

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N° 19

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Psychiatrie

Par

Stéphanie LEVEQUE

Née le 27 décembre 1978 à Limoges

Présentée et soutenue publiquement le 27 avril 2010

**AU PIED DU MUR : PERSPECTIVES DEVELOPPEMENTALES ET
PSYCHOPATHOLOGIQUES D'UNE MEDIATION
THERAPEUTIQUE PAR L'ESCALADE AUPRES D'ENFANTS
SOUFFRANT D'AUTISME.**

Président : Monsieur le Professeur Michel AMAR

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Olivier DURETETE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
PREMIERE PARTIE : L'ESCALADE, DES ORIGINES A LA MEDIATION THERAPEUTIQUE EN PEDOPSYCHIATRIE.	10
I. INSCRIPTION SOCIALE DE L'ESCALADE.	11
1. Histoire de l'escalade.	
a. Définitions.	
b. De l'alpinisme à l'escalade, quelques repères chronologiques	13
c. La révolution médiatique des années 80.	18
2. Evolution des représentations sociales de l'escalade.	21
a. A l'origine, l'alpinisme.	
b. De la scission entre l'alpinisme et l'escalade libre à la démocratisation de l'escalade.	26
• La révolution hédoniste.	
• Les modifications du rapport au risque.	28
• Les grimpeurs aujourd'hui.	31
3. Du sport au soin.	33
a. Grimper : un retour aux sources ?	
b. L'escalade comme pratique sportive pour les enfants autistes.	35
c. L'escalade en pédopsychiatrie.	38
II. L'ESCALADE COMME MEDIATION THERAPEUTIQUE : CADRE REFERENTIEL.	43
1. La médiation corporelle en pédopsychiatrie.	
a. La médiation thérapeutique.	
b. Supports théoriques : du corps au psychisme.	46
2. Autisme et médiation corporelle.	50
a. Troubles du schéma corporel dans l'autisme.	
• Aspects neurodéveloppementaux.	
• Aspects génétiques et psychodynamiques.	52
b. Objectifs de la médiation corporelle auprès des enfants autistes.	57

DEUXIEME PARTIE : PENSER UN ATELIER ESCALADE POUR LES ENFANTS AUTISTES.	60
I. PARTICULARITES MOTRICES, COGNITIVES, ET NEUROSENSORIELLES DE L'ESCALADE POUR L'ENFANT SOUFFRANT D'AUTISME.	61
1. Les éléments d'une nouvelle motricité.	62
a. Aspects biomécaniques : le placement.	
b. Les moyens de progression.	64
c. Le système d'assurance.	65
d. Mouvement et déplacement.	67
2. Apprendre à grimper.	69
a. Particularités sensorielles.	
b. Corps et mouvement.	75
• Régulation posturale et anticipation.	76
• Le corps et l'espace.	79
• Vécu d'unification du schéma corporel.	80
c. L'information de l'entourage : l'attention conjointe et le rôle de l'imitation.	82
II. REGRESSION ET ANGOISSES ARCHAÏQUES : LES ENJEUX AFFECTIFS ET RELATIONNELS DE L'ESCALADE	88
1. Tomber.	
2. Jouer.	94
3. Faire confiance.	99
a. Le portage.	
b. L'accordage.	101
c. L'attachement.	102
d. Séparation et lâchage.	103
III. VERS UN ATELIER THERAPEUTIQUE D'ESCALADE.	105
1. Le cadre de l'atelier.	
2. Le déroulement.	109
3. A quels enfants s'adresser ?	114
CONCLUSION.	116
BIBLIOGRAPHIE.	121

INTRODUCTION.

Autrefois pratique confidentielle utilisée comme simple entraînement à l'alpinisme, l'escalade a accédé, en quelques dizaines d'années, au statut de pratique de loisir sportif autonome depuis les années 1990. Parallèlement, l'intérêt du public pour l'activité s'est progressivement majoré : ainsi depuis la création de la Fédération Française de la Montagne et de l'Escalade en 1989, le nombre de pratiquants estimés par celle-ci est passé de 250 000 à 400 000 en 2000, et à près d'un million de pratiquants réguliers ou occasionnels de nos jours. Les dix dernières années ont donc vu croître l'engouement pour l'escalade, qui s'est progressivement accompagné d'une large diffusion dans le champ pédagogique et scolaire. Plus récemment l'escalade a rejoint le cortège des activités physiques et sportives proposées aux enfants au titre du sport adapté au handicap, notamment auprès de population d'enfants porteurs de troubles envahissants du développement.

S'appuyant sur ces constatations, et avec le développement des médiations corporelles, plusieurs équipes de soins en pédopsychiatrie ont proposées d'utiliser l'escalade comme non plus au seul titre de loisir sportif, mais dans une optique thérapeutique. Dans la littérature, nous avons retrouvé mention de l'utilisation de l'escalade comme atelier thérapeutique à l'hôpital de jour pédopsychiatrique soins-études de la clinique Dupré à Sceaux, à l'institut médico-éducatif Notre-Dame à Paris, aux hôpitaux de jour pédopsychiatriques de Valvert à Marseille, d'Aix en Provence, en région parisienne et à Lille [12, 19, 30, 64, 80, 88].

Ainsi que les auteurs de ces articles, pédopsychiatres, psychomotriciens, chercheurs en sciences techniques et sportives, nous pensons que l'escalade peut être un outil thérapeutique adapté à la problématique notamment corporelle des enfants présentant un trouble du spectre autistique. L'objet du travail que nous présentons est d'indiquer en quelle façon l'escalade peut-être pensée comme outil, au cœur d'une relation soignante, en tant que médiation thérapeutique. Nous illustrerons notre propos de vignettes cliniques, tirées d'observations réalisées auprès d'enfants de la région. Nous nous appuierons notamment sur celles des enfants de la section sport adapté du club d'escalade de Blain, d'enfants pris en charge à l'hôpital de jour

de Bellefontaine à Saint-Nazaire, à la mini-unité soins étude (MUSE) du service d'hospitalisation intersectoriel de pédopsychiatrie (SHIP) à Nantes, et sur les expériences de l'atelier escalade du centre médico-psychologique pédopsychiatrique de Haute-Roche à Nantes.

Dans une première partie nous commencerons par resituer le contexte et le cadre référentiel théorique de notre propos. Prenant ses racines dans l'alpinisme européen, l'escalade en tant que pratique sportive et de loisir ne s'est réellement démocratisée que depuis les années 1980, en s'affranchissant de l'alpinisme, véhiculant des valeurs et un imaginaire qui sont aussi ceux des sociétés postmodernes néolibérales. En particulier nous développerons le rapport au risque et à l'engagement qu'entretiennent les grimpeurs. Le rapport au risque, la recherche de maîtrise, de limites, font partie intégrante de l'activité, et alimentent le moteur principal du grimpeur : le plaisir. L'escalade est aujourd'hui une pratique valorisée culturellement, mais outre son inscription sociale très actuelle, nous verrons également que les modifications du matériel et le développement des structures artificielles expliquent aussi comment l'escalade, en prenant sa place dans la cité, s'est démocratisée en permettant à chacun de pratiquer une activité somme toute naturelle : grimper. Développement de la maîtrise de soi, du sens des responsabilités, les possibilités pédagogiques de l'escalade associée à l'attrait spontané des enfants pour l'activité ont ainsi permis à l'escalade de gagner sa place dans les cours d'éducation physique à l'école, puis du champ pédagogique au champ médico-social et sanitaire. Il suffit d'observer des enfants dans une cours d'école, pour constater la place importante des conduites d'escalade, aux arbres, aux parois quelles qu'elles soient, en équilibre sur les chaises, les tables : conduites d'exploration du monde, d'exploration de son rapport au monde, de son corps dans l'espace, avec bien sûr toute sa dimension ludique.

Nous resituerons alors la place des médiations thérapeutiques au sein de l'institution pédopsychiatrique en en précisant le cadre théorique. L'escalade s'inscrit dans le champ des médiations corporelles, qui ont principalement été théorisées au travers du courant de la psychomotricité, s'appuyant sur l'ancrage tonique et

sensori-moteur de la psyché. L'idée d'une médiation corporelle va être de favoriser, au travers du vécu corporel de l'enfant, l'introjection des émotions grâce à la médiation d'un tiers : le rôle des soignants va être de repérer, de donner sens au vécu émotionnel de chaque enfant, en le nommant avec lui d'après ce qu'il donne à voir de son expérience corporelle. Le corps de l'enfant est ainsi utilisé comme outil de communication, et comme support de croissance psychique et cognitive.

Dans l'autisme, l'atteinte psychomotrice est précoce, entravant le développement d'une représentation normale du schéma corporel, et ce dès le stade des interactions précoces, quelle que soit la raison des troubles du dialogue tonico-émotionnel (lésionnelle, fonctionnelle, environnementale...). Dans les formes les plus sévères, la représentation du corps est archaïque, élémentaire, morcelée. L'architecture même du corps, ses capacités, ses limites, ses fonctions et perceptions, n'ont pas pu être intégrés de manière fiable et permanente, et l'enfant est envahi par sa sensorialité. Quand bien même le sentiment de contenance corporelle se développe, les troubles de représentation et de vécu du schéma corporel persistent, en lien avec des altérations cognitives et neurosensorielles, et pourvoyeurs d'angoisses corporelles massives que nous détaillerons.

Aussi, les troubles de l'accès au symbolisme et les troubles du langage font que la communication se fait essentiellement sur un mode corporel, l'enfant vivant dans son corps les mouvements et les états de son psychisme.

La prise en charge des troubles psychomoteurs en lien avec le processus autistique s'appuie sur un travail portant sur les contenants corporels et les analogies corps-espace, dans une expérience partagée par l'enfant et le soignant. La médiation corporelle s'appuie sur les possibilités maturationnelles et développementales des enfants, sur leurs capacités cognitives et affectives.

Sport individuel mais pour lequel l'Autre est indispensable, voire vital, sport du déplacement vertical, de la recherche de maîtrise et de limites, de la modification des repères spatiaux et corporels, l'escalade, de part ses spécificités motrices et de son impact affectif, nous apparaît être une pratique singulière. Dans une perspective intégrative, nous nous efforcerons dans une deuxième partie de repérer les spécificités corporelles et affectives, mises en jeu par la pratique de l'escalade, pour

les enfants souffrant d'autisme, au travers des différents modèles théoriques psychopathologiques. Ces réflexions nous permettront alors de proposer un modèle d'atelier escalade, et de réfléchir aux indications et contre-indications éventuelles d'une telle médiation.

L'accès à la verticalité n'induit pas seulement une nouvelle façon de se déplacer : elle modifie les représentations spatiales du grimpeur, ouvre l'accès à une tridimensionnalité qui structure l'espace de façon inhabituelle. Ce nouvel espace de mobilité induit une modification du vécu corporel, et une nouvelle utilisation du milieu, suivant les traces représentatives laissées par les apprentissages précoces d'investissement du corps, du mouvement et de l'espace.

Le principal problème en escalade consiste ainsi à intégrer les différents courants informationnels permettant de construire une nouvelle image du corps en mouvement dans une dimension verticale : il s'agit donc d'un problème adaptatif, qui met l'enfant en situation d'apprentissage. En pleine phase d'expérimentation psychomotrice et d'appropriation de son corps qui grandit, l'enfant apprend l'escalade et intègre ses exigences au travers des particularités motrices, sensorielles, cognitives induites par l'activité, et de ses enjeux affectifs et relationnels. La double valence, motrice et affective, est en effet au cœur de la pratique de l'escalade. L'escalade engendre pour le pratiquant des émotions intenses, dominées par la peur et le plaisir. Au travers de la pratique de l'escalade, vont être réactivées des expériences affectives régressives, en lien avec le développement psychoaffectif de l'enfant. Le jeu de l'escalade est ainsi tout entier construit autour du risque de chute, qui renvoie à chaque mouvement l'enfant à son vécu propre d'expériences infantiles d'angoisses de lâchage et de perte des appuis.

Enfin dans sa relation relationnelle au travers du binôme assureur-grimpeur, support qui autorise la pratique, basée sur la confiance en l'Autre, qui assure et rassure, nous verrons comment l'escalade évoque les interactions précoces mère-bébé, dans leur dimension de portage, d'accordage, d'attachement et de séparation.

L'objectif est de permettre à l'enfant souffrant d'autisme, par l'intermédiaire d'une activité qui lui procure du plaisir, de travailler sur de nouvelles modalités motrices et cognitives pour lui permettre d'accéder à de nouvelles représentations du

schéma corporel et de son organisation temporospatiale, également de travailler autour du lien intersubjectif et l'amélioration de la communication à autrui, enfin d'expérimenter la sensation de lâchage, de la chute, dans un mouvement de régression contenue.

A partir de ces différents perspectives, chaque institution va définir le cadre propre à l'activité qu'elle désire mettre en place, en fixer les conditions de fonctionnements, le contenu, et les indications. A partir de nos observations et d'une analyse de la littérature traitant le sujet nous avons pu repérer des invariants, et une certaine cohérence entre les groupes. Nous proposerons donc pour finir un modèle d'atelier thérapeutique d'escalade tel qu'il pourrait être mis en place dans les institutions soignantes de pédopsychiatrie.

PREMIERE PARTIE :
L'ESCALADE : DES ORIGINES A LA MEDIATION
THERAPEUTIQUE EN PEDOPSYCHIATRIE.

*« Moi : « Pourquoi veux-tu au juste aller de l'autre côté
sur la planche ? »*

*Hans : « Parce que je n'ai jamais été encore de l'autre côté et
c'est que j'aurais tellement voulu y être et sais-tu pourquoi*

j'ai voulu y aller ? Parce que j'aurais voulu charger et embarquer des paquets, et là-bas sur les paquets j'aurais voulu grimper un peu partout. C'est que j'aime tant grimper un peu partout. Sais-tu de qui j'ai appris à grimper un peu partout ? Des petits garçons ont grimpé sur les paquets et j'ai vu ça aussi et je veux faire ça aussi » »
Freud « *Le Petit Hans* », p143 [27].

I. INSCRIPTION SOCIALE DE L'ESCALADE.

1. Histoire de l'escalade.

a. Définitions.

Le mot escalade trouve son origine étymologique dans les langues méridionales, dont il est issu du mot *escalada*, de *escala*, « échelle ». Le verbe *escalar* « escalader » dont *escalada* est dérivé, est retrouvé dans des récits du XIII^e siècle décrivant les croisades albigeoises contre le catharisme, en Languedoc notamment [97]. Les cathares dans cette région ont construit de nombreuses citadelles dont on peut encore voir les vestiges, préférentiellement sur les hauteurs rocheuses escarpées, ce qui permettait stratégiquement d'une part d'assurer un point de vue optimal sur la région à surveiller, et d'autre part de maintenir une position défensive extrêmement solide, leur assaut nécessitant de vaincre en premier lieu l'obstacle du terrain pour les atteindre.

Ainsi l'emploi du terme escalade trouve son origine dans l'histoire militaire, et se définit dès 1456 comme l'« assaut d'une place forte au moyen d'échelles ». De nos jours en témoigne la fête genevoise annuelle de l'Escalade, en commémoration de la nuit du 11 au 12 Décembre 1602, durant laquelle le duc Charles-Emmanuel de Savoie tenta en vain de reprendre Genève en envoyant son armée escalader les murailles de la ville [93].

Par extension le terme escalade désigne dès 1707 l'« action de pénétrer indûment dans un lieu clos en passant par la fenêtre, le toit, en franchissant un mur, etc. ».

Ce n'est qu'aux alentours de 1816 qu'il commence à être utilisé dans l'acceptation sémantique d'une pratique sportive ou de loisir, et il désigne alors une pratique d'alpinisme. Il faudra attendre la fin du XIXe siècle pour que son emploi se généralise.

La désignation de l'escalade en tant que pratique identifiée est en fait un phénomène récent. L'utilisation du terme s'inscrit dans la pratique alpine, et l'histoire de l'escalade prend racine dans celle de l'alpinisme. Mais, si initialement les alpinistes pratiquaient l'escalade dans un but d'entraînement, aujourd'hui les grimpeurs ne sont pas nécessairement des alpinistes, et l'escalade s'est affranchie des massifs montagneux.

Historiquement la scission entre l'alpinisme et l'escalade se produit au tournant des années 1970-80 avec l'avènement d'une génération de grimpeurs souvent médiatisés : c'est à partir de là que l'escalade devient une pratique à part entière avec ses règles, son équipement, sa culture et ses mythes.

L'escalade est un loisir sportif qui nécessite l'emploi d'un matériel particulier, et qui comme toute activité a son propre lexique terminologique. Nous allons dans les pages suivantes détailler les spécificités de l'escalade, mais nous préciserons ici quelques notions.

L'escalade se pratique en salle sur structure artificielle ou en extérieure, et consiste à grimper sur des parois (falaises ou murs). L'escalade vise à atteindre le sommet, en suivant une « voie », qui correspond au cheminement entre chaque prise pouvant être saisie ou utilisée par les mains ou les pieds du grimpeur pour progresser. Elle est tracée par la pose de pitons en métal, les spits, plantés dans le rocher, permettant de s'y accrocher par l'intermédiaire de dégaines dans lesquelles la corde d'assurage est passée. Les spits sont posés par les « ouvriers ».

La pratique du « bloc », qui est une forme d'escalade, consiste à grimper sur des formations rocheuses ou artificielles de faible hauteur, nécessitant un assurage minimal, par simple parade, sans encordage.

Les voies sont cotées par niveaux de difficulté, indiqués à leur départ, permettant au grimpeur de choisir sa voie en fonction de ses capacités. Ce sont les ouvriers, ainsi que les premiers grimpeurs à aller dans la voie, qui fixent la cotation.

En France le système de cotation se fait à l'aide de chiffres, correspondant à des « degrés » : le 1^{er} degré correspond au déplacement horizontal. Plus la verticalité augmente, plus le degré s'élève. Le 3^{ème} degré correspond à un sentier de randonnée en montagne où il est nécessaire de s'aider des mains pour certains passages. On parle d'escalade à partir du moment où l'on ne peut pas progresser sans les membres supérieurs, ce qui correspond au 4^{ème} degré environ. Actuellement le plus haut degré atteint est le 9^{ème} degré. Cependant le degré de cotation dépend non seulement de l'inclinaison de la paroi mais aussi de la difficulté technique posée par son passage.

Certaines « dalles », c'est-à-dire passages d'inclinaison inférieure à 90° par rapport à l'horizontale, sont cotées dans le 6^{ème} degré, alors que certains « toits », c'est-à-dire passage en surplomb pratiquement horizontaux, héritent la même cotation.

Chaque degré est subdivisé en trois, à l'aide de lettres (a, b ou c).

La difficulté de la voie va aussi bien sûr dépendre de la taille des grimpeurs, et de leur plus ou moins grande capacité à atteindre les prises espacées : certaines voies sont ainsi doublement cotées, car plus difficiles pour les plus petits. Les blocs sont également cotés, un niveau bloc correspondant au niveau supérieur en voie classique (par exemple un 5c bloc correspond à un 6a paroi).

Cette cotation donne une estimation en tenant compte d'un grand nombre de critères techniques et physiques, mais reste soumise à l'appréciation subjective des grimpeurs.

Pour avoir un ordre d'idée, les enfants grimpent dans le 3, le 4 voire le 5^{ème} degré. Le 5^{ème} degré est rapidement accessible par la plupart des adultes, le 6^{ème} degré également avec un peu d'entraînement. Le niveau d'exigence physique et technique augmentent ensuite notablement entre chaque étape. Les grimpeurs de très bon niveau grimpent schématiquement dans le 7^{ème} degré. Les plus grands grimpeurs actuels grimpent dans le 9^{ème} degré, ce qui reste exceptionnel.

b. De l'alpinisme à l'escalade : quelques repères chronologiques.

L'alpinisme concerne la haute montagne, par opposition à la moyenne montagne, c'est-à-dire un domaine de la montagne où les conditions naturelles font qu'il est difficile de progresser, ou même de survivre, sans un équipement et une préparation particulière. Généralement la haute montagne est liée à la haute altitude : basses températures, vent, présence de glaciers, de faces rocheuses.

La première ascension d'alpinisme officiellement répertoriée en Europe date du 26 juin 1492, quand l'équipe menée par Antoine de Ville réussit l'ascension du Mont-Aiguille dans le massif du Vercors (2.087 m), à grand renfort d'échelles, de cordes et de grappins, signant ainsi l'acte de naissance de l'alpinisme. Il faudra attendre presque quatre siècles pour que la seconde ascension soit effectuée, en 1834, par Jean Liotard, un berger du village voisin.

Les hommes n'ont certainement pas attendu le XVe siècle pour tenter d'atteindre les sommets, mais la dangerosité de telles tentatives sans matériel adéquat limitait de fait leur reproduction, et elles restaient le domaine d'un nombre très restreint de montagnards, en particulier les chasseurs de chamois. Ce sont eux qui accompagnent les topographes militaires près des sommets.

Hors du continent européen, on trouve notion d'autres ascensions beaucoup plus anciennes dans l'histoire, notamment en Asie : ainsi la première ascension officielle du Fuji-San (3776 mètres) est datée de 663, par un moine bouddhiste anonyme, alors que la montagne est encore en phase d'activité volcanique. Mais si les hauts massifs orientaux, notamment himalayens, abritent également des communautés montagnardes, la dimension spirituelle y est beaucoup plus présente qu'en Europe : la montagne est un lieu de pèlerinage, et les hauts sommets inaccessibles le domaine réservé des dieux.

Ainsi c'est en Europe que la haute montagne donne naissance à une réelle pratique de loisir sportif, qui prend alors le nom du massif dans laquelle elle se développe, les Alpes.

Dans le cadre de recherches et d'explorations en altitude, la fin du XVIIIe siècle est marquée par le développement de l'alpinisme dit scientifique dans les Alpes. Dans ce contexte d'émulation scientifique et intellectuelle, plusieurs expéditions sont

montées. L'ascension la plus symbolique reste celle du Mont-Blanc (4.810m), vaincu le 7 août 1786 par Gabriel-Michel Paccard et Jacques Balmat.

Par la suite l'intérêt scientifique laisse la place au seul esprit de conquête, et c'est ainsi qu'au cours du XIXe siècle la plupart des grands sommets alpins sont vaincus: le Cervin (4.478 m) en 1865, la Meije (3.974 m) en 1877, le Petit Dru (3.733 m) en 1879....

A la même période, les alpinistes les plus motivés estiment que pour effectuer des ascensions encore plus délicates, il est nécessaire de s'entraîner toute l'année, donc en plaine, afin de mieux se préparer à leurs saisons en montagne. Les années 1870 voient la création des premiers clubs et sociétés d'alpinisme (dont le Club Alpin Français), dont les membres organisent des sorties dominicales permettant de parcourir les blocs de Fontainebleau en France, les falaises de Lake District en Angleterre, les tours de grès de Dresde en Allemagne de l'Est et les parois des Dolomites en Italie.

En 1880 et 81, Albert Frederick Mummery s'illustre par des escalades purement rocheuses dans le massif du Mont-Blanc. Owen Glyne Jones, alpiniste anglais, désigne alors les adeptes de cette escalade rocheuse comme des « *cragmen* », c'est à dire des falaisistes qui ne sont plus uniquement *mountaineer* ou *alpinist*.

L'escalade rocheuse se développe en France, à Fontainebleau, mais aussi probablement en chaque région où se trouvent des affleurements rocheux. Tel est le cas par exemple des calanques de Marseille où on peut repérer le terme *grimpeur de rocher* distinct de celui d'alpiniste dès le début du XXe siècle. L'escalade est née.

Chaque groupe de grimpeurs édicte rapidement ses propres règles éthiques, souvent très strictes, pour régir cette nouvelle activité, et si certains de ces codes sont toujours d'actualité, d'autres laissent aujourd'hui totalement rêveur vu le matériel employé à l'époque: des cordes en chanvre nouées autour du ventre, des pitons pesant un kilo, devant être placés en se tenant uniquement d'une main aux prises du rocher et avec un espacement minimum de 4 mètres, soit des chutes pouvant atteindre les 10 mètres...

Avant la première guerre mondiale, les chapelles éthiques s'uniformisent, en deux mouvements principaux: c'est le début du conflit entre les adeptes de l'escalade « libre », prônant l'utilisation du moins de matériel possible et ceux de l'escalade « artificielle », usant de tous les moyens possibles pour progresser sur la paroi. Certains grimpeurs de cette époque, tenants du libre ou de l'artificiel, passent, quant à eux, à une réelle postérité : Paul Preuss, Hans Dülfer, Otto Herzog et Tita Piaz sont encore aujourd'hui considérés comme les pionniers de l'escalade et font figure de légende. Ils ont généralisés l'emploi des mousquetons, empruntés aux pompiers munichois, inventés de nombreuses techniques d'escalade, d'assurage et d'encordage encore utilisées de nos jours, et ouverts de très nombreuses voies (Preuss à lui seul en a ouvert plus de 1200).

En 1914, tous les jeunes grimpeurs de l'époque se retrouvent engagés dans le premier conflit mondial et nombre d'entre eux, combattant souvent face à face, n'en reviendront pas. Les années suivant la guerre, l'évolution de l'escalade en Europe est quasiment au point mort. De l'autre côté de l'Atlantique, il faut attendre 1927 pour que les émigrants allemands amènent dans leurs bagages les premiers pitons et mousquetons et ouvrent la première voie américaine sur la face Est du Longs Peak (4.346 m/Rockies Moutains - Colorado).

Dans les années 30, l'escalade reprend en Europe un nouvel essor grâce aux innovations techniques avec la généralisation d'emploi d'un matériel spécifique (pitons et mousquetons), puis avec l'apparition des premiers chaussons d'escalade à gomme adhérente inventés par le français Pierre Allain (1904-2000) en 1935. Grimpeur et inventeur prolifique, la même année il usine dans son atelier le premier mousqueton à vis.

L'entre-deux guerres voit également l'apparition des premières cordées exclusivement féminines, notamment en France. Micheline Morin réalise, en 1934, la première de la face nord de l'aiguille d'Argentière.

En 1938 Ricardo Cassin parvient à bout de l'invaincue face nord des Grandes Jorasses et la même année le fatidique sixième degré est franchi.

1939 marque un tournant dans l'escalade américaine, puis à l'avenir, pour le reste du monde. Les grimpeurs américains utilisent pour la première fois des

« bolts » pour venir à bout du Shiprock, une falaise isolée en plein coeur du désert Navajo. Les « bolts » sont des pitons à expansion qui nécessitent un forage pour se planter dans des zones compactes où il est impossible de poser un piton classique qui nécessite toujours une fissure. Les américains ont ainsi l'outil idéal pour venir à bout de toutes les grandes faces granitiques du Yosemite.

Le conflit de la seconde guerre mondiale met encore une fois entre parenthèses le développement de l'escalade et il faut attendre les années 50 pour que l'activité se redynamise.

En Europe, deux terrains de jeu vont alors être particulièrement mis en avant: les Dolomites italiennes, certes parcourues depuis des lustres mais dont les faces les plus raides vont désormais pouvoir être attaquées grâce aux évolutions du matériel, et les Calanques de Marseille qui deviennent rapidement un site incontournable pour tous les alpinistes et grimpeurs de l'époque.

Aux Etats-Unis, les grimpeurs américains dans les années 60 poursuivent la conquête des grandes faces du Yosemite, tout en abandonnant progressivement l'escalade artificielle, et l'escalade libre de haut niveau se développe de manière exponentielle.

En 1957, le premier 6 des Etats-Unis est ouvert. En 1958, après 18 mois de préparation «le Nose», 6a, est ouvert sur la face de El Capitan (2.307 m) en 47 jours. (Cinquante ans plus tard, en 2008, Hans Florine et Yuji Hirayama réussissent l'ascension en 2h43, ce qui donne un aperçu de l'évolution de la pratique).

Jusqu'à la fin des années 70, les grimpeurs américains, forts de leurs toutes nouvelles techniques mises au point dans leurs grands murs, rattrapent vite leur retard et règnent sans partage sur le monde de l'escalade alors qu'en Europe la gence alpine se tourne vers les ascensions en montagne, hivernales, solitaires et vers le nouveau défi des enchaînements de plusieurs faces. Ce sont les américains qui ouvrent dans les Alpes la plupart des voies d'escalade de l'époque.

Progressivement, en Allemagne, en Italie, en Angleterre, le jeu de l'escalade gagne du terrain sur l'alpinisme. Dans le même temps le style et l'éthique d'escalade deviennent prioritaires par rapport au seul souci d'efficacité. Partisans du « libre » et

du « traditionnel » s'opposent alors de nouveau sur des questions fondamentales : tandis que certains s'efforcent de nettoyer les falaises de toute quincaillerie, les grimpeurs traditionalistes et les alpinistes ne comprennent pas ce qu'ils considèrent comme une recherche gratuite du danger. Pour eux, qui ont connu des époques tellement plus difficiles où l'on grimpeait en knickers et avec des cordes en chanvre, cette obsession de dépouiller l'alpinisme d'une technologie enfin performante, sort de l'entendement.

Les nouveaux grimpeurs reprochent à l'alpinisme classique de s'être laissé enfermer dans un carcan trop rigide avec l'organisation d'expéditions toujours plus chères, toujours plus lourdes, toujours plus ambitieuses.

Le concept d'escalade libre fait ainsi petit à petit son chemin dans toute l'Europe. Les américains, comme les britanniques, deviennent en même temps d'ardents défenseurs de la protection des sites naturels.

Puis la généralisation de l'usage de nouveaux pitons à expansion, les «spits», plus sûrs et causant moins de dégâts au rocher, vont permettre de faire très rapidement évoluer le niveau, et d'homogénéiser les pratiques : l'escalade libre remporte tous les suffrages, la pose des spits permet de tracer des voies sécurisées, le matériel ne sert que pour l'assurage.

c. La révolution médiatique des années 80.

La plus grande révolution de l'escalade moderne passe toutefois par l'intermédiaire du petit écran un dimanche soir de 1982 : au journal de 20h00, quelques minutes de reportage présentent un incroyable funambule blond évoluant sur des falaises quasiment lisses, sans corde et franchissant un surplomb en se pendant tranquillement d'une seule main. «La vie au bout des doigts» est diffusée dans son intégralité le samedi suivant dans l'émission des «Carnets de l'aventure». La rencontre du réalisateur Jean- Paul Janssen et du grimpeur Patrick Edlinger marque alors un tournant décisif de l'évolution de l'activité.

Le film est nommé aux Oscars, et avec lui le message véhiculé par Patrick Edlinger est vulgarisé : le retour à la nature, le respect de l'environnement, le goût du risque. D'autres films, d'autres reportages suivent, qui popularisent une pratique de

l'escalade libre pourtant extrême et élitiste : l'escalade en solo, sans assurage, avec une mise en danger maximale. Malgré cette vision biaisée, la médiatisation d'Edlinger participe certainement à l'engouement pour l'escalade dans les années 80.

Elle aussi très médiatisée, Catherine Destivelle est considérée comme la meilleure grimpeuse mondiale entre 1985 et 1988. En 1986 elle réalise le premier 8a féminin. Alpiniste émérite, elle est encore à ce jour la seule femme à avoir vaincu en solitaire les Grandes Jorasses, le Cervin et la face nord de l'Eiger.

Dans le même temps que se joue la surexposition médiatique de grimpeurs d'exceptions, permettant la diffusion dans la population d'une représentation de l'escalade en tant que pratique différente de l'alpinisme, le matériel devient de plus en plus fiable, permettant d'accéder à des voies de plus en plus difficiles physiquement, en toute sécurité.

A cette époque apparaissent également les premières structures artificielles d'escalade (SAE), qui s'imposent en ville, déplaçant ainsi vers la cité et les plaines un sport auparavant exclusivement naturel et montagnard [94].

Les cotations s'enflamment, les grimpeurs deviennent des athlètes professionnels pouvant vivre de leur passion grâce aux sponsors, et, en 1983, la première compétition officielle internationale d'escalade est organisée à Yalta. En 1989 est créée la Fédération Française de la Montagne et de l'Escalade (F.F.M.E.).

Les années 90 sont celles du passage de l'émancipation à la démocratisation de l'escalade. Elles voient aussi naître les premières salles privées. Cette fois c'est paradoxalement le plat pays de Belgique qui montre la voie. En France il faut attendre 1995 à Grenoble et à Aix-en-Provence pour voir les premières ouvertures.

Aujourd'hui on dénombre plus d'une cinquantaine de salles d'escalade éparpillées dans toute la France. Pour certaines elles permettent de pratiquer l'escalade dans des régions dépourvues de tout site naturel alentour, comme ce fut le cas en Belgique par exemple. Avec l'émergence de ces salles privées est donc née une nouvelle façon de pratiquer l'escalade, où l'on vient quand on veut pour s'entraîner, faire du bloc, grimper comme on le souhaite.

C'est l'image même de l'escalade qui passe en douceur de celle d'un sport extrême véhiculé dans les années 80 par des solos mis en scènes en prime time à celle d'un sport loisir accessible à tous. La conséquence première en est l'augmentation significative du nombre de pratiquants.

Même s'il est très difficile de chiffrer une activité libre dont la licence n'est pas obligatoire, depuis la création de la F.F.M.E, le nombre de pratiquants estimés par celle-ci est passé de 250 000 à 400 000 en 2000, et à près d'un million de pratiquants occasionnels de nos jours [95].

La pratique du bloc a largement bénéficié de cette démocratisation, avec notamment l'affirmation définitive du bloc en tant que discipline de compétition à part entière. Peu de temps après est apparu le «crash pad», tapis épais que l'on dépose aux zones de chute possible, permettant une sécurité majorée, et les sites naturels défrichés ont commencé à fleurir un peu partout dans le monde, où existent des formations rocheuses adéquates.

Aujourd'hui l'escalade est une pratique en pleine expansion, que ce soit en salle, sur structure artificielle, ou en pleine nature sur des voies plus ou moins équipées, la diversité des pratiques offrant à chaque pratiquant de quoi trouver rocher et difficulté à son goût. L'escalade est un sport, une activité physique, un jeu.

Les progrès techniques et les modifications des conditions d'entraînement permettent dorénavant d'atteindre des niveaux de difficulté dont Dülfer n'aurait pas osé rêver : les plus grands grimpeurs actuels, qui restent des athlètes d'exception, ouvrent ainsi des voies dans le 9ème degré.

Grimpeurs de haut niveau, débutants, entre amis ou en famille, chacun peut désormais pratiquer l'escalade comme il le souhaite, en toute sécurité.

Quelles modifications des représentations sociales de l'escalade, lors de l'émergence de la pratique, de sa scission avec l'alpinisme, ont accompagné cette démocratisation de l'activité ?

Par ses racines communes avec l'alpinisme, ainsi que son inscription dans le champ des activités de pleine nature, l'escalade véhicule une image de pratique à

risque, et ce malgré des conditions de pratique sécurisées, l'utilisation d'un matériel fiable, et d'une pédagogie adaptée au plus grand nombre.

En quoi la diffusion de la pratique de l'escalade est-elle liée aux modifications des représentations et construction sociales du rapport au risque ?

Quelles en sont ses autres représentations actuelles, et notamment pour les pratiquants ?

2. Evolutions des représentations sociales de l'escalade.

a. A l'origine, l'alpinisme.

L'Europe de la fin du XVIIIe et du début du XIXe siècle est le berceau de l'alpinisme. Il a pour premier décor les plus hauts sommets du vieux continent, les hauts massifs des Alpes, en Suisse, en Italie et en France. Le plus souvent accompagnées par des guides locaux, les expéditions d'alors sont lourdes et coûteuses, demandant à la fois beaucoup d'argent et de temps. Elles sont donc l'apanage d'une élite sociale fortunée plus ou moins oisive. Héritiers de la révolution industrielle européenne, les premiers alpinistes trouvent dans la quête des sommets un nouveau terrain d'affrontement où se jouent leur virilité, leur pouvoir, et l'honneur de la patrie. Nouvelle forme de distinction et d'élection, la pratique de

l'alpinisme permet de justifier sa position sociale et son appartenance aux classes supérieures.

Au début du XXe siècle, la plupart des sommets de la chaîne alpine sont progressivement vaincus, et avec l'amélioration du matériel et des techniques d'ascension, certains alpinistes s'affranchissent des guides et développent ainsi une pratique qui n'est plus réservée à une élite fortunée. Malgré tout, les valeurs fondatrices de l'alpinisme restent attachées à une forme d'élitisme, un esprit de conquête et de surpassement.

Le climat européen de la fin du XIXe siècle n'est pas anodin. Ce siècle voit la montée du nationalisme et les prémices des deux grandes guerres mondiales qui s'ensuivront au siècle suivant. Avant même que le conflit militaire de la première guerre mondiale n'éclate, les terrains d'affrontement où se joue l'honneur de la patrie, et où les enjeux territoriaux affleurent, existent.

Dans ce contexte il n'est pas anodin que les Alpes deviennent le terrain d'affrontement des allemands, des italiens et des français, dans la lutte pour la conquête des sommets.

Après la guerre de 1914-18, les progrès techniques de l'entre-deux guerres, nous l'avons vu, permettent un nouvel essor de l'alpinisme européen. Cette période voit aussi la naissance du film de montagne, auquel l'école expressionniste allemande va donner ses lettres de noblesse entre 1924 et 1939, en pleine montée du national-socialisme.

Caractéristique de la culture allemande, la montagne et la nature sont vues comme triomphantes, inspirant ferveur ou crainte sacrée. Cette vision romantique, associée aux valeurs véhiculées entre autre par l'alpinisme (la vigueur physique, un moral d'acier, le goût de l'effort, de la lutte, de l'engagement, la rigueur), font alors écho aux discours émergents.

En France également l'imaginaire conquérant de l'alpinisme diffusé dans la population est récupéré par le discours politique : c'est sous le régime du Maréchal Pétain que Louis Daquin réalise le film « *Premier de Cordée* » en 1943, d'après le roman éponyme de Roger Frison Roche de 1941. Les valeurs morales d'effort, de dépassement de soi, de camaraderie, et de piété filiale qui y sont exaltées font

admirablement écho et servent tout aussi bien le programme de la Révolution Nationale.

Ces représentations de l'alpinisme en Europe, que l'on retrouve *via* la littérature et le cinéma, correspondent donc à un climat culturel et politique particulier. Au XXe siècle, le récit de montagne devient même un genre littéraire. Cet univers est empreint d'une forte masculinité, de domination virile. Cependant il serait erroné de croire que les femmes sont absentes de l'aventure : progressivement elles vont également investir les sommets à l'instar de leurs homologues masculins, notamment en France. La française Micheline Morin se fait une place dans les livres d'histoire avec sa première, en 1934, de la face nord de l'aiguille d'Argentière. Elle raconte ses exploits dans un livre « *Encordées* », qui fait sensation dans les soirées mondaines [98].

Mais bientôt l'Europe n'a plus de territoires « vierges » à offrir, et les alpinistes vont chercher de nouveaux défis à relever.

Ce sont les britanniques, installées aux Indes, qui déplacent la bataille des sommets vers d'autres horizons ; ils ouvrent les hostilités dans les années 1920, signant le début de l'ère de l'himalayisme européen. La quête du Graal des alpinistes s'incarne ainsi dans la conquête de la plus haute montagne du monde : l'Everest, et ses 1864 mètres d'altitude.

Les Britanniques recrutent alors des alpinistes parmi les Sherpas, montagnards robustes, habitués dès leur naissance à la haute altitude, capables de marcher des heures durant avec des charges pouvant avoisiner les 40 kilos.

Plusieurs expéditions, en particulier britanniques, se succèdent depuis la face Nord, car le Népal et le Tibet sont fermés aux étrangers. Les conditions climatiques et physiologiques extrêmes font dès lors leurs premières victimes, parmi lesquelles George Mallory et Andrew Irvine, en 1924, dont on ne saura probablement jamais avec certitude s'ils ont atteint le sommet. Mallory devient un héros. Un an avant sa disparition, lors d'une interview accordée à un journaliste du *New York Times* qui lui demande pourquoi il souhaite à ce point escalader l'Everest, il répond par la phrase devenue probablement la plus fameuse de l'alpinisme, puis de l'escalade : « *Because it's there* » (*The Times*, 18 mars 1923, *Climbing Everest is work for supermen*).

La seconde guerre mondiale vient mettre entre parenthèse la quête de l'Everest, puis, comme dans de nombreux autres domaines, technologiques, scientifiques ou sportifs, le contexte d'après-guerre et de guerre froide qui infiltre toute la vie occidentale est ici théâtralisé au travers de la conquête des sommets himalayens : chacun doit prouver sa valeur à l'autre. Et lorsqu'en 1950, Maurice Herzog est le premier à gravir un sommet de plus de 8000 mètres, c'est le drapeau français qu'il plante au sommet de l'Annapurna, et fait la couverture de Paris-Match. La Revue de géographie alpine française, insiste sur les enjeux patriotiques de l'alpinisme, et parle de « compétition internationale ouverte pour la conquête des sommets » : « cet exploit (...) honore notre pays et lui donne confiance en ses forces » [87]. Le livre de Maurice Herzog, « *Annapurna, premier 8.000* » (1950), se vendra à 15 millions d'exemplaires et sera traduit en 40 langues.

En 1950, la Chine envahit le Tibet, le Népal s'ouvre aux expéditions occidentales: le roi du Népal autorise l'accès à l'Everest depuis le sud offrant des possibilités d'ascension par l'arrête Sud-est, moins périlleuse. L'âge d'or de l'himalayisme débute. Finalement, trois ans plus tard, deux membres d'une expédition britannique, le Néo-Zélandais Edmund Hillary et le Sherpa Tensing Norgay, premier héros asiatique de l'histoire de la montagne, parviennent sur le toit du monde.

L'alpinisme est né au sein d'une société européenne conquérante, et l'himalayisme en est un développement. Le rôle des Sherpas est d'ailleurs occulté des grands récits, à la tonalité très colonialiste, des conquêtes himalayennes. En 1953, la presse britannique n'oublie pas Tensing, mais le présente comme un simple porteur, à la fureur de l'Inde et du Népal.

Contrairement aux européens, les orientaux, jusque dans les années 1950, ne cherchent pas à conquérir leurs montagnes. D'abord parce qu'ils n'ont pas développé le matériel nécessaire, ensuite parce qu'ils ne s'inscrivent pas dans le même rapport au monde et à la nature que les européens ; de confessions bouddhiste ou taoïste, empreintes de culture animiste, que ce soient pour les Chinois, les Indiens, les Tibétains ou les Népalais, les montagnes sont des lieux sacrés, de culte, de prière et de pèlerinage. Ainsi, les occidentaux ont amené avec eux le matériel et les techniques

nécessaires à la progression en très haute montagne, et se sont approprié les sommets, avec une dimension transgressive.

De la même façon, les enjeux patriotiques et les velléités impérialistes ne sont certainement pas étrangers aux inhabituelles circonstances qui ont conduit à la dénomination du géant himalayen par les Britanniques du patronyme d'un de leur congénère géographe, contrairement à l'usage qui veut que le nom indigène soit conservé. En fait seuls les occidentaux n'appellent pas l'Everest par son nom tibétain. (*Le Quotidien du Peuple*, (Beijing Time), 20 novembre 2002, No Longer Everest but Mount Qomolangma).

Pour Hélène Guy, cette annulation du nom, cette prise de possession symboliquement violente, s'inscrit non seulement dans le processus colonialiste de l'époque, mais aussi dans un travail de démythification superstitieuse : car l'Everest n'est pas n'importe quelle montagne [35]. *Chomolungma*, la Neige mère du monde ou Déesse-mère des vents, en Tibétain ; *Shèngmǔ Fēng* (聖母峰), Déesse de l'univers, en Chinois ; *Sagarmatha*, Tête du ciel en Népalais ; et *Devgiri*, la Montagne Sainte, en ancien sanskrit. En dépossédant la montagne de son nom, de sa symbolique religieuse et mystique, puis en en prenant physiquement possession, les occidentaux ont, en quelque sorte, transgressé la Loi du Père, et possédé la Déesse-mère. Gravier Chomolungma « confine à la limite au viol, frôle assez souvent l'inceste ». (Jantzen, [43]).

Ainsi au plan symbolique, les images associées à l'alpinisme sont celles de la montagne, de la conquête, de l'ascension des sommets, de la lutte contre le froid et le manque d'oxygène, du surpassement physique et moral [47]. La conquête du sommet est attachée à la figure du Père, de Dieu, ou encore à la patrie, et la sanction peut être la mort. Les valeurs véhiculées sont celles du culte de l'engagement, de l'effort et de la mise en danger [17]. Tout se construit autour de la dramaturgie de l'ascension et du danger de l'épreuve. L'arrivée au sommet, dont témoignent les films, livres, documentaires ou articles de presse, se teinte d'une symbolique d'élévation et de sublimation [49].

L'alpinisme entre 1880 et 1975 s'inscrit donc dans une culture prométhéenne, de volonté de maîtrise et possession de la Nature par l'Homme [15]. Une fois tous les

sommets de la planète conquis, depuis les années 1970, la surenchère des exploits a pris le pas : ascensions hivernales, en solitaire, sans assistance respiratoire, enchaînement des plus hauts sommets de la planète... Mais l'Ailleurs, celui qu'il fallait dominer, s'est dans le même temps dilué, déplacé à un autre niveau, intériorisé dans le pratiquant lui-même ; tandis que de la dimension de domination on passe à celle de communion dionysiaque, proche alors de la vision mystique orientale [18, 34, 49].

Ce passage d'une dimension essentiellement prométhéenne à une dimension plus dionysiaque de l'alpinisme depuis les années 1970 correspond également, pour les sociologues du sport, à la période pendant laquelle la pratique de l'escalade s'émancipe de l'alpinisme : tandis que les progrès techniques propulsent l'escalade libre comme pratique dominante de l'escalade, et enterrent l'escalade artificielle, les grimpeurs se détournent de la surenchère d'exploits coûteux et dangereux de l'alpinisme, en même temps que se modifie le rapport au risque dans la société.

b. De la scission entre l'alpinisme et l'escalade libre à la démocratisation de l'escalade.

C'est réellement nous l'avons dit au tournant des années 1980 que l'escalade se différencie de l'alpinisme aux yeux du public. Alors même qu'à cette période se fait dans la société un large consensus autour des valeurs libérales, les rapports se complexifient entre l'alpinisme et l'escalade : ils gardent ainsi un socle représentatif commun, notamment parce qu'ils entrent ensemble dans le cadre des activités de pleine nature, tandis que dans le même temps une part importante des représentants symboliques et imaginaires de l'escalade s'éloignent de ceux de l'alpinisme ; l'image

véhiculée alors par l'escalade, par les médias notamment, s'inscrit en plein dans ce que Corneloup (1999) dénomme la « révolution hédoniste des années 80 » [18].

- **La révolution hédoniste.**

Lorsque le grand public découvre les premières images d'Edlinger, en short, au soleil, les cheveux longs, dans son incroyable corps à corps avec la paroi, tout le champ représentatif de l'escalade s'ouvre vers une nouvelle dimension : il est encore là question de risque et de mort, puisqu'il grimpe en solo, mais aussi de grâce, et de jeu avec la pesanteur. Nous sommes loin alors de l'image phallique classique de l'alpiniste droit comme un I, contemplant le monde du haut de son sommet. Alors qu'au panthéon de l'alpinisme brillent essentiellement des noms de héros masculins, les figures de l'escalade sont aussi Catherine Destivelle, ou Isabelle Patissier.

Ludisme, jouissance des corps en mouvement, les années 1980 valorisent tout ce qui touche à l'apparence, au jeu, au corps, tandis que les valeurs de l'entreprise diffusent dans l'ensemble de la société : initiative, esprit d'équipe, de dynamisme, culte de l'image et de l'apparence, du dépassement de soi.

L'escalade est plus ludique, plus féminine, se déroule dans un cadre moins austère et une nature plus généreuse que l'alpinisme, les gestes sont plus souples et esthétiques. Alors que l'alpinisme n'offre plus de territoires vierges, le progrès du matériel d'assurage permet d'atteindre un niveau de pratique en escalade totalement inenvisageable aux débuts de l'activité, et bouleversant le rapport du grimpeur au rocher. Et en même temps que se généralisent de nouvelles manières de grimper, le rapport à l'environnement se modifie également : la haute montagne devient plus facilement accessible, la précision des cartes, l'emploi de la radio, de l'hélicoptère pour les secours en montagne, la technicité des vêtements de montagne permettant de se prémunir contre le froid, bousculent le rapport au temps et à l'espace pour les activités de pleine nature. C'est l'effondrement du monde des élus alpins.

Ce changement s'accompagne d'un profond remaniement des représentations de l'escalade, avec passage du risque au ludisme, du masculin au féminin, de la

souffrance au plaisir, d'une symbolique ascensionnelle à une symbolique d'inversion.

Pour la sociologie compréhensive, dont Corneloup est un représentant, l'autonomisation de l'escalade libre de l'alpinisme caractérise une rupture microsociale au sein des pratiquants, rupture à l'image des bouleversements macro sociaux traversant la société contemporaine.

En effet, outre l'escalade, ce sont toutes les activités physiques et sportives de pleine nature qui connaissent un réel engouement depuis cette décennie, et plus globalement toutes les activités physiques et sportives fondées sur un engagement physique et moral intense de l'individu, et sur la prise de risque [24, 53].

Cette évolution semble dépasser le simple cadre du phénomène de mode et s'inscrire plus largement dans une nouvelle approche sociétale du corps et du vécu corporel, guidée par la recherche de sensations [71]. Comme pour l'alpinisme, il ne s'agit pas seulement d'une compétition avec les autres, mais d'un affrontement de soi-même et de la nature, soit dans une logique d'évitement et de jeu avec les éléments (sports ludiques, sports de glisse) soit dans une logique de lutte et de défi (raids aventures, alpinisme) [72].

- **Les modifications du rapport au risque.**

Si l'hédonisme est de mise dans les années 1980, en pleine montée du libéralisme conquérant, l'escalade est alors une pratique « fun », ludique, et médiatisée, et la nature un terrain de jeu aseptisé par les promoteurs du sport à sensation, par la suite les années de crise depuis le milieu des années 1990, l'émergence de préoccupations écologistes, vont conduire à de nouvelles fonctions sociales de la nature, du sport, et du rapport au risque [71].

Dans les sociétés postmodernes, l'individualisme prépondérant, la modification des repères et des limites, à l'origine de nouvelles formes du lien social, se métaphorisent par le culte de la performance, le goût de l'aventure et le mythe de l'éternelle jeunesse [24, 71].

Pour Raveneau (2006), le risque occupe alors une place centrale dans l'idéologie contemporaine, réaction à l'individualisation croissante et à la nécessité de calcul qui en découle pour les membres de la société.

Dans ce contexte, l'exploit sportif est banalisé, le culte du héros a disparu, et les activités dites « à risque », font de nombreux adeptes. Certes toute pratique sportive comprend des risques et une accidentologie qui lui sont propres, de la gymnastique au cyclisme, mais l'importance des dangers auxquelles elle l'expose fait d'une pratique sportive une pratique à risque : même si les accidents sont rares, ils reposent sur une logique du tout ou rien. Aussi, bien que l'escalade soit largement considérée aujourd'hui comme une pratique de loisir, elle reste dans le cadre des pratiques dangereuses, et repose de fait, comme les autres pratiques, sur des règles de pratique strictes : le risque est alors à la fois moteur de l'activité, et recherché, et à la fois un élément sur lequel exercer sa maîtrise.

Au travers de l'engouement pour ces activités, les sociologues du sport se sont intéressés à la question de la gestion du risque dans les sociétés post-modernes, et à sa signification sociale et symbolique : en effet, la valorisation des sportifs et aventuriers, le succès des émissions et magazines qui leur sont consacrés, le développement des activités de vertige et de pleine nature, la mise en forme aventureuse des activités sportives classiques (marche, course, natation) , et la modification des activités touristiques (raids, sports, aventure) montrent la présence indéniable de la thématique des conduites et des prises de risque au cœur de notre société, les pratiques sportives apparaissant comme un objet d'étude privilégié des prises de risque.

L'ethnologie s'attache à dégager les fonctions et les significations socio-anthropologiques de ces prises de risque sportives : pour Le Breton, la frontière n'est pas si nette entre prise de risque et conduite à risque, et il envisage les pratiques

sportives à risque comme une réponse à une crise anthropologique de nos sociétés contemporaines, dans lesquelles le défaut de repères sociaux conduirait les individus à flirter avec leurs limites pour mieux les éprouver.

Les prises de risque sportives entreraient alors dans le champ des rites de passage modernes permettant de maintenir un certain équilibre social, les activités de pleine nature, dont l'escalade, sous couvert de ludisme, de jeu avec la nature et le vertige, pouvant alors aller jusqu'à prendre une fonction ordalique.

Pour Baudry (1996), il s'agit plus d'assurer, au travers de la logique sportive de l'extrême, la continuité d'une idéologie politique et d'un type de domination [7].

La confrontation à la nature permet ici d'expérimenter un « ailleurs », et plus encore « l'« autre » du monde qu'il faut connaître ». Le vertige, la modification des repères sensoriels, le jeu avec les limites, l'épuisement physique, produisent un changement dans son rapport à soi-même et au monde, pouvant être tour à tour évoqué comme un « corps à corps », une communion universelle, une « descente au plus profond de soi », une affirmation de son individualité, de sa position d'homme libre, et de sa capacité de maîtrise. En somme, une réaffirmation des valeurs individualistes et néo-libérales, dans un monde où il faut se trouver soi-même, trouver sa place [25].

En se confrontant à la nature, non plus dans une perspective prométhéenne, ou dionysiaque, c'est plus le mythe de Narcisse qui est ici convoqué, à la recherche de soi, dans une société où il faut mériter sa place puisque le simple fait d'exister n'induit pas en soi la reconnaissance de sa valeur en son sein.

Cependant le concept de risque se retrouve dans de nombreux champs disciplinaires, et se réfère à des situations très variables, ce qui souligne son caractère socialement construit, variable dans l'espace et le temps. Raveneau souligne que l'appartenance sociale des individus constitue un biais culturel dans le traitement des dangers. Il rappelle ainsi que dans les activités sportives, le risque est à la fois considéré comme une menace indésirable menaçant l'intégrité physique voire la vie du sujet, et à la fois comme une dimension valorisée de la pratique. Le risque doit donc être distingué de la prise de risque, qui correspond à une décision de s'exposer

dans laquelle l'individu affronte volontairement le danger, prenant plus de risque que la situation ne l'impose.

De même il est important pour lui de distinguer la conduite à risque, manifestation pathologique ou transgressive, de la prise de risque, qui s'inscrit dans le déroulement ordinaire et logique de la pratique. De ce point de vue, le sens des prises de risque est à rechercher dans l'identité culturelle et l'expérience même du danger et des attitudes qui s'y attachent, plutôt que dans l'objectivation a priori d'une activité : la pratique sportive ordinaire, de l'escalade notamment, ne doit pas être confondue avec celle d'une minorité de pratiquants adeptes du danger, et surmédiatisés. En pratique la valorisation du risque s'accompagne du souci constant du contrôle de son exposition.

C'est le paradoxe des activités comme l'escalade : s'exposer au danger tout en s'en protégeant, rechercher l'émotion tout en évaluant les menaces induites.

Ce qui nous renvoie à un autre paradoxe, celui d'une société qui refuse le danger et la fatalité, imposant plus de contraintes, d'assurances, de règlements, exigeant plus de garanties, tout en étant fascinée par ceux qui dérogent à la règle : ainsi, bien loin de la pratique courante des activités sportives, on assiste à une valorisation, voire une mise en scène de la prise de risque, souvent au travers des médias, et certaines pratiques dangereuses deviennent des actes valorisés, voire héroïques. Le danger, la mort, fascinent autant qu'ils provoquent un fantasme de maîtrise.

Si les sociétés post-modernes cherchent à exclure le « risque subi », imprévu, elles n'en valorisent que d'autant plus le « risque choisi » : seul le risque librement consenti apporte alors une valeur positive à celui qui s'y confronte. C'est donc la représentation sociale du risque, plus que sa perception, qui compte. Les pratiques sportives dites à risque, dans ce cadre valorisant, participent alors à la construction de l'identité des individus et des groupes. Risque et prise de risque peuvent ainsi devenir des ressources identitaires [54]. En effet, dans ces activités, l'ordre du risque et de l'engagement ne renvoie pas seulement à une relation personnelle, mais également à l'implication du groupe : la prise de risque est une mesure de la

responsabilité envers les autres pratiquants, notamment de son assureur en escalade, ou des seconds de cordée dans les grandes voies.

L'apprentissage et la sociabilité à l'œuvre ne consistent alors pas tant à incorporer les valeurs d'une culture du risque, qu'à acquérir la maîtrise de technique de mise en sécurité : il s'agit d'un procédé collectif de requalification de la pratique et de normalisation du risque.

« L'ignorance d'une toute-puissance fantasmée se dévoile comme l'assurance d'échapper au danger en calculant soi-disant tous les risques » (Raveneau).

- **Les grimpeurs aujourd'hui.**

Le développement des structures artificielles, en sortant l'escalade du strict cadre des activités de nature, a largement contribué à sa démocratisation au cours des trente dernières années. L'activité attire un plus large public aujourd'hui, elle est accessible pour tous niveaux, toute difficulté, que se soit en salle ou en falaise.

Les voies sont plus ou moins équipées, au plus dans les falaises école, où des spits sont régulièrement espacés, au moins dans les voies en terrain aventure, nécessitant la pose de coinces ou de sangles pour l'assurance. Les grimpeurs peuvent choisir des petites voies ou grimper en grandes voies (enchaînement de plusieurs voies successives), ou pratiquer le bloc, en loisir ou en compétition, entre amis ou en famille. Toutes ces possibilités expliquent la grande variété de pratiques qui en découlent, et comment l'escalade selon la façon dont on la pratique peut être un sport extrême comme un loisir accessible à tous.

Que reste-t-il en commun entre un grimpeur qui ouvre une voie en terrain d'aventure au fin fond du Pamir, et un autre qui répète jusqu'à la réussite un enchaînement difficile en mur artificiel et sur fond musical ? Quels que soient leurs positionnements, les thématiques qui circulent parmi les grimpeurs sont celles de leur rapport à la nature, de l'engagement, du risque, de la sécurité, du plaisir, et de l'effort.

L'émancipation de l'escalade a aussi entraîné le passage d'un seul type de grimpe, celui des alpinistes, à plusieurs styles aux formes variées et multiples.

Au travers des échanges qui en découlent, et l'homogénéisation des normes en escalade, la microsociété des grimpeurs est aujourd'hui assez équilibrée. La sécurisation de l'activité est l'œuvre des pratiquants, elle repose sur un système homogène de cotation, l'ouverture de voies en falaise dites « école », le maintien d'autres spots en terrain d'aventure : ce sont les grimpeurs qui ouvrent les voies et entretiennent les sites d'escalade, gardiens des traditions et de l'éthique de l'activité.

Tous ne sont pas d'accord sur les limites à donner à la sécurité par rapport au risque, sur la place à accorder à l'engagement ou sur les valeurs à défendre. Selon les valeurs auxquelles un individu adhère, selon son genre, son âge, et le mode de vie qu'il a adopté, l'exposition au danger et les représentations du risque varieront

Le rapport au risque, la recherche de maîtrise, de limites, font partie intégrante de l'escalade, et alimentent le moteur principal du grimpeur : le plaisir, celui de pouvoir grimper. Selon la façon dont elle est pratiquée, l'escalade va susciter plus ou moins de compétition entre les grimpeurs, d'engagement physique ou moral, mais l'aspect ludique de l'activité fait qu'au final, c'est l'intensité des émotions ressenties et le plaisir pris dans l'accomplissement de l'activité qui justifie la hauteur de l'engagement de chacun.

La démocratisation de l'activité en lien avec les changements sociétaux, s'est accompagné d'une telle modification des représentations sociales que d'une pratique à risque héritière de l'alpinisme, l'escalade est devenue en trente ans une pratique valorisée socialement, expliquant le glissement dans le champ pédagogique en tant que pratique sportive, puis dans le champ médico-social de pratique sportive à support thérapeutique.

3. Du sport au soin.

a. Grimper : un retour aux sources ?

Ce qu'ont en commun toutes les pratiques d'escalade, que se soit en extérieur ou en salle, c'est le geste de grimper. Nous pouvons décrypter l'engouement pour l'escalade au même titre que celui pour les activités à risque comme nous venons de le voir, mais nous pouvons aussi l'appréhender au travers de cette autre facette : grimper est une activité somme toute assez naturelle pour l'être humain. De façon évidente, les enfants nous le rappellent bien, au travers de leurs conduites spontanées d'escalade : ils jouent à grimper, explorent, testent, montent aux arbres, aux murs, aux poutres, et pour les plus petits aux corps de leurs parents.

Dans une vision atavique, les récentes avancées en paléanthropologie, grâce à la découverte de squelettes d'hominidés vieux de 5 et 7 millions d'années, bipèdes, ont montrées que non seulement la bipédie ne peut plus se comprendre comme la clé de l'accès à l'humanité à partir de l'animalité, mais aussi que, pour le sujet qui nous concerne, la bipédie était primitivement associée à un arboricolisme : le geste de grimper est bien plus ancré dans l'histoire de l'humanité que ce qu'on l'en en percevait jusque là [99].

Plus proches de nous, les ethnologues décrivent l'importance de la capacité à grimper aux arbres pour la plupart des sociétés arboricoles vivant en forêt tropicale notamment, pratiques loin d'être anecdotiques, notamment en Inde où l'industrie de la noix de coco représente une manne financière de près d'un milliard de dollars, faisant vivre près de 3,5 millions de familles, récoltant manuellement les noix vertes à 30 mètres de hauteur.

Mais grimper n'a pas qu'une fonction utilitaire pour le groupe : grimper est aussi un jeu. Ces jeux peuvent avoir une fonction socialement structurante, Caillois (1958) mentionne les pratiques de rites initiatiques des indiens mexicains qui grimpent en haut des mas pour se jeter dans le vide [12]. En Europe, nous pouvons évoquer le jeu du mât de cocagne, consistant à grimper au sommet d'un mas enduit de savon noir pour attraper des friandises et autres victuailles.

Pour les plus grands ce jeu peut également avoir une fonction d'intégration au sein du groupe, nous pensons au jeu consistant à grimper aux parois et falaises au dessus de l'eau pour sauter dans la rivière, la mer, ou la cascade, et que l'on retrouve partout où il y a des gorges, des calanques, ou une configuration géographique s'y prêtant.

Grâce aux progrès techniques du matériel développé pour la pratique de l'escalade, grâce également aux structures artificielles construites dans les écoles ou les gymnases, le terrain de jeu s'est étendu. Grâce à l'escalade, les adultes comme les enfants peuvent jouer à grimper en sécurité. Aux classiques toboggans, filets, et échelles, se sont ajoutés des mini-parois d'escalade dans les cours de maternelle, aux prises identiques à celles des SAE.

Si les structures artificielles ont eu un impact non négligeable dans la démocratisation de l'activité, elles ont également largement contribué au développement de ses possibilités éducatives. Ainsi, dans la continuité des efforts de la Fédération Française de Montagne et d'Escalade pour promouvoir l'escalade, son enseignement scolaire a commencé à se développer au cours des années 90. Développement de la maîtrise de soi, du sens des responsabilités, les possibilités pédagogiques de l'escalade associée à l'attrait spontané des enfants pour l'activité lui ont permis de gagner sa place dans les cours d'éducation physique à l'école.

Pour les encadrants en escalade, l'apprentissage de l'escalade chez les enfants ne se fait pas en effet de la même façon que pour les adultes. « Il est beaucoup plus facile de pratiquer l'escalade avec des enfants qu'avec des adultes. Pour eux, grimper apparaît naturel. Ils deviennent très rapidement autonomes » (Olivier Nicolet, guide de haute montagne).

En pleine phase d'expérimentation psychomotrice et d'appropriation de son corps qui grandit, l'enfant apprend l'escalade et intègre ses exigences au travers des particularités motrices, sensorielles, cognitives induites par l'activité, et de ses enjeux affectifs, et dont il va se saisir par son appareillage cognitif et psychique propre.

b. L'escalade comme pratique sportive pour les enfants autistes.

A partir du moment où l'escalade a investi le champ pédagogique, elle a également été proposée, au titre de loisir sportif adapté, à des enfants présentant des troubles psychiatriques et psychomoteurs, et parmi eux notamment des enfants autistes.

Parler d'autisme nécessite de préciser dans quel champ de définition l'on se situe. En effet les limites conceptuelles de la notion d'autisme sont plus ou moins floues, selon les regroupements nosographiques, et les théories psychopathologiques sous-jacentes développées depuis la première description du syndrome autistique par Kanner en 1943. Celle-ci s'articule autour de l'apparition précoce, dans les trois premières années de vie, « d'une inaptitude à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations ». Les anomalies qualitatives du développement de la vie relationnelle, interpersonnelle, et sociale, vont se manifester par l'association d'une altération de la communication et du langage, par un isolement ou retrait autistique, par des troubles du comportement dominés par la recherche d'immuabilité et la présence de comportement restreints, répétitifs et stéréotypés, et enfin par une dysharmonie du développement cognitif.

En France l'autisme infantile a été rattachée aux *psychoses infantiles précoces* dont il constitue une forme clinique. La réflexion psychopathologique n'a pas été la même dans les pays anglo-saxons, pour lesquels le terme de psychose désigne un trouble de l'adulte, notamment la schizophrénie. Arguant que les psychoses infantiles n'évoluaient que rarement vers les formes de psychose connues chez l'adulte, les auteurs du DSM ont choisi de ne pas utiliser le terme de psychose infantile, laissant la place à celui de *troubles envahissants du développement* (TED). Selon le DSM, le concept d'autisme s'est élargi, intégrant les formes atypiques, notamment associées à des syndromes polymalformatifs, des atteintes neurologiques et au retard mental, sous la dénomination de *troubles autistiques*.

La position française, résumée par la CFTMEA parue en 1988, maintient à l'inverse le postulat psychopathologique de l'existence d'une structure psychotique chez l'enfant, et propose une approche structurelle pour la classification des troubles,

ne préjugant pas de leur fixité ou évolutivité. La CFTMEA propose de regrouper l'autisme infantile et les troubles sévères de l'évolution psychique dans les trois à quatre premières années sous le terme de psychose infantile précoce,

L'OMS propose une classification intermédiaire, la CIM-10, dont la première version est parue en 1993. Elle reprend la notion troubles envahissants du développement du DSM, mais elle maintient le critère de l'âge du début des troubles, et affine le diagnostic d'autisme par rapport au DSM, distinguant notamment l'autisme et l'autisme atypique, notamment associé à un retard mental profond ou à d'autres troubles. Dans la version révisée de la CFTMEA parue en 2000, apparaît également la notion de TED.

Depuis les années 90 est également apparue la notion de Troubles du spectre autistique (Autism Spectrum Disorder ou ASD) notamment dans les études anglo-saxonnes, regroupant l'autisme, le syndrome d'Asperger et l'autisme atypique tels qu'ils sont définis par le DSM, introduisant la variabilité interindividuelle du syndrome, mais aussi sa variabilité dans le temps pour un même individu.

Au-delà des questions théoriques que posent ces différentes classifications, et bien qu'il existe des similitudes entre elles, les différences de critères diagnostiques entre les versions ont pour effet des variations des limites de la notion d'autisme, notamment pour le DSM qui a élargi les critères essentiellement sur la base de critères comportementaux, ce qui pourrait expliquer du moins en partie les différences de prévalence retrouvées selon la classification choisie comme critère de référence par les différents auteurs.

CFTMEA-R 2000	CIM-10 1993	DSM-IV-TR 2000
Psychoses précoces (TED).	Troubles envahissants du développement.	Troubles envahissants du développement.
Autisme infantile précoce -type Kanner Autres formes de l'autisme.	Autisme infantile. Autisme atypique.	Troubles autistiques.

Psychose précoce déficitaire, retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques. Dysharmonies psychotiques. Autres psychoses précoces ou autre TED. Psychoses précoces ou TED non spécifiés. Syndrome d'Asperger. Troubles désintégratifs de l'enfance	Autisme atypique ou autres TED. Hyperactivité associée à un retard mental et des mouvements stéréotypés Autres TED ou TED non précisés. Syndrome d'Asperger. Syndrome de Rett. Autres troubles désintégratifs de l'enfance	TED non spécifiés. Syndrome d'Asperger. Syndrome de Rett. Troubles désintégratifs de l'enfance.
---	---	--

Tableau comparatif entre les trois principales classifications nosographiques concernant les troubles envahissants du développement de l'enfant.

Delion, dans une visée intégrative des différents modèles psychopathologique, envisage le « processus psychotisant », à l'œuvre les troubles envahissants du développement et dans l'autisme, comme venant entraver le déroulement du processus développemental cognitif, empêchant l'enfant d'accéder à sa subjectivité agissante dans le monde. L'enfant autiste peut malgré tout tenter de composer avec ses troubles et mettre en place un rapport singulier au monde au travers des ses particularisme [19]. Ces enfants tentent de grandir malgré leurs difficultés dans les domaines perceptifs, moteurs, cognitifs, et leurs troubles de la communication et de la socialisation.

Comme les autres enfants, mais à leur manière, les autistes peuvent tirer des bénéfices de la pratique d'une activité sportive.

En 2006 Massion a proposé une revue générale de la littérature dont l'objectif était d'évaluer justement l'intérêt de la pratique sportive sur la qualité de vie des autistes [58]. Les activités sportives et physiques peuvent classiquement être bénéfiques dans quatre dimensions : celle du bien-être physique, celle de l'apprentissage de fonctions sensorimotrices et cognitives (comme la connaissance et la maîtrise des propriétés biomécaniques du corps, le traitement de l'information sensorielle, la construction de représentations du schéma corporel et de l'espace, l'organisation de schémas et de séquences d'actions, et leur automatisations), celle de la communication verbale et non verbale, et enfin la dimension hédonique.

Pour l'auteur, même si leurs capacités et leurs moyens d'apprentissages sont différents de ceux d'enfant du même âge non autiste, les activités physiques et sportives constituent un moyen privilégié de développer les capacités défaillantes sensorimotrices et relationnelles des enfants autistes, parce qu'elles apportent un

cadre motivant, lié au plaisir de la pratique sportive et l'estime de soi qu'elles engendrent, ainsi que le sentiment valorisant d'appartenir à un groupe.

Cependant, les particularités des enfants autistes nécessitent un aménagement de l'activité et de l'encadrement. Parmi les filières de formation universitaire spécialisées aux activités physiques adaptées aux handicaps, plusieurs ont d'ailleurs développées des sections spécialisées dans l'autisme.

De nombreux clubs ou salles d'escalade proposent ce type d'activité, il existe même un championnat de France junior d'escalade section sport adapté.

C'est le cas par exemple à Blain, où la session sport adaptée du CIME, le club d'escalade, accueille enfants et adultes présentant des troubles psychomoteurs variés. Parmi eux se trouvent plusieurs enfants présentant un trouble envahissant du développement de type autistique.

La pratique de l'escalade en tant qu'activité de loisir est sans aucun doute réellement bénéfique, notamment parce qu'elle permet l'intégration avec d'autres enfants, ou un groupe élargi comme au CIME, qui outre la valorisation procurée à l'enfant permet aussi pour le groupe qui l'accueille la connaissance et l'acceptation de la différence, puissant facteur d'intégration sociale. Elle s'appuie également sur la valorisation narcissique par la pratique régulière de compétitions, qui sont particulièrement, et de manière assez inattendue, bien investies par les enfants autistes.

Dans une autre optique, s'appuyant sur la richesse de l'activité, et sur le développement des médiations corporelles, plusieurs équipes de soins en pédopsychiatrie ont proposées d'utiliser l'escalade comme activité thérapeutique.

c. L'escalade en pédopsychiatrie.

Charles fait de l'escalade depuis qu'il a 6 ans. Ses troubles ont commencé à apparaître dans sa première année de vie, et se sont manifestés sous un aspect de troubles psychomoteurs avec un retard à l'acquisition de la marche, des troubles toniques et posturaux, d'hyperexcitabilité psychomotrice, et des troubles majeurs du

langage. Vers deux ans et demi sont apparues des crises convulsives, bien contrôlées sous traitement.

Charles a longtemps marché à quatre pattes, et n'a réellement commencé à marcher qu'à 18 mois, au prix de nombreuses chutes et d'une grande maladresse. Mal à l'aise dans son corps envahit de parasyntonies, malhabile, Charles a commencé à développer des bizarreries comportementales et des comportements répétitifs et stéréotypés à cette époque, devenant rapidement envahissants. Il marche alors la plupart du temps sur la pointe des pieds.

Les troubles des interactions sociales sont devenus manifestes à son entrée en maternelle : il cherche frénétiquement le contact physique indifférencié avec les adultes, dans le collage, est en grande difficulté avec ses pairs d'âge. Il émet des sons inarticulés, écholaliques, crie. Son instabilité psychomotrice et ses nombreuses crises aux frustrations, entraînant des comportements d'automutilation ou de recours à l'autosensorialité obligent l'école à la déscolariser. Le début de la prise en charge en hôpital de jour de pédopsychiatrie commence à peu près à la même époque, à Blain, à raison de trois demi-journées par semaine. Le diagnostic d'autisme atypique est posé alors. Charles y participe aux groupes pataugeoire, et psychomotricité, à l'atelier conte/pâte à modeler, et débute une prise en charge en orthophonie. Il reste à la maison avec sa mère le reste du temps, puis avec sa petite sœur, née trois ans après lui.

A 6 ans, le relais de prise en charge s'effectue à l'institut médico-éducatif de Blain, auquel Charles se rend tous les jours, rentrant en famille les soirs et les week-ends.

A la fin de l'hôpital de jour, Charles a développé un pseudo-langage fait de sons mieux articulés, et toujours écholalique, lui permettant malgré tout de mieux interagir avec son entourage, avec lequel il recherche de plus en plus le contact. Les crises d'automutilation ont pratiquement disparues, mais persistent des stéréotypies motrices envahissantes : il marche notamment toujours sur la pointe des pieds, et reste dans une grande instabilité motrice. Ses parents rapportent qu'à cette période il a fortement investi un petit tricycle avec lequel il allait voir tous les adultes du voisinage, de façon indifférenciée, obligeant ses parents à le surveiller en permanence.

. Charles commence l'escalade à cette époque, dans le cadre thérapeutique de l'IME, à la salle municipale de Blain, dans laquelle vient de se créer le club d'escalade. Il a massivement investi l'activité, dès le départ, à la grande surprise de ses parents, qui ne pensaient en rien Charles capable de grimper, même s'il aimait

les activités sportives comme le tricycle, qu'il pratique en famille. Pour eux, c'est le soutien par cette médiation qui a contribué à la disparition des stéréotypies, et à l'apaisement psychomoteur rapide survenu la première année de prise en charge. Son père explique que la médiation escalade est « bénéfique pour son équilibre et pour son mental ».

Pour Charles aujourd'hui, 15 ans après, l'escalade reste une activité très investie, pour laquelle il a développé un intérêt restreint, au même titre que la météo dont il peut réciter sans se lasser les prévisions pour la semaine, et les programmes télévisés. Il collectionne le magazine *Grimper*, et réclame du matériel pour Noël ou ses anniversaires. Il sort beaucoup moins seul, et manifeste des capacités relationnelles bien différenciées.

Cet investissement a été tel, et les parents tant convaincus du bénéfice de l'escalade pour Charles, qu'ils ont, avec d'autres parents d'enfants de l'IME, contribué à l'ouverture de la session sport adaptée du club de Blain, car l'IME a dû cesser de la proposer faute de personnel encadrant qualifié.

De nombreuses écoles et institutions pour enfants en difficulté psychique possèdent intra muros, ou utilisent, par l'intermédiaire de la municipalité, les murs des gymnases, ou encore des salles privées.

Au sein de la littérature pédopsychiatrique, c'est autour de Marseille et Paris qu'il est le plus souvent fait mention d'ateliers ou d'activités d'escalade, ce qui s'explique aussi historiquement en raison de l'importance de Fontainebleau ou des calanques marseillaises dans le développement et dans la culture de l'escalade en France [29, 61, 70, 76, 85].

La Loire-Atlantique ne fait pas exception au développement de l'escalade dans le champ sanitaire ou médico-social, comme nous l'avons mentionné en introduction. A Nantes, nous avons repéré le centre médico-psychologique de Haute-Roche, l'institut médico-éducatif de Chanzy, la MUSE, et l'hôpital de jour de Haute-Roche, qui font grimper les enfants à El CAP, salle privée.

Au vu des différents articles étudiés, ainsi que sur la base de nos propres observations, il apparaît que l'escalade semble être une activité particulièrement

intéressante dans la prise en charge des patients souffrant de troubles envahissants du développement, et notamment parmi eux de troubles du spectre autistiques.

Le recours à de telles médiations auprès des enfants s'appuie également sur les processus neurodéveloppementaux de ceux-ci. Nous parlons de stade de développement en référence au modèle psychogénétique proposé par Piaget [68], qui proposait de considérer l'intelligence sous l'angle de l'organisation de la pensée et les mécanismes d'acquisition des connaissances. Partant de l'intelligence sensorimotrice du bébé de 0 à 2 ans, l'enfant accède ensuite progressivement de 2 à 12 ans à l'intelligence conceptuelle et abstraite.

L'accès aux représentations est centrale dans ce modèle de développement : progressivement les informations intégrées vont se complexifier avec le développement des capacités cognitives, jusqu'à l'avènement de la fonction symbolique puis sémiotique, support du développement du langage et des capacités d'abstraction.

Cependant si les stades tels que Piaget les a décrits restent pertinents dans le sens où ils permettent de préciser des jalons, des moments, charnières dans le développement psychomoteur de l'enfant, le modèle linéaire et cumulatif qu'il propose a été enrichi et assoupli depuis par la mise en évidence des capacités précoces du bébé, et de la variété des stratégies cognitives chez l'enfant.

Il a ainsi été démontré que l'enfant a des connaissances ou des structures permettant d'intégrer ces connaissances, qui sont présentes dès la naissance. Les bébés sont capables d'apprentissages très rapides et relativement complexes, s'appuyant sur leurs expériences sensorielles perceptives [22, 42].

Actuellement, grâce aux observations et expériences ayant trait aux capacités précoces du bébés, les capacités cognitives sont considérées comme finalement assez homogènes aux divers âges, et les chercheurs en neurosciences ont proposé un modèle distinguant des niveaux de développement en terme de représentation : une représentation analogique, qui permettrait au fœtus ou au nouveau-né de « stocker » en mémoire assez d'information sur un stimulus donné pour pouvoir s'habituer et réagir à la nouveauté ; une représentation abstraite beaucoup plus précoce que celle

envisagée par Piaget, qui permettrait au bébé dès 3 mois d'avoir la permanence et l'unité de l'objet, ou de commencer à catégoriser ; et enfin une représentation symbolique permettant à l'enfant dès 18 mois de faire semblant.

Aussi, dès ses premiers jours de vie, l'interaction avec son environnement permet à l'enfant de faire à travers son corps des expériences sensorielles et motrices qui vont lui permettre de grandir en les intégrant : le développement est jalonné de conquêtes autant perceptives que psychomotrices, par un sujet qui essaie d'agir sur le monde environnant, et de lui donner du sens. Les mécanismes permettant ce développement sont à la fois maturationnels et épigénétiques : chaque niveau de représentation émergeant provenant d'une réorganisation du niveau précédent, alterné de nécessaire phases de régression [66, 84].

Même atteint de troubles psychiques, un enfant est avant tout un être qui grandit, et la dimension développementale et dynamique est au cœur des soins proposés, portant l'espoir de la potentialité maturationnelle de chaque enfant. Les possibilités régressives offertes par une médiation vont donc être le support de l'accès à de nouveaux niveaux de représentation.

Avant de nous intéresser plus précisément aux différentes particularités du fonctionnement psychopathologique de l'autisme qui vont être mobilisées par la pratique de l'escalade, le contexte de la mise en place d'une telle activité dans un cadre de soin doit être précisé. En effet, mettre en place un atelier thérapeutique implique que cette démarche s'inscrive dans un cadre référentiel, au sein du cadre institutionnel.

La pratique de l'escalade s'inscrit dans le cadre général des médiations corporelles, dans lesquelles le corps est le support de médiation. La place de ce type de médiation en pédopsychiatrie repose sur plusieurs présupposés théoriques.

II. L'ESCALADE COMME MEDIATION THERAPEUTIQUE : CADRE REFRENTIEL

1. La médiation corporelle en pédopsychiatrie

a. La médiation thérapeutique.

Le concept de médiation thérapeutique définit la mise en place d'un espace de transition proposé au patient, tel que décrit par Winnicott [91]. L'objectif est de lui permettre, au travers d'un support, de construire des représentations capables de faire lien et sens entre des éléments source de souffrance psychique, et des affects non-liés. Il s'agit d'un outil de soin, s'inscrivant dans une dimension dynamique. Kaës parle ainsi de « processus de médiation » [46, 76]. La fonction de l'objet médiateur est de permettre une aide à l'activité de liaison et de symbolisation par le biais des associations, produisant un effet de langage. Elle repose sur les effets thérapeutiques présumés du lien intersubjectif se tissant entre soignés et soignants, sur le cadre de soins, et l'institution dans laquelle elle se déploie. Les médiations s'intègrent en effet dans le dispositif de soin, soutenu par le cadre institutionnel, qui prévoit l'accueil des modalités transférentielles en son sein.

Hochmann rappelle que le terme institution a plusieurs dimensions : il désigne à la fois le cadre c'est-à-dire le lieu de soin, ensemble architectural et humain, organisé autour d'une hiérarchie et d'un emploi du temps, mais aussi « la chose instituée », c'est-à-dire une codification des rapports sociaux au sein d'une fonction, et enfin, à l'action par laquelle on institue, on établit, et on instruit. C'est dans cette « double acceptation d'institué et d'instituant », qu'il envisage l'abord institutionnel des enfants pris en charge en pédopsychiatrie [41].

En effet, le travail auprès d'enfants souffrant de troubles envahissants du développement, nécessite de pouvoir soutenir le contact prolongé avec eux, et de résister aux phénomènes projectifs pouvant mettre à mal les soignants et l'institution : il est important de tenir compte des mécanismes mis en place par l'institution pour se défendre contre l'angoisse qui leur est liée. L'institution doit pouvoir accueillir et métaboliser ces mécanismes, dans le but de déjouer et de décrypter les contre-attitudes.

Aussi, la contenance du cadre institué permet un travail instituant sur les contenus, par le biais du dispositif thérapeutique. Le processus de médiation introduit une temporalité et une rythmicité au travers du cadre spatiotemporel. Celui-ci fixe des limites, permet des passages entre les différents temps institutionnels, et exige des équipes un travail de liaison et de continuité.

Les déplacements entre les médiations, les soignants, les différents lieux et temps de prise en charge, autorisent des fractionnements et des processus de différenciation. Les soignants sont les garants d'un espace transitionnel, assurent le lien et permettent de surmonter les clivages.

Le travail institutionnel de mise en récit, d'abord élaboré en équipe aux travers des réunions de synthèse ou de reprise et de supervision, puis restitué à l'enfant et à sa famille, représente l'instituant. Hochmann précise que « pour qu'une institution soit thérapeutique il faut (...) qu'il s'y passe tous les jours quelque chose, mais il faut aussi que ce qui s'y passe soit continuellement articulé et mis en histoire » [41]. Et, citant Delion, rappelle la triple fonction de la quotidienneté institutionnelle :

phorique, parce qu'elle soutient et sécurise l'enfant, sémaphorique, parce qu'elle fait signe, et métaphorique, parce qu'elle évoque ce qui se passe ailleurs.

Ce travail de liaison ouvre pour l'enfant le champ de la transitionnalité, et de là supporte une « réappropriation subjective » telle que décrite par Roussillon [75].

La trame institutionnelle établit ainsi les conditions pour des expériences partagées, autorisant la mise en jeu des pulsions agressives, aux travers des médiations et de l'ensemble de la vie quotidienne institutionnelle, permettant la résistance à ces attaques et la mise en place de tentatives de réparation.

Très largement utilisées en pédopsychiatrie, les médiations thérapeutiques sont de plusieurs natures, s'appuyant généralement sur l'aspect ludique des supports proposés, et offrant une gamme diversifiée croisant les différents niveaux de symbolisation : jeu de société, pâte à modeler, conte, théâtre, musique, atelier écriture... Les ateliers à médiation corporelle utilisent l'ensemble du corps comme médiateur, recherchant les niveaux les plus archaïques de symbolisation : pataugeoire, psychomotricité, piscine, équithérapie...

Paradigme des médiations utilisant le corps comme support, la psychomotricité a largement conceptualisé les mécanismes impliqués. Elle s'est développée en reposant sa théorie sur les articulations entre le corps et le développement du psychisme, comme première expression cognitive, et fondement indispensable à l'intelligence, basée sur la sensorimotricité. Que se soit dans le courant cognitiviste ou dans le courant psychanalytique, les auteurs qui se sont intéressés au développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant s'accordent en effet sur la place centrale que tiennent ses premières expériences corporelles, vécues au travers de la relation de l'enfant à ses parents. Ces expériences sensorielles et motrices, constituent le support d'enracinement des structures cognitives, et de l'accès à l'acquisition du sens de soi. Le développement psychomoteur et cognitif peut ainsi être compris comme le support de la construction psychoaffective de l'enfant.

Afin de percevoir au mieux ce qu'il advient dans une médiation comme l'escalade, nous rappellerons les supports théoriques des médiations psychomotrices, extrapolables en grande partie aux médiations corporelles dans leur ensemble.

b. Supports théoriques : du corps au psychisme.

La psychomotricité s'inscrit à l'articulation du moteur, de l'affectif et du symbolique, entre affects, corps et émotion: elle s'appuie sur les fondements corporels de la vie psychique, de l'ancrage tonique et sensori-moteur de la psyché [44].

Dans une perspective neurodéveloppementale, les psychogénétiens, comme Piaget ou Wallon, ont largement contribué à développer la compréhension des liens entre l'intégration sensorimotrice et l'accès aux fonctions représentatives, support des capacités d'abstraction et de symbolisation, guidés par l'environnement.

Pour Wallon, l'avènement de la fonction symbolique naît des liens entre posture et émotion, entre vécu émotionnel et accès aux processus représentatif. La fonction posturale, une des premières fonctions de l'interaction, reflète l'émotion. Premier niveau de communication d'un individu, les émotions reflètent les différentes sensations perçues, et affectent le tonus musculaire en renforçant ou inhibant certaines actions musculaires. L'activité de répétition va permettre l'élaboration de

noyaux représentatifs, points d'appui de nouvelles émotions, qui à leur tour vont progressivement se diversifier. Le développement des interactions comportementales va participer ainsi contribuer à la construction progressive du sens de soi [89, 90].

Pour Stern, la première image que l'enfant construit est une image sensorielle, produit de l'activité perceptive. Puis à partir de cette image sensorielle se construit une image représentative. Ainsi, la proprioceptivité va être en premier lieu à l'origine de la croissance du « sens écologique » de soi [81].

Le bébé apprend également très tôt qu'il peut agir sur le monde qui l'entoure, être agent. Les sources de la connaissance de soi se trouvent ainsi dans les perceptions et les actions du bébé, perception de ses propres mouvements et des sensations proprioceptives qui les accompagnent.

Dès la vie in utero le fœtus expérimente son corps propre, en suçant son pouce par exemple, en bougeant. A partir de ces expériences se développe une connaissance implicite du corps propre différencié du monde [22].

Le développement cognitif dépend alors en grande partie des activités exploratoires de l'enfant, elles-mêmes en lien avec ses possibilités d'orientation spatiale : des 3-4mois, l'enfant a connaissance de son propre corps situé dans l'espace, le « soi-situé » [28].

Parmi les cognitivistes, Bullinger a théorisé le concept de régulation tonique, appuyant l'importance d'un environnement stable et fiable pour l'enfant, permettant la mise en sens des états tonico-émotionnels qui va constituer le premier noyau représentatif, l'enveloppe externe de la face corporelle. Constituant la « boucle cognitive », les interactions physiques, sensorielles et motrices, lorsqu'elles ont suffisamment de régularité et de stabilité, permettent à l'enfant l'extraction d'« invariants », de repères organisateurs, objets psychiques participants à la construction du corps et de l'environnement. Le corps se place comme objet de connaissance, puis comme moyen de connaissance. L'action exercée par et sur le corps, et l'environnement, permet à l'enfant d'éprouver son corps, ses possibles et ses limites.

Cette capacité représentative ne peut se développer que si l'individu peut transformer l'effet sensoriel effet de ses actions. C'est le rôle dévolu à son entourage [10].

Ainsi, l'enfant élabore son espace mental à travers son corps, et toutes les grandes fonctions, cognitives, affectives, relationnelles, s'enracinent, se construisent à partir du fonctionnement comportemental et sensorimoteur du bébé.

Dans une perspective psychodynamique, les premières expériences du corps organisatrices de la psyché sont alors d'abord des expériences contenant, de la sensorialité, de la pulsionnalité et des émotions : d'abord contenues et régulées par l'environnement, elles sont peu à peu transformées en éléments utilisables pour la pensée. Golse rappelle ainsi que le bébé « éprouve et théorise à la fois » [31].

Pour Bion le vécu corporel du nourrisson va ainsi être transformé par un travail psychique d'abord assumé par la mère, la personne qui prend soin de lui. C'est la fonction α maternelle, qui va absorber les éléments sensorimoteurs bruts, archaïques, inorganisés produits par le bébé, (les éléments β) les métaboliser en éléments mentalisés, pour les retourner vers son enfant. Cette opération se fait à travers le corps propre de la mère autant qu'à travers ses compétences psychiques, lui permettant de consensualiser, de trier, de donner du sens à la sensorialité, en somme de relier les expériences sensorimotrices de l'enfant en représentations imaginaires [52].

Haag a montré également que les toutes premières identifications s'inscrivent dans le corps et dans son fonctionnement, ce sont les « identifications intracorporelles », qui sont la traduction dans le corps des premiers liens libidinaux établis par l'enfant [37], assurant le sentiment du premier vécu d'enveloppe corporelle.

Le modèle winnicottien est basé sur la constatation qu'un bébé ne peut exister seul, ainsi au début de son existence le nourrisson n'existe qu'au travers d'une unité individu-environnement. Grâce à la préoccupation maternelle primaire, qui répond

aux besoins de l'enfant aussitôt qu'ils apparaissent, il va être assuré au nourrisson le « sentiment continu d'exister », support de la construction du *Self*. La qualité de l'environnement créé par la mère, et ses capacités d'adaptation aux besoins de son bébé va également protéger l'enfant contre les angoisses précoces liées aux premières perceptions sensori-motrices : l'angoisse d'être lâché, l'angoisse de se morceler, celle de ne pas avoir de relation avec son corps, et enfin l'angoisse de ne pas avoir d'orientation. La mère « suffisamment bonne » va remplir ses fonctions de *holding*, *handling* et *d'object-presenting*, respectivement le portage psychique et physique, la façon dont elle va manipuler physiquement et psychiquement son bébé, favorisant son accès au sentiment de personnalisation, c'est-à-dire d'habiter son propre corps, et enfin la façon dont la mère va laisser l'enfant trouver l'objet de sa satisfaction, s'en accommoder pour lui permettre l'illusion d'avoir créé cet objet. Ainsi protégé le Moi de l'enfant va pouvoir s'organiser, et l'enfant acquérir le « sens du Moi » [92, 93].

Latour citant Dolto postule que c'est à travers ses représentations corporelles que l'enfant va construire sa relation à l'autre, ainsi que son identité subjective : le corps devient alors le support d'une « architecture relationnelle » [52].

Pour Sami-Ali et l'école psychosomatique, la constitution et l'intégration du schéma corporel passe également par un mécanisme de projection vers le monde extérieur de son vécu corporel. L'enfant attribue de façon indifférenciée à l'espace et aux objets les fonctions et les propriétés de son corps. Cette projection permet une expérience de l'espace en tant que « structure imaginaire », permettant progressivement la constitution de l'espace corporel et de l'espace de représentation, le corps prenant fonction de « schéma de représentation », la différenciation soi/non soi émergeant progressivement sur ce fond de représentation commune, et permettant l'émergence de la connaissance du corps-propre [77, 78].

La médiation corporelle utilise ainsi le corps comme outil de communication, comme support de croissance psychique et cognitive, elle permet de lier des affects à des sensations corporelles et à leur donner du sens grâce au soutien des soignants.

Par ailleurs le modèle de développement psychomoteur et psychoaffectif actuellement retenu est celui d'un modèle en dents-de-scie, qui se caractérise par un progrès général entrecoupés de décalages, de chutes de performance ou des ralentissements, de régression nécessaire [29].

Suivant ce modèle la médiation corporelle permet alors, au travers de phénomènes régressifs d'accéder à des niveaux de représentation présymboliques, et d'aider l'enfant à y mettre sens.

2. Autisme et médiation corporelle.

L'importance des troubles corporels pour les enfants souffrant d'autisme ou de troubles envahissants du développement fait qu'en pédopsychiatrie la prise en charge psychomotrice vient souvent s'intégrer dans la prise en charge globale des difficultés de l'enfant.

a. Troubles du schéma corporel dans l'autisme.

Les troubles envahissants du développement se manifestent au plan psychopathologique au travers du corps et de l'investissement que l'enfant a de sa motricité, de son schéma corporel, et de la représentation qu'il en a, et viennent de

façon précoce altérer le processus permettant à l'enfant de prendre conscience de son corps propre, entravant son accès à une représentation normale du schéma corporel.

- **Aspects neuro-développementaux.**

Dans le syndrome autistique, le système musculo-squelettique et le système nerveux périphérique ne sont pas altérés, pourtant, certains comportements moteurs dysfonctionnent [74, 79, 80].

Les études récentes portant sur le sujet, notamment par l'étude de films de bébés d'enfants diagnostiqués *a posteriori* souffrant de troubles du spectre autistique, mais aussi par les méthodes d'observation du bébé, ont permis de mettre en évidence des dysfonctionnements précoces du développement moteur et postural, et ce de façon fine. Par exemple si la station assise est acquise à l'âge habituel, les enfants autistes présentent des chutes fréquentes dès qu'un mouvement de la tête ou du bras vient perturber la posture.

Ces troubles fonctionnels tonicoposturaux et psychomoteurs des enfants autistes apparaissent précocement, se manifestant par une absence ou un retard de l'attitude anticipatrice du bébé lors de l'approche de sa mère, un défaut d'ajustement postural lors que l'enfant est pris dans les bras, un retard psychomoteur variable, notamment de l'acquisition de la position assise et de la marche. Les stéréotypies motrices peuvent également se voir dès les premiers mois, le bébé pouvant avoir des jeux stéréotypés avec ses mains qu'il contemple de manière très répétitive.

Il est également possible de repérer des dysfonctionnements interactifs précoces : ont pu ainsi être mis en évidence des distorsions des articulations entre regard et motricité, des variations de la répartition tonique corporelle du bébé, des perturbations de l'attention conjointe, des modifications des rythmes et de la synchronie des engagements interactifs, et des troubles dans l'interaction mimique.

Pour Joly, il s'agit d'une faillite indissociablement interactive et développementale [44]. Les indicateurs principaux de cette défaillance sont l'absence de pointage protodéclaratif et de poursuite oculaire, voire simplement d'accrochage du regard pendant le portage et le nourrissage.

L'absence ou l'altération du dialogue tonique va altérer la mise en place des toutes premières intégrations corporelles dans l'échange interrelationnel de ce que Stern a nommé les premiers accordages affectifs, et ce, quelles que soient les origines du trouble du dialogue tonico-émotionnel.

Par la suite les troubles du comportement locomoteur vont persister, concernant les fonctions motrices globales et fines, l'équilibre et les coordinations.

Sont également constatés des troubles dans l'intentionnalité et l'organisation des actions, notamment leur planification : la motricité ne remplirait ainsi pleinement son rôle structurant d'exploration de l'espace, l'enfant autiste la détournant en quelque sorte à des fins de stimulation sensorielle sans atteinte spatiale d'un but.

Des perturbations sont retrouvées également dans les aspects plus fins du contrôle postural. Ceci pourrait mettre en exergue un défaut de maturation des niveaux de représentation, et/ou une mauvaise utilisation de celles-ci : en effet le contrôle anticipé de l'action repose nécessairement sur une représentation du schéma corporel et des transformations de l'environnement, afin de prédire les répercussions d'un événement, qu'il soit produit par l'enfant ou lui soit extérieur, sur sa stabilité posturale.

Au final les enfants autistes présentent un large répertoire d'activités musculaires, mais à la différence d'enfants non souffrants, les leurs sont retardées, mal exploitées.

Ces troubles sont retrouvés en intensité variable dans le groupe élargi des enfants souffrant de troubles envahissants du développement : l'atteinte psychomotrice est variable, mais toujours présente.

- **Aspects génétique et psychodynamique.**

Les troubles de l'image du corps et le défaut d'investissement du schéma corporel précoces des enfants souffrant d'autisme et de troubles envahissants du développement, ont été particulièrement étudiés au point de vue psychopathologiques par le courant psychanalytique. L'enfant autiste ou psychotique n'a pas accès au symbolisme, ou de façon très partielle, le langage est

altéré ou inexistant, la communication se fait essentiellement sur un mode corporel, l'enfant vit dans son corps les mouvements et les états de son psychisme [59].

Si la « mère-environnement » ne peut pas assurer correctement sa fonction de contenance, l'enfant ne sera pas, selon Winnicott, protégé des angoisses archaïques de morcellement, de lâchage, d'anéantissement et de désorientation. Ce défaut précoce, advenant avant l'avènement de toute possibilité de symbolisation, provoque chez l'enfant un effondrement dépressif, la « dépression psychotique » : il ressent alors la perte de sa mère très concrètement au travers de son vécu corporel comme la perte d'une partie de sa propre substance corporelle [92].

Le corps ne permet pas d'unification qui serait un lien au psychisme, l'atteinte du Moi-peau (D. Anzieu) limite les capacités de l'enfant à élaborer une représentation de son corps et de sa propre existence à partir de son expérience de la surface du corps. Les limites enveloppantes corporelles sont défailtantes, il n'y a pas de Moi-peau suffisamment structurant et contenant. L'enfant autiste ne perçoit pas ou mal les limites entre les expériences externes et ses propres expériences internes, et son corps est en difficulté pour contenir ses états émotionnels [2].

La phase de séparation-individuation décrite par Malher ne se déroule pas de façon satisfaisante. Selon le modèle qu'elle décrit, l'enfant autiste qui n'a pas accès à la représentation de sa mère comme référence émotionnelle extérieure, ne peut ainsi pas se dégager de sa sensorialité interne, déniait la réalité extérieure, ce qui entraîne un défaut profond de la constitution de l'image du corps. Dans d'autres formes de troubles envahissants du développement, le processus de séparation-individuation peut être ébauché, l'enfant a une représentation de sa mère au moins en tant qu'objet partiel, le « principe maternant », mais auquel il est lié psychiquement de façon fusionnelle, toute tentative de séparation de cet objet « symbiotique » étant vécu comme une catastrophe pour l'enfant.

Pour lutter contre ce vécu, l'enfant va en permanence chercher à recréer au dehors un sentiment de contenance, ce que Tustin décrit comme un « délire de

fusion » avec l'environnement qui annule tout écart. L'enfant autiste utilise les qualités concrètes de surface d'objets alors nommés « objets autistiques » lui donnant l'illusion d'une continuité entre son corps et l'environnement (des parties de son corps, ou des parties du monde extérieure vécues comme appartenant à son propre corps). S'y ajoute la création de formes-sensations, que l'enfant se procure par les stéréotypies, les agrippements sensoriels ou les intérêts exclusifs, lui servant à atténuer sa souffrance et à se protéger de l'extérieur. L'enfant autiste doit ainsi sans cesse s'assurer du sentiment de continuité d'existence, par les éprouvés corporels, complètement clivés des solutions imaginaires. A côté de cette forme d'autisme qu'elle nomme « à carapace », Tustin a proposé d'autres distinctions, de la forme partielle « à segments » englobant certains aspects seulement de la personnalité, et les formes « confusionnelles » qui correspondrait aux autres formes de troubles envahissants du développement, caractérisées par un enchevêtrement Moi et non-Moi [86].

Quel que soit le mécanisme dominant en jeu, dans les troubles envahissants du développement, le modèle pour penser le corps est prélevé dans le monde extérieur et non pas issu progressivement de l'expérience du corps propre [63, 90].

Par ailleurs le processus autistique ou psychotique entrave lourdement la psyché de l'enfant, la laissant au prise avec des éléments archaïques β , tels que décrits par Bion, non transformables par la psyché maternelle. Le corps n'assume pas sa fonction de schéma de représentation, les projections du vécu corporel ne rencontrent pas d'entité métabolisante, elles sont « sans retour », altérant la différenciation soi/non-soi.

La fonction α maternelle est prise en défaut, le corps de l'enfant reste alors le lieu d'un amas d'impressions brutes, sensorielles et motrices, juxtaposées, sans significations, vécus corporels envahissants qui sont incompréhensibles, imprévisibles, et profondément angoissants [52].

Les éléments archaïques viennent entraver la mise en place des « identifications intracorporelles » précoces, décrites par Gèneviève Haag, et font échouer le processus de constitution de l'enveloppe psychique propre à l'enfant, par l'impossibilité de différenciation de l'objet.

Ainsi dans les formes les plus sévères, le défaut de contenance corporel laisse le corps comme lieu confus d'événements sensoriels, moteurs ou pulsionnels incompréhensibles, terriblement angoissants ou radicalement déniés, maintenant l'enfant dans un monde de formes et de matériaux, limitant son accès aux signifiants symboliques et à la relation d'objet.

Sans l'interrelation psychisante de l'autre, les réactions toniques et sensorielles autocentrées deviennent des mécanismes stériles de survie et des cercles vicieux d'enfermement [34].

Pour Meltzer, les perturbations sensorielles de l'enfant autiste sont telles qu'il ne peut percevoir que de façon très clivée les informations provenant des différents canaux sensoriels. Ainsi, se concentrant tour à tour sur l'un ou l'autre stimulus, il ne le synthétise pas, ce que l'on peut observer dans les intérêts restreints à une modalité sensorielle d'un objet (exemple classique du bruit des roues d'une petite voiture), sans le percevoir dans son ensemble. Le monde ainsi perçu est sans relief, sans perspective, sans volume, réduit à une juxtaposition de sensations. Dans ce monde sans profondeur, l'autiste développe une relation bidimensionnelle à l'objet, dont il ne perçoit que la surface et auquel il ne reconnaît pas d'intérieur, pas plus qu'il ne perçoit le sien. Le monde est plat, et non orientable (Houzel). L'enfant est collé à l'objet, sans espace interne pour développer sa communication ou sa pensée, mise en échec par cette identification adhésive dont il ne peut se défaire [60].

Pour Delion, l'enfant autiste en vient à trouver dans les moyens du corps la seule solution qu'il ait à sa disposition pour conserver, « malgré le travail psychique de déliaison qu'il porte en lui », un rapport avec l'objet. Ce rapport passe ainsi par le contact direct avec lui par le toucher, et la régulation par le tonus [19].

Il fait ainsi l'hypothèse qu'il existe en lien avec ce contact deux types de statuts psychiques correspondant : un « statut archaïque », et un « statut protopsychique ». Dans le statut archaïque, l'agrippement, le grasping, est un des premiers rapports au monde du bébé, et sa première manière de structurer les objets. S'enracinant dans les réflexes neurologiques archaïques, le grasping est accompagné psychiquement des phénomènes d'identification adhésive.

L'accès à la profondeur, à la tridimensionnalité, lui permet d'abandonner le grasping, de créer un espace entre lui et l'objet, et d'accéder au statut protopsychique, dans lequel la projection est possible, puis nécessaire. Pour Delion, c'est l'irruption des angoisses archaïques, que l'enfant n'arrive pas à symboliser, qui oblige l'enfant autiste à garder réellement le contact avec l'objet et à s'enfermer dans l'identification adhésive : ce maintien du contact corporel avec le monde mesure la difficulté de l'enfant à se le représenter et donc à s'en séparer. « Sa pensée *est* le contact avec l'objet ».

Nous venons de décrire la forme d'autisme la plus sévère, dans laquelle les altérations de contenance corporelle sont majeures. Dans d'autres cas, ou dans un processus évolutif en lien avec ses capacités cognitives, l'enfant va progressivement tenter de construire une image plus unifiée de son corps, mais le vécu corporel reste altéré, par le défaut de contenance, d'enveloppe, de limites. Apparaissent alors les vécus de morcellement et de clivage, modélisés par Haag, séparant le corps en deux parties disjointes, dissymétrie haut et bas, ou gauche et droite du corps. A ces vécus corporels plus ou moins angoissant de cassure, d'autres identifications intracorporelles viennent s'inscrire dans les jonctions articulaires, qui peuvent s'exprimer au travers d'attaques auto-agressives contre les plis articulaires [36].

Haag a proposé une grille de repérage, montrant l'évolution du vécu corporel en fonction de l'amélioration de la prise de conscience du schéma corporel. A chaque étape correspondent des angoisses corporelles archaïques en lien avec les différentes préoccupations de l'enfant, et permettant d'évaluer schématiquement à quel stade il se trouve.

A la première phase d' « autisme réussi », correspond le tableau le plus sévère que nous venons de décrire [38].

Lui succède la phase de « récupération de la première peau », avec un vécu de récupération du sentiment d'enveloppe corporelle, et l'apparition d'un repérage tridimensionnel de l'espace.

Dans la phase suivante, la phase « symbiotique installée », l'enfant est au prise avec des problématiques du clivage verticale de l'image du corps entre ses deux

hémicorps, puis horizontale, s'accompagnant de la confirmation de l'investissement de la moitié inférieure du corps.

La dernière étape enfin est celle de l'« individuation », où l'enfant est délivré de ses angoisses spatiales préalables.

La médiation corporelle permet de soutenir cette progression de l'enfant autiste.

b. Objectifs des médiations corporelles auprès des enfants autistes.

Pour l'enfant souffrant de TED, l'accès à la fonction symbolique est perturbé, voire impossible, mais l'accès à un mode de représentation intermédiaire semble être possible par l'appui sur le flux des informations proprioceptives et sensorielles. La persistance de la capacité à produire un comportement moteur témoigne d'une différenciation au niveau des processus de gestion de la conduite. C'est sur ces capacités que repose la prise en charge psychomotrice pour ces enfants.

Les troubles corporels de l'autisme peuvent être compris comme un échec du développement psychomoteur « ratage dramatique de la psychomotricité en tant que lien fondamental entre corps et psyché, entre sujet et objet, entre affect et représentation via les éprouvés du corps en relation » [45].

Le processus autistique viendrait entraver précocement le développement cognitif et psychoaffectif, en lien avec un défaut d'intériorisation du dialogue tonico-émotionnel précoce, entraînant la persistance d'événements sensorimoteurs qui ne peuvent se lier aux significations imaginaires organisatrices, habituellement fournies par l'entourage de l'enfant.

Puisque l'architecture même du corps, ses capacités, ses limites, ses fonctions et perceptions, n'ont pas pu être intégrés de manière fiable et permanente, la prise en charge des troubles corporels en lien avec le processus autistique s'appuie sur un travail portant sur les contenants corporels et les analogies corps-espace, dans une expérience partagée par l'enfant et le soignant, et a pour objectif d'aider à la construction du corps (de soi, de l'autre) comme « objet de connaissance par l'expérience » [52].

Pour Winnicott, la prise en charge thérapeutique permettrait, par l'intermédiaire du ressenti contre-transférentiel soignant, de relier les éprouvés de l'enfant aux angoisses archaïques qui les sous-tendent. Le rôle du psychomotricien dans la prise en charge d'une pathologie autistique serait alors assimilable à la fonction α maternelle décrite par Bion.

L'objectif de la médiation corporelle est de permettre via le corps, au travers de l'expérience de la rencontre avec une psyché (celle du soignant), de lier, de remettre en sens et de convertir en éléments pensables ces éléments archaïques : transformer les éléments sensorimoteurs non liés en une expérience psychomotrice, liant progressivement le somatique, le psychisme et la relation à autrui, et transformer cette sensorialité éclatée et confuse afin de permettre à l'enfant une appropriation progressive de son corps, par la restauration notamment du sentiment de contenance.

Les médiations thérapeutiques sont des dispositifs symbolisants (aidant à la symbolisation). Cependant les médiations corporelles s'appuient sur une symbolisation que les psychomotriciens disent « primaire », favorisant le passage par l'acte, l'expérience motrice et relationnelle au travers du jeu avec le soignant, support d'une symbolisation plus archaïque [44,51].

Après avoir resitué les supports théoriques prévalent à la mise en œuvre de l'escalade comme médiation thérapeutique, auprès d'enfants souffrant de troubles du spectre autistique, nous allons dans la partie suivante de repérer sous quelle forme mettre en place un tel atelier.

Le contenu et l'objectif de l'atelier peuvent être pensés en dégagant les spécificités intrinsèques de l'escalade, que l'on pourrait, à la suite d'Edlinger (1985), caractériser par « un afflux initial de sensations associées au plaisir secondaire d'un corps vécu dans une nouvelle dimension » [23]. En particulier essayons de décoder ce qu'il advient lorsqu'un enfant autiste grimpe, avant de proposer à quels enfants en particulier s'adresser.

A partir du cadre référentiel théorique, chaque institution va définir le cadre propre à l'activité qu'elle désire mettre en place, en fixer les conditions de fonctionnements, les objectifs, et les indications.

A partir de nos observations, ainsi qu'à partir d'une analyse de la littérature traitant le sujet qui nous intéresse, dans les ateliers proposés dans les structures sanitaires ou médicosociales, nous avons tenté de dégager une trame générale. En effet, nous avons pu repérer des invariants, reposant sur des réalités matérielles concrètes ou consécutives à des tâtonnements dans la mise en place du projet, et des réajustements au cours de l'expérience de la pratique.

Nous avons constaté une certaine cohérence entre les groupes, qui même s'ils ne fonctionnent pas exactement de la même façon ne présentent pas de divergence fondamentale. Il nous a également paru pertinent afin d'appuyer notre réflexion d'écouter ce que peuvent en dire les encadrants des groupes de sport adapté, car bien qu'ils n'aient aucune prétention thérapeutique, ils ont des objectifs, et ont du au fil des ans s'adapter à ce que les enfants autistes leur ont montré.

DEUXIEME PARTIE : PENSER UN ATELIER ESCALADE POUR LES ENFANTS AUTISTES.

*« Tout se joue, à tout moment,
entre le corps et l'espace, et il n'y a
pas de vie mentale qui ne soit
d'échange entre les deux (...).
Aucune pensée du dehors, sur les
sommets de l'abstraction, ne nous
offre de mots qui n'aient leur
histoire inscrite dans l'intimité de
nos profondeurs passées. »
Augustin Janneau, cité par
Geneviève Haag [40].*

I. PARTICULARITES MOTRICES, COGNITIVES, ET NEUROSENSORIELLES DE L'ESCALADE POUR L'ENFANT SOUFFRANT D'AUTISME.

L'escalade peut se définir comme un déplacement quadrupédique sur une surface verticale, dont l'enjeu est l'atteinte du sommet de la paroi, et exposant au risque de chute.

Ce déplacement nécessite que l'enfant construise une trajectoire et assure l'équilibre mouvant de son corps dans un nouvel espace, tridimensionnel, par des positionnements variés, parfois complexes, et anticipés, et ce avec les outils dont il dispose en fonction de son stade de développement psychomoteur, et nous l'avons évoqué, ses capacités neurocognitives, et ce malgré le processus autistique.

Etre capable de développer des possibilités d'anticipation motrices interroge l'accès aux processus représentatifs de l'enfant: représentation de son corps, de son corps dans l'espace, de son corps en mouvement dans l'espace. Il s'agit d'un travail cognitif complexe.

Dans un premier temps nous verrons quels sont les éléments conditionnant l'apprentissage de l'escalade, puis comment l'enfant autiste s'en saisit au travers des compétences cognitives et psychomotrices qui lui sont propres, et ce, en suivant les traces représentatives laissées par ses premiers apprentissages d'investissement du corps, du mouvement et de l'espace.

1. Les éléments d'une nouvelle motricité.

a. Aspects biomécaniques : le placement.

Si l'on s'intéresse aux aspects biomécaniques de l'escalade, c'est-à-dire l'ensemble des éléments structurant l'organisme lors d'un mouvement (muscle, os, et tendons) le passage de l'horizontalité bipédique à la verticalité quadrupédique se traduit essentiellement par une modification du centre de gravité.

Celui-ci est habituellement situé au-dessus du polygone de sustentation en position debout.

Le geste de grimper se distingue de la marche par la participation active des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire, l'enjeu étant de maintenir le corps constamment en équilibre, ou plus simplement dit, de rester suspendu à ses mains.

Pour le bas du corps, les mouvements des membres inférieurs consistent, comme lors de la marche, en l'alternance de transferts d'appui. Mais ici, les surfaces permettant lors de la marche d'assurer un maximum d'appui au sol, c'est-à-dire le talon et l'avant du pied, ne peuvent être utilisées. Les zones de pression sont plus instables et précaires, et concernent la pointe du pied, le côté interne (carre interne) et le quart externe (carre externe). Les membres inférieurs jouent donc comme points de levier, ou appuis auxiliaires.

Ce qui signifie qu'à la fois pour le haut et pour le bas du corps, grimper implique un bouleversement des habitudes d'investissement de la motricité.

L'escalade est un jeu d'équilibre et de déséquilibre, et de lutte contre la pesanteur : chaque modification d'appui va modifier la position du bassin, et déplacer le centre de gravité en de multiples positions selon le membre le plus en charge. Cela demande au grimpeur de constamment modifier ses appuis afin de répartir au mieux le poids du corps, et d'effectuer entre chaque position des transferts de poids. Il s'agit d'éviter de se retrouver en position figée sur quatre points d'appui.

C'est l'alignement entre les mains, le centre de gravité et les pieds qui permet en fait la meilleure répartition. Plus précisément, le placement le plus stable et le moins coûteux en énergie est celui dans lequel l'enfant prend appui sur deux prises alignées

verticalement, pied et main opposée. Rapidement l'enfant perçoit que pour avancer, il est nécessaire que ses mains ne soient pas au même niveau, et que la main et le pied le plus haut ne doivent pas être du même côté, sous peine de créer un effet charnière attirant le reste du corps en arrière et le déséquilibrant.

Si par exemple alors que les mains soutiennent le plus de poids, le bassin du grimpeur est aligné à la verticale du point d'appui, cela va lui demander un gros effort pour se hisser au dessus de son centre de gravité car tout le poids de son corps sera supporté par ses bras.

Alors que s'il décale son bassin en prenant des appuis plus solides sur ses jambes, il diminue l'effet du couple de rotation, et l'effort sera beaucoup moins intense, car plus de poids sera réparti sur les membres inférieurs, groupe musculaire plus puissant.

Le poids du corps mieux réparti, l'équilibre assuré, il est alors facile de supprimer un appui pour aller chercher la prise suivante.

Trouver rapidement le juste placement du corps procure une sensation justifiée et réelle de sécurité, et permet une élévation efficace réalisée avec moins d'effort.

La sollicitation croissante des membres inférieurs durant la pratique de l'activité est d'ailleurs le signe d'une évolution favorable dans l'apprentissage de l'escalade, la compréhension d'une nouvelle façon d'équilibrer son corps en fonction des charges mouvantes entre les différents groupes musculaires.

Ainsi, rapidement confronté à la nécessité de s'adapter pour progresser sur la paroi, le grimpeur abandonne ce qui ressemblerait à un simple redressement quadrupédique tel qu'on l'utilise pour grimper à une échelle.

Grimper ne se résume donc pas à une utilisation nouvelle du haut et du bas du corps, mais nécessite également des transferts de poids entre les deux hémicorps droit et gauche, afin d'assurer l'équilibre du corps dans son ensemble.

L'apprentissage de l'escalade permet d'acquérir ces techniques de transfert d'appuis : mise en charge sur un membre, changement de pieds, de mains, adhérence

à la paroi. C'est donc le corps dans sa globalité qui est sollicité et utilisé pour permettre la progression.

b. Les moyens de progression.

Se mouvoir en verticalité implique également d'utiliser de nouveaux appuis, ceux proposés par le milieu vertical, c'est-à-dire la paroi et ses aspérités.

Le rocher comme la paroi artificielle est immobile, et immuable. Ainsi pour l'enfant qui escalade, l'incertitude informationnelle spatiale, temporelle ou événementielle est quasiment nulle.

Pour progresser le grimpeur doit utiliser des points d'appui, des prises, pour ses mains et pour ses pieds. Les possibilités de préhension des prises offertes par la paroi vont varier en fonctions des qualités physiques des supports. La paroi peut être plus ou moins adhérente, notamment en extérieur selon la géologie du rocher. La verticalité plus ou moins marquée (dévers, toit) influe également sur les possibilités de préhension, ainsi que le type de configuration, les formes, les volumes de la paroi (dièdre, fissure, angles, bombés...).

Le type de prises va également être changeant, de part la taille, ou sa forme plus ou moins saillante, adhérente ou fuyante.

Le sens de préhension des prises de mains va déterminer en grande partie le positionnement du corps, et son équilibration. La surface fonctionnelle d'une prise peut occuper toutes les positions autour d'un cercle.

Ainsi pour les prises horizontales la force de traction des membres supérieurs s'oppose directement à la pesanteur. Les prises verticales sont plus délicates, car il faut exercer une force d'opposition avec les membres inférieurs pour bien les saisir : ces prises peuvent être saisies par le dessus et tractées ou poussées en pronation oblique.

On trouve également les prises inversées, saisies en supination par le dessous, sur lesquels le grimpeur s'équilibre ou s'oppose à l'appui des pieds. Ce type de préhension est très propice à la compréhension des oppositions entre segments supérieurs et inférieurs.

Le grimpeur va également utiliser les angles, les dièdres, les arêtes du mur ou de la paroi à sa disposition. Il peut poser ses pieds sur des prises, ou en adhérence contre le rocher. Les préhensions de pied sont la carre interne, pour les prises saillantes, mais aussi certaines adhérences et rebords très fins ; la carre extérieure pour progresser de profil, en opposition, dans les dièdres ou les traversées ; l'appui frontal pour les adhérences ; le crochetage du talon, utilisé pour les rétablissements ou en dévers, et le crochetage de pointe, servant de point d'appui inversé et d'équilibre dans les dévers et les toits.

Ainsi selon le placement des membres inférieurs sur les points d'appui, selon les possibilités de préhension des prises de mains, et l'utilisation des possibilités du support, de nouvelles postures vont être mises en place au fur et à mesure de l'apprentissage de l'escalade et de la meilleure capacité à s'équilibrer sur la paroi.

Le nombre et la qualité des prises, la difficulté des enchaînements, l'inclinaison de la paroi, la hauteur, vont conditionner la cotation de la voie.

c. Le système d'assurance.

Dans ce nouvel espace de déplacement, le système d'assurance tient une place déterminante. L'assurance est une chaîne constituée de plusieurs éléments qui sont omniprésents dans la pratique de l'activité, et nécessaire à la sécurité de tous. L'apprentissage de l'assurance est inhérent à celui de l'escalade, y compris chez les enfants présentant des troubles du spectre autistique.

Au centre du système il y a la corde reliant les deux baudriers du grimpeur et de son assureur. La corde est fixée au baudrier du grimpeur par un double nœud de huit.

L'assureur quant à lui est relié à la corde par un descendeur permettant à la corde de coulisser dans un sens ou dans l'autre. Le rôle principal de l'assureur est de ne jamais lâcher la corde et de la faire coulisser selon les besoins du grimpeur. Il peut être aidé par un contre assureur, qui lui ne fait que tenir la corde en permanence. Avec des enfants en difficulté pour se représenter le risque ou interagir avec leur entourage, le contre-assurance est nécessaire.

Dans la médiation escalade que l'on souhaite mettre en place, l'idée est de réduire au maximum le sentiment de prise de risque, et donc de limiter au maximum la nécessité d'engagement. Nous nous contenterons donc d'exposer les particularités de l'escalade en moulinette, dans laquelle la corde passe tout en haut de la voie dans un système de mousquetons fixes. Dans l'escalade dite en tête, en effet, les choses sont plus complexes. L'expression grimper en tête dérive de l'alpinisme, « grimper en tête de cordée ». Ici c'est le grimpeur qui installe au fur et à mesure de sa progression des dégaines dans lesquelles il va passer la corde. S'il tombe, c'est la dernière dégainé posée qui le retient. Ainsi selon l'écartement des points, la chute sera plus ou moins haute.

En moulinette, pendant que le grimpeur progresse, le rôle de l'assureur est de tirer sur la corde afin qu'elle soit toujours à peu près tendue. Bien sûr la corde va dans les deux sens, il ne faut donc jamais que l'assureur la lâche, sinon entraîné par son poids le grimpeur tombe. Ceci se fait donc d'une manière bien précise, exigeant une coordination des membres supérieurs pour qu'en permanence la corde soit retenue. Il existe également des descendeurs autobloquants, les Gri-gri, pourvus d'un système de blocage automatique en cas de traction brutale sur la corde, c'est-à-dire de chute.

Le grimpeur a donc en permanence la sensation de traction sur le baudrier, qui bien que modérément, le soulage partiellement de son poids. Il a également en permanence la sensation d'être retenu, et ne chute que de quelques centimètres s'il tombe. Dans ce type d'escalade, le grimpeur n'a finalement qu'à se préoccuper de grimper.

L'assureur doit en permanence ajuster la tension et la longueur de la corde afin de ne pas gêner la progression du grimpeur, en tirant sur son baudrier, tout en retenant correctement la corde pour ne pas que la hauteur de chute potentielle soit trop importante.

Enfin, la descente met également en jeu le système s'assurance, qui évite d'avoir à désescalader la voie. Le mode de descente le plus simple et le plus usité est la descente simple en moulinette : l'assureur tend bien la corde, le grimpeur s'assoit dans son baudrier, et l'assureur fait coulisser la corde et descend le grimpeur doucement jusqu'au sol.

Le grimpeur doit donc tenir compte de l'assurance lorsqu'il grimpe, en plus des différents moyens de progression dont il dispose.

d. Mouvement et déplacement.

Pour que son geste soit efficace, l'enfant doit stabiliser sa posture, et libérer des parties de son corps à la recherche d'informations. Ainsi la progression se découpe en alternance d'accélération et de phase de récupération, propices à la prise d'information pour la construction du projet d'action.

Dans une perspective cognitive, tout mise en place d'un projet moteur nécessite la prise en charge des contraintes qui lui sont inhérentes.

L'enfant doit donc élaborer des synergies fonctionnelles tenant compte de la pesanteur, de la suspension, du jeu des oppositions de prises, tout en intégrant les interactions des différentes parties du corps entre elles. Mais il doit également tenir compte de la pertinence environnementale (forme, position, distance des prises qu'il cherche à atteindre).

Il doit donc à la fois contrôler les forces qu'il produit et celles exploitables dans l'environnement, afin d'atteindre le but fixé, celui, objectif, d'atteindre le sommet.

A chaque posture, l'enfant doit accomplir cette tâche, et élaborer le projet moteur lui permettant d'atteindre la prise suivante.

Ainsi pour aboutir au but terminal, il doit construire son itinéraire sur la paroi, en séquençant son cheminement en un certain nombre de sous buts intermédiaires tels que sélectionner les prises, ajuster ses préhensions, trouver des postures stables, des postures de repos (dites de « moindre effort »), transporter le corps...

Plus le grimpeur s'éloigne des conditions usuelles de la quadrupédie redressée (grimper à l'échelle), plus le nombre de segments musculo-articulaires impliqués dans l'action est élevé, plus il y a donc de contraintes au projet moteur, plus le processus de régulation est complexe, le grimpeur devant alors adopter des stratégies motrices originales (pied-main, renversement...).

Le déplacement en escalade consiste donc à progresser en alternant postures et mouvements, équilibre et déséquilibre, dans une dialectique de collage et de décollage de la paroi. Pour repérer au mieux son environnement immédiat, tout comme au moment de l'initiation du mouvement, l'enfant doit en effet accepter de se décoller de la paroi, de s'en reculer.

Parmi les contraintes dont doit tenir compte le grimpeur, intervient alors la contrainte du risque. Toute erreur dans l'évaluation de la situation va être sanctionnée par la chute. Il s'agit donc pour le grimpeur d'évaluer ce risque de chute.

La contrainte de risque objective comporte l'incertitude sur la qualité de la prise lors du premier passage de la voie, l'évaluation de la hauteur de chute, et la qualité de la réception. Ce risque est réduit par la sûreté du matériel, le respect des consignes de sécurité, et la discipline des grimpeurs et des encadrants.

Cependant, comme nous l'avons évoqué en première partie l'évaluation du risque en escalade est éminemment influencée par l'estimation subjective du risque encouru, dépendant non seulement du niveau d'expertise mais aussi du ressenti du grimpeur : les grimpeurs estiment ainsi que l'évaluation du risque englobe de façon indissociable le « risque concret » et le « risque induit » [48].

Nous développerons donc cet aspect au titre des enjeux affectifs de l'escalade.

Ce qui est néanmoins certain, c'est que la prise de risque est maximale à l'instant du déplacement, au moment où l'enfant décide précisément de libérer activement un de ses bras, ou une de ses jambes, de lâcher une prise.

De la posture, et de l'anticipation sur les moyens de préhension, découle ainsi le mouvement. Le corps dans son ensemble est mobilisé pour chaque geste sous peine de chute.

Le décor du grimpeur est donc planté : la verticalité, et les remises en question motrices qu'elle implique, le mur et les possibilités de préhension qu'il offre, et la chaîne d'assurance.

L'accès à la verticalité n'induit pas seulement une nouvelle façon de se déplacer : elle modifie les représentations spatiales du grimpeur, ouvre l'accès à une tridimensionnalité qui structure l'espace de façon inhabituelle. Ce nouvel espace de mobilité induit une modification du vécu corporel, et une nouvelle utilisation du milieu. Le principal problème en escalade consiste ainsi à intégrer les différents courants informationnels permettant de construire une nouvelle image du corps en mouvement dans une dimension verticale : il s'agit donc d'un problème adaptatif, qui met l'enfant autiste en situation d'apprentissage. Comment l'enfant autiste va-t-il déterminer dans la complexité du milieu les éléments pertinents pour l'exécution de la tâche, les intégrer et les utiliser pour construire ses placements et déplacements avec ses particularismes?

2. Apprendre à grimper.

a. Particularités sensorielles.

La vision, la proprioceptivité et le tact vont être utilisés comme principaux outils réceptifs.

Concernant la vue, Dupuy a étudié les stratégies visuelles de grimpeurs, et montré que l'escalade peut être considérée comme une succession de pointages visuo-manuels ou visuo-podaux sur des reliefs identifiés comme favorables [21].

Le repérage visuel est ainsi à la base du mouvement. C'est le cas pendant l'ascension de la voie comme avant le départ de l'enfant, qui va tâcher de repérer visuellement sur la paroi quelles prises il va pouvoir utiliser.

En paroi naturelle, les prises font partie intégrante du support, elles sont fondues dans le rocher, il s'agit donc de repérer les aspérités, les reliefs, les fissures.

C'est ainsi sa capacité visuelle à détecter les formes, les reliefs, la profondeur, qui va guider l'enfant.

En salle, les prises artificielles sont réparties sur le mur, et plusieurs voies coexistent sur la même ligne. Les voies se distinguent les unes des autres par la couleur des prises qui la constitue. Ainsi le jeu est de n'utiliser que les prises d'une même couleur pour atteindre le sommet. A la vision en relief et en profondeur s'ajoute alors l'utilisation de la discrimination des couleurs.

La vue permet ainsi de repérer les prises potentielles, fournissant la trame sur laquelle va être élaboré le projet d'action. Une fois traitée, l'information visuelle va permettre la construction de processus représentatifs en termes de trajectoire.

Ce n'est pas son seul rôle.

En effet la vue est également impliquée dans la régulation de l'équilibration statique et dynamique. Dans les conditions normales, celle-ci est assurée par l'action combinée de quatre types d'informations : labyrinthiques, visuelles, tactiles et proprioceptives, par l'intermédiaire des noyaux vestibulaires, associés au système cérébelleux.

En conditions instables l'équilibre peut être alors assuré par des interactions entre réflexes posturaux complexes, ayant pour origine les yeux, l'appareil vestibulaire et les récepteurs proprioceptifs. C'est donc la régulation synergique de tous les mouvements de déplacement corporel, grâce aux informations proprioceptives, visuelles et labyrinthiques qui permet le maintien de l'équilibre.

Assaiante et son équipe ont étudié les liens entre l'utilisation de la vision périphérique et le contrôle de l'équilibre dynamique chez l'enfant de 5 à 12 ans [3].

Ils ont constaté que placé dans des situations inhabituelles de déséquilibre et de rapport à la pesanteur, le système labyrinthique qui assure en situation ordinaire la plus grande part de la régulation peut être dépassé. Or on a vu que le grimpeur doit en permanence rééquilibrer son corps dans des positions tout à fait inhabituelles.

La vue prend alors en escalade un rôle prédominant dans le maintien et le contrôle de l'équilibre, en venant supplanter le système labyrinthique pris à défaut et doubler les informations proprioceptives.

Ainsi, les informations visuelles portent sur les détails spécifiques de l'environnement (prises, reliefs, distances relatives...) et leurs variations de position en fonction du déplacement du corps, mais aussi sur la position du corps dans l'espace, et les rapports des différents segments du corps entre eux.

L'information proprioceptive, quant à elle, provient du système proprioceptif, intégrant les informations d'origine musculaire de tension et de vitesse, les informations articulaires, cutanées et intéroceptives.

Concernant la perception des actions, des positions et des mouvements, la proprioception musculaire est prédominante.

L'enfant doit également tenir compte de et intégrer la traction éventuelle de la corde sur son baudrier, qui nous l'avons dit va le soulager d'une partie de son poids en moulinette.

Enfin, s'associant à la vue et à la proprioceptivité, le tact apporte des informations de forme et de consistance du support.

La main est l'organe privilégié de recherche des informations tactiles. En escalade, le rôle dominant dévolu aux membres supérieurs dans le maintien de l'équilibre donne aux informations tactiles manuelles une valeur qui les rapproche des informations plantaires dans la station debout [84].

Avec la pratique la discrimination augmente, et la finesse d'analyse des prises permet leur meilleure utilisation. Les sensations perçues par le toucher des prises vont alors permettre de capitaliser un répertoire de formes et de volumes.

L'enfant va alors apprendre à déduire du repérage visuel les propriétés tactiles supposées des prises.

Pour la psychologie cognitiviste, cette capacité repose sur plusieurs mécanismes d'interaction et de stratégies d'encodage variables selon les circonstances, le stade de développement, les contraintes et propriétés du milieu [82].

Une part importante du travail de traitement de l'information consiste en l'intégration complémentaire d'informations sensorielles provenant de différents canaux dont les principaux sont la proprioception, la vue et le tact.

En plus de ce travail d'intégration, est à l'œuvre la capacité de transfert intermodal : ainsi une information prélevée par la modalité sensorielle tactile, va secondairement l'être par la modalité visuelle : par l'expérience de préhension tactile, l'enfant finit par extrapoler les propriétés d'une prise par la vue. La transmodalité permet de traduire les informations reçues dans une modalité sensorielle donnée en une autre modalité sensorielle.

De plus, il existe chez l'être humain un capital de neurones multimodaux, notamment bimodaux visuo-tactiles, permettant une intégration multisensorielle.

Ces compétences ne sont pas le seul fruit de l'expérience, mais en partie innées.

Les capacités d'intégration sensorielle, de transfert de modalités, s'affinent tout au long du développement psychomoteur de l'enfant, mais constituent la base de celui-ci : le corps du bébé est sa première source d'information, son premier lien avec le monde, et le support précoce des premières représentations.

L'évolution des connaissances du bébé et de ses compétences précoces a ainsi conduit plusieurs auteurs à considérer que les activités perceptives multimodales sont essentielles pour comprendre le développement cognitif : la perception suffit à l'apprentissage, et ce dès la vie in utero de l'enfant [22].

Stern a notamment modalisé cet aspect des compétences du bébé, en développant les concepts de transmodalité et de perception amodale : tout comme l'enfant qui grimpe doit combiner plusieurs sources d'informations sensorielles pour avancer sur la paroi, l'enfant perçoit qu'un même objet puisse produire plusieurs stimuli sensoriels différents. Les informations sensorielles peuvent ainsi être recombinaisons, déplacées, intégrées [28, 82].

Le nourrisson serait préstructuré pour réaliser des transferts transmodaux d'informations qui permettent de reconnaître une correspondance par exemple entre le toucher et la vision, mais il serait aussi capable d'une perception amodale innée, transcendant le mode ou la modalité d'une façon « supramodale ».

« Ces représentations abstraites dont le bébé fait l'expérience ne sont pas des images, des sons, des touches et des objets qu'on peut nommer, mais plutôt des formes, des intensités et des figures temporelles -- les caractères plus "globaux" de l'expérience » (Stern).

La réunion des informations, qu'il perçoit de façon cohérente, permet à l'enfant de repérer des synchronies temporelles et spatiales sur la base d'informations répétées à travers plusieurs modalités sensorielles.

Pour le grimpeur ceci s'illustre par exemple au moment des phases les plus propices à la recherche d'information que sont les phases de récupération, dites de « moindre effort ».

Elles sont sous-tendues par une compréhension optimale du rapport force-équilibre, pour ainsi dire de la qualité de l'intégration des informations proprioceptives et tactiles.

Par ailleurs, les bras tendus pour soulager les membres supérieurs, elles permettent de s'éloigner de la paroi, et d'ouvrir le champ visuel verticalement et latéralement à la recherche de prises qui seront sélectionnées pour leurs qualités de préhensibilité supposées.

L'accordage visuo-tactile et visuo-proprioceptif va permettre le repérage des prises, leur sélection, le déclenchement des mouvements et leur précision. Une analyse rapide et permanente de la situation se met ainsi en place, s'appuyant sur les capacités perceptives. Ceci va permettre de déclencher les actions nécessaires au maintien de l'équilibre ou à son rétablissement après un enchaînement de mouvements.

Des sensations au mouvement, est à l'œuvre l'intégration sensorimotrice, dans la construction du projet moteur et dans la progression dans l'apprentissage de l'activité.

Il existe plusieurs hypothèses quant aux dysfonctionnements sensoriels constatés chez les enfants atteints de troubles du spectre autistique : l'altération de la modulation sensorielle ou l'altération du filtrage, dysfonctionnements des transferts intermodaux, surfonctionnements perceptifs [32, 56, 62]... Entre hyperstimulation sensorielle, dans des conduites stéréotypées, ou terreur déclenchée par certains sons, ou stimuli visuels, le monde sensoriel des enfants autistes nous est étranger.

A ce titre les témoignages d'adultes autistes ayant surmonté leurs troubles de la communication est assez exemplaire, comme par exemple Temple Grandin,

rapportant son incapacité à « moduler la stimulation auditive » [33]. Elle rapporte également son hypersensibilité tactile, vécu comme extrêmement douloureuse, et ce qu'elle décrit comme la pensée visuelle : « penser pas le langage et les mots m'est étranger. Je pense entièrement en images ».

Pour Gepner, la problématique neurosensorielle des sujets autistes se joue à plusieurs niveaux : ils ont des difficultés dans la perception et la synchronisation des événements ou flux sensoriels en provenance du monde environnemental, mais également dans le couplage sensorimoteur venant altérer les événements moteurs et de communication verbale et émotionnelle [32]. « Le monde environnant va trop vite et change tout le temps pour certains enfants autistes » (Gepner). L'inscription et l'intégration du mouvement, de la durée et du temps dans le corps et la pensée de l'enfant autiste se font de manière désynchronisée et fragmentée, discontinue et incohérente.

Ainsi que le décrit Grandin, certains enfants essaient de compenser en partie ou de se défendre contre ce magma confus en le ralentissant, en utilisant les stéréotypies ou en surinvestissant certains stimuli, ou par l'intermédiaire du collage à l'objet [32]. « J'ai découvert que je pouvais couper les bruits pénibles en m'adonnant à des comportements autistiques, stéréotypés et rythmés. Parfois je peux me débrancher » (Grandin). Les stéréotypies et les recherches d'autostimulation ont ainsi une fonction pour l'enfant autiste, au moins d'apaisement [34].

L'équipe du STAPS de l'université d'Aix-Marseille, menée par Therme, s'est en particulier intéressée aux compétences motrices des enfants psychotiques. Ils ont orienté leur positionnement théorique en faveur d'une importante performance des compétences proprioceptives des enfants psychotiques dans les processus de régulation et de contrôle de la motricité. S'ils se sont ensuite attachés à appliquer leurs constatations à l'activité escalade, c'est après avoir observé l'attrait spontané de nombreux enfants souffrant de troubles autistiques pour ce qu'ils ont nommé des « pratiques d'escalade ». Ils constatent alors d'« étonnantes capacités d'apprentissages moteurs (...) indissociables des caractéristiques de l'activité escalade ». Plus précisément, pour eux cette facilité d'apprentissage moteur de

certaines enfants psychotiques en situation verticale serait en lien avec le « flux proprioceptif » particulier constituant l'escalade.

Dans cette perspective, les conduites de recherche de hauteur peuvent aussi se comprendre comme un jeu sensoriel de stimulations scopiques et proprioceptives, probablement soutenu par la recherche de profondeur.

L'escalade peut être en effet un support d'étayage des capacités d'intégration sensori-motrices, dans le sens où elle nécessite un accordage visuel, tactile et proprioceptif, dominé par l'absence d'incertitude informationnelle temporo-spatiale, et l'immuabilité de la paroi. Mais aussi dans le sens où elle crée un véritable enveloppement sensoriel, sonore et visuel, lui aussi contenant.

Outre cet aspect l'escalade autorise aussi à l'enfant des stimulations sensorielles de balancement, de portage, qui sont pour lui source d'autosatisfaction érotique et de plaisir, et permettent des moments de récupération.

b. Corps et mouvement.

La structuration spatio-temporelle de l'ensemble des actions motrices, s'organise autour du maintien de l'équilibre du corps : l'escalade pose des exigences inhabituelles sur le plan de la motricité et impose l'exploration de nouvelles conduites motrices. L'incertitude informationnelle est réduite, l'enfant doit se concentrer essentiellement sur son vécu corporel pour ne pas être déséquilibré et chuter.

De façon assez fréquente, certains enfants autistes par ailleurs très maladroits, ayant des difficultés de coordination psychomotrice en situation usuelle de bipédie, se montrent paradoxalement étonnamment performants dès qu'il s'agit de se déplacer en verticalité.

Arnaud, 5 ans, est suivi à l'HDJ de pédopsychiatrie depuis un an et demi, en raison de TED sans atteinte du langage, marqués essentiellement par une grande confusion entre le soi et le non-soi, une altération de la perception de la réalité, une absence de capacité de symbolisation, et des difficultés d'apprentissage dans différents domaines. Il est également en proie à d'importantes angoisses au contenu violent, cru, et morbide, dont il se défend en se mettant à rire de façon forcée lorsqu'il

les évoque, ou à chantonner en secouant la tête. En grande difficulté relationnelle avec ses pairs d'âge, il se montre souvent séducteur et dans le collage avec les adultes, et bien qu'il les différencie, il est capable de suivre n'importe quel étranger dans la rue.

Arnaud a visiblement des gros troubles du schéma corporel, il n'arrive pas à faire un bonhomme en pâte à modeler, et à peine à en dessiner ; ses personnages sont toujours morcelés, non liés, disproportionnés. Il fait montre par ailleurs d'une grande maladresse psychomotrice : malgré plusieurs tentatives avec son père, Arnaud n'arrive toujours pas à faire du vélo. Il a du mal à courir, ou à taper correctement dans un ballon, d'ailleurs il est toujours mis à l'écart quand les autres jouent au football.

Pourtant, à l'accrobranche, il se montre agile, performant, respectueux des consignes de sécurité. Il est tout le temps devant, passe des ateliers exigeant une coordination motrice et équilibre sans difficulté. Sur la dalle d'escalade, il se place spontanément en position de moindre effort, réalise des transferts de poids, des changements de pied, écoute les consignes, et finalement se montre parmi les plus habile.

L'acquisition et le développement d'une habilité motrice aussi complexe que l'escalade sont sous-tendus par divers niveaux de régulation de la conduite, de la régulation motrice réflexe à la mise en place de stratégies d'anticipation globale du geste.

- **Régulation posturale et anticipation.**

La coordination entre posture et mouvement repose sur le contrôle postural, fondamental pour soutenir, stabiliser, et orienter le corps avant, pendant, et après les actions.

En condition usuelle de déséquilibre soudain, les ajustements posturaux permettant de retrouver l'équilibre sont rétroactifs et réflexes.

Dans le geste volontaire au contraire la posture est contrôlée par anticipation à l'aide des « ajustements posturaux anticipés (APA) », permettant de préparer le mouvement, d'assurer l'équilibre et la posture, et d'anticiper le mouvement en termes de force ou de vitesse [45].

En escalade, le déséquilibre entraîne la chute. L'apprentissage de l'escalade consiste donc à anticiper les perturbations posturales, par l'acquisition et la mise en place d'APA pertinents pour éviter de tomber. Cette acquisition repose sur la transformation de corrections posturales, consécutives à une perte de stabilité, en ajustements anticipés, associés au mouvement ; c'est-à-dire au passage d'un contrôle rétroactif à un contrôle proactif sur la base de l'expérience [61].

Par ailleurs, dans un premier temps la dissociation et la coordination segmentaire vont être nécessairement impliquées dans la progression verticale : les enfants vont dissocier, décomposer chaque mouvement en un ensemble de sous-mouvements donc chacun nécessitera l'élaboration d'un projet moteur.

Par exemple lors d'un changement de pied : décaler son bassin, poser le pied sur l'autre ou faire un petit saut tracté sur les bras, changer de pied, décaler son bassin pour remettre en charge...Par répétition, cette dissociation se fait ensuite de façon semi-automatique, puis le mouvement devient de plus en plus inconscient et involontaire, coordonné et harmonieux, par sous-corticalisation.

L'habileté motrice s'élabore alors comme l'intégration d'habiletés élémentaires préalablement acquises. L'apprentissage se fait donc petit à petit, par une meilleure régulation des mouvements, par une meilleure adaptation aux contraintes et opportunités de l'environnement. Le corps apprend.

Les jeunes enfants maîtrisent très tôt, après l'acquisition de nouvelles habiletés motrices, les APA qui y sont associés. De plus la maîtrise de la fonction d'anticipation posturale s'accroît progressivement au cours de l'enfance pour atteindre le niveau de l'adulte, jusqu'à des âges assez avancés dans le développement.

En fait dès l'âge de 2 mois le bébé passe d'un système d'actions préadaptées réflexes, à un système d'actions volontaires et plus contrôlées, mais les deux modes de contrôle, rétroactif et proactif continuent à se développer tout au long de l'enfance : à 8 ans ils ne sont toujours pas superposables à ceux mesurés chez l'adulte dans la même situation [45].

De même l'analyse de la posture à l'état stable, chez les enfants en escalade, c'est-à-dire entre chaque mouvement et ajustement posturaux les précédant, montre que les enfants de 7 à 10 ans ont tendance à se placer à l'aplomb des prises, alors que les 10 -15 ans se placent légèrement en arrière du plan vertical des prises, ce qui leur permet d'être moins déséquilibré à l'initiation du mouvement [83]. Au grès de sa croissance l'enfant va donc mobiliser des ressources différentes et de plus en plus précises. Les enfants sont ainsi plus sensibles à la durée de la prise d'information, et l'influence de l'expérience motrice est plus accentuée que chez les adultes. Plus l'enfant grandit, moins il aura besoin d'essais pour intégrer une nouvelle coordination motrice.

Les enfants souffrant de troubles autistiques ont recours préférentiellement à un contrôle rétroactif de la posture au détriment du mode de contrôle anticipé, et les APA sont mal synchronisés avec le mouvement volontaire [45]. L'ensemble des dysfonctionnements moteurs dans l'autisme provoquent des troubles des fonctions exécutives, c'est-à-dire de la planification d'une tâche, du raisonnement, de l'abstraction, de la flexibilité attentionnelle... [40, 74, 79, 88].

L'apprentissage moteur est plus lent et moins bien structuré que chez des enfants témoins. Il revêt plusieurs aspects: une forme consciente, ou explicite, une forme inconsciente ou implicite, et enfin l'imitation [56].

L'apprentissage explicite est fondé sur la mémorisation des événements et des règles. Les enfants autistes sont en difficulté pour comprendre les règles et les appliquer, et ont besoin qu'elles soient décomposées pour les rendre plus accessibles. L'apprentissage implicite se crée par la répétition un grand nombre de fois d'une activité automatique. Les enfants autistes ont besoin d'un plus grand nombre de répétitions que les autres enfants pour acquérir les automatismes. L'escalade leur offre l'occasion à chaque mouvement de créer cette répétition.

Quant à l'imitation, nous en parlerons un peu plus avant.

La mise en place de stratégies anticipatoires fait partie de l'apprentissage de l'activité : le grimpeur apprend à repérer, avant de commencer sa voie, puis pendant qu'il progresse, les prises qu'il va utiliser, et anticipe sur les positionnements qu'il va devoir mettre en place : c'est la lecture de la voie.

Plus il aura de références visuelles et tactiles, plus son répertoire gestuel sera grand, plus il pourra anticiper, et déduire de l'observation des prises l'enchaînement des mouvements.

La lenteur de la maturation des capacités d'anticipation rend compte de la complexité des mécanismes impliqués, que se soit la croissance des muscles, du squelette, ou la maturation du système nerveux ; ces modifications influencent les représentations du corps à la fois dans ses propriétés biométriques et cinétiques, et dans son interaction avec l'environnement.

Une activité motrice aussi complexe que l'escalade va servir de support au développement des fonctions exécutives de l'enfant autiste, et ce malgré ses difficultés précoces à adapter son tonus et ses actions sensori-motrices en fonction de l'environnement.

Par ailleurs chaque mouvement est une remise en cause de la stabilité, nous l'avons vu dans une dialectique équilibre/déséquilibre sans cesse renouvelée : il n'y a pas de place ici pour les stéréotypies motrices, qui viendraient entraver le mouvement et donc provoquer la chute. De même, l'escalade ne peut pas s'intégrer sur un mode de stéréotypes moteurs qui n'auraient plus qu'à être reproduits une fois acquis, car chaque voie est différente, et nécessite l'enchaînement de mouvements variés [76].

Au fur et à mesure de son développement et de l'apprentissage de l'escalade, les stratégies d'anticipation de l'enfant vont se développer, se complexifier, avec la maturation des capacités cognitives, l'amélioration de son investissement corporel et de ses représentations spatiales [1].

- **Le corps et l'espace.**

Selon les stades de développement tels qu'ils sont décrits par les psychogénétiens, la nature géométrique des relations spatiales va évoluer, construisant une représentation de l'espace de plus en plus complexe, des premières relations topologiques jusqu'à l'espace euclidien, dont la représentation ne s'achèvera qu'avec l'acquisition du stade des opérations formelles vers 11-12 ans.

Ainsi les constances perceptives de grandeurs et de formes, acquises dès la première année, se complexifient en surface, distance et volume durant toute l'enfance. Pour Piaget, les mouvements sont la source des connaissances spatiales, qui vont à leur tour déterminer l'ensemble des conduites motrices : le mouvement permet l'exploration et l'interaction comportementale [67].

En fait dès 3-4 mois l'enfant perçoit la relation entre les différentes parties de son corps, est sensible aux positions relatives de ses membres et perçoit la profondeur [8].

La motricité apparaît alors comme une structure assimilatrice, transformatrice et génératrice d'ordre spatial, par le positionnement du corps et son transport au fur et à mesure de la constitution d'invariants posturaux géocentrés par rapport à la pesanteur et aux forces de gravité [65, 69].

L'escalade entraîne une modification des perceptions spatiales : les limites du mur, le placement et le déplacement entraîne une perception plus fine de l'espace, et de ses représentations. Le but à atteindre est fixe, stable, visible, ancré dans la réalité, moins sujet à réinterprétations comme dans une pratique plus relationnelle par exemple. La verticalité ouvre l'espace de façon nouvelle.

Les mouvements de collage et de décollage successif de la paroi, mais aussi les paradoxes comportementaux primitifs comme haut/bas, devant/derrière, vertical/horizontal, pousser/tirer, vont également servir de base à la construction de la représentation spatiale de l'enfant.

Soutenus par la relation duelle à l'assureur, ils vont être une aide pour lutter contre les phénomènes d'identification adhésive, pour aider l'enfant à redécouper et réorienter son monde, et s'ouvrir à la tridimensionnalité spatiale, puis objectale [60, 61].

- **Vécu d'unification du schéma corporel.**

L'escalade a donc une fonction contenante : le baudrier, le mur, la logique gestuelle et motrice, le système d'assurage, l'enveloppement sensoriel, ont des vertus d'unification corporelle. De ce point de vue intervient la façon dont l'enfant investit son corps, la représentation qu'il en a, et qu'il construit, au travers de son rapport à

l'espace : ces concepts sont à la frontière entre le cognitif et le psychique, parce que la question de l'équilibre du corps dans l'espace rassemble le système sensori-moteur et l'image corporelle, le « moi corporel », tel qu'il a été conceptualisé par Haag [40].

Nous avons vu à quel point le corps de l'enfant autiste pouvait être le lieu d'angoisses de morcellement et de clivages entre les différents axes et plis de jonction du corps. Cependant il est aussi source d'expérimentation, et le lieu de cet apprentissage progressif, qui peut être soutenu par la médiation par l'escalade.

La pratique de l'escalade ne peut pas être considérée comme une technique de travail sur les enveloppes corporelles au même titre que la pataugeoire ou le packing par exemple, mais il nous semble que la fonction de contenance du baudrier et la fonction de portage sont ici intéressantes. Le baudrier rassemble, contient, assure une unité entre les hanches, le bassin et la taille, recentrant la sensation de rassemblement sur le centre de gravité et permettant d'expérimenter le portage de tout le poids du corps au niveau du bassin.

Nous avons précédemment montré comment les exigences motrices et spatiales de l'escalade imposaient une progression nécessairement soutenue par l'ensemble du corps entier et rassemblé, coordonné, du corps unifié. La substitution de la motricité quasi-automatique par un mode de progression s'appuyant sur une analyse visuo-spatiale, une coordination oculo-segmentaire adaptée à la localisation et au guidage kinesthésique des différents segments du corps, stimulent un travail d'imagerie mentale, partie intégrante du processus de représentation du schéma corporel et son rapport essentiel à l'axe du corps.

Par ailleurs, grâce à la variabilité de préhension des prises, l'escalade permet de travailler la coordination mais aussi la dissociation des membres. Celle-ci aide dans le travail de symétrie et de repérage de l'axe du corps, voie vers la prise de conscience d'un schéma corporel intégré autour du centre de gravité mouvant.

Il peut paraître paradoxal de parler d'unification alors qu'il s'agit d'éloigner les extrémités du centre du corps, pourtant c'est par l'éprouvé des allers retours des membres dans des mouvements successivement centrifuges et centripètes, et

l'alternance de portage successif entre chaque bras et chaque jambe selon le balancement de l'axe du corps, qui permet d'éprouver ce vécu d'unification.

L'intrication psychocorporelle inhérente à l'escalade a pour conséquence une mise en jeu globale du corps dans un effort continu et total, exigeant vigilance et concentration, et reposant sur des ajustements posturaux infraconscients : l'acte de grimper contribue à affiner la perception d'un corps unifié, et ce à travers la relation à l'autre.

c. L'information de l'entourage : l'attention conjointe et le rôle de l'imitation.

Si les principales informations utilisées par le grimpeur sont celles qu'il va lui-même chercher dans son environnement, elles ne sont pas les seules à sa disposition. Nous l'avons vu, la pratique de l'escalade, tout au moins dans son acceptation la plus commune, ne saurait se concevoir sans tenir compte du rôle de l'assureur, auquel s'associe celui du groupe.

L'assureur est une voix, et un regard, auxquels s'associent la voix et le regard du groupe (le contre assureur, les encadrants, les autres enfants).

Lorsque son grimpeur est en difficulté dans un passage, le rôle de l'assureur est aussi de le guider, de lui indiquer verbalement la position de prises que le grimpeur n'aurait pas vues, ou de lui donner des conseils de placement. De part sa position en bas et en retrait de la voie il peut en effet partager les informations auxquelles il a accès et éclairer le grimpeur de par sa vision d'ensemble, en décalage de celle de celui qui est en hauteur contre la paroi.

Les spectateurs présents conseillent eux aussi celui qui grimpe, utilisant des informations verbales, désignant les prises du doigt. Les capacités d'attention

conjointe du grimpeur et de l'assureur sont donc sollicitées lors de la pratique de l'activité.

L'attention conjointe se développe classiquement à partir de 7 mois et jusqu'à deux ans, initialement avec la capacité de l'enfant de suivre du regard ce que regarde sa mère, et se concrétise avec l'acquisition du pointage proto-déclaratif à 18 mois.

L'attention conjointe est la capacité à partager avec autrui un événement, attirer et maintenir son attention vers un objet, une personne dans le but d'obtenir un regard conjoint, avec conscience du partage d'attention.

Le trouble de l'attention conjointe est précoce dans l'autisme. On retrouve des troubles importants de l'intersubjectivité dans son ensemble, se manifestant notamment par une incapacité à utiliser et comprendre le pointage gestuel, et la tendance à l'utilisation du corps d'autrui comme prolongement du corps propre.

Le pointage donne à l'enfant la possibilité de désigner un objet en tant que lieu d'attention partagée et d'échange avec l'adulte. L'objet montré prend un statut particulier puisque le geste de pointage accompagné du regard le distingue de son environnement : l'enfant réalise ainsi une première opération de symbolisation dans une dimension intersubjective avec l'adulte. Il existe ainsi dans cette communication intentionnelle primitive des gestes proto-impératifs et proto-déclaratifs. La fonction impérative désigne l'intention de satisfaire des besoins ou des désirs (l'enfant les utilise pour obtenir quelque chose de l'adulte), la fonction déclarative désigne l'intention d'attirer l'attention d'une personne et à la diriger vers un objet, dans le but d'en indiquer l'existence et/ou d'en partager sa connaissance avec autrui.

Au cours du développement, les gestes proto-impératifs apparaissent les premiers, suivis par les gestes proto-déclaratifs 2 à 3 mois après.

Dans les troubles du spectre autistique, les troubles de l'attention conjointe ne concernent pas les gestes impératifs mais les gestes déclaratifs. L'enfant autiste conserve la capacité de produire des gestes proto-impératifs.

Les troubles de l'intersubjectivité tiennent une place centrale dans la pathologie autistique. Baron-Cohen a notamment montré que l'analyse du « faire semblant » et du pointage proto-déclaratif chez des enfants tout-venant âgés de 18 mois permet d'anticiper un diagnostic d'autisme.

Plusieurs modèles théoriques proposent comme origine à ce défaut d'intersubjectivité un déficit perceptif, ou un défaut de compréhension, ou un défaut de théorie de l'esprit [13, 30].

Quoi qu'il en soit c'est la concordance des états entre le donneur de soin et l'enfant qui permet une internalisation de l'état mental de l'adulte, sur la base duquel il va progressivement comprendre les états mentaux thymiques et cognitifs de l'interlocuteur et développer l'accès à l'intersubjectivité.

Encore une fois en situation d'escalade les enfants autistes peuvent montrer des capacités en rupture avec leurs comportements usuels.

Ainsi, Quentin, trois ans et demi, est un enfant atteint d'autisme typique, dépisté assez précocement et pris en charge dès ses deux ans, d'abord au CMP-bébé en groupes mamans-bébés, puis depuis la rentrée à l'HDJ. Il présente un repli autistique important, avec de nombreuses stéréotypies, une absence de langage, et des gros troubles relationnels. Il a souvent des moments de grande agitation et d'angoisse, se manifestant par des cris, des pleurs, et des automutilations. Il évite le contact oculaire, sauf dans certains moments privilégiés, n'a pas accès au pointage protodéclaratif, utilise souvent la main de l'adulte pour se saisir des objets qu'il désire. Il aime beaucoup les puzzles, et jouer avec un crocodile en plastique qu'il va invariablement chercher dès qu'il arrive dans la pièce, et qu'il peut regarder pendant des heures, lui ouvrant et lui fermant la mâchoire. Il est sensible au soutien corporel pas le dos, et vient souvent s'appuyer ainsi contre les adultes. Il s'allonge également souvent par terre sur le ventre, parfois avec des conduites masturbatoires. Il a beaucoup de stéréotypies motrices, et produit des sons en alternant avec des claquements de langue qu'il module par l'ouverture de sa bouche. Comme il aime beaucoup grimper sur tous les supports qu'il peut trouver dans la pièce, souvent en se mettant dans des postures tout à fait hasardeuses, sans jamais tomber par ailleurs, je l'ai un jour invité à grimper dans le petit pommier du jardin. Derrière lui pour la parade, je lui indiquais verbalement les consignes de placement, que de façon surprenante il suivait par moment. Plus souvent, je lui montre avec la main en plus des consignes orales, où placer son pied ou sa main. Pour la descente je lui tendais les bras et il s'y laissait tomber, manifestant visiblement un grand plaisir, et réclamant aussitôt à renouveler l'expérience. Ce qui est surtout notable c'est qu'à

chaque essai ses progrès montraient qu'il avait visiblement intégré les consignes précédentes. Dans les semaines suivantes il a manifesté l'envie de recommencer à plusieurs reprises. Et parmi les autres enfants pris en charge, plusieurs ont demandé à l'imiter.

L'escalade convoque également les capacités d'imitation des enfants, imitation immédiate ou différée : les grimpeurs peuvent se montrer l'un à l'autre comment passer un passage qui pose des difficultés, comment réaliser un mouvement, le montrer d'en bas ou le montrer avant.

Elle sollicite des capacités d'imitation poussées, permettant à l'enfant de reproduire une action ou un mouvement complexe, en différé (l'enfant reproduit un enchaînement de mouvements, ou une posture qui lui a été précédemment montrée, dans cette voie particulière ou dans une autre); mais elle s'appuie également sur des capacités d'imitation plus simple, induite par l'entourage, (l'enfant imite le geste que lui montre celui qui est en bas de la voie), ou le contexte (l'enfant imite dans une voie un geste qu'il a utilisé dans une autre).

L'imitation intentionnelle d'action, spontanée ou induite, constitue alors une stratégie d'apprentissage en elle-même, ouvrant le champ à de nouveaux répertoires d'action, des représentations motrices, des relations entre les informations perçues et l'action.

Classiquement l'imitation en différé s'appuierait, comme l'anticipation, sur les capacités d'intégration et d'accès aux représentations de l'enfant : il peut reproduire à distance ce qu'il a observé parce qu'il l'a enregistré, encodé, sous formes de représentations imagées et symboliques.

Depuis quelques années les neuroscientifiques soutiennent l'idée qu'en fait l'imitation correspond également à une capacité en soi, présente dès le stade analogique, permettant d'établir une correspondance entre une perception, immédiate ou représentée, et tout type d'action y compris complexe : ainsi le bébé est capable d'imiter au bout de quelques jours, quelques gestes comme celui de tirer la langue, ou le froncement des lèvres.

Faire une action, regarder faire une action, et imaginer faire une action ont ainsi en commun certains mécanismes neuronaux et cognitifs, rassemblés sous le terme de

« représentations motrices partagées » (Nadel), et dont le système des neurones miroirs en serait le substrat [63, 73].

Nadel propose de considérer qu'il existe un continuum entre les différents niveaux d'imitation, du plus simple au plus élaboré.

Ces réflexions sont le fruit de plusieurs expérimentations, et observations ; il est intéressant pour notre propos de constater que parmi les exemples cités à l'appui de son modèle, Nadel évoque la situation des autistes à l'atelier d'escalade à l'institut médico-éducatif Notre Dame à Paris : les capacités d'imitation dont font preuve les enfants dans cette situation, lorsque les encadrants leur montrent les mouvements à réaliser, servent de support aux apprentissages moteurs et cognitifs [11, 30].

Classiquement les capacités d'imitation des enfants autistes sont considérées comme altérées. Nadel s'est particulièrement intéressée à cet aspect des troubles cognitifs dans les troubles envahissants du développement, et soutient l'idée que même s'il existe un dysfonctionnement, les autistes ne sont pas pour autant dénués de toute faculté imitative, à différents niveaux, et qu'ils peuvent également progresser s'ils sont soutenus en ce sens, notamment par l'initiation de l'imitation [66].

En somme s'il existe un déficit de l'imitation gestuelle, surtout spontanée, et différée, il persiste des capacités d'imitation immédiate en situation d'interaction, surtout dans un répertoire moteur non symbolique.

Dans une perspective développementale, et psychothérapeutique, l'utilisation des capacités imitatives permet de développer son répertoire représentatif, moteur et relationnel, et d'affiner la distinction entre soi et l'autre, « entre ce que je fais et ce que je vois l'autre faire ». L'imitation a alors pour objectif de produire un effet sur l'environnement physique autant que social : imiter et être imité constitue un premier accès à la compréhension de soi et d'autrui en tant que sujets doués d'intention. Support des capacités de compréhension des émotions de l'autre, moyen d'accordage affectif et souvent réciproque, l'imitation est impliquée dans la communication et le développement cognitif [30].

L'utilisation des informations fournies par l'assureur et le groupe au grimpeur a une telle importance en escalade, qu'elle est prise en compte dans l'évaluation du niveau du grimpeur.

Pour les pratiquants, à la réussite d'un niveau de difficulté, s'ajoutent en effet les conditions de sa réalisation, en tête ou en moulinette, et le niveau de connaissance préalable de la voie. Ce dernier est répertorié sous trois termes : « à-vue », « flash », et « après travail ».

Passer à-vue signifie que le grimpeur s'engage dans la voie sans la connaître autrement que par ce qu'il a lui-même observé, et la réussit dès la première tentative. C'est l'exercice le plus difficile, emblématique du niveau réel en escalade.

Une voie flashée signifie que le grimpeur a réussi à la première tentative, mais après avoir observé un autre grimpeur l'escalader, ou avoir reçu des conseils ou des informations sur l'itinéraire, les difficultés, ou les mouvements.

Enfin, passer une voie après travail, signifie qu'il a fallu plusieurs essais au grimpeur pour réussir la voie, notamment pour maîtriser les mouvements et enchaînements les plus difficiles.

Ces précisions sont importantes car elles permettent aux enfants d'avoir une idée des voies qu'ils sont capables d'entreprendre en fonction de leur niveau, et de se rendre compte de leur progression.

Cette distinction dans la qualification du niveau illustre l'importance, au plan des apprentissages, des capacités d'analyse des informations sensorielles, des capacités d'anticipation, du rôle notable de l'imitation et de l'attention conjointe, dans l'intégration des informations environnementales et leur transformation en mouvements.

L'imitation constitue pour les enfants autistes un important levier d'apprentissage des conduites appropriées et des règles, venant compenser la faible capacité de communication verbale et non verbale consciente. Ainsi, s'appuyer sur leurs capacités d'imitation, et soutenir le développement de l'intersubjectivité, permet de mettre en place un système de communication non verbal, support d'apprentissage. L'imitation peut ainsi constituer un langage gestuel durable [15].

Les enjeux relationnels participent également au support d'acquisition de l'intersubjectivité : l'escalade peut permettre de créer un espace d'ouverture sur la différenciation entre enfant, adulte, soignant, et sur l'attention portée à l'Autre.

Cette double valence motrice et affective est au cœur de la pratique de l'escalade ; la mise en place de l'action se double alors d'une prise de risque qui lui confère une partie de sa valeur.

La dimension affective régressive de l'activité va soutenir la médiation corporelle et la symbolisation des angoisses archaïques des enfants autistes.

II. REGRESSION ET ANGOISSES ARCHAÏQUE : LES ENJEUX AFFECTIFS ET RELATIONNELS DE L'ESCALADE.

L'escalade engendre pour le pratiquant des émotions intenses, qui se répondent, s'opposent ou se mêlent inlassablement, dominées par les ambigus rapports du plaisir et de la peur.

Au travers de la pratique de l'escalade, vont être réactivées des expériences affectives régressives, en lien avec le développement psychoaffectif de l'enfant.

En illustration nous rapporterons des poèmes écrits par les enfants de la classe de CM1/CM2 d'une école primaire de Villeurbanne en 2003, au sujet de leur activité escalade.

1. Tomber

« Tous les lundis nous allons à l'escalade à l'école de Jean Zay. C'est dans cette école que nous grimpons et tombons !
Par exemple sur la photo l'élève qui est en haut va-t-il tomber ?
Ou la fille qui est un peu plus bas va-t-elle se "scratcher" ? »

La pratique de l'escalade est toute entière construite autour du risque de chute. Celle-ci est la sanction concrète et inévitable de l'erreur du grimpeur, pourtant nous l'avons vu chaque grimpeur l'appréhende de façon éminemment subjective.

Tomber est inévitable à un moment ou un autre de la pratique, et la chute en elle-même n'implique aucunement de se mettre en danger, ni même de se blesser, si tant est que les règles de sécurité soient appliquées.

Ce risque, de nature majoritairement symbolique, qui ne menace pas l'intégrité physique, est perçu et apprécié de façon différenciée selon les pratiquants, et le contexte spatio-temporel et socioculturel.

Nous avons abordé en première partie la place du risque dans les sociétés postmodernes. Quant à l'appréciation individuelle, en lien avec l'individu, son psychisme, son vécu, on pourrait schématiquement distinguer quatre modèles d'attitude en situation potentiellement dangereuse, chez les enfants comme chez les adultes. Certains auteurs ont proposé d'en déduire quelques hypothèses psychopathologiques [50, 61].

Le premier modèle est celui du « trompe la mort », qui ne perçoit pas le danger, ou s'en moque, dont les prises de risque sont maximales et inadaptées, quitte à se faire mal, nécessitant une vigilance constante et accrue de l'assureur et des encadrants. On se trouve alors dans le cadre d'une conduite à risque, soit dans une dynamique ordalique à mettre en rapport avec une conduite autodestructrice ou auto-agressive et une recherche de limites, soit dans un trouble plus vaste avec une altération ou une absence de notion d'identité à préserver.

Le second modèle est celui de l'inhibition, quand la sensation de risque, la peur sont maximales, disproportionnées et incapacitantes.

La prise de risque mesurée, pourrait alors être envisagée comme une tentative de mise à l'épreuve d'une identité structurée relativement solide, permettant en

entrevoiant sa perte d'en éprouver sa réalité de façon rassurante, ou d'en éprouver sa valeur dans une dimension de réassurance ou de quête identitaire.

Enfin, le dernier modèle correspond à l'absence d'intérêt à la prise de risque, et pourrait se comprendre comme le reflet d'assises narcissiques solides, n'ayant pas besoin de réassurance ou de glorification.

La gestion du risque, objectif tout autant que subjectif, fait partie de l'apprentissage de l'escalade : l'exposition n'est pas gratuite en escalade, elle permet de se responsabiliser par rapport à sa pratique, de s'autonomiser, et de progresser.

Le rapport au risque s'illustre ainsi par la hauteur de l'engagement. Etre capable de s'engager dans un mouvement, dans une action se définit en psychologie du sport par le besoin de réussir auquel est soustraite la peur de l'échec.

Cette dialectique entre réussite et échec est particulièrement sensible dans l'activité escalade comme nous l'avons précédemment évoqué, parce qu'elle y est binaire, sans demi-mesure. Echouer, c'est tomber.

Il n'est d'ailleurs pas anodin que dans le lexique même de l'activité, la notion d'engagement soit centrale.

Un passage ou une voie sont dits « engagés », lorsqu'ils nécessitent du grimpeur un effort particulier impliquant une augmentation du risque de chute et surtout de la hauteur de celle-ci. Mais engagement n'est pas synonyme de danger pour autant. Quand il existe un danger physique, les grimpeurs parlent d'ailleurs d'« exposition ».

Grimper en moulinette demande peu d'engagement, grimper en tête en demande plus, et plus l'écart entre les points est grand, plus la hauteur de chute est importante, plus le grimpeur s'« engage » dans le mouvement.

Un grimpeur sera distingué par ses capacités « à engager », sans qu'elles conditionnent nécessairement un niveau élevé : certains débutants à petit niveau peuvent « grimper engagé », tandis que d'autres, techniquement supérieurs, sont toujours mis en difficulté par les passages plus risqués. Ce qui paraît engagé à certains ne l'est pas forcément pour d'autres.

Le grimpeur engage son corps, ses représentations, sa peur plus ou moins grande de la chute.

Car, plus que la chute, c'est la peur de la chute qui engendre en elle-même une barrière émotionnelle plus ou moins difficile à franchir, et qui renvoie à chaque mouvement le grimpeur à ses propres affects, à son vécu propre.

Le contexte spatiotemporel va ainsi de façon notable modifier le vécu émotionnel de l'enfant : l'impact de la hauteur de la voie, son inclinaison, sa situation en salle ou en falaise, l'état de disponibilité physique et psychique au moment du départ, vont influencer sur la perception du danger et du risque.

Et c'est en dernière analyse le rapport au vide qui est au centre du l'enjeu : l'enfant qui réussit un mouvement ou un enchaînement à trois mètres du sol se trouve soudainement en difficulté pour le reproduire à six mètres, ou parce que la paroi s'incline en dévers.

Accepter de lâcher une prise, de se décoller de la paroi, ou même de s'asseoir dans son baudrier pour la descente, peut alors susciter le sentiment irrationnel de l'éminence d'une chute qui ne serait pas la chute en rapport avec la concrétude de la situation matérielle du grimpeur, mais la chute totale, le retour au sol.

La peur fait oublier que la corde est toujours là, que la chute ne se fera pas d'une plus grande hauteur que quelques mètres, voire de quelques centimètres en moulinette.

A cet instant les membres tétanisent, ne se contractent plus comme il le faudrait, les mouvements perdent leur fluidité, le grimpeur sa lucidité.

Toute chute est alors une chute sans fin, chaque geste devient un combat, alors que sans le vide, il serait un jeu d'enfant. Sans ce vide, « plus infranchissable que la pierre, plus dur que l'acier » (Samivel cité par Therme [85]).

Cette angoisse de chute peut se manifester de façon bruyante, rendant apparent son caractère régressif. Une grande partie des grimpeurs a pu ainsi à un moment ou à un autre connaître une expérience commune de sidération contre la paroi. Saisi par une terreur soudaine, incapable de bouger, de faire obéir ses membres, le grimpeur va alors se cramponner à la paroi, dans une conduite d'agrippement et de rapprochement de la paroi dont il ne peut plus se décoller. La sidération est physique

et psychique, empêchant toute prise à la raison. Assoun rajoute qu'à la sensation vertigineuse s'ajoute celle d'une profonde impuissance [5].

Albert est un jeune garçon de 15 ans, pris en charge à la MUSE depuis un an pour des troubles psychotiques. Il est inscrit sur l'atelier sport, et a déjà fait du badminton et de la natation avec le groupe.

Il fait du tennis également en loisir.

C'est la quatrième fois qu'il vient à la salle d'escalade. Les débuts n'ont pas été faciles pour lui, car bien que sportif et à l'aise habituellement dans les activités physiques, il a manifestement peur du vide. Il a régulièrement progressé cependant, puisqu'il peut maintenant poursuivre jusqu'en haut du mur de huit mètres, alors qu'il demandait systématiquement à son assureur de le redescendre avant qu'il n'ait atteint la moitié du chemin lors des deux premières séances. Même si ses mouvements devenaient moins fluides, crispés, à partir du moment où il commençait à avoir peur, petit à petit il a pu monter de plus en plus haut.

Aujourd'hui Albert participe à l'initiation parcours-aventure : il ne va pas comme les fois précédentes simplement grimper le long de la paroi, mais progresser sur un montage de cordes, de ponts de singe et de tyroliennes, en alternance avec des passages sur le mur. Bien qu'un peu effrayé par la perception du vide sous ses pieds, il arrive à passer les premiers ateliers. Les choses se compliquent lorsqu'il atteint la première tyrolienne.

Pour se lancer, il doit enjamber un filet et s'asseoir dans son baudrier, relié par une longe d'une trentaine de centimètres à la poulie accrochée à la corde au-dessus de sa tête.

Alors qu'il maîtrise parfaitement la descente en moulinette, et n'a aucune difficulté à s'asseoir dans son baudrier sans autre support d'appui habituellement, à cet instant, le simple fait d'enjamber le filet provoque une terreur incontrôlable. Alors qu'il ne va descendre que de dix centimètres environ sous le bord du filet, il est soudainement tétanisé, incapable de bouger, inaccessible à la réassurance de l'assureur et du reste du groupe. Il ne comprend même plus les

consignes, confond sa droite et sa gauche lorsqu'il essaye quand même de prendre sur lui et de suivre nos conseils.

Il est recroquevillé contre le filet auquel il s'accroche, ou à la corde, aux bords des larmes, pâle, en sueur et terrifié. Finalement ce n'est que grâce au soutien physique de l'encadrant qui le rejoint au bout de quelques minutes qu'Albert peut enfin enjamber le filet et s'asseoir dans son baudrier, longe tendue. Alors libéré de sa peur, il se lance dans la tyrolienne. A l'arrivée, encore bouleversé, il est saisi de nausées.

Ceci nous renvoie aux modèles de développement psychoaffectif proposés par Winnicott, pour lequel l'angoisse de chute peut être considéré comme un organisateur important de la psyché.

Le moi immature du bébé se trouve alors en permanence « au bord d'une angoisse dont nous n'avons pas idée » angoisse comprenant l'angoisse de chute et celle de lâchage « sans environnement, le nourrisson ne cesserait de tomber. Un léger défaut dans la manière de le porter suscite chez l'enfant une sensation de chute ininterrompue » [92].

Pour les enfants autistes non l'avons vu, ces angoisses corporelles archaïques n'ont pas pu être symbolisées, et sont encore très actives.

Quant aux conduites d'agrippement, elles peuvent se comprendre comme un mécanisme de repli défensif, mais figé, empêchant le recul, l'ouverture du champ visuel et l'initiation du mouvement ; le grimpeur s'accrochant désespérément à ce qu'il croit alors faussement représenter le garant de sa sécurité, aux dépens du bon déroulement de sa progression. Si nous poursuivons l'analogie, nous pouvons faire le rapprochement avec une abolition de la distance mère-bébé empêchant un dialogue interactionnel structurant, dans un rappel des attitudes de cramponnement de l'enfant à sa mère.

La encore, ce sont les phénomènes d'identification adhésive du processus autistique qui vont pouvoir être retraités.

L'escalade implique par ailleurs une remise en cause de la stabilité du sol sous les appuis plantaires, condition *sine qua non* au déplacement vertical. L'angoisse du

vide, de la chute, se double ainsi d'une réactivation de « la peur de perdre ses appuis », qui pour Wallon constitue une des premières émotions différenciées du vécu de l'enfant, vers le chemin de l'accès à la conscience [90].

Si la peur de la chute est présente lors de l'ascension de la voie, qu'en est-il du moment de la descente ? Pour Mokobodski, c'est le moment où la fantasmagie change de valence, il rappelle que la verticalité n'ouvre pas sur les mêmes perspectives selon l'angle de vue : vers le haut, c'est la confiance en un nouvel espace, où le corps s'exprime libéré de son fardeau de poids, « vers un plus haut qui s'érige en étendard de la jubilation d'exercer sa maîtrise motrice », vers le bas, c'est la chute, le déséquilibre, dans un mouvement de régression et d'angoisse [61].

Nous évoquons l'expérience de sidération contre la paroi : lors des premières expériences d'escalade, cet aspect régressif peut se manifester au moment justement de la descente. Certains refusent de s'asseoir dans le baudrier, sont en difficulté pour se décoller de la paroi pour la descente en moulinette et utilisent alors la désescalade en se plaquant contre la paroi : apeurés, la régression est également motrice, le grimpeur utilisant les fesses, les genoux, les coudes contre les prises et le mur.

Apprendre l'escalade implique donc d'apprendre à gérer son rapport au vide et à la chute, par l'expérience mais aussi la démarche intellectuelle, ce qui fait dire à certains grimpeurs que l'escalade est une incessante victoire sur la peur de tomber [85].

2. Jouer

« Attention taux de TRANSPIRATION MAXIMALE!!!!!!!

S.O.S. !!!

Besoin de ventilateurs.

C'est l'escalade !!!

Nous jouons à tarzan sur le mur.

Epuisés nous continuons enragés sur ce mur qui nous "terrifie" tous

Au secours ! Maman !!!

Voilà ! C'est comme ça tous les lundis. »

Si l'engagement matérialise la soustraction de la peur de la chute au besoin de réussir en escalade, comment comprendre ce besoin de réussir ? Cette envie de continuer à grimper malgré tout interroge plusieurs dimensions : l'escalade est un jeu dans lequel la victoire sur la peur du vide, la maîtrise du vertige, le plaisir sensoriel, et la valorisation narcissique s'ajoutent à celui du plaisir du geste de grimper.

Le vertige n'est pas ici à comprendre comme le vertige d'origine neurologique, vestibulaire, bien qu'il puisse advenir également en situation d'escalade par le bouleversement des rapports du corps dans l'espace, et le déséquilibre entre les informations labyrinthiques et visuelles dans certaines conformations particulières de la paroi.

Le vertige qui est en question ici, est le vertige dans sa dimension psychique, la peur du vide mêlée de fascination et d'attirance.

L'escalade est un jeu de vertige, un jeu avec le vertige, un jeu malgré le vertige. Caillois a proposé une classification aujourd'hui classique des jeux, fondée non sur le caractère descriptif, ni même sur les motivations des pratiquants, mais sur « l'esprit » du jeu en lui-même [12].

Dans sa théorie des civilisations, il propose une interprétation des cultures selon les jeux qui y sont pratiqués, ces jeux pratiqués pouvant être alors considérés comme des indices des valeurs et symboles structuraux partagés par ces différentes sociétés.

Aux quatre catégories que sont la compétition (*agôn*), le hasard (*aléa*), le simulacre (*mimicry*), et le vertige (*ilinx*), de l'affirmation de soi à la dilution de soi, Caillois ajoute la répartition selon deux pôles qui situent les jeux selon la présence plus ou moins forte de règles : d'un côté la *païda* pour les jeux libres, et à l'opposé le *ludus* pour les jeux respectant des conventions clairement définies.

Tous les jeux ayant pour finalité totale ou partielle le vertige physique, et les sensations physiques fortes participent de la catégorie de l'*ilinx*.

L'escalade et l'alpinisme trouvent leur place dans cette catégorie et celle du *ludus*.

L'*ilinx*, le tourbillon d'eau grec, et la poursuite de l'*ilingos*, le vertige, pour désigner l'escalade, ou la partie de l'activité qui correspondrait à une « tentative de détruire pour un instant la stabilité de la perception et d'infliger à la conscience lucide une sorte de panique voluptueuse ».

L'enfant grimpeur se confronte au vertige, au vide, flirte avec lui, joue avec les sensations qu'il procure. En escalade l'attrait du vide reste un enjeu fantasmé, contrairement d'ailleurs à l'alpinisme. Si la chute est interdite en alpinisme, le grimpeur passe une grande partie de la voie suspendu dans le vide, et la chute fait partie du jeu : le grimpeur peut se jeter dans le vide qui l'attire.

Il nous semble ainsi y avoir deux valences dans le phénomène vertigineux en escalade : la première est le plaisir sensoriel, que l'on retrouve au moment des chutes en tête, de la descente, du balancement dans le baudrier ; la seconde nous paraît plus inconsciente.

Attirés par la hauteur, en lutte pour contrôler leur peur, les grimpeurs continuent inlassablement à s'y confronter, à tenter de la maîtriser, et finissent par y trouver une intense satisfaction, celle d'avoir pu gagner de la maîtrise sur soi et son angoisse.

L'intérêt de la médiation thérapeutique va être de soutenir l'enfant autiste dans cette démarche, de métaboliser ses angoisses archaïques et le sécuriser suffisamment pour qu'il puisse à son tour se les approprier pour moins les craindre.

Le plaisir en escalade inclut ainsi cette notion de maîtrise. Elle englobe la maîtrise de son corps dans une nouvelle dimensionnalité, et le contrôle de sa peur : en somme la capacité du grimpeur à repousser ses limites physiques et mentales, en se confrontant aux limites matérielles de la réalité physique de la paroi et aux exigences de la pratique. La maîtrise engendre un sentiment de fierté, et de valorisation narcissique.

Albert a vécu un moment de sidération de plusieurs minutes, mais après le passage qui lui a posé difficulté, il a pu terminer seul le parcours. Il part se reposer et boire un peu d'eau pendant que les autres se remettent à grimper, ou à refaire le

parcours pour jouer avec la tyrolienne. Au bout de quelques minutes, Albert revient. Il observe les autres, puis se lance dans le bloc.

Contrairement à ce que l'on aurait pu attendre après avoir assisté à l'épisode qu'il vient de vivre, Albert est de plus en plus enthousiaste : il se lance dans le plus haut bloc de la salle, dans le toit, semble s'amuser beaucoup, monte de plus en plus haut, avec aisance. Il repart dans le parcours pour faire la tyrolienne. Il nous dit alors ressentir une très grande fierté d'avoir pu surmonter sa terreur, être comme libéré. « Maintenant je sais que je peux le faire ».

Cet aspect contraphobique de l'escalade est soutenu par plusieurs auteurs comme Assedo, en tant que conduite permettant de reprendre le contrôle sur la peur du vide, la peur de la chute : les grimpeurs « créent de toute pièce une situation anxiogène (danger extérieur) afin de mieux juguler une angoisse issue d'un danger pulsionnel, intérieur » [4, 20].

Comment la peur devient-elle jouissance ?

Dans « Au-delà du principe de réalité », Freud souligne que de son point de vue, jeux et sports sont identiques car ils sont autant d'efforts de maîtrise permettant d' « élaborer psychiquement une expérience impressionnante » dans le but d' « assurer pleinement son emprise sur elle ». Le jeu est le moyen trouvé par l'enfant pour « répète(r) l'expérience vécue même déplaisante pour la raison qu'il acquiert par son activité une maîtrise bien plus radicale de l'impression forte qu'il ne le pouvait en se bornant à l'éprouver passivement. » (p87) [26].

La tentation du vide peut alors se comprendre comme un flirt avec la pulsion de mort, l'escalade comme un jeu autorisant de se lâcher dans le vide, de se laisser aller à la peur de la chute présente dès la naissance. La peur surmontée cède du terrain par la répétition du sentiment de maîtrise permettant la satisfaction pulsionnelle, aboutissant directement au plaisir.

Le vertige serait alors une manifestation corporelle d'un mécanisme à la fois sensoriel et psychique, « signe d'intrication entre Eros et Thanatos » (Assoun, [5]).

L'attrance pour le vide, et la sensation vertigineuse, ont également été théorisées par Quinodoz, comme le rappelle Léséleuc [55]. Pour elle, il existe plusieurs

formes de vertige, en lien avec les relations d'objet précoces et les angoisses associées, notamment les angoisses de séparation. Le vertige serait la manifestation corporelle de ces angoisses, en fonction des enjeux de séparation/individuation propre à chacun.

Ainsi elle propose un modèle de vertige par fusion, en lien avec des angoisses d'anéantissement dans une relation d'objet fusionnelle, de vertige par lâchage, par aspiration, par alternance prison-évasion, par attirance du vide, par expansion et enfin par compétition. Ainsi dans cas de vertige par attirance du vide, autrement dit la peur du désir irrésistible de sauter dans le vide si l'on s'en approche trop, la perception du vide extérieur serait alors la projection d'un sentiment de vide intérieur lié à un processus de séparation incomplet.

Entraînant une souffrance si les processus de différenciation ne sont pas opérants, il devient source de plaisir quand les limites entre le moi et l'objet du désir se font plus nettes. Le plaisir n'est pas alors simplement généré par le dépassement de l'angoisse, mais par le sentiment de contrôle de ce qui peut être angoissant dans la relation d'objet. Rechercher les sensations de lâchage, de fusion ou de vide se comprend alors comme un mécanisme régressif, permettant de rejouer les angoisses infantiles liées à la relation d'objet primaire, et leur maîtrise.

Les pratiques sportives, en mettant le corps et les éprouvés corporels en jeu, constituent un paradigme de cette recherche de vertige, chaque pratique sportive pouvant être mise en relation avec une ou plusieurs formes de vertige, donc de plaisir, plaisir qui donne du sens à la pratique.

En escalade, la peur de la chute est au centre du jeu. Non seulement la chute est inévitable, permise, mais elle est perçue comme un passage important dans la progression du grimpeur.

En escalade il est nécessaire de chuter, en excluant le moindre risque. Le grimpeur se jette dans le vide, vole, tombe, saute, se lâche.

Ainsi plus que le vertige par attirance du vide, c'est le vertige par lâchage qui est au centre de l'activité escalade.

L'autre aspect est l'afflux de sensations tactiles, sensorielles, le corps à corps avec le rocher parfois quasi-fusionnel, qui se double du plaisir de l'équilibre, de la

précision du geste, voire de la recherche esthétique pour certains. Le plaisir du geste et du mouvement s'inscrit dans un double mouvement collage/décollage de la paroi, fusion/écartement, évoquant les fantasmes de fusion à la mère des relations précoces.

Ce vertige par fusion est l'autre versant de l'escalade, et la fusion avec le rocher, se double de la fusion symbolique avec le groupe.

En effet, la dimension relationnelle a un rôle déterminant, elle est le support qui autorise la pratique, basée sur la confiance en l'Autre. La contenance soignante va permettre à l'enfant autiste d'expérimenter tous les enjeux affectifs que nous venons de décrire : en autorisant la régression, elle va permettre l'inscription de repères sécurisants.

3. Faire confiance.

« Nous sommes des cascadeurs professionnels qui se lâchent et tombent sur
les fesses !!!

Les assureurs veillent à ce que les grimpeurs tombent comme il faut sur la tête

!!!

On rigole !!! »

- 99 -

Pour dominer les appréhensions survenant lors des premières expériences, l'enfant doit apprendre à faire confiance. La première étape concerne d'abord le matériel, qu'il va tester lors des premières tentatives, en s'asseyant dans le baudrier, en sentant la traction de la corde, en descente en moulinette. Il va également apprendre à faire confiance à ses chaussons d'escalade.

Mais surtout, l'enfant a besoin pour grimper d'avoir confiance en l'assureur, celui qui assure et qui rassure, donnant de plus en plus d'assurance pour progresser support du développement de la confiance en soi.

La relation entre assureur et assuré renvoie alors à celle entre l'enfant et ses parents, dans sa dimension d'ajustement réciproque pour lequel le modèle théorique des interactions précoces mère-enfant s'impose naturellement.

a. Le portage

L'assureur est essentiel par son rôle de soutien verbal, visuel et tonique, créant ainsi une enveloppe sensorielle rassurante et contenant pour l'assuré.

La sécurité du portage ici est éprouvée par la solidité de la contention par le baudrier. Une des premiers temps de la découverte de l'activité est ainsi de permettre à l'enfant de s'assurer de la fiabilité du matériel. Pour se faire on lui demande de s'asseoir dans le baudrier à quelques centimètres de hauteur, en se détachant de la paroi et en se laissant pendre : cela permet au grimpeur de constater, de vérifier qu'il ne chute pas, qu'il est retenu par le système d'assurage, porté par son baudrier.

Le parallèle est rapide entre l'assureur qui adapte sa parade et la traction de la corde aux capacités du grimpeur et la mère qui porte son enfant de façon adéquate, l'assureur pour soutenir le grimpeur dans sa progression, la mère pour soutenir l'enfant dans sa croissance.

Certains enfants, notamment au début de l'activité, ne peuvent avancer que si la traction sur le baudrier est suffisante, permettant de sentir la solidité du portage. De même certains ont besoin que le baudrier soit très serré autour de leur taille.

Le portage est également sensoriel, par le regard et la voix. Cette fonction peut ne pas être dévolue qu'à l'assureur, chaque membre du groupe présent près de la cordée va également contribuer l'à enrichir. Cette interaction visuelle et vocale avec l'assureur et le groupe, évoque aussi ce qui se passe dans les interactions comportementales précoces, entre le bébé et sa mère, qui prodigue le soutien par le regard et la guidance par la voix.

Le regard de l'assureur suit en permanence le grimpeur, du moins jusqu'à ce que la conformation éventuelle du terrain ne l'en empêche. L'assuré tourne le dos à l'assureur, mais parfois le grimpeur immobilisé se retourne pour rentrer en contact visuel avec l'assureur ou un autre membre du groupe, qui peut alors lui désigner des prises, ou lui montrer un mouvement. Cependant pendant la plus grande partie du temps, c'est la voix qui a une fonction essentielle. Le regard posé sur le corps permet de décrire ou d'aider à déchiffrer par les mots la progression de l'assuré. Les paroles renvoient en miroir à l'enfant qui grimpe l'évolution de son corps dans l'espace, le baigne, l'enveloppe. Elles le rassurent également et lui donnent confiance en ses capacités [76].

De la même façon que nous avons décrit la réactivation des angoisses précoces de chute et de lâchage lors de la pratique de l'escalade, ce qui se joue au sein du binôme assureur-assuré dans sa dimension de portage nous invite à faire référence au *holding* de Winnicott, la capacité de portage de la mère (celle qui donne les soins), comme facilitateur de l'intégration sensorimotrice.

La figure soignante de l'atelier s'adressant aux enfants autistes métaphorise alors les soins maternels qui soutiennent le moi de l'enfant encore immature et permettent la construction du Self.

Par ailleurs de la même façon que Winnicott décrit le regard de la mère comme premier miroir de l'enfant, Anzieu propose l'existence d'un miroir sonore permettant à l'appareil psychique de l'enfant d'accéder aux signifiants puis aux symboles [2].

De même que la qualité de l'enveloppement sensoriel par le regard et la voix va permettre de contenir et contribuer au portage de l'enfant autiste, la qualité

sensorimotrice de l'enveloppe, la qualité tonique du portage, lui assurent un sentiment de continuité, qui lui fait habituellement défaut.

b. L'accordage

Relation duelle s'exprimant par différents canaux, verbaux et non verbaux, l'assureur doit être vigilant et attentif au grimpeur. A cette dimension duelle peut également parfois s'ajouter la dimension collective, notamment en groupe d'activité.

L'assureur doit être vigilant aux fluctuations motrices et émotionnelles de son grimpeur, et s'y adapter par la dimension matérielle de l'adaptation de la traction de la corde, ou au contraire du mou qu'il donne, mais aussi dans les conseils et encouragements qu'il va prodiguer ; l'assureur doit toujours veiller à ce que le grimpeur soit en sécurité, afin qu'il puisse se concentrer sur sa progression.

Les mouvements de l'assureur vont donc être en relation avec le rythme du grimpeur, au travers de la manipulation de la corde, ainsi qu'entre la mère et son enfant se met en place la concordance des rythmes décrite par Anzieu.

L'interaction entre assureur et grimpeur a donc un support sensoriel et moteur, permettant le partage des sensations et des émotions.

C'est un des points forts du travail auprès des enfants autistes, impliquant au sein de l'atelier l'apprentissage de l'assurance, bien entendu soutenu par le contre-assureur soignant : au travers des sensations corporelles du portage, et de l'accordage, l'enfant va progressivement développer ses capacités intersubjectives.

Ainsi que le souligne Claudon, le corps propre devient lieu du partage émotionnel, et l'intersubjectivité s'y enracine [14].

c. L'attachement

La corde est le lien entre l'assureur et l'assuré. C'est le garant de sa sécurité, et de sa survie. Le principal écho que nous pouvons y voir se réfère au cordon ombilical, puis au lien symbolique qui attache le bébé à ses parents.

La conception du lien à l'autre ici matérialisée par la corde peut se comprendre à plusieurs niveaux, mais l'aspect des relations affectives touchant à la sécurité à plus particulièrement été modélisée par Bowlby en 1968 avec la théorie de l'attachement [6, 9]. Ce modèle fait du besoin de proximité, puis de sécurité un besoin primaire fondamental de l'espèce humaine ; actif dès la naissance il serait capable de lier l'enfant à sa mère, puis à son père, et permettrait selon la qualité des représentations intégrées quant à la disponibilité de ces figures d'attachement, de progressivement s'en détacher physiquement, tout au long de l'enfance et de l'adolescence.

L'attachement et le besoin de sécurité vont influencer le développement psychologique précocement, et influencer les modes relationnels ultérieurs à l'Autre : ce sont les expériences vécues avec les figures d'attachement de la première enfance jusqu'à l'adolescence qui déterminent la forme que prend le comportement d'attachement de l'adulte.

Pour l'enfant qui grandit, la présence physique de la figure d'attachement est de moins en moins nécessaire, tandis que la confiance en sa disponibilité devient centrale, plus que sa proximité physique, et notamment, et c'est ce qui nous ramène à l'escalade, la confiance en la capacité à répondre (« *responsiveness* »), si elle est sollicitée.

De la même façon que l'enfant utilise sa « base sûre » afin de s'autoriser à partir à l'exploration de son environnement, le grimpeur doit se sentir suffisamment en sécurité avec son assureur pour pouvoir s'autoriser à partir dans la voie, et notamment en sa capacité à s'adapter à sa situation.

La confiance en soi s'approprie alors progressivement par la confiance en l'Autre. La fierté éprouvée par la réalisation de la voie, qui plus est quand elle est soutenue et valorisée par le groupe, est le support du développement de la confiance en soi.

d. Séparation et lâchage

Le grimpeur est dépendant de la corde, qui le porte, le tire, le rattache à l'assureur. Prendre de la hauteur peut alors se percevoir non seulement comme une expérience du rapport au vide, mais aussi comme une expérience de séparation.

Avec la hauteur, le vide sous ses pieds augmente, mais aussi la distance avec l'assureur.

L'attachement est une théorie spatiale : la proximité de celui à qui on est attaché procure une sensation d'apaisement, de sentiment de sécurité, qui permet ensuite s'il est suffisamment fort de s'éloigner pour explorer.

Le binôme assureur-grimpeur rejoue la dépendance primaire à la mère et permet de jouer sur la distance supportable et supportée grâce au lien concret qui unit les deux protagonistes : la corde.

Pour reprendre la référence à Freud dans « Au-delà du principe de plaisir », le jeu du *for da* que Freud rapporte consiste pour l'enfant à mettre en scène de façon concrète des angoisses de séparation, en testant une mise à distance sans cesse mise à l'épreuve. De ce point de vue en escalade la montée cristallise la séparation, la descente pendant laquelle le grimpeur n'est plus soutenu que par l'assureur, la dépendance.

L'alternance des mouvements de progression verticale et de descente pouvant ainsi figurer le travail de séparation individuation au travers d'une alternance de séparations et de moments régressifs de dépendance total à l'autre. La phase de séparation-individuation débute vers 9 mois et jusqu'à la fin de la troisième année, période au cours de laquelle l'enfant va progressivement affiner ses processus représentatifs et intérioriser l'objet maternant, pour pouvoir se séparer de sa mère et s'en différencier. L'acquisition de la marche est une étape importante du processus de séparation-individuation : la marche autorise l'éloignement de la personne à laquelle l'enfant est attachée, qui a développé son sentiment de sécurité [6].

La première descente est souvent d'ailleurs un moment compliqué, riche en émotions : le doute d'être bien tenu peut rester en arrière plan, et il faut parfois un réel effort de volonté et d'emprise sur soi pour accepter de s'abandonner « au vide », nécessitant souvent le soutien des encadrants et du groupe. Mais au fur et à mesure

le moment de la descente peut devenir un moment de plaisir, pris dans le portage et le lâchage, soulignant l'aspect contenant de la relation à l'autre.

Ainsi, l'escalade est une pratique possédant des particularités qui lui sont propres, motrices et cognitives, affectives et relationnelles.

L'escalade va mobiliser des capacités neurodéveloppementales de l'enfant autiste, qui va devoir expérimenter son corps dans une nouvelle dimension, apprendre à s'orienter et à se déplacer dans un autre rapport à la pesanteur, intégrer de nouvelles informations sensorielles, proprioceptives, stimuler les mêmes processus cognitifs que ceux qui ont échoués dans l'interaction précoce avec son environnement, afin de (ré)apprendre à utiliser son corps, support de l'acquisition du sens de soi. Elle les conduit, en utilisant mieux leurs potentialités motrices et cognitives, à améliorer leurs capacités d'organisation temporo-spatiale, leurs représentations du schéma corporel, et soutient le développement de leurs capacités relationnelles.

Un aménagement du milieu, et donc de l'espace d'évolution est nécessaire.

III. VERS UN ATELIER THERAPEUTIQUE D'ESCALADE.

Cette prise en charge s'intègre ainsi que nous l'avons souligné en première partie dans une prise en charge globale de l'enfant présentant des TED. Le contenu d'un atelier escalade peut s'envisager dans une visée intégrative, entre les hypothèses dégagées à partir des différents modèles neuroscientifiques et psychodynamiques : l'idée est de permettre à l'enfant, par l'intermédiaire d'une activité qui lui procure du plaisir, de travailler sur de nouvelles modalités motrices et cognitives pour lui permettre d'accéder à de nouvelles représentations, de travailler également travail autour du lien intersubjectif et de l'amélioration de la communication à autrui, enfin de revivre l'expérience du lâchage, de la chute, dans un mouvement de régression contenue et sécurisée.

1. Le cadre de l'atelier.

La première étape, qui n'est pas forcément la plus simple, est d'obtenir le consentement des autorités administratives, en plus de l'accord du médecin responsable de la structure de soin à l'origine de la demande de création. Pour toutes les raisons que nous avons évoquées en première partie, l'escalade véhicule une image d'activité dangereuse, sans doute disproportionnée par rapport à la façon dont elle est pratiquée dans de tels ateliers, mais qui peut générer des résistances imaginaires ou administratives. En effet l'escalade nécessite de se dérouler dans un cadre sécurisé dont on ne peut pas ne pas tenir compte.

Cela implique de s'assurer que les conditions de sécurité requises sont mise en place, et de la qualité de l'encadrement.

La possession de la licence n'est pas obligatoire pour pratiquer l'escalade. Lors de la pratique en salle, celles-ci possèdent des polices d'assurance protégeant les pratiquants, mais en extérieur, c'est à la structure d'évaluer dans quel cadre légal elle veut procéder (assurance de l'hôpital ou assurance individuelle).

Enfin, il paraît plus judicieux, quand bien même les encadrants seraient eux-mêmes des pratiquants de l'escalade, que parmi eux se trouve au moins une personne formée officiellement à l'encadrement de groupe, au moins en tant qu'initiateur en SAE. Ces formations sont délivrées par la Fédération Française de la Montagne et de l'Escalade.

La question de la présence parmi l'équipe d'encadrement d'un tiers non soignant, mais moniteur ou possédant le brevet d'état d'escalade (BE), se pose sous l'angle de la sécurité mais également au plan symbolique, nous y reviendrons un peu plus loin.

Enfin un autre aspect non négligeable est celui du financement, de la salle et éventuellement du BE, à anticiper.

Les réticences observées dans les institutions ne se retrouvent finalement pas chez les parents, qui se montrent plus surpris qu'hostiles. L'escalade nous l'avons vu est une activité valorisée socialement et valorisante, et un tel atelier semble au contraire mobiliser des changements d'attitude des parents envers leur enfant, en lien à l'implicite qu'on peu faire confiance à leur enfant.

L'enfant s'appuie aussi sur ce qui se passe chez lui et dans sa famille, sur les modèles représentatifs de ses parents, cet aspect s'ajoute probablement dans la valorisation narcissique produite par l'activité.

Concernant le cadre spatial l'avantage de la pratique en salle est, outre les questions d'assurance, qu'elles sont la plupart du temps très bien équipées, notamment de tapis de sécurité, faciles d'accès, les voies de tous niveaux sont facilement repérables grâce aux couleurs, et le matériel y est fourni.

Par ailleurs, une des particularités de ce type d'atelier, comme l'équithérapie ou la natation, c'est d'amener un groupe de soin, avec une visée thérapeutique nécessitant des aménagements particuliers, dans un lieu public, ce qui permet aussi de travailler à la place de chacun dans la société, en sortant le soin de l'hôpital.

Le fonctionnement institutionnel classique en pédopsychiatrie insiste sur l'importance de la ritualisation de toute la vie institutionnelle, a fortiori quand elle s'adresse à des enfants en proie à de tels mécanismes projectifs et destructeurs, extrêmement sensibles aux changements. L'atelier escalade doit donc à ce titre être pensé dans la continuité et la constance.

La plupart des équipes proposent des ateliers prévus pour fonctionner une année, à un rythme hebdomadaire. Une heure de séance est le temps minimum à prévoir pour que le temps d'escalade proprement dite soit suffisant.

Certaines équipes prévoient dans le cadre de l'atelier escalade des sorties en site naturel, ou des séjours thérapeutiques centrés autour de l'escalade en falaise ou en bloc. Préparées tout au long de l'année, ces sorties semblent être d'après les témoignages des moments très riches, permettant de mettre en pratique les apprentissages de l'année, et de découvrir de nouvelles sensations. Pour Sabouret, c'est l'occasion de constater la qualité des intériorisations, tout en renforçant l'esprit de groupe. C'est d'ailleurs ce que constatent les encadrants du sport adapté du CIME, les enfants manifestant d'étonnantes capacités en falaise, et se montrant souvent très impatients d'y aller.

Enfin, compte tenu de la dimension collective de l'escalade, et du rôle du groupe, et compte tenu de la teneur des enjeux affectifs et relationnelles qui s'y jouent, les équipes ayant l'expérience de l'activité promeuvent l'importance de la ritualisation, y compris dans l'encadrement. L'atelier escalade est au mieux un groupe fermé, avec les mêmes intervenants, les mêmes enfants, à chaque séance. Afin de maintenir l'aspect contenant du groupe, et pour des raisons de sécurité, il est raisonnable de limiter le nombre d'enfants, et de prévoir au moins un adulte par cordée, qu'il soit en position d'assureur, de contre-assureur, ou de grimpeur.

De même le risque est accepté car il est contrôlé. Il est évident que les règles de sécurité déjà strictes pour des pratiquants lambda doivent être appliquées rigoureusement lorsqu'elles concernent des enfants ayant un rapport au risque concret de l'environnement passablement perturbé. L'assurage se fait au grigri, système de descendeur muni d'un autobloquant (la corde se bloque si le grimpeur tombe, même si l'assureur la lâche par mégarde).

Le découpage interne de la séance en plusieurs moments ritualisés permet d'entourer le temps d'escalade proprement dit, enveloppe temporelle permettant de se dégager du temps fort de l'activité sur lequel est cristallisé l'investissement du patient, de façon à diluer la charge tonico-émotionnelle de l'enfant [74].

La rythmicité interne de l'atelier rassure les enfants et leur procure des repères. Schématiquement, on distingue le temps du transport, le temps de vestiaire, l'échauffement, le temps de bloc ou d'escalade, et idéalement un temps de rassemblement pour clôturer l'activité, avant de se changer et de repartir.

Il paraît important symboliquement de prendre le temps de fermer l'espace et de rassembler le groupe, de se poser pour s'apaiser un peu, repérer les progrès de chacun, poser des paroles sur le contenu de la séance.

Avoir parmi l'équipe encadrante un BE ou un moniteur d'escalade non identifié par les enfants comme un soignant, permet de cristalliser sur lui la figure idéalisée de celui « qui sait », et de dégager de nouvelles modalités relationnelles entre soignant et soigné. Le paradigme de ce modèle de triangulation se retrouve lors des expériences de sidération, ou a minima lors de moments de blocage : souvent prisonnier de l'afflux affectif, le grimpeur n'arrive plus à se détacher du mur, ni à entendre les consignes de l'assureur. La nouvelle voix rassurante du tiers, a fortiori repéré comme source de savoir et de compétence, va s'immiscer dans la relation duelle, permettre à l'enfant de s'appuyer sur cette présence libératrice de mouvement, guidant vers la reprise du contrôle de ses émotions, de son corps. Il porte ainsi une fonction de tiers différenciateur du binôme grimpeur-assureur, et des ensembles soignants-soignés.

Les temps de reprise clinique sont mis en place à distance avec les soignants et un tiers neutre et extérieur au groupe (psychologue dans les textes, psychomotricienne à la MUSE).

Quoi qu'il en soit il s'agit de construire une espace de réflexion, temps formalisé régulier permettant un travail de liaison et d'élaboration psychique. Les temps de

reprise cliniques sont envisagées par les équipes comme des temps de repérage des enjeux identificatoires des enfants et des contre-attitudes des encadrants, permettant une remise en sens de ce qui se passe dans le groupe, en fonction de l'histoire et des pathologies de chacun, de réfléchir à des solutions en cas de blocages, de difficulté dans le groupe. La présence d'un tiers permet de « situer la dimension symbolique de ce qui est agi » et la compréhension de la dimension thérapeutique du groupe [76].

Enfin, le matériel apparu dans le groupe est extrait pour chaque enfant, et restitué dans les temps de synthèse clinique le concernant, ainsi réintégré à la prise en charge globale. Un temps de restitution se fait également en bilan avec les parents. Nous avons déjà développé ces aspects en première partie.

2. Le déroulement

Grimper n'est pas le but en soi, c'est un temps au sein de l'atelier au même titre que le transport, l'échauffement groupal, et le partage d'un temps commun à la fin de l'atelier. Le contenu de l'atelier va être de l'ordre de l'enveloppement sensoriel, par le regard et la voix, et s'appuyer sur une fonction maternelle permettant la régression.

L'escalade est certes contenante, mais elle a aussi une dimension excitante pour les enfants, notamment avant qu'ils soient encordés : les salles sont souvent grandes, il peut y avoir d'autres groupes en même temps, avec du matériel un peu partout, des blocs attracteurs, qui font que les capacités de contenance des soignants peuvent être débordées. C'est à chaque groupe de réguler le nombre d'enfants et d'adultes de l'atelier, tenant compte de ces critères.

Le temps de vestiaire est un moment particulier où le corps est exposé aux regards. De plus dans les problématiques autistiques le déshabillage peut être très difficile pour les enfants, la différenciation entre la peau et le vêtement peut ne pas être évidente. Ce temps peut être l'occasion de partager un moment autour du corps de l'adulte, ou de maternage (les petites filles se font coiffer, chacun montre ses chaussettes Dora ou Naruto...). Certains viennent tout habillé, d'autres oublient de

prendre leur survêtement, ou viennent avec des survêtements trop petits, non adaptés au contexte. Chez les plus grands c'est l'occasion de voir comment ils investissent leur corps en croissance, quelle perception ils en ont, et pour les petits de voir comme les parents investissent ce moment.

L'échauffement commence par la nomination des absents, rappelant que chacun à sa place, est attendu. L'objectif est de permettre aux enfants de prendre contact avec leur sensations corporelles, et leurs éprouvés tonico-émotionnels, tentative de renforcement de la sensation de globalité corporelle. L'autre objectif est de créer le sentiment d'unité globale, d'une cohésion groupale.

Echauffement peut-être compliqué, surtout avec les petits qui n'en perçoivent pas l'intérêt, et il semble préférable de ritualiser ce moment. Tous en rond, l'échauffement commence par un travail segmentaire sur chaque articulation toujours dans le même ordre, de haut en bas, puis par des traversées des voies à quelques centimètres de hauteur, et enfin peut se clore par un moment de jeu en groupe : foot, footing, medecine ball...

Au bout de quelques séances il est possible de demander aux enfants de diriger eux-mêmes l'échauffement, ou en tout cas d'y participer activement, de désigner les mouvements, de nommer ou de montrer les parties de leur corps, si leurs troubles le leur permettent.

L'enfilage du baudrier est un apprentissage difficile, qui doit être soutenu par l'adulte. Certains enfants mettent un peu de temps avant de l'accepter.

Les objectifs du groupe vont dépendre en partie de l'inscription temporelle de celui-ci (quelques séances ou un an), mais vont surtout être mis au rythme des enfants du groupe, après une phase d'observation, et d'appropriation de l'activité par les enfants qui peut être longue. Il s'agit de diminuer au maximum les situations d'engagement, c'est-à-dire en pratique de grimper uniquement en moulinette, voire même au départ attendre que les enfants aient bien accepté le baudrier, et se sentent à l'aise dans les traversées et le bloc. Ainsi le cadre bien défini autorise une souplesse d'adaptation à ce que va montrer chaque enfant à chaque séance, dans les enjeux individuels, duels, ou groupaux : adaptation au rythme de chacun, calmer les

énervés, rassurer les inhibés et les motiver, adaptation également aux limites et aux compétences de chacun, psychiques et motrices.

Nous les avons déjà évoqués longuement, les objectifs sont psychomoteurs et relationnels. Le travail sur la confiance est une partie importante de l'atelier, les enfants ont une conscience du danger très variable, mais ont souvent une hauteur « limite » qu'ils mettent plus ou moins de temps à pouvoir dépasser.

La conscience de l'autre se construit au travers de l'apprentissage de l'assurage, au moins parce qu'il permet de ressentir le poids de l'autre à travers la traction de la corde. Les moments de portage, de bercement dans le baudrier, de balancement contre la paroi, ouvrent la possibilité de soutenir un moment d'échange physique avec l'assureur soignant, par l'intermédiaire du plaisir sensoriel ressenti.

Le travail sur le portage peut se faire en plusieurs étapes, par paliers de hauteur en fonction des possibilités de chacun, soutenu physiquement et verbalement. La fonction essentielle de contenance par le regard et par la voix, permet un enveloppement sensoriel rassurant ; plus que les paroles, c'est le rythme, la sonorité, qui accompagnent la gestualité de l'enfant, qui bien souvent se calque sur la voix de l'assureur.

Travailler les balancements illustre bien comment le sentiment de sécurité interne croît avec la mise à l'épreuve de l'assurage : plus les enfants acceptent de se repousser loin de la paroi pour toucher les mains de l'encadrant en arrière, plus ils acquièrent maîtrise et confiance, et plus ils s'amuse.

Les enfants autistes sont singulièrement sensibles à la valorisation narcissique, aux encouragements. Dans les cas où l'atteinte narcissique est importante, sa restauration est un axe de travail gratifiant, au travers de la fierté induite par la réussite de la voie, et portée par les encadrants et le groupe.

Inversement, il est important d'assurer un étayage important en cas de sentiment d'échec, et dévalorisation dépressive induisant un retournement de l'agressivité, pouvant émerger en cas de chute ou de non-atteinte de l'objectif proposé.

La capacité des soignants de se mettre en situation d'apprentissage avec des enfants suffisamment grands pour les assurer, (ou assurant avec un adulte en contre-assureur) permet de créer un sentiment d'entraide : introduit du jeu dans les registres identificatoires, notamment parce qu'un partage émotionnel se crée, entre progrès et déception, plaisir et blocages anxieux.

C'est notamment un moment de valorisation narcissique de l'assureur, l'adulte lui disant implicitement « je te fais confiance ».

Les encadrants vont ainsi faire le lien entre thérapie et approche sportive, psyché et approche corporelle [76].

Les enfants se rendent compte de leur progression, entre chaque séance, soutenus par l'adulte, ils peuvent continuer à travailler la même voie d'une semaine à l'autre.

Dans l'idée d'illustrer de quelle manière l'escalade peut être un soutien au développement des capacités relationnelles et sociales des enfants autistes, et les enjeux affectifs, nous pouvons rapporter le retranscrit s'une séance à Blain, à laquelle nous avons assisté en position d'observateur. Nous nous sommes en particulier concentrés sur le binôme formé par Charles, dont nous avons précédemment évoqué l'histoire, et Sylvain, un jeune garçon présentant un autisme prise en charge à Blain depuis plusieurs années, et qui grimpe depuis 8 ans environ.

Je suis déjà venue à quelques reprises observer les enfants, et discuter avec eux, les autres membres du groupe, parents et encadrants.

Sylvain fuit le contact, détourne le regard. Charles et lui pendant l'échauffement ont des difficultés à mobiliser les différents segments de leur corps, leur mouvements sont raides, brusques. Ils essaient de participer au foot, Sylvain y arrive à peu près, mais Charles court mal, et à du mal à frapper le ballon. Ils semblent pourtant l'un comme l'autre s'amuser.

Charles et Sylvain vont grimper ensemble aujourd'hui, avec un adulte en contre-assurance. Juste avant de commencer, Sylvain s'approche et me dit « regarde Sylvain grimper ». Par la suite il sollicitera mon attention à chaque départ. Ils font un peu de bloc avant de commencer l'escalade en voie. Les encadrants leur proposent un exercice de téléguidage : le grimpeur doit suivre les consignes de son binôme.

Charles commence la traversée. Il suit les consignes données verbalement par Sylvain, qui sont plus ou moins bien adaptées à la réalité physique du support. Sylvain désigne les prises avec la main. Puis ils inversent les rôles. Charles se montre alors incapable de choisir des prises pour Sylvain, il reste figé devant la paroi, et même avec le soutien de l'adulte ne peut se décider pour autrui. Première voie : l'adulte grimpe, Sylvain assure, Charles contre-assure (un autre encadrant surveille).

Sylvain essaie de monter seul le grigri, mais n'y arrive pas et demande de l'aide. Charles est prêt au départ, très concentré. Sylvain assure bien, mais par moment se disperse, regarde ailleurs, oublie d'avaler la corde, et même la lâche à un moment pour se gratter le nez, pendant la progression du grimpeur. Il l'encourage par contre en criant son nom. Charles lui est attentif à ce que la corde soit toujours tendue. A la descente par contre, Sylvain n'a aucune difficulté une fois que le grimpeur a tout son poids dans le baudrier, a le descendre convenablement.

Deuxième voie : Sylvain grimpe, Charles assure.

Sylvain accroche le grigri au baudrier de Charles, mais ne visse pas le mousqueton. Il grimpe un peu trop vite pour Charles qui a du mal à coordonner ses gestes pour tirer la corde, et surtout me parle de ses lunettes « a changé encore », puis « mardi temps changer encore » « allez Sylvain » « orage grêle encore » « BAM ! Il pleut ». Sylvain en haut de la voie prévient de son arrivée, attend que la corde soit bien tendue, lâche les prises, puis la corde « oh là, doucement ». Il descend en augmentant le balancier, se repoussant du mur avec les pieds. Tape dans la main de Charles en arrivant.

Troisième voie : Charles grimpe, Sylvain assure.

Charles n'est pas rapide, mais ses mouvements sont précis, et bien équilibrés. Son aisance en verticalité est surprenante, tout comme celle de Sylvain d'ailleurs. Il ne s'arrête de grimper que lorsque son nœud de huit touche le mousqueton, puis se lâche soudainement sans attendre de sentir la traction de la corde sur son baudrier. Sylvain est distractible, regarde le grigri plutôt que son grimpeur. Une fois Charles à terre, il l'applaudit, puis il observe les autres cordées. Un des membres du groupe s'allonge sur le tapis, sur la trajectoire d'un autre en train de redescendre. Sylvain l'interpelle « attention David, c'est dangereux ».

Dernière voie : Sylvain grimpe, assuré par l'adulte, Charles contre-assure. Sylvain a demandé au moniteur de lui installer une corde dans le dévers. C'est la deuxième fois seulement qu'il tente une voie aussi inclinée. Il tombe au début du

dévers. Après un court instant de panique, il écoute attentivement le moniteur : lutte pour attraper une des prises, puis utilise le dièdre (le mur perpendiculaire) pour se rééquilibrer avec un pied, et arrive à se rétablir au dessus du dévers. Très fier de lui, il exprime bruyamment sa joie pendant la descente, augmente de plus en plus le balancier en hululant. Dit à l'arrivée « avant j'avais peur, mais là, pas peur ». La maman de Charles a préparé un goûter pour clore la séance. Charles prend la boîte sur sollicitation, et en distribue à tout le monde.

3. A quels enfants s'adresser ?

Il appartient au médecin de fixer les indications d'atelier, et ces indications posées dans les lieux de soin sont le produit du travail d'une équipe pluridisciplinaire autour d'une réflexion conjointe pour chaque patient. Elles sont régulièrement réévaluées.

L'équipe est formée de professionnels issus de divers champs de la santé mentale, médecins, infirmiers, éducateurs spécialisés, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues.

Plusieurs dimensions nous paraissent entrer en compte. La première remarque, c'est qu'aucun des groupes dont il fait mention dans notre travail ne rapporte de réelle contre-indication à l'activité. Pourtant il faut que les paradoxes moteurs, affectifs et relationnels mis en jeu par l'activité escalade soient tolérables pour les enfants psychotiques. De même l'enfant ne doit pas mettre tout le groupe en difficulté, les autres enfants comme les soignants. Bien sûr cela dépend aussi de la façon dont le cadre est posé, et jusqu'à quel point il permet de souplesse adaptative à chaque enfant, avec ses résistances et ses défenses. En cas de doute il est possible d'envisager de faire quelques séances d'essai. L'aspect sécurisant et contenant du cadre est important mais il doit aussi permettre une remise en sens de ce qui s'y passe, au delà de la facette motrice et sensorielle.

Nous proposons de s'appuyer ainsi sur la « grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traitée » pensée par Haag, Tordjman, et des collègues de différentes obédiences afin de proposer une synthèse intégrative et évolutive.

Dans ce contexte elle peut être utilisée afin d'évaluer le niveau d'angoisse corporelle des enfants, et ses compétences d'exploration spatiale, et d'adapter au mieux les médiations à leur problématique.

Elle s'ordonne nous l'avons vu autour des grandes étapes de formation du « moi corporel », en lien avec la construction de l'espace et les capacités d'instrumentation cognitive. Les étapes repérées sont l'état autistique « réussi », l'étape de récupération de la première peau, la phase symbiotique, comprenant le clivage vertical puis horizontal, enfin, la phase d'individuation/séparation en corps total.

Ayant certes une dimension contenant, nous avons vu cependant que la qualité de l'enveloppement sensoriel proposé reste abstraite : l'escalade permet de ressentir une certaine unification corporelle, mais ne permet en rien le ressenti d'une enveloppe corporelle ou d'une peau, comme en pataugeoire ou dans les techniques d'enveloppement par packing.

Schématiquement, l'escalade paraît indiquée pour les enfants entre la récupération de la première peau et le début de la phase symbiotique, puis en cours de phase symbiotique, et ce dès le niveau de clivage vertical. Au plan spatial, le début de la phase symbiotique s'accompagne d'un repérage tridimensionnel de l'espace, avec des explorations architecturales notamment des contours des pièces, tandis que la phase de clivage verticale s'accompagne d'un intérêt pour les angles, dans lesquels les enfants se calent, pour la verticalité avec les pliages et les découpages.

L'autre aspect qui nous paraît essentiel, c'est de pouvoir s'appuyer également sur l'envie que nous montre l'enfant : un enfant qui grimpe partout, qui a des conduites spontanées d'escalade, va certainement pouvoir prendre du plaisir à l'escalade. De même un enfant agité, ayant du mal à réguler sa tonicité, bénéficiera au mieux de l'aspect contraignant moteur de l'escalade.

La question du rapport au risque et de la perception du danger doit se poser pour chaque enfant autiste auquel on souhaite proposer l'activité : les troubles

perceptifs et la recherche de sensorialité peuvent être tels que l'enfant n'a aucune perception du danger. On peut se poser la question de ce qu'il va faire de son apprentissage moteur en escalade en dehors de l'atelier. La vigilance impose de s'assurer que l'enfant a un minimum de conscience du danger.

Au-delà de cet aspect, l'apprentissage de l'assurage va être un outil pour améliorer cette perception, mais elle implique un début d'ouverture à l'environnement. Enfermé dans une recherche sensorielle envahissante, un enfant, même s'il prend du plaisir dans la gestualité et la sensorialité de l'activité, risque de ne pas s'inscrire dans le processus thérapeutique, et persister dans une autosensorialité stérile, voire dangereuse pour lui en dehors de l'atelier.

Au cours de notre travail nous avons également insisté sur les mécanismes prévalent dans l'autisme et les troubles du spectre autistique, d'identification adhésive. Le travail sur l'espace et la tridimensionnalité tel que nous l'avons décrit, permet d'étayer l'enfant pour qu'il s'en dégage. Un enfant qui va présenter cliniquement de tels phénomènes, peut alors également se voir proposer la médiation.

Ces différents aspects doivent ainsi être présents à l'esprit des équipes formalisant les indications de l'atelier escalade. Celle-ci se positionne ainsi en médiation corporelle secondaire aux médiations corporelles par enveloppement, dont elle pourrait constituer l'étape suivante pour accompagner les progrès de l'enfant dans sa construction du schéma corporel unifié et l'abandon progressif des phénomènes d'identification adhésive.

CONCLUSION

La médiation thérapeutique d'escalade offre un support original de développement de capacités motrices, cognitives et affectives, habituellement altérées chez les enfants souffrant de troubles du spectre autistique. Elle ouvre également des possibilités régressives faisant écho aux expériences infantiles précoces neuromotrices, affectives et relationnelles.

Chaque ascension est une expérience corporelle créatrice sollicitant les acquis antérieurs et des capacités, certes défaillantes, mais mobilisables dans ce contexte de croissance et de développement psychomoteur. Adressée en effet à un enfant qui grandit, la médiation thérapeutique s'appuie sur ses capacités neurodéveloppementales et ses potentialités maturationnelles.

L'idée d'une médiation thérapeutique par l'escalade est ainsi de favoriser, au travers du vécu corporel de l'enfant, l'introjection des émotions grâce à la médiation d'un tiers : le rôle des soignants va être de repérer, de donner sens au vécu émotionnel de chaque enfant, en le nommant avec lui d'après ce qu'il donne à voir de son expérience corporelle.

Cette médiation comme toute médiation va permettre d'alimenter le récit institutionnel de l'enfant, et va trouver place dans son histoire au travers des temps de reprise et de réunions de synthèse.

Elle apparaît pertinente dans la mobilisation des problématiques corporelles des enfants autistes, notamment leur défaut d'investissement du schéma corporel avec les angoisses de morcellement et de clivage engendrées. De part ses contraintes

motrices imposant l'utilisation du corps dans son ensemble, elle offre en effet à l'enfant le ressenti d'un corps unifié.

Aux vertus contenantantes de l'apprentissage d'une nouvelle motricité, s'ajoutent la contenance sensorielle par la voix et le regard de l'assureur et du groupe, l'absence d'incertitude informationnelle temporospatiale liée à l'indestructibilité et à l'immutabilité de la paroi, et la contenance du système d'assurance par l'intermédiaire du baudrier.

La fonction contenantante du cadre de l'atelier s'appuie quant à lui sur les soignants et l'institution et a pour objectif de maintenir un sentiment de continuité à des enfants qui en manquent par ailleurs.

Les défaillances d'ajustement tonico-émotionnel précoce, et du sentiment de contenance, entraînant en particulier des angoisses archaïques de lâchage, vont également être l'objet du soutien par une telle médiation.

Au plan affectif, la peur de la chute domine en effet l'activité, source d'angoisse mais également d'excitation et de plaisir, et conduit, au travers du binôme assureur-grimpeur, à revisiter les liens de la dyade mère-bébé.

La régression est vécue au travers de l'accordage, du portage, de la séparation, du lien et de l'attachement, et permet de ré-expérimenter des angoisses archaïques de lâchage en toute sécurité : l'escalade ouvre ainsi la voie, par l'intermédiaire du projet soignant, au retraitement corporel d'expériences archaïques angoissantes non symbolisées.

Par ailleurs l'escalade sollicite les capacités d'imitation et d'attention conjointe, non seulement lors du processus d'apprentissage de la gestualité propre à la verticalité, mais aussi par l'intermédiaire des enjeux relationnels de l'assurance. Ceux-ci constituent un important support de développement de l'intersubjectivité : l'accès à l'autre, celui qui assure, mais aussi celui qu'on assure et dont on est responsable, va ainsi progressivement s'inscrire au travers du ressenti corporel du portage et de l'accordage, soutenu par les adultes encadrants, mais aussi au travers des observations, indications, et encouragements partagés dans le groupe.

L'accès à la verticalité bouscule la représentation du corps dans l'espace, support d'affinage des capacités de régulation posturale, d'anticipation et de repérage dans l'espace. Les renversements dialectique haut/bas, collage/décollage de la paroi, portage/lâchage, grimper/tomber, vont permettre au sujet autiste d'expérimenter et d'accéder progressivement à une meilleure perception de la tridimensionnalité.

En aidant l'enfant à redécouper et réorienter son monde, l'abandon de la bidimensionnalité constitue le pré-requis à la lutte contre les phénomènes d'identification adhésive, et à l'ouverture à la tridimensionnalité objectale.

Les contraintes de l'activité doivent être tolérables pour l'enfant, et pour le groupe. Les indications d'un tel atelier doivent être soigneusement évaluées pour chaque enfant, en tenant compte de leurs capacités et de leur niveau d'angoisse corporelle. La dimension ludique est également importante, et permet de s'appuyer sur ce que nous montre l'enfant dans l'institution, notamment sur ses éventuelles conduites de recherche de hauteur, sur le plaisir, la valorisation narcissique.

Cependant proposée trop précocement, y compris à des enfants manifestant un vif intérêt aux recherches de hauteur et de déséquilibre, elle risque de l'enfermer dans un carcan d'autosensorialité autour des stimulations scopiques et proprioceptives, ne lui permettant pas d'accéder aux aspects potentiellement porteurs de l'activité, notamment n'autorisant pas d'ouverture intersubjective. Cela risque de le priver d'un accès à une conscience minimale du danger, et au contexte spatio-temporel de l'atelier.

L'escalade semble donc plus particulièrement adaptée aux enfants à partir de la phase symbiotique installée, selon la grille de repérage de Haag, après la phase de récupération de la première peau. Les problématiques de clivage vertical de l'image du corps, s'accompagnant d'un intérêt pour les angles et les verticales au plan de l'exploration de l'espace vont être exploitées par cette médiation. Elle paraît également opportune pour des enfants présentant une identification adhésive pathologique prévalente, par l'ouverture de l'espace qu'elle induit.

Nous nous sommes dans ce travail consacré aux troubles du spectre autistique de l'enfant, mais le champ d'action de l'escalade peu s'envisager dans d'autres contextes, mobilisant d'autres spécificités. La plupart des troubles envahissants du développement semblent ainsi pouvoir en bénéficier.

De la même façon, l'escalade a pu être proposée dans d'autres domaines que dans les troubles envahissants du développement : psychoses adolescentes, troubles phobiques, troubles narcissiques, états limites, et troubles du comportement alimentaires, dont les enjeux psychopathologiques sont propres à chaque problématique.

Quoiqu'il en soit, c'est avant tout l'envie de partager une passion qui a poussé les différents auteurs, ou soignants rencontrés lors de la rédaction de ce travail, à proposer l'escalade aux enfants qu'ils accueillaient sur les lieux de soin.

Recoupant leurs propres expériences, de grimpeur et d'assureur, avec leurs connaissances théoriques et leurs observations cliniques, ainsi que les nôtres, nous avons tâché de mettre en exergue les intérêts thérapeutiques d'un atelier escalade.

Quelle que soit les médiations proposées, l'enfant s'appuie et se nourrit de l'envie de l'adulte, et des moments passés ensemble.

Le moteur puissant qu'est le plaisir partagé alimente ainsi notre capacité de rêverie et d'imagination, au cœur de ce qui nous rend soignants.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Adrien J.L.** : Vers un nouveau modèle de psychopathologie de l'autisme : la dysrégulation fonctionnelle et développementale ; 2005 ; Psychomédia n°3 : 37-41.
2. **Anzieu D.** : Le moi-peau, In : Geissmann C., Houzel D. Eds: L'enfant, ses parents et le psychanalyste ; 2003 ; Bayard, Paris, p 485-501.
3. **Assaiante C., Amblard B., Carblanc A.** : Peripheral vision and dynamic equilibrium control in five to twelve year old children ; 1988 ; In Amblard B., Clarac F. (Eds): Posture and gait: Development, adaptation and modulation. Amsterdam: Elsevier.
4. **Assedo Y.** : Structure contraphobique d'une conduite transgressive, l'alpinisme ; 1983 ; In Kaes R., Anzieu D. (Eds) : *L'interdit dans la transgression*. Paris : Dunod.
5. **Assoun P-L.** : La jouissance intraitable: le vertige à l'épreuve de la psychanalyse; 2006; Champ psychosomatique, n°42(2) : 25-37.
6. **Atger F., Guedeney A.** : Attachement et développement ; 2006 ; EMC Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-200-B-35.
7. **Baudry P.** : La logique de l'extrême ; 1996 ; Communications, 61 : 11-20.
8. **Bléandonu G., Revol O.** : Développement psychologique de l'enfant ; 2008 ; EMC Pédiatrie, 4-002-F-85.
9. **Bowlby J.** : *Attachement et perte* (deux tomes); 1969 ; Paris: P.U.F.
10. **Bullinger A.** : *Le développement sensorimoteur et ses avatars* ; 2004 ; Ramonville : Eres.

11. **Caucal D., Travers S.** : Autisme et psychomotricité : l'exemple de l'institut « Notre Ecole » ; 2000 ; Evolutions psychomotrices, Vol 12, n°49 : 134-148.
12. **Caillois R.** : *Les jeux et les hommes : le masque et le vertige* ; 1967 ; Gallimard.
13. **Charman T., Baron-Cohen S.** : Another look at imitation in autism ; 1994 ; Development and psychopathology.
14. **Claudon P., Dall'asta A., Lighezzo-Alnot J., Scarpa O.** : Etude chez l'enfant autiste d'un des fondements corporels de l'intersubjectivité : le corps propre comme partage émotionnel ; 2008 ; Psychiatrie de l'Enfant, 51(1) : 125-152.
15. **Contant M., Calza A.** : Identités corporelle-Langage, Psychomotricité de l'autisme ; 1990 ; Thérapie Psychomotrice, 86(2) : 116-126.
16. **Corneloup J.** : Escalades : entre risque et ludisme ; 1995 ; in Universalia.
17. **Corneloup J.** : Risques, opinion publique et pratiques d'escalade : Sociologie du sport ; 1997 ; Sociétés, 55 : 23-40.
18. **Corneloup J.** : Les imaginaires en escalade ; 1999 ; Les cahiers de l'imaginaire, revue internationale, 18 : 28-37.
19. **Delion P.** : Processus cognitifs et psychoses infantiles ; 2002 ; Neuropsychiatrie Enfance Adolescence, 50 :114-120.
20. **Deutsch H.** : A contribution to psychology of sport; 1926; International Journal Psychoanaly.
21. **Dupuy C.** ; 1987 ; Analyse des stratégies visuelles et motrices d'une population de grimpeurs de haut niveau. Mémoire INSEP (Non publié).
22. **Durand K., Lécuyer R.** : L'intelligence du bébé ; 2009 ; EMC Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-200-D-25.
23. **Edlinger P., Lemoine J.-F., Ferrand P.** : *Grimper !* ; 1985 ; Paris : Arthaud.
24. **Ehrenberg A.** : L'âge de l'héroïsme ; 1988 ; Cahiers internationaux de sociologie, 85 : 197-224.
25. **Ehrenberg A.** : *Le culte de la performance* ; 1991 ; Paris : Calmann-Lévy.

26. **Freud S.** : Au-delà du principe de plaisir ; 1920 ; Réédition in *Essais de psychanalyse*, 2001, Paris : Payot, p47-128.
27. **Freud S.** : Le petit Hans ; 1909 ; Réédition, in *Cinq psychanalyses*, 2008, Paris : PUF, p143-282.
28. **Garret-Gloanec N., Gloanec Y.** : De la psychiatrie périnatale à la psychiatrie néonatale ; 2007 ; EMC Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-200-B-25.
29. **Garrone J., Puricelli J.-L.** : La pratique de l'escalade comme médiateur technique d'une thérapie psychomotrice ; 1996 ; *Thérapie psychomotrice*, 114-115 : 62-76.
30. **Georgieff N.** : Action et Identité : contribution de sciences cognitives à l'étude des troubles psychotiques ; 1998 ; *Confrontations psychiatriques*, 39 : 223-274.
31. **Golse B.** : Du corporel au psychique, In : Geissmann C., Houzel D. Eds: *L'enfant, ses parents et le psychanalyste* ; 2003 ; Bayard, Paris, p 473-483.
32. **Gepner B.** : Malvoyance du mouvement dans l'autisme : de la clinique à la recherche et à la rééducation, In : Berthoz A, Andrès C, Barthélemy C, Massion J, Rogé B. Eds : *L'autisme : de la recherche à la pratique* ; 2005 ; Odile Jacob, Paris, p 205-226.
33. **Grandin T.** : Mes expériences de la pensée visuelle, des problèmes sensoriels et des troubles de la communication ; 15 Octobre 1993 ; Université d'automne Aussois.
34. **Guilé J.-M.** : Ces gestes qui parlent. Notes cliniques sur les stéréotypies et gestes sensori-moteurs observés dans l'autisme ; 2007 ; *Perspectives Psy* vol46, n°3 : 240-247.
35. **Guy H.** : La figure de l'Everest dans le récit d'expédition ; 2001 ; *Tangence*, 65 : 115-127. <http://www.erudit.org>.
36. **Haag G.** : Les troubles de l'image du corps dans les psychoses infantiles ; 1990 ; *Thérapies psychomotrices*, n°86 (2) : 50-65.
37. **Haag G.** : Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel ; 1997 ; *J Psychanal Enf*, 20 : 104-25.
38. **Haag G., Tordjman S.** : Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité ; 1995 ; *Psy Enf* ; XXXVIII, 2 : 495-527.

39. **Haag G.** : Le moi corporel ; In : Geissmann C., Houzel D. Eds: L'enfant, ses parents et le psychanalyste ; 2003 ; Bayard, Paris, p 459-472.
40. **Hill E.** : Evaluating the theory of executive dysfunction in autism ; 2004 ; *Developmental review* 24 : 189-233.
41. **Hochmann J.** : Abord institutionnel des enfants psychotiques et autistes ; 1999 ; EMC, 37-210-A-10.
42. **Houdé O.** : La psychologie de l'enfant, quarante ans après Piaget ; 2009 ; [en ligne] <http://www.scienceshumaines.com> .
43. **Jantzen R.** : *Montagne et symboles* ; 1988 ; Lyon, Presses Universitaires de Lyon, p 158-159
44. **Joly F.** : Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre ; 2003 ; *Thérapies Psychomotrices et Recherches*, n°134 : Autisme et Psychomotricité.
45. **Jover M., Schmitz C., Bosdure E., Chabrol B., Assaiante C.** : Développement de l'anticipation posturale chez l'enfant sain et pathologique: revue de travaux ; 2005 ; *A.N.A.E.*, 81 : 66-75.
46. **Kaës R.** : Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires ; 2002 ; In : Chouvier B. et al. , editors : *Les processus psychiques de la médiation*. Paris, Dunod : 105-28.
47. **Krakauer J.** : *Tragédie à l'Everest (Into Thin Air)* ; 1998 ; Paris, Presses de la Cité, p.34.
48. **Labreuveux F., Poulet P.** : *Toute l'escalade* ; 2009 ; Les échelles, Mission spéciale.
49. **Laforest C-Y.** : *L'Everest m'a conquis* ; 1994 ; Montréal, Stanké, p. 32-33.
50. **Lambert R.** : La prise de risque en situation réelle ou imaginaire et facteurs de personnalité ; 1970 ; *Bulletin de Psychologie*, 288 : 105-110.
51. **Latour A.-M.** : Processus autistique et psychomotricité. « Apprendre de l'expérience » ; 2008 ; *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*, 56 (1) : 39-43.
52. **Latour A.-M.** : Du moi-ressenti au moi-psychomoteur : une hypothèse à propos des troubles archaïques ; 2009 ; *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*, 57 : 255-259.
53. **Le Breton D.** : Jeux symboliques avec la mort ; 1996 ; *Communications*, 61(1) : 51-67. <http://www.persee.fr>.

54. **Le Breton D.** : Activités physiques et sportives et intégration : aspects anthropologiques ; 2003 ; *Empan*, 51 : 58-64.
55. **Léséleuc (de) E.** : Le plaisir du vide ; 1997 ; *Corps et culture*, 2, Plaisirs du corps, plaisirs du sport, [en ligne]. <http://corpsetculture.revues.org>.
56. **Martineau J., Schmitz C., Assaiante C., Blanc R., Barthélemy C.** : Impairment of a cortical event-related desynchronisation during a bimanual load-lifting task in children with autistic disorders ; 2004 ; *Neuroscience Letters*, 367 : 298-303.
57. **Massion J.** : Organisation générale du geste volontaire ; 2001 ; *J. Réadapt.Méd.*, 21 : 9-18.
58. **Massion J.** : Sport et autisme ; 2006 ; *Science et sport* vol21, issue 4 : 243-248.
59. **Mazet P., Houzel D., Burzstejn C.** : Autisme infantile et psychoses précoces de l'enfant ; 2000 ; *EMC*, 37-201-G-10.
60. **Metzler D.** : La dimensionnalité comme paramètre du fonctionnement mental : sa relation à l'organisation narcissique ; 1975 ; In Metzler D., Bremner J. (Eds) : *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris, Payot : 232-248.
61. **Mokobodski P.E.** : Escalade et pédopsychiatrie ; 1986 ; Thèse de Doctorat ès Médecine. Université de Paris VII.
62. **Mottron L.** : Surfonctionnements et déficits perceptifs dans l'autisme ; 2005 ; In : Berthoz, A, Andrès C, Barthélemy C, Massion J, Rogé B Eds : *L'autisme : de la recherche à la pratique*, Odile Jacob, Paris, p 165-189.
63. **Nadel J.** : Imitation et autisme ; 200 ? ; *Cerveau et Psycho* n°4 : 68-71.
64. **Orbujin J.M, Tordjman M.** : Interview de Geneviève Haag ; 2003 ; *Thérapies Psychomotrices et Recherches* n°134 : Autisme et Psychomotricité.
65. **Paillard J.** : Les déterminants moteurs de l'organisation de l'espace ; 1971 ; *Cahiers de Psychologie*, 14(4) :261-316.
66. **Paillard J.** : L'encodage sensorimoteur de l'expérience spatiale. In : Paillard J. (Ed.) : *La lecture sensorimotrice et cognitive de l'expérience spatiale. Directions et distances*. Paris, CNRS : 217-225.
67. **Piaget J., Inhelder B.** : *La représentation de l'espace chez l'enfant* ; 1948 ; Paris : PUF.

68. **Piaget J.** : Le rôle de l'imitation dans la formation de la représentation ; 1962 ; *Evolution Psychiatrique*, 27(1) : 141-150.
69. **Piñol-Douriez M.** : Les fondements de la sémiotique spatiale chez l'enfant ; 1974 ; *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 9 : 171-194.
70. **Pistre F.** : Escalade. « Aujourd'hui je ne grimperai pas ! » ; 2007 ; *VST*, 93 : 30-41.
71. **Pociello C.** : Le sport entre mesure et démesure ; 1996 ; *Communications*, 61 (1) : 21-39. <http://www.persee.fr>.
72. **Raveneau G.** : Prises de risque sportives : représentations et constructions sociales ; 2006 ; *Ethnologie française*, 36 : 581-590.
73. **Rizolatti G., Fogassi L., Gallese V.** : Les neurones mémoires ; 2007 ; *Pour la Science*, n°351 : 44-57.
74. **Rogers S., Benetto L.** : Le fonctionnement moteur dans le cas d'autisme (traduction Nadel J.) ; 2001 ; *Enfance* n°1 : 63-73.
75. **Roussillon R.** : La métapsychologie des processus et la transitionnalité ; 1995 ; *Revue française de psychanalyse*, 5 : 1351-519.
76. **Sabouret E.** : L'adolescent malade: quelle guérison pour le corps? ; 2006 ; *L'évolution psychiatrique*, 71 : 311-330.
77. **Sami-Ali** : *Corps réel – corps imaginaire* ; 1998 ; Paris : Dunod.
78. **Sami-Ali** : Introduction à la psychosomatique ; 2009 ; Site internet du Centre International de Psychosomatique : <http://cips.free.fr>.
79. **Schmitz C., Forssberg H.** : Atteinte de la motricité dans l'autisme de l'enfant ; 2005 ; In : Berthoz, A, Andrès C, Barthélemy C, Massion J, Rogé B Eds : *L'autisme : de la recherche à la pratique*, Paris : Odile Jacob, p 227-249.
80. **Schmitz C., Martineau J., Barthélemy C., Assaiante C.** : Motor control and children with autism: deficit of anticipatory function? ; 2003 ; *Neuroscience Letters*, 348 : 17-20.
81. **Stern D.** : *Le monde interpersonnel du nourrisson* ; 1989 ; PUF, p.70-71 et 74.
82. **Strerri A.** : L'intermodalité ; 2003 ; In : Delorme A., Flückiger M. Eds : *Perception et réalité: une introduction à la psychologie des perceptions*, Louvain : De Boeck, p 197-222.

83. **Testa M.**: Analyse des coordinations posturo-cinétiques chez l'enfant et l'adolescent en escalade ; 1998 ; Thèse de Doctorat ès Sciences. Université de Grenoble 1.
84. **Therme P.** : Effets des apprentissages moteurs sur les conduites de l'enfant psychotique ; 1989 ; Thèse de Doctorat ès Sciences. Université d'Aix-Marseille II.
85. **Therme P., Mottet D., Bonnon M., Soulayrol R.** : Apprentissages moteurs et psychopathologie : pratique de l'escalade chez l'enfant psychotique ; 1992 ; Psychiatrie de l'enfant 35 : 519-550.
86. **Tustin F.** : *Les états autistiques chez l'enfant* (Nouvelle édition) ; 1992 ; Paris : Seuil.
87. **Veyret P.** : L'expédition française à l'Himalaya en 1950 ; 1951 ; Revue de géographie alpine, 39 (2) : 355-56.
88. **Vernazza-Martin S., Assaiante C., Martin N., Vernazza A., Le Pellec-Muller AA., Massion J., Rufo M.** : Goal directed locomotion and locomotor balance control in autistic children ; 2005 ; Journal of Autism and Developmental Disorders, 35 : 91-102.
89. **Wallon H.** : Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant ; 1956 ; Enfance, 2 : 1-4.
90. **Wallon H.** : Espace postural et espace environnant (le schéma corporel) ; 1962 ; Enfance, 1 : 1-33.
91. **Winnicott D.** : *Jeu et Réalité, l'espace potentiel* (1971) ; 1975 ; Gallimard, Paris.
92. **Winnicott D.** : La crainte de l'effondrement ; 1975 ; Nouvelle Revue de Psychanalyse, 11 :35-44.
93. **Winnicott D.** : *Processus de maturation chez l'enfant* ; 1983 ; Ed. Payot, Paris.

Sites internet consultés et divers:

94. Site officiel du cortège historique de l'Escalade : <http://www.1602.ch>; dernière consultation le 21/11/09.
95. Site du magazine Grimper : <http://www.grimper.com>; dernière consultation le 21/11/09.
96. Site de la Fédération Française de la Montagne et de l'Escalade : <http://www.ffme.fr>; dernière consultation le 15/02/10.

97. Site du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : <http://www.cnrtl.fr>; dernière consultation le 20/11/09.
98. Site d'information sur les sports outdoor : <http://www.freepresse.com>; dernière consultation le 18/12/09 (Molga P. « La montagne au féminin », article en ligne).
99. Dossier : Le singe descend de l'Homme, révolution dans l'évolution ; 2010 ; Philosophie magazine n°35 : 39-57.

Au pied du mur : perspectives développementales et psychopathologiques d'une médiation thérapeutique par l'escalade auprès d'enfants souffrant d'autisme.

RESUME

Plusieurs auteurs soulignent l'intérêt de la pratique de l'escalade auprès d'enfants souffrant d'autisme, et des graves perturbations du schéma corporel qui lui sont associés. Sa mise en œuvre s'inscrit comme médiation thérapeutique au sein de la pratique institutionnelle, et le corps utilisé comme objet de médiation en tant que premier support de la vie psychique. A travers du lien soignant, l'escalade permet de rééprouver l'apprentissage d'un corps vécu comme unifié dans l'espace. Elle ouvre également la possibilité du retraitement corporel d'angoisses archaïques de lâchage, tout en sollicitant leurs capacités intersubjectives et relationnelles au travers des enjeux de l'assurance. Les indications doivent tenir compte des particularismes neurodéveloppementaux de chaque enfant et de son niveau d'angoisse corporelle.

MOTS-CLES

Autisme

Escalade

Médiation thérapeutique

Schéma corporel

Angoisses archaïques

Intersubjectivité