. Dans *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* (pp. 206-216). Paris: Gallimard.

Annexes

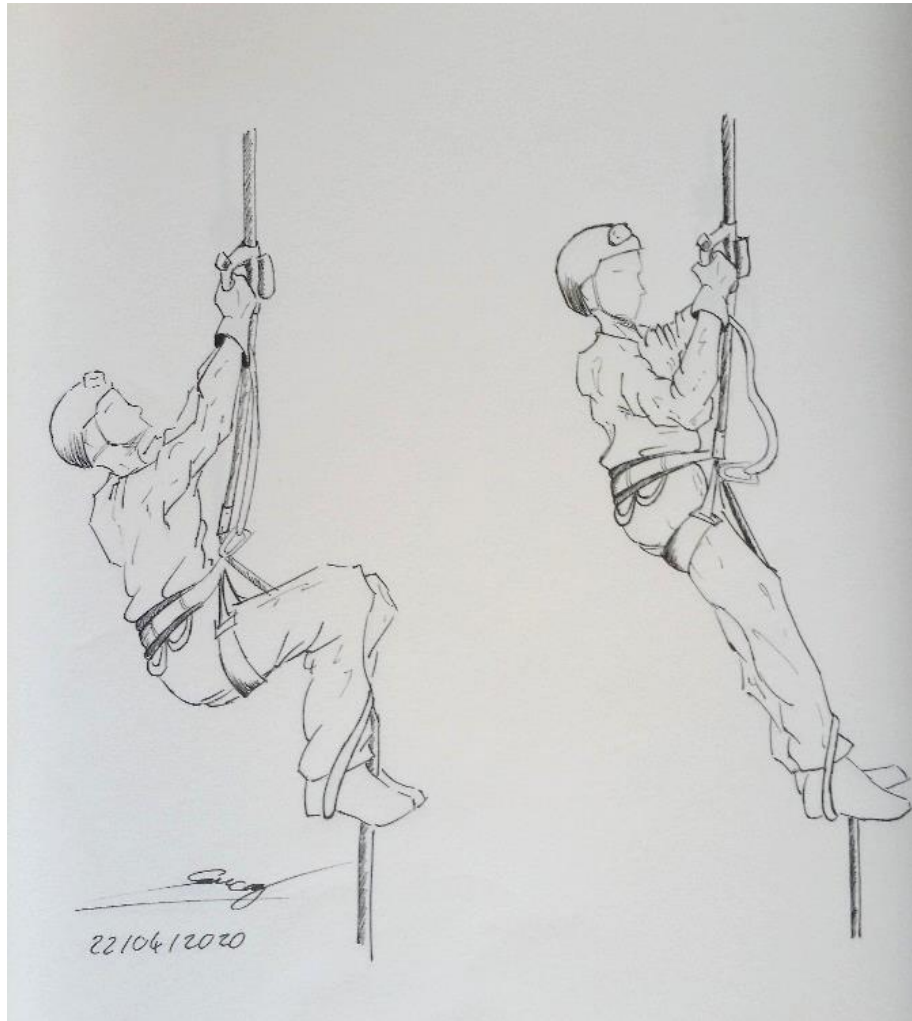


Figure 1 – Illustration du procédé de remontée sur corde employé notamment en spéléologie. Les pieds exercent une pression verticale sur la corde pédale dans laquelle un des pieds est inséré. Simultanément, les mains tirent sur la poignée fixée à la corde de rappel*. Le corps est ainsi hissé verticalement. Puis, les bras se tendent pour faire remonter la poignée le long de la corde tandis que les jambes se plient pour pouvoir de nouveau exercer une pression verticale sur la corde pédale. Le spéléologue, par cette alternance de mouvements, peut remonter un puits*.

Les schèmes moteurs de Bartenieff (d'après Lesage (2012)) sont sollicités : la coordination des membres inférieurs et supérieurs engage le schème homologue (cf. supra Chapitre I, Partie 2.2.4), le redressement axial est soutenu par le schème spinal (cf. supra Chapitre I, Partie 2.2.3), le changement régulier de main et de pied dominants dans l'action de tirer/pousser sollicite le schème homolatéral (cf. supra Chapitre I, Partie 2.2.5).

Dessin : Lucas Ranson.

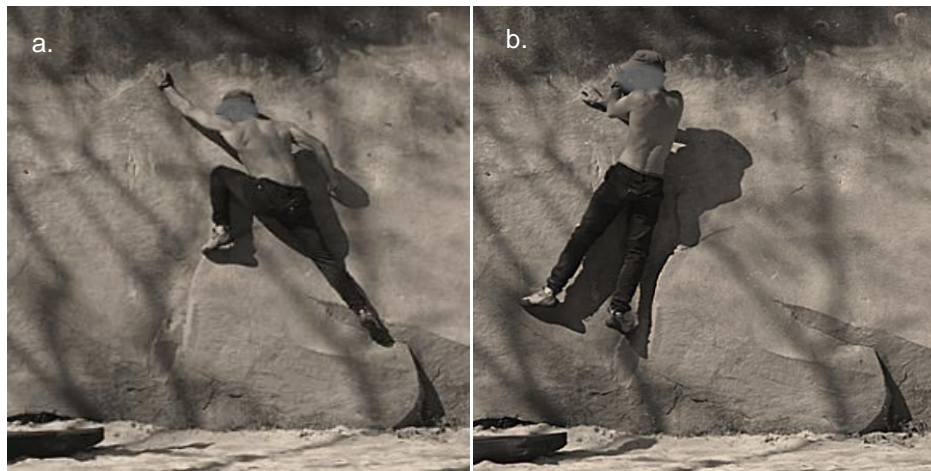


Figure 2 – Exemples de postures en escalade de bloc*. Les mouvements en escalade combinent l'ensemble des schèmes moteurs de Bartenieff (d'après Lesage (2012), cf. supra Chapitre I Partie 2.2) et offrent une créativité praxique.

a. La main gauche atteint et agrippe la prise, le poids du corps est transféré sur la jambe gauche qui exerce une pression sur la paroi pour libérer le mouvement de la jambe droite. Ce mouvement combine les doubles actions « atteindre-tirer » et « céder-pousser » du schème spinal (cf. supra Chapitre I, Partie 2.2.3).

b. Croisé de mains dans le plan médian sollicitant le schème homolatéral (cf. supra Chapitre I, Partie 2.2.5).

Photos : Jean Traver.

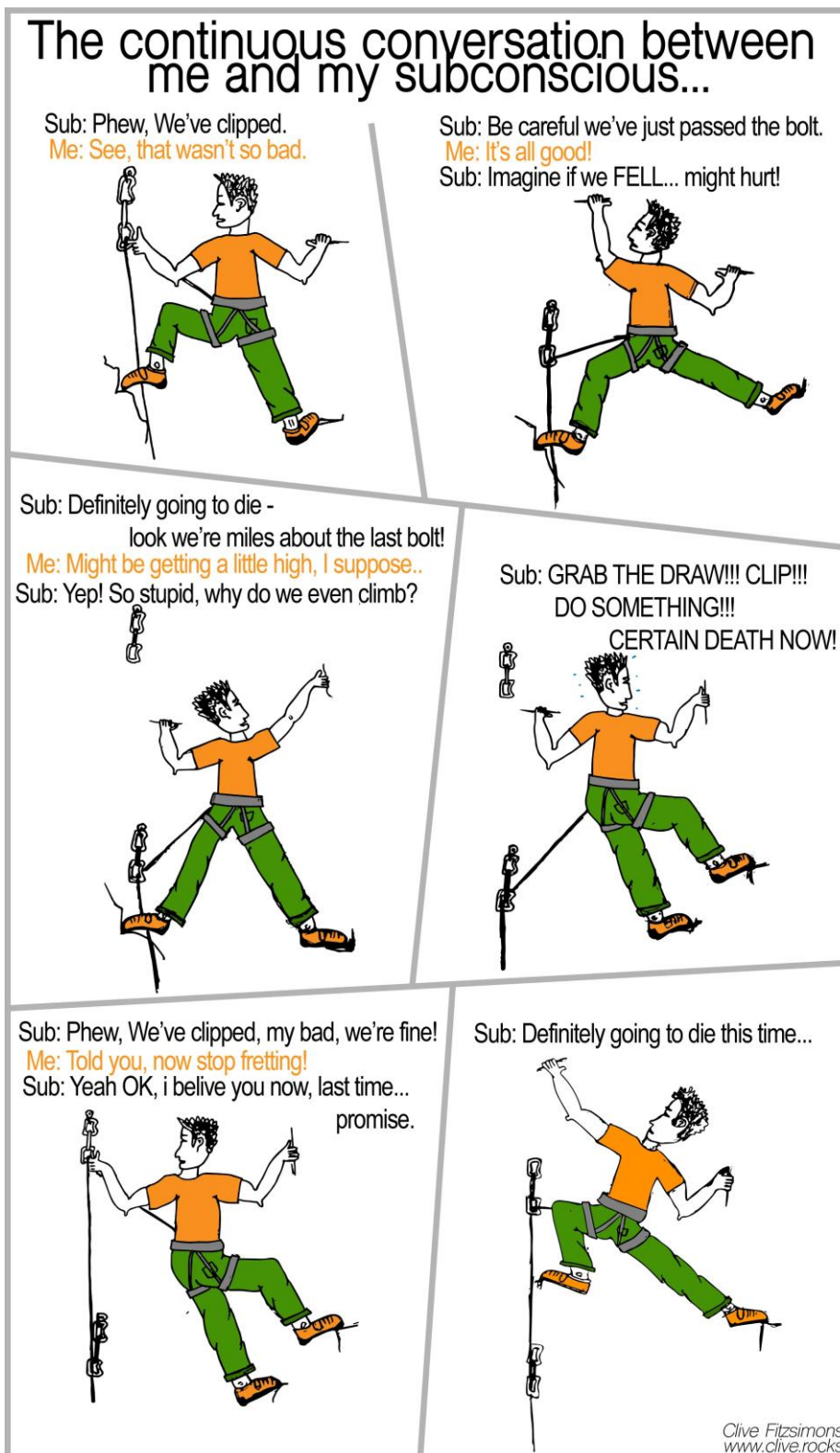


Figure 3 – Bande dessinée illustrant le discours interne du grimpeur que la situation d'escalade en tête* peut générer. Les éprouvés psychocorporels du personnage évoquent l'alternance des pôles tonico-émotionnels de la théorie de l'intégration motrice de Robert-Ouvray (2007) (cf. supra Chapitre I, Partie 4).
Source : Clive Fitzsimons, récupérée sur <http://clive.rocks/category/art/comics/page/2/>

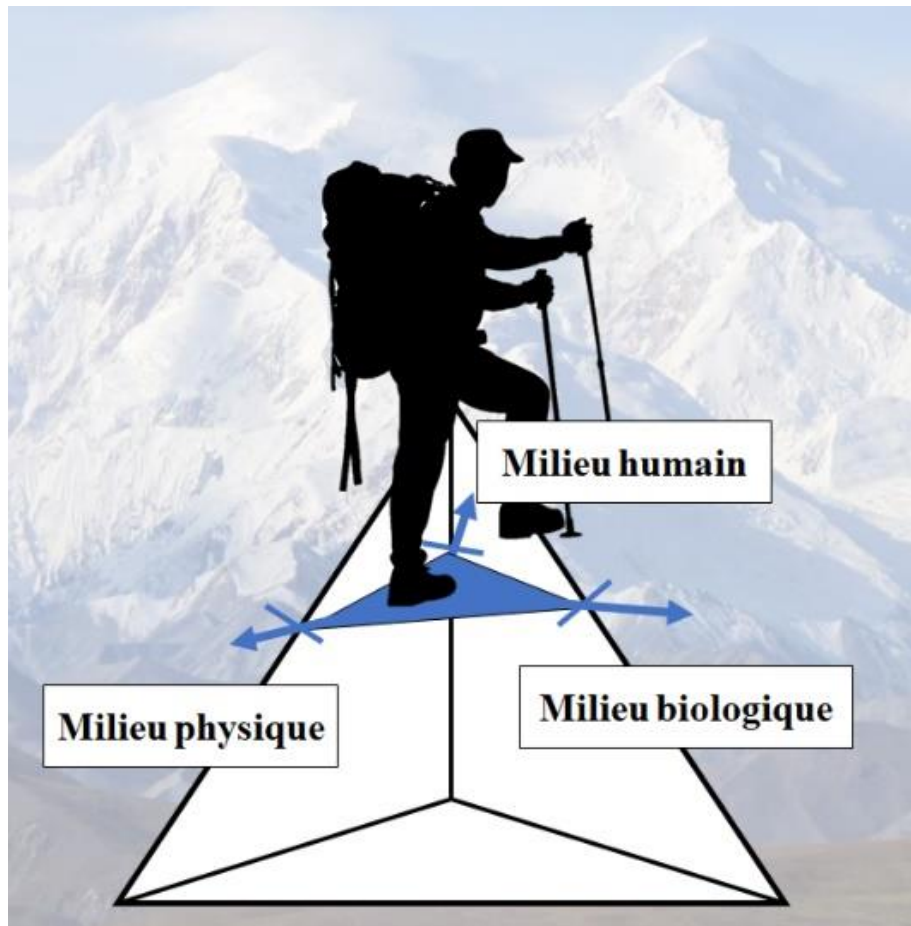


Figure 4 – Équilibre sensori-tonique du sportif de nature adapté de la théorie de Bullinger (2007). Le sujet peut consciemment et volontairement déplacer les curseurs (représentés par les traits bleus) des trois composantes de l'équilibre sensori-tonique (représentées par les trois axes de la pyramide) afin d'éprouver ses limites psychocorporelles.

Schéma : Maud Louviot.

Critères diagnostiques de la schizophrénie selon la CIM-10^{1,2}

Symptômes caractéristiques :

1. Écho de la pensée, pensées imposées ou vol de la pensée, divulgation de la pensée.
2. Idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, se rapportant clairement à des mouvements corporels ou à des pensées, actions ou sensations spécifiques, ou perception délirante.
3. Hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix commentent en permanence le comportement du patient, ou parlent de lui ou autres types d'hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix émanent d'une partie du corps.
4. Autres idées délirantes persistantes, culturellement inadéquates ou invraisemblables, concernant p. ex. l'identité religieuse ou politique ou des pouvoirs surhumains (être capable de contrôler le temps, ou de communiquer avec des extraterrestres...).
5. Hallucinations persistantes de n'importe quel type, accompagnées soit d'idées délirantes fugaces ou à peine ébauchées, sans contenu affectif évident, soit d'idées surinvesties persistantes, ou hallucinations survenant quotidiennement pendant des semaines ou des mois d'affilée.
6. Interruptions ou altération par interpolations du cours de la pensée. Rendant le discours incohérent et hors de propos, ou néologismes.
7. Comportement catatonique : excitation, posture catatonique, flexibilité cireuse, négativisme, mutisme ou stupeur.
8. Symptômes « négatifs » : apathie importante, pauvreté du discours, émoussement affectif ou réponses affectives inadéquates (ces symptômes sont généralement responsables d'un retrait social et d'une altération des performances sociales). Il doit être clairement établi que ces symptômes ne sont pas dus à une dépression ou à un traitement neuroleptique.
9. Modification globale, persistante et significative de certains aspects du comportement, se manifestant par une perte d'intérêt, un comportement sans but, une inactivité, une attitude centrée sur soi-même, et un retrait social.

¹ Dixième révision de la Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes.

² Récupéré le 01/05/20 sur : http://www.cercle-d-excellence-psy.org/informations/cim-et-dsm/cim-10/schizophrénie-f20/?fbclid=IwAR1xbWg_0Z7inQfg-jYVa3sZDyn4Y9oXcwQ46VIQyCZxYxbz8VVMo-Z00ms

Au moins un critère (des critères 1 à 4) ou au moins deux critères (des critères 5 à 8) doit être présent(s) pendant une durée supérieure ou égale à un mois, ou le critère 9 doit être présent pendant une durée supérieure ou égale à 12 mois (soit un an pour la schizophrénie simple), sans faire référence à une phase prodromique non psychotique.

Critères d'exclusion :

1. Symptômes dépressifs ou maniaques au premier plan, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles de l'humeur. Ou symptômes affectifs d'importance à peu près égale aux symptômes schizophréniques et se développant simultanément : trouble schizo-affectif
2. Atteinte cérébrale manifeste ou apparaissant au cours d'une épilepsie
3. Intoxication ou un sevrage à une substance psycho-active

Les sept sous-types³ :

1. *Paranoïde* : remplit les critères de schizophrénie, et la dimension distorsion de la réalité est au premier plan avec :
 - a. Tous types d'idées délirantes (persécution, référence, naissance de rang élevé, mission spéciale, modification corporelle, jalousie...).
 - b. Hallucinations acoustico-verbales ou hallucinations auditives simples.
 - c. Hallucinations autres (olfactives, gustatives, sexuelles, cénesthésiques, visuelles ...).
 - d. Il y a de plus peu ou pas de perturbation de l'affect, du langage ou de la volonté.
2. *Hébéphrénique*
3. *Catatonique*
4. *Indifférenciée* : remplit les critères de schizophrénie et deux définitions très différentes :
 - a. Soit ne répond à aucune des autres formes (résiduelle et dépression post-psychotique comprises en plus des formes paranoïdes, hébéphréniques et catatoniques).
 - b. Soit répond simultanément à deux des formes précédentes (paranoïdes, hébéphréniques et/ou catatoniques).
5. *Dépression post-schizophrénique*
6. *Résiduelle*
7. *Simple*

³ Ne sont détaillés ici que les sous-types qui concernent les vignettes cliniques de ce mémoire.

Lexique

Ce lexique est destiné à apporter une compréhension vulgarisée des termes techniques employés dans les sports de nature. Il est non exhaustif, il ne comprend que les termes utilisés illustrant le propos de ce mémoire qui sont indiqués par un astérisque (*).

Amarrage : équipement métallique ou objet constituant un point d'ancrage solide et sûr en spéléologie : un arbre à l'entrée d'un gouffre ou un piton vissé sur la paroi par exemple.

Assurance : technique de sécurité utilisée en alpinisme, en escalade, en spéléologie ou en canyonisme permettant de retenir une personne avec laquelle le premier de cordée ou l'assureur* est encordé* par contrôle du glissement de la corde le long d'un équipement mécanique.

Assureur : personne garant de l'assurance* des personnes encordés à lui.

Baudrier : équipement de sécurité composé de sangles enserrant le bassin et le haut des jambes permettant au sujet d'être attaché à une corde. Il est employé en escalade, en alpinisme, en spéléologie ou en canyonisme.

Becquet rocheux : saillie rocheuse dont la pointe est dirigée vers le haut et autour de laquelle une corde peut être fixée.

Boyau : galerie souterraine longue et étroite en spéléologie nécessitant une progression en *ramping**.

Cheminée : relief constitué par deux parois qui se font face, qui s'escalade par des mouvements d'opposition (un pied et une main sur chaque paroi ou en utilisant le dos).

Combinaison en néoprène : vêtement étanche notamment utilisé en sport d'eaux-vives et constitué en caoutchouc garantissant une bonne résistance thermique.

Contre-assurance : technique d'aide et de sécurité supplémentaire au maintien de la corde lors d'un assurance*.

Descendre en rappel : descendre à l'aide d'une corde et d'équipements appropriés une paroi verticale en escalade, en alpinisme, en spéléologie ou en canyonisme. La personne assure sa propre vitesse de descente.

Déviateur : amarrage* intermédiaire composé d'une cordelette et d'un mousqueton que le spéléologue pose lors d'une descente en rappel*. Il permet la déviation horizontale de la ligne de rappel pour éviter les frottements de la corde le long de la paroi.

Escalade de bloc : escalade sur des parois de faible hauteur (inférieures en général à cinq mètres) sans équipement.

Escalade en artificiel : escalade utilisant du matériel pour se suspendre ou pour monter facilitant la progression et permettant la mise en sécurité du grimpeur.

Escalade en grande voie : escalade sur une falaise de grande hauteur nécessitant plusieurs arrêts à des relais*.

Escalade en moulinette : grimper en étant encordé* à l'assureur* avec la corde déjà installée au relais* en haut de la paroi. Le grimpeur est assuré en permanence par l'assureur*, rendant son risque de chute quasi-nul.

Escalade en tête : grimper en étant encordé* à l'assureur* sans que la corde soit installée en haut de la paroi sur le relais*. Le grimpeur assure sa sécurité au fur et à mesure de sa progression en faisant passer la corde par les points d'assurage installés le long de la voie.

Être encordé : être accroché à une personne par l'intermédiaire une corde via un équipement spécifique garantissant la sécurité de la personne.

Laminoir : galerie souterraine large mais basse nécessitant une progression en *ramping**.

(se) Longer : s'attacher à un point ou ligne d'ancrage d'une paroi par l'intermédiaire une corde reliant le baudrier* et le point d'ancrage.

Parer : amortir la chute du grimpeur à un ou deux mètres de hauteur en l'accompagnant au sol par le bassin et le haut du dos.

Puits : descente verticale souterraine en spéléologie.

Ramping : technique de progression en spéléologie dans les passages étroits consistant à avancer accroupi, à quatre pattes ou en rampant.

Relais : ancrage très résistant constitué d'au moins deux points d'assurage reliés entre eux en escalade, en alpinisme, en spéléologie ou en canyionisme.

Spéléo-secours : commission spécialisée dans l'organisation des secours souterrains.

Traversée : escalade en se déplaçant latéralement le long d'une paroi.

Les sports de nature à travers le prisme de la psychomotricité :

Analyse psychomotrice et médiation thérapeutique

Résumé

Les sports de nature – comme l'escalade, l'alpinisme, la spéléologie ou le canyonisme – font appel à de nombreux enjeux psychomoteurs. À partir de témoignages des pratiquants de ces sports rencontrés par l'intermédiaire d'une association sportive, ce travail présente leurs motivations principales et propose une lecture psychomotrice des sports de nature. Le sujet enrichit son vécu psychocorporel et éprouve son équilibre sensori-moteur et tonico-affectif à travers sa pratique. Il étaye son unité psychocorporelle dans l'espace, le temps et la relation. La psychomotricité en tant que discipline de soin peut se saisir de ces composantes et utiliser ces activités sportives comme médiation thérapeutique auprès de sujets fragilisés. Ce travail le démontre dans le cadre de la médiation escalade au sein d'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) auprès de deux sujets souffrant de schizophrénie. Les fonctions de contenance et de symbolisation en psychomotricité sont abordées. Les sports de nature et la psychomotricité, des disciplines impliquant un engagement psychocorporel intense, contribuent à développer la conscience corporelle.

Mots-clés : psychomotricité, sports de nature, unité psychocorporelle, schizophrénie, médiation escalade.

Abstract

Outdoor sports like climbing, mountaineering, caving or canyoning rely on many psychomotor aspects. Based on accounts of sportspersons, met through a sports association, the present work introduces these people's main motivations and offers a psychomotor analysis of outdoor sports. The subject enhances his psycho-physical experiences and tests his sensorimotor balance through practising. He supports his psychobody unit in space, in time, and in relationships. Psychomotor therapy understood as health discipline can take advantage of these components and use such sports as therapeutic mediation among fragile subjects. The present work demonstrates this by focusing on two schizophrenic subjects I met when taking part in mediation by climbing in a therapeutic day-care centre (CATTP). It deals with the containment and symbolisation functions. Outdoor sports and psychomotor therapy, both entailing an intense psychobody commitment, provide a sense of body awareness.

Keywords : psychomotor therapy, outdoor sports, psychobody unit, schizophrenia, mediation by climbing.