

ANNÉE 2020

N° 258

Vertiges et adolescence

Réflexion théorico-pratique sur l'escalade
et la montagne comme médiations
thérapeutiques à l'adolescence

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **Jeudi 15 octobre 2020**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Pauline Espi

Née le 11/02/1990 à Reims

Sous la direction du Professeur Nicolas Georgieff

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président	Pr Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pr Pierre COCHAT
Directeur Général des services	M. Damien VERHAEGHE

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Carole BURILLON
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)	Dr Xavier PERROT
Directrice du département de Biologie Humaine	Pr Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie :

Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences	Pr Kathrin GIESELER
Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences Et Technologies	Pr Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yannick VANPOULLE
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Pr Christophe VITON
Directeur de l'Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	M. Nicolas LEBOISNE
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Pr Isabelle DANIEL
Administrateur Provisoire de l'Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education (INSPé)	M. Pierre CHAREYRON
Directrice du Département Composante Génie Electrique et Procédés (GEP)	Pr Rosaria FERRIGNO
Directeur du Département Composante Informatique	Pr Behzad SHARIAT TORBAGHAN
Directeur du Département Composante Mécanique	Pr Marc BUFFAT



Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2019/2020

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
COCHAT	Pierre	Pédiatrie
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Cardiologie
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

BOILLOT	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DOUEK	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
FINET	Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HERZBERG	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MERTENS	Patrick	Neurochirurgie
MIOSSEC	Pierre	Rhumatologie
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
MOULIN	Philippe	Endocrinologie
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
TERRA	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
ANDRE-FOUET	Xavier	Cardiologie
ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
EDERY	Charles Patrick	Génétique
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie viscérale et digestive
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

ROSSETTI	Yves	Médecine Physique de la Réadaptation
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
SCHEIBER	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TILIKETE	Caroline	Neurologie
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUBOURG	Laurence	Physiologie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY	François	Neurologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESURTEL	Mickaël	Chirurgie générale
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLION	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Pédiatrie
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive

ROMAN	Sabine	Gastroentérologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAUT	Hélène	Cardiologie
VENET	Fabienne	Immunologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités Classe exceptionnelle

PERRU	Olivier	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
-------	---------	--

Professeur des Universités - Médecine Générale

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent
ZERBIB	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINÉ	Xavier

Professeurs associés autres disciplines

BERARD	Annick	Pharmacie fondamentale ; pharmacie clinique
LAMBLIN	Géry	Médecine Palliative

Professeurs émérites

BAULIEUX	Jacques	Cardiologie
BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MARTIN	Xavier	Urologie
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie
PUGEAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
GERMAIN	Michèle	Pneumologie
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
NORMAND	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CHARRIERE	Sybil	Endocrinologie
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
LESCA	Gaëtan	Génétique
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PHAN	Alice	Dermato-vénéréologie
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COUR	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAU	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timothée	Neurochirurgie
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACON REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gériatrie ; addictologie
LEMOINE	Sandrine	Néphrologie

MARIGNIER
NGUYEN CHU
ROUCHER BOULEZ
SIMONET

Romain
Huu Kim An
Florence
Thomas

Neurologie
Pédiatrie
Biochimie et biologie moléculaire
Biologie cellulaire

**Maître de Conférences
Classe normale**

CHABOT
DALIBERT
LECHOPIER
NAZARE
PANTHU
VIGNERON
VINDRIEUX

Hugues
Lucie
Nicolas
Julie-Anne
Baptiste
Arnaud
David

Epistémologie, histoire des sciences et techniques
Epistémologie, histoire des sciences et techniques
Epistémologie, histoire des sciences et techniques
Physiologie
Biologie Cellulaire
Biochimie, biologie
Physiologie

Maitre de conférence de Médecine Générale

CHANELIERE

Marc

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

DE FREMINVILLE
PERROTIN
PIGACHE
ZORZI

Humbert
Sofia
Christophe
Frédéric

Remerciements

Au Professeur Nicolas Georgieff,

Auquel j'adresse toute ma reconnaissance pour l'honneur et la confiance qu'il m'a fait en acceptant d'accompagner ce travail de thèse. La transdisciplinarité de sa pensée et de ses écrits, son désir constant du partage et de la transmission, resteront des points d'appui et d'échanges très précieux au cours de ma formation.

Au Professeur Pierre Fourneret,

Auquel j'adresse toute ma gratitude, non seulement pour avoir accepté de présider ce jury, mais aussi et surtout pour les projets professionnels en cours et à venir à ses côtés. Le dynamisme et la créativité de ses idées, son engagement pour la clinique de l'enfant et la formation des internes, l'indépendance et la liberté de ses positionnements, sont pour moi le support d'un optimisme sincère et confiant pour la suite.

Au Professeur Emmanuel Poulet,

Auquel j'adresse toute ma reconnaissance pour avoir accepté, au pied levé, de faire partie de mon jury. La rigueur et le pragmatisme de ses enseignements restent des fils directeurs de ma pratique lorsque j'exerce aux urgences. J'ai beaucoup d'estime pour la fiabilité de son engagement clinique et institutionnel, et pour la valeur de son compagnonnage sur le terrain.

Au Docteur Anna Bourgeois,

A laquelle j'adresse tous mes remerciements pour me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse. Ses enseignements en cours de DES m'avaient beaucoup marquée pour le recul nosographique sur la psychiatrie de l'enfant qu'amenait son expérience des systèmes français et canadiens, et pour l'accueil et la bienveillance qu'elle accordait à nos questions.

Au Docteur Hugues Desombre,

Auquel j'adresse toute ma gratitude pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse, qui constitue une prolongation académique aux échanges que nous avons pu avoir autour de notre passion commune pour la montagne. J'éprouve par ailleurs la plus grande estime pour la manière dont il occupe ses fonctions de responsabilité institutionnelle, et je suis honorée et ravie que l'aventure continue au sein de son institution.

A Monsieur Antoine Perier,

Auquel j'adresse toute ma reconnaissance pour participer à ce jury de thèse, et pour son accompagnement dans ma réflexion théorique depuis le début de cette idée d'écriture. Je n'aurais jamais osé me lancer dans ce projet de thèse s'il n'avait lui-même déjà posé des éléments de réflexion théorique sur l'escalade dans le soin aux adolescents ; et s'il n'avait pas soutenu dès notre premier échange mon désir d'approfondir cette question qui me tenait à cœur depuis longtemps. L'amitié et la chaleur des échanges avec lui et Nicolas Georgieff ont participé à rendre l'exercice de la thèse le plus agréable possible.

J'adresse également de sincères remerciements à ceux de mes proches et de mes collègues qui ont accompagné ce travail depuis le début, en enrichissant ma réflexion de la leur et en me faisant partager leurs lectures et leurs expériences personnelles. Je pense tout particulièrement à mes parents qui ont su créer les conditions idéales à la rédaction de ma thèse et qui ont accueilli avec enthousiasme la naissance de chaque chapitre ; à Stéphane, Manu, Michel, Pierre-éric, Frédéric, Philippe, Elise, Serge et Céline qui m'ont apporté une relecture amicale, soutenante, critique et constructive.

A tous ceux de mes collègues qui m'ont transmis leur expérience et leur éthique du soin,

Les patients et toute l'équipe rémoise du centre de jour Antonin Artaud avec en particulier Patrick, Odile et Gérard auprès desquels j'ai découvert la psychothérapie institutionnelle : c'est grâce à eux que la psychiatrie m'est apparue comme une évidence pendant l'externat. Puis les différentes équipes lyonnaises dans lesquelles j'ai eu la chance de faire mes stages d'internat : celle de Canguilhem, avec une gratitude particulière pour Stéphane, sa confiance et son soutien à toute épreuve, pour Philippe, son animation du groupe com' et ses nombreuses transmissions cliniques et littéraires, pour Marion et son compagnonnage pour penser la violence que je ressentais lors de ma première contrainte, pour Anne et les fantômes que l'on garde en nous, pour Gilles et ses épatants mots-croisés, pour Cathy et Christine et notre joyeux trafic de bulles souterraines... Ces deux semestres ont été fondateurs et source de confiance pour la suite, malgré les difficultés et les doutes inhérents à la clinique. Puis l'équipe mobile de gériopsychiatrie et la rencontre avec Claude-Aline, l'intelligence et la délicatesse de son positionnement clinique ; l'équipe de Flavigny et la clinique adolescente que j'ai adoré découvrir auprès de Thierry, Mohamed, Frédéric, Sabine, Nathalie ; le travail en CMP et en HDJ sur le i13 auprès de Violaine, Julie, Bérénice, Louis, Bénédicte et les autres... la valeur de leur savoir clinique, de leur « accueil inconditionnel » de la souffrance des enfants et de leurs familles ; et enfin la clinique passionnante de la périnatalité auprès d'Amélie, Caterina, Anne, Lydie et Céline... la rencontre avec l'HFME et le désir grandissant d'y revenir. Et tout au long de l'internat l'apprentissage de la vie institutionnelle, l'attachement à un hôpital, à son histoire et à ce qui s'y vit et s'y construit, avec ses joutes et ses enjeux de famille, les idées sur le soin qui se dialectisent, tout ce qui constitue finalement la vie d'une communauté médicale ; avec une réelle admiration pour la loyauté à des engagements et un courage institutionnel, celui de Jean-Pierre bien sûr, mais aussi Blandine, Halima, Anne, et tous ceux pour lesquels il s'agit de construire et réinventer sans cesse le soin, mais sans détruire les dispositifs qui nous précèdent et les valeurs qui sous-tendent l'engagement soignant.

A ces quelques patients que je n'oublierai jamais et qui m'auront appris la difficulté comme la beauté du soin, avec en particulier David, Nassima, Pauline, Lilio et ses parents.

A Manu,

Pour avoir accompagné mes premiers pas en escalade quand j'avais 8 ans, pour m'avoir transmis pendant des années les techniques et ton éthique de la grimpe, en supportant l'adolescente turbulente

et taquine que j'étais ; pour avoir aujourd'hui surmonté ton cancer et m'avoir donné la joie de te retrouver. Tu sais l'immense affection que j'ai pour toi.

A mes partenaires de grimpe et de montagne, d'hier et d'aujourd'hui,

A Juliette, ma première partenaire de cordée et l'amie de mon enfance pour des années de rigolades, d'expéditions improvisées et d'insouciance. C'est une autre aventure encore bien plus courageuse dans laquelle tu te lances maintenant, en devenant maman de ton petit Hugo. A mon papa, qui m'a accompagnée sur les falaises sans jamais faire défaut, quel que soit le degré de galère dans lequel nous nous retrouvions. J'ai des souvenirs émus de ces inoubliables partages avec toi, et je suis très heureuse qu'ils se poursuivent et s'enrichissent encore aujourd'hui. A Jean-Marc, pour nos danses verticales et pour les vols tant attendus depuis le haut de notre blanche... Au Lapinou, pour tous les week-ends d'escapades, depuis les challenges dans les petits blocs aux joyeuses cavalcades houblonnées dans les troquets parisiens, à réinventer le monde et le poétiser. A Oriane, Loup, Lucie, Guillaume, avec lesquels c'est toujours une joie d'embarquer les peaux de phoque le temps d'une virée amicale et enneigée. A Frédéric, pour le plaisir de partager un besoin commun d'envolées et d'ailleurs. A Michel alias GD, pour m'avoir fait m'éprendre du ski de randonnée alors que j'étais encore Rémoise ; et pour ce lien précieux dont nous savons prendre soin. A Jeanne, pour notre mémorable aventure du GR20 et toutes celles qui suivent et qui suivront. Ton amitié est l'une de celle qui m'est la plus précieuse aujourd'hui. Et enfin à mon frère bien sûr, depuis nos débuts catastrophiques mais enthousiastes au sentier Roma et au Bisshorn, jusqu'à nos rêves actuels vers la Verte ou les Jorasses, en passant par d'inoubliables leçons de montagne et apprentissages de cordée, à la Meije ou au Mont Blanc. J'ai de merveilleux souvenirs avec toi en ski, en grimpe, en haute-montagne et dans les airs, dans les Alpes ou dans l'Himalaya ; et encore tant d'envies à partager.

A Margot et Matthieu,

Pour votre amitié et pour tous nos échanges qui m'ont tant appris. Pour la révolte nécessaire et partagée contre certains aspects de nos études médicales, pour les soirées avec l'Autobus 975 à parler de médecine au travers les questions de la mort, de la souffrance, du soin, des arts, de la venue de Martin Winckler, pour la passion commune de la clinique et de la psychothérapie, pour la réflexivité enthousiaste mais critique que nous tenions sans cesse sur Artaud, et pour votre merveilleuse manière de rencontrer inlassablement l'existence le cœur à découvert.

A tous les copains d'internat,

Pour tous les partages autour de nos débuts en psychiatrie, les enthousiasmes et les doutes, les éclats de rire et les coups de gueule, les mémorables joutes animées et arrosées... les soirées jeux, la Psyvision, les soirées de Noël et toutes les autres, qui ont contribué faire que ces 4 années me manquent déjà. Une pensée très affectueuse vers Diane, Charlotte, Marie-Sophie, Constance, Elodie, Marie, Caroline et Pablo, Rachel et Théo, Guilhem, Clémence, Maëva, Thomas, Sofia et Matthieu. Un grand merci amical aussi à Julie, Daphné, Yannick, Mathilde, et Elise, pour votre amitié et pour la richesse des échanges partagés, dans les différentes sphères de l'existence.

A mes colocataires et amis,

Orianne, Harold et Tchaïka... pour la joie, la simplicité et le réconfort de partager la vie quotidienne avec vous, en dépit des vols de crevette et de feuilles d'olivier. J'ai enfin posé mes valises quelque part, d'où je n'ai plus besoin de repartir sans cesse.

Et enfin, mes remerciements les plus émus vont à ma famille,

A mon grand petit frère, en qui j'ai la chance de trouver un merveilleux et incomparable compagnon de cordée, que ce soit pour nos aventures montagnardes, aériennes, médicales... ou pour celles de la vie en général. C'est une immense joie que tu sois là.

A mes mamies, qui auraient été terriblement fières de voir leur petite-fille devenir docteur.

A mes parents, qui m'ont inlassablement soutenue et accompagnée, malgré mes éclats adolescents et mon incessant besoin d'aller explorer et rencontrer loin des sentiers battus. Les valeurs que vous m'avez transmises, votre confiance et votre amour m'ont permis de grandir vers une existence que j'aime profondément aujourd'hui. C'est à vous que vont mes remerciements les plus reconnaissants. Je vous aime très fort.

Sommaire

Introduction.....	15
Chapitre 1 : Paradoxes adolescents et conduites à risque.....	18
A) Paradoxes et dialectiques de l'adolescence	
B) Rapport au corps et effraction du pubertaire	
C) Maturation corticale et conduites exploratoires	
D) Transformations sociétales et subjectivation	
E) Rites de passages et conduites ordaliques	
F) De l'anthropologique au pathologique	
G) Psychothérapie à l'adolescence	
Chapitre 2 : Escalade et alpinisme : enjeux psychologiques et philosophiques.....	37
A) Alpinisme et escalade : quelques éléments historiques et sociologiques	
B) Des cultures et imaginaires spécifiques	
C) Lien de cordée	
D) Du vertige au plaisir	
E) Sublime, respect et esthétique	
F) Imagerie mentale et représentation de l'action	
G) Engagement et ordalisme	
H) Rapport au risque	
I) Qualia et sensation seeking	
J) Flow : ce qui en vaut la chandelle ?	
Chapitre 3 : Vers la médiation thérapeutique.....	67
A) Place de la médiation thérapeutique à l'adolescence	
B) Quel lien de l'émotion à l'action ?	
C) Hypothèse de la psychomotricité	
D) Leviers thérapeutiques en escalade	
E) Expériences de dispositifs cliniques	
F) Bouldering psychotherapy	
G) Place dans le contexte des soins pédopsychiatriques actuels	
Bibliographie.....	92
Conclusion.....	97

Introduction

Discours d'une passion, le discours sur la montagne est toujours un discours amoureux.

Bernard Amy, Souvenirs d'un voyage au Mont Analogue

L'exercice de la thèse de médecine peut être vu comme un rite de passage, au sens d'un acte qui accompagne un changement d'état au sein d'un groupe culturel. Dans la communauté médicale, c'est l'étape par laquelle se termine la longue période de nos études, pour l'acquisition du statut de docteur. Ce rite de passage vient ponctuer la période de transition qu'est l'internat, comme support d'une maturation professionnelle et personnelle. Durant cette période, le jeune médecin se forme par la transmission qu'il reçoit auprès de ses pairs plus expérimentés, par l'appropriation des savoirs académiques, et par la confrontation à la clinique et à ses écueils. Il y a parmi ses collègues des rencontres fortes auxquelles il peut s'identifier et qui resteront des boussoles humaines sur le plan éthique et clinique, des patients qui sont initiatiques et qu'il n'oubliera jamais, des lieux de soin divers qu'il va découvrir et qui l'accueillent en cherchant à lui transmettre le meilleur de leur approche du soin, des événements de sa trajectoire qui renforcent sa passion et d'autres qui l'amènent à tout remettre en question, des enseignements contre lesquels il se rebelle et d'autres qui soutiennent son désir d'apprendre et d'approfondir des domaines de pensée, des courants idéologiques grâce auxquels il construit sa pensée en se positionnant en accord ou en désaccord ; et puis et surtout des compagnons de cheminement, avec lesquels il construit des liens d'amitié et de confiance qui le soutiennent tout au long de cette traversée. Il prendra ensuite le risque de s'engager, au moins pour un certain temps, auprès d'un service et de collègues avec lesquels il éprouve le désir de travailler et auprès desquels il s'estime prêt à prendre davantage de responsabilités.

Il s'agit donc d'un processus transitionnel, pour partie analogue à celui de l'adolescence. L'internat est une période de maturation dont la finalité est l'autonomisation et l'individuation progressive de l'interne, afin de lui permettre de s'engager avec davantage de confiance et de sécurité dans un statut et un exercice de médecin dit « senior ». La thèse est l'aboutissement symbolique de ce processus, en ce sens qu'elle se situe temporellement à son issue, que la soutenance est constituée d'une cérémonie et de codes qui se transmettent rituellement depuis des générations, et qu'elle constitue le passeport administratif et légal pour exercer ensuite en tant que praticien reconnu par ses pairs et par la société.

Dans cette perspective de considérer la thèse comme un rite de passage, on peut lui donner la fonction d'être un support à l'appropriation de l'expérience personnelle et à sa transformation en un objet clinique et thérapeutique. Il me semble important de considérer que le clinicien ne se situe jamais hors histoire subjective ; et même qu'il travaille avec elle, tout du moins dans l'exercice de la psychiatrie ou de la pédopsychiatrie. Nos disciplines sont des pratiques de l'interrelation, dont l'objet est la souffrance psychique en tant qu'elle touche un sujet qui vient y chercher soulagement auprès d'un autre. Cette souffrance concerne la manière dont il expérimente le lien à lui-même, le lien au monde ou à la pensée, et bien souvent le lien à l'autre. En tant que médecins, nous disposons de modèles théoriques pour nous représenter et organiser ces différentes modalités de souffrance, et formuler ensuite des hypothèses diagnostiques et thérapeutiques à partir d'un savoir partagé. Nous engageons donc une parole d'expert et de sachant, mais nécessairement aussi une parole plus subjective qui se rattache à un style et une histoire personnelle, puisque la manière dont nous abordons l'interrelation et nous y engageons vient convoquer ce que nous sommes, en deçà d'une formation professionnelle commune. Pour soigner nos patients, nous devons éprouver le désir de les rencontrer ; cela suppose un engagement de notre subjectivité.

J'ai donc choisi de développer dans ce travail de thèse une réflexion théorico-clinique à partir d'un aspect de mon expérience personnelle, avec le postulat que l'on devient aussi clinicien avec la manière dont on a construit notre propre rapport au monde et à la relation. L'escalade et la montagne ont été pour moi d'importants supports de construction identitaire, au sens de rencontres, d'expériences affectives et sensorielles, et d'un imaginaire qui m'auront aidé à grandir depuis mon enfance. Je fais l'hypothèse qu'il s'agit de pratiques qui rejoignent par certains de leurs aspects spécifiques les processus adolescents, et contiennent des potentialités thérapeutiques et soignantes qui peuvent être mises au service de la clinique pédopsychiatrique par le biais de médiations thérapeutiques. Je m'attacherai à développer cette hypothèse, en revenant dans un premier temps aux processus adolescents et la psychopathologie qui peut en résulter. Après avoir présenté l'alpinisme et l'escalade par un bref détour historique et sociologique, j'aborderai ensuite plus spécifiquement certains des aspects psychologiques et philosophiques qui sont en jeu dans ces pratiques. Je traiterai en particulier du lien à l'autre au travers de la notion de cordée, de la prise de risque et de l'engagement, de la recherche de sensations qui vient s'articuler avec le plaisir éprouvé, et d'une expérience esthétique et sensorielle singulière qu'offre la haute-montagne et l'escalade. J'illustrerai mon propos par des écrits et témoignages venant de grimpeurs et d'alpinistes. Enfin, en prenant appui sur les échos qui auront pu se dégager entre ces deux premières parties, je développerai l'idée d'une possible médiation thérapeutique par l'escalade à l'adolescence. Il faudra en revenir à l'hypothèse de la psychomotricité,

à savoir que la fonction motrice s'articule étroitement avec la fonction de relation et la fonction psychique ; et donc que le corporel peut soigner le psychique. Enfin, je présenterai quelques-uns des dispositifs cliniques déjà existants, ainsi qu'une étude actuelle qui compare l'efficacité d'une thérapie basée sur l'escalade avec une psychothérapie cognitive et comportementale.

Chapitre 1 : Paradoxes adolescents et conduites à risque

*« Je m'en allais, les poings dans mes poches crevées ;
Mon paletot aussi devenait idéal ;
J'allais sous le ciel, Muse ! et j'étais ton féal ;
Oh ! là ! là ! que d'amours splendides j'ai rêvées !

Mon unique culotte avait un large trou.
– Petit-Poucet rêveur, j'égrenais dans ma course
Des rimes. Mon auberge était à la Grande-Ourse.
– Mes étoiles au ciel avaient un doux frou-frou »*

Arthur Rimbaud, *Ma bohème*

L'adolescence a une histoire qui remonte à l'antiquité, mais elle n'est devenue un concept psychologique qu'au début du XX^{ème} siècle (1). Etymologiquement, le terme vient du latin *adolescere*, qui veut dire 'grandir vers'. On retrouve les premiers usages d'*adulescens* ou d'*adolescens* dans la Rome Antique ; le terme 'adolescent' en dérive, et apparaîtrait en 1327 selon le Petit Robert. Il est alors usité au féminin et de manière assez péjorative, comme l'attribut d'une naïveté ou d'une inexpérience aux jeunes adultes. Au XVIII^{ème} siècle, il deviendra fortement associé au genre littéraire du romantisme et à l'exaltation des passions, comme par exemple dans les *Souffrances du jeune Werther*, de Goethe (2).

Mais selon Philippe Aries (3), ce n'est qu'au XX^{ème} siècle que naît véritablement le concept d'adolescence, avec l'extension de la période scolaire dans nos sociétés modernes. L'enfant reste alors plus longtemps au sein de sa famille et il en reste dépendant financièrement jusqu'à un âge plus avancé, ce qui soulève de nouvelles tensions.

La première étude psychologique sur l'adolescence sera publiée en 1904 par Stanley Hall : « *Adolescence : its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education* » (4). C'est le début des descriptions de l'adolescence comme ayant des caractéristiques et des enjeux psychopathologiques propres ; elle n'est plus définie uniquement en négatif, comme n'étant ni l'enfance ni l'âge adulte.

L'adolescence sera ensuite tantôt définie et théorisée comme une transition, une crise, ou encore un processus de transformation (5). C'est cette dernière conception qui semble actuellement la plus consensuelle chez les cliniciens, car elle rend compte de l'adolescence comme d'une étape développementale à part entière, avec des enjeux qui lui sont propres et qui peuvent être saisis au positif.

Les remaniements qui s'y opèrent sont d'ordre biologique (puberté), neurologiques (maturation corticale) et d'ordre psychique (processus d'individuation, de subjectivation, remaniement des identifications, réaménagements des dépendances).

Tenant compte de ces différents niveaux qui s'intriquent, la plupart des auteurs s'accordent pour considérer que la période de l'adolescence s'étend entre 13 et 25 ans, parfois même jusqu'à 30 ans (6). Il serait même possible de considérer que certains de ces processus continuent tout du long de l'existence, et peuvent être réactivés de manière particulièrement intense lorsque des événements de vie font effraction (allant de la rencontre amoureuse au deuil, qui chaque fois rebattent toutes les cartes et réouvrent un ensemble de doutes et de possibles... laissant celui qui les vit sans guère plus de repères ni de boussole).

L'adolescent est, de plus, un individu plongé dans des groupes et des collectifs, dont les caractéristiques viennent impacter et colorer les réaménagements auxquels il fait face. Alain Ehrenberg a cherché à saisir la manière dont les transformations de nos sociétés modernes pouvaient créer de nouvelles modalités d'expression de la souffrance psychique (7,8). On peut faire l'hypothèse que l'amenuisement des supports identificatoires symboliques, la désinstitutionnalisation croissante, le renforcement de l'autonomie comme condition telle que la décrit Pierre-Henri Castel (9), constituent des paramètres sociétaux qui peuvent venir accentuer la complexité des réaménagements internes que traverse l'adolescent.

Sur le plan psychique, l'adolescent subit un ensemble de tensions paradoxales et contraintes internes nouvelles liées à la survenue du pubertaire. Les assises narcissiques et identificatoires vacillent, le corps est l'assaut d'une pulsionnalité et de métamorphoses qui peuvent le faire apparaître comme étranger à lui-même, le lien aux autres se sexualise, la pulsionnalité déborde parfois les capacités de contenance de l'appareil psychique, les objets d'amour deviennent à la fois menaçants par leur présence (angoisse d'intrusion) et par leur disparition (angoisse d'abandon)... En somme c'est la tempête, plus ou moins violente selon les points d'appui internes et externes dont dispose l'adolescent. Il subit une dépressivité qui est inhérente aux transformations et aux vacillements narcissiques qu'il traverse, à mesure qu'il met à distance les idéalizations de l'enfance (10).

Les résistances qu'il met en place (11) peuvent alors prendre différentes formes telles que des besoins de maîtrise par le biais de démarches ascétiques, ou encore des conduites à risque ; elles sont toujours manifestation d'une souffrance sous-jacente et une tentative d'adresse à l'autre.

L'adolescence est donc une période de forte instabilité (synaptique comme psychique) qui est celle d'une grande créativité possible, mais aussi à haut risque de décompensations si les solutions tentées ne s'avèrent pas fonctionnelles. Les impasses ou les ratés dans ces processus adolescents peuvent donner lieu à une psychopathologie, internalisée ou externalisée ; ce sont les adolescents que nous accueillons dans nos dispositifs de soin. L'enjeu clinique est alors de différencier ce qui relève de l'anthropologique de ce qui relève du pathologique, et construire un lien thérapeutique qui repossibilise sans aliéner ; en tenant compte des tempêtes affectives, psychiques et corporelles dans lesquelles l'adolescent est pris et qui vont venir interférer sur la rencontre soignante.

A) Paradoxes et dialectiques de l'adolescence

*« Quinze ans, déjà on quitte un peu l'enfance,
Ou, du moins, on le croit !...
On se prend pour « quelqu'un ».
On aime critiquer, s'opposer à outrance.
On veut tout démolir et créer à la fois.
On aime furieusement,
Sans nuance, sans remords,
Puis tout à coup, on n'aime plus.
On regrette de vivre et on souhaite la mort.
On sombre alors dans un grand abattement.
On se sent seul, incompris ;
Et on a mal.
On rêve d'évasion, de bonheur vite gagné,
D'îles merveilleuses où l'on vit sans soucis.
On ne parle à personne, on boude et on se plaint.
C'est l'âge des tourments.
Mais voilà qu'un beau matin,
On se rend compte enfin*

*Que l'on ne connaît rien !...
Alors on balaie les tourments,
Et, bien vite, on se prépare à devenir grand
En abandonnant ses quinze ans... »*

CATHERINE (15 ans), « Quinze ans », extrait de *Adolescence en poésie*, Éditions Gallimard

L'adolescence est une période développementale de mise en tension intense, qui crée une situation de déséquilibre psychique et affectif ; elle peut à la fois servir de révélateur et de construction des ressources de l'adolescent, mais aussi le fragiliser.

Philippe Jeammet est certainement un des auteurs qui a le plus analysé et rendu compte des dialectiques à l'œuvre à l'adolescence : dans ce paragraphe, je m'appuie principalement sur ses travaux pour tenter d'explicitier quelques-uns de ces paradoxes adolescents qui serviront ensuite à mieux comprendre la fonction que peuvent revêtir les conduites à risque (12–16).

- La puberté s'impose à l'adolescent. Elle transforme son corps, l'envahit de pulsions et d'émotions qu'il ne maîtrise pas ; elle sexualise le rapport aux autres et en premier lieu aux parents. C'est la première source de paradoxe : alors que l'adolescent pourrait avoir envie de continuer à venir se réfugier dans les bras de ses parents, quelque chose l'en empêche, le met mal à l'aise, le pousse à rester à distance. Il n'est plus possible d'ignorer que la génitalité nouvelle rend ses parents potentiellement désirables, d'autant plus qu'ils sont ses objets d'amour et d'attachement. Cela fait planer la menace de l'inceste, et pousse l'adolescent à réaménager la distance à ses parents. Un besoin d'intimité nouveau se crée, par l'aménagement d'espaces privés (une chambre à soi, une vie intérieure que l'on ne partage plus de la même manière, un journal intime, etc). Dans les familles où ce besoin de distance et d'intimité n'est pas respecté par les parents, on peut voir apparaître des situations de confusion déstructurantes pour l'adolescent, un climat où les générations et les sexes sont confondus ; ce que Racamier nomme l'incestuel (17,18).
- L'adolescence, faisant suite à la période de latence, est également la période où le développement cognitif est devenu très efficient et où le jeu de l'auto-réflexivité se met en place, dans une interrogation non seulement sur ce nouvel étranger en soi-même (ce corps qui se transforme à notre insu), mais aussi sur l'héritage qui nous vient de nos parents. C'est généralement l'époque de tous les questionnements existentiels : qui suis-je ? D'où viens-je ?

Où vais-je ? Qui sont par ailleurs pour Pascal les 3 grandes questions métaphysiques de l'humanité, sous-jacentes à toutes les autres. L'adolescence est la période où l'on se demande ce qui nous détermine, ce qui nous a été transmis, donc à la fois ce qui nous constitue mais aussi pourrait nous aliéner ; et ce que l'on veut faire de cette existence qui nous a été donnée, qui contient une grande part de non-maitrise et un sens qui n'est pas donné *à priori*, ainsi que la promesse certaine de notre finitude. Si nous sommes déterminés (par le désir de nos parents, par une destinée dont on hérite, par l'identification directe à un modèle socio-culturel, etc) c'est insupportable ; mais si à l'inverse nous nous considérons comme libres, au sens d'une possibilité de détermination à partir de désirs qui seraient les nôtres, alors c'est terrifiant car il faut choisir et donc renoncer (et en premier lieu, c'est la question de l'orientation professionnelle qui se pose à l'adolescence). Ces questionnements sont vertigineux, d'autant plus qu'ils touchent les sphères identitaires intellectuelles et existentielles, mais aussi affectives et corporelles. Il faut déjà composer celui que l'on est en train de devenir, et que l'on n'aime pas volontiers.

- Devant le vertige de ces questions auquel l'adolescent doit faire face, on peut comprendre la tentation de la destructivité. Le monde est trop complexe, le problème de l'existence est insoluble, il n'est pas possible de choisir une trajectoire ou une autre, sur quel paramètre... il peut être bien plus rassurant de saboter par avance l'exposition potentielle à l'échec ou à la déception. Ce sont certains de nos adolescents qui oublient, comme par hasard, de se réveiller le jour d'un examen terminal, de se présenter à un entretien de stage, de rendre leur dossier d'inscription scolaire à temps. Le refuge anorexique (ou l'hospitalisation plus générale en pédopsychiatrie) peut également parfois s'appréhender comme une manière de mettre l'existence en suspens : un pas de côté, une tentative de fuite, une extraction de ce qui est trop angoissant. « Quand on attend, tout est possible.... » : c'est une façon d'éviter les deuils d'hier et les déceptions et renoncements de demain.
- De la même manière, des assises narcissiques fragiles, une dépressivité, un manque de confiance en soi-même inhérents à l'adolescence mais considérablement majorés pour certains, peuvent pousser à ne pas prendre le risque de la déception dans le lien affectif : parce que ce qui est alors misé, en demande et en attente, est bien trop grand. « De toutes façons, je suis nulle » : je ne prends pas le risque de m'exposer à votre regard, car si votre jugement était défavorable ou que vous ne m'aimiez pas, cela m'effondrerait.

Bien sûr, ces stratégies ne sont pas conscientes, et sont autant des remèdes que des pièges : elles ne rendent pas l'adolescent heureux. Mais elles sont parfois la seule manière qu'il ait pu trouver pour continuer à vivre, dans l'attente de trouver d'autres solutions supportables, du côté du vivant et de la créativité.

- A côté de cette tension entre créativité et destructivité, une autre dialectique est celle de l'autonomie et la dépendance : l'adolescent est contraint à ajuster en permanence la « bonne distance » aux autres, à partir du paradigme de ce qui se joue avec ses parents. Trop près serait menaçant, de l'ordre de l'angoisse d'intrusion, d'autant plus maintenant que le lien est sexualisé. Trop loin serait menaçant également, de l'ordre de l'angoisse d'abandon. C'est bien là toute la contrainte paradoxale que vit l'adolescent et qu'il adresse aux autres : « laissez-moi partir, mais surtout gardez-moi ma place ! ».
- Une des manières de sortir du paradoxe de la dépendance, c'est l'opposition : on s'appuie alors sur l'autre tout en méconnaissant qu'on a besoin de lui, puisque l'on se pose en désaccord avec lui. Les plaintes, bougonnements, insatisfactions, auto-sabotages et autres conduites négatives à l'adolescence ont la même fonction : l'adolescent pousse son entourage à s'occuper de lui par la mise en échec, sans avoir besoin de reconnaître qu'il a besoin d'eux.

Le réaménagement d'une distance supportable qui permet à l'adolescent de se séparer tout en étant sécurisé dépend de beaucoup de paramètres qu'il est difficile ici de circonscrire totalement. On peut penser à la présence d'un environnement familial sécurisant sur lequel il pourra s'appuyer pour traverser ces tempêtes ; à des rencontres tierces qui peuvent faire des figures d'identification fortes, donner confiance dans l'existence et entraîner vers des issues alternatives ; l'investissement d'activités, de passions et d'engagements qui vont permettre une voie d'expression et de libération de « ce qui bouillonne » à l'intérieur ; la qualité du filet de sécurité de la petite enfance que l'on peut résumer par un système d'attachement sûr ou insûr ; le tempérament propre de l'adolescent... Cette intrication plurifactorielle du biologique, des facteurs psychiques et de l'environnement est décrite actuellement par le modèle bio-psycho-social (19).

Mais la complexité humaine est telle que l'élucidation des causes échappe toujours en dernière instance : il reste chaque fois cette énigme de la singularité, de la clinique et de la rencontre, qu'il est souvent impossible d'affirmer, en réalité, ce qui fait que deux adolescents à priori similaires basculeront l'un du côté d'une trajectoire souffrante, l'autre du côté d'une trajectoire vivante et créative. On ne peut que faire des hypothèses dans l'après-coup, et accompagner les parents et leurs adolescents pour qu'ils supportent et élaborent au mieux ces paradoxes de l'adolescence.

B) Rapport au corps et effraction du pubertaire

Le corps est l'objet de transformations intenses sous l'effet de la puberté, et il est source d'une insatisfaction majeure pour une grande partie des adolescents. L'étude HBSC (Health Behaviour in School-Age Childrens) est une enquête menée sous l'égide de l'OMS depuis 1982, reconduite tous les 4 ans, et qui s'adresse aux collégiens de plus de 40 pays. Elle s'intéresse à dresser un état des lieux des modes de vie, préoccupations, et états de santé mentale et physique des adolescents. En 2016, plus de 46% des collégiennes et 36% des collégiens se disaient insatisfaits par leur poids (20).

L'image du corps appartient au registre réflexif du symbolique et de l'imaginaire, et n'est bien sûr pas résumable à la satisfaction autour du poids, qui peut rejoindre d'autres préoccupations, par exemple sanitaires. Pour autant, ces chiffres illustrent combien la question du corps à l'adolescence soulève de l'inconfort et du mal-être chez une grande proportion des adolescents ; et qu'il n'est pas seulement un allié ou un refuge pour soi-même.

Ce qui assaille le psychisme à l'adolescence, par le truchement du corps, a été décrit par Philippe Gutton sous le terme de 'pubertaire' : « le pubertaire est au fonctionnement psychique, ce que la puberté est au corps » (21). Il faut l'entendre comme une poussée constante du pulsionnel (22,23), qui induit une perte des repères au sens de l'inquiétante étrangeté décrite par Kafka dans la Métamorphose (24): ce corps que je ne reconnais plus, qui m'effraie, mais qui pourtant est le mien. Qui relève donc à la fois du Moi comme du non-Moi.

Dans le lien aux parents, cette poussée du pulsionnel induit aussi une réactivation des fantasmes incestueux et parricides par l'entrée dans la génitalité (22,23). Les liens deviennent sexualisés. La différence des sexes et des générations est réinterrogée à partir de cette nouvelle donne, en même temps que sont remises en cause toutes les assises identitaires et identificatoires.

La relation aux autres devient bien trop excitante et suppose des réajustements permanents de la distance supportable : l'adolescent est tiraillé entre des angoisses d'intrusion (« trop chaud ») et des angoisses d'abandon (« trop froid »). Cette poussée pulsionnelle obsédante se caractérise aussi par l'intensité des émotions ressenties et exprimées par l'adolescent : chagrin d'amitié, chagrin d'amour, grands projets révolutionnaires, passions intraitables... tout est trop, beaucoup trop. Dans un débordement incessant de l'appareil psychique qui n'arrive pas à calmer, ordonner, apaiser les excitations internes.

Anna Freud décrivait déjà en 1936 l' 'ascétisme pubertaire' (25): ces adolescents qui adoptent des règles de vie spartiates, une hygiène de vie réglée comme du papier à musique, l'éviction de tous les plaisirs, pour reprendre le contrôle sur la pulsion.

Pris dans cette perspective, les conduites à risque et les agirs ne sont pas tant des processus pathologiques, que des tentatives de reprendre le contrôle face à la défaillance du 'pare-excitation' (26). Les scarifications et autres attaques au corps peuvent être appréhendées comme des manières de maintenir à distance la sexualité ; le corps est alors utilisé comme objet transitoire de la pulsion.

L'adolescence consiste donc en un chantier pubertaire, au sens d'une période de profonde refondation de soi-même et d'une « recherche de solution permettant d'assurer le sentiment continu de l'existence tout en intégrant la nouveauté pubertaire » (21).

Le corps est donc tout à la fois le point originaire des transformations intenses de l'adolescent, donc dangereux, mais aussi le lieu des tentatives possibles pour les absorber et les adresser au monde.

Deux citations de Philippe Jeammet m'apparaissent particulièrement éclairantes pour rendre compte des enjeux du corps à l'adolescence (13) : « le recours au corps est à l'adolescence un moyen privilégié d'expression. Le corps est en effet un repère fixe pour une personnalité qui se cherche et qui n'a qu'une image de soi encore flottante. Il est un point de rencontre entre le dedans et le dehors, en marquant les limites... le corps est une présence tout à la fois familière et étrangère : il est simultanément quelque chose qui vous appartient, et quelque chose qui représente autrui et notamment les parents... Enfin, le corps est un message adressé aux autres. Il signe généralement les rituels d'appartenance, notamment sous la forme de la mode. »

« Renoncer [notamment] à son corps d'enfant n'est pas une mince affaire, celui-ci étant le garant d'une sécurité acquise au cours des années, dans une relation de dépendance aux images familiales, à leurs désirs, à leurs exigences »

Ces processus précaires peuvent donner lieu à des ratés, qui se traduisent par différentes formes de psychopathologie. L'une d'entre elles a été décrite par François Marty comme la « psychose pubertaire » (26). Il reprend l'idée que les psychoses de l'enfant sont décrites depuis Kanner (1934) avec l'autisme et la psychose infantile, que la schizophrénie de l'adulte l'est également depuis Bleuler, mais que la psychose à l'adolescence a jusqu'alors été considérée non pas comme une entité propre, mais un état prodromique de la schizophrénie. Il défend quant à lui le concept d'une psychose propre à l'adolescence et non pas adossée à celle de l'enfant ou de l'adulte : la psychose pubertaire. Le

processus à l'œuvre serait celui d'un défaut d'entrée dans le pubertaire. Il regroupe sous ce concept différentes manifestations psychotiques, allant des états-limites aux conduites à risque, en passant par l'anorexie mentale et les addictions aux substances. Dans l'anorexie mentale, on retrouve par exemple un clivage fonctionnel corps - esprit, qui s'avère protecteur.

Les conduites à risques sont alors à entendre comme une **tentative de lutte contre l'envahissement du pubertaire, par lequel l'adolescent se sent agi** (26). Il s'agit de tentatives de reprendre le contrôle. Ces conduites à risques ne sont pas pathologiques au sens où elles seraient fixées, mais sont des tentatives de résolution du mal-être adolescent pour se sentir vivant, en éprouvant une continuité de soi-même au travers de la sensation générée par ces agissements corporels.

C'est un signe d'espoir tel que le conçoit Winnicott (27): quelque chose qui s'exprime et qui s'adresse à un autre. C'est la projection temporaire de la violence interne ressentie par l'assaut de ce pubertaire dont l'adolescent se sent victime ; la solution temporaire qu'il trouve, faute de pouvoir l'intérioriser et le métaboliser.

C) Maturation corticale et conduites exploratoires

D'intenses remaniements cérébraux, anatomiques et fonctionnels, sont maintenant bien décrits pendant la période d'adolescence et accompagnent les remaniements psychiques précédemment décrits ; certains auteurs parlent de seconde épigénèse (6). Le mécanisme global de cette maturation corticale est celui d'une réduction du nombre total de synapses, mais d'un renforcement d'autres connexions, celle que l'on peut supposer être les plus opérantes. Cela rejoint par ailleurs l'hypothèse du 'frayage' avancée par Freud dans l'*Esquisse* en 1895 : « L'excitation d'un neurone [en passant] à un autre doit vaincre une certaine résistance... [par la suite] l'excitation choisira la voie frayée de préférence à celle qui ne l'est pas. » (28).

Le cerveau adulte peut recruter des zones plus éloignées pour l'accomplissement d'une tâche cérébrale : on peut parler d'une synergie plus fonctionnelle. Le cerveau adolescent traite davantage en local.

Le modèle neurobiologique classique des comportements adolescents les explique par un défaut de contrôle cognitif (29). Dans cette phase d'élagage synaptique puis de stabilisation et renforcement de la connectique fonctionnelle, il y aurait encore une immaturité et un défaut de contrôle du cortex

préfrontal, qui régit les fonctions exécutives. Il se trouverait alors sous la dépendance d'activation de l'insula et des régions limbiques, qui sont des aires fonctionnelles du système émotionnel (29). Cela expliquerait, en quelque sorte, que l'adolescent soit débordé cognitivement par sa pulsionnalité.

D'autres études de neuro-imagerie tendraient à montrer que les systèmes de récompense dopaminergiques de l'adolescent seraient hyperréactifs, le poussant à une plus grande recherche de comportements à risque que l'adulte, par une plus grande motivation. La balance entre contrôle de l'impulsivité et système de récompense basculerait vers l'âge de 15/16 ans, venant expliquer l'importance des comportements à risque dans cette tranche d'âge (30).

Il faut toutefois poser d'emblée les limites de ces études d'imagerie en laboratoire qui proposent des conditions expérimentales nécessairement réductionnistes, et sont donc très difficilement transposables dans des situations plus écologiques, qui convoquent au premier plan la sensorialité et pas seulement le fonctionnement cognitif.

Une autre explication, plus téléologique, est proposée par Jacques Dayan (6) : l'impulsivité, les comportements à risque, la recherche de sensations, pourraient répondre à une sociogénèse progressive. Au sens où les comportements exploratoires soutiendraient une construction progressive des comportements sociaux par ajustements progressifs par essai-erreur. Ces comportements feraient alors support à l'affinage de la cognition froide mais aussi de la cognition sociale. Il y aurait ainsi une fonction ontogénique à l'exploration, l'expérimentation et la prise de risque.

Dans un modèle psychodynamique, ces comportements exploratoires sont nécessaires et ont pour fonction une mise à distance des figures parentales, une construction identitaire et un processus d'individuation. L'acte y est considéré comme un moyen de lier la décharge pulsionnelle libidinalisée et la réponse sociale et affective, par des activités ou comportements qui ont une valeur sociale et appartiennent à un système de représentations collectives. Il s'agit alors de considérer l'acte comme un terrain de jeu et d'essai à la construction progressive de soi (31).

Jacques Dayan (6), cherchant à faire discuter modèle neurobiologique et psychanalyse, propose alors une **conception non défectologique de l'agir**. Pour lui, il ne s'agit pas d'un défaut de mentalisation, mais au contraire de considérer l'action comme une tentative de lier l'excitation pulsionnelle et de trouver de nouvelles solutions et transformations aux exigences contradictoires et paradoxales de

l'adolescence. De la même manière, pour Roussillon, le « passage par l'acte est une chance pour la symbolisation » (32).

Si l'on cherche à faire le lien avec la maturation corticale qui accompagne ces processus adolescents, les études de neuro-imagerie ont montré d'importants remaniements structurels et fonctionnels dans les régions qui sous-tendent la connaissance de soi, la régulation émotionnelle, l'appréhension des rôles sociaux et les fonctions exécutives. La maturation concerne donc les régions corticales qui servent à l'évaluation des risques, à l'estimation des bénéfices attendus, à l'élaboration de stratégies d'action. On peut faire l'hypothèse que les comportements à risques de l'adolescent serviraient à 'optimiser' le système en fournissant des feedbacks et informations appropriés (33).

D'un point de vue développemental, l'adolescence consiste en un passage de l'enfant prépubère à l'âge adulte. Parmi toutes les potentialités qu'il aura eu jusqu'alors, y compris neuronales (plasticité cérébrale, croissance synaptique continue) il doit en choisir certaines. C'est l'enjeu de la tâche adolescente : trouver un compromis entre continuité, adaptation et performance. La formation du self et l'ajustement de la relation aux pairs sont des enjeux majeurs de ce processus évolutif.

Dans cette conception, l'exposition de soi-même à des situations qui convoquent l'optimisation de ces fonctions de « haut niveau » apparaît comme une stratégie pertinente d'adaptation à l'environnement. Il s'agit d'une toute autre conception que l'hypothèse défectologique qui approche les comportements à risque à l'adolescence comme relevant d'un déficit cognitif, au sens d'une défaillance du préfrontal à contenir l'émotionnalité, ou encore d'un débordement des capacités de symbolisation par des processus primaires. Pris dans une conception téléologique de l'action, la prise de risque aurait au contraire une valeur fonctionnelle adaptative des structures corticales, et en particulier celles impliquées dans la cognition sociale. L'attrait pour la sensation et recherche de la nouveauté ne sont donc pas forcément défavorables pour l'individu, ni pour l'espèce.

D) Transformations sociétales et subjectivation

Nous avons débuté notre propos sur l'adolescence en soulignant que l'adolescence est un concept assez récent, et qui prend naissance sur des transformations sociétales (5). La compréhension des enjeux et souffrances adolescentes ne peut donc pas totalement se comprendre hors de la société dans laquelle on se situe. Actuellement, on peut défendre l'idée que les nouveaux modes d'organisation sociétale modifient les repères initiatiques des jeunes ainsi que les modalités de

transmission ; venant impacter les possibilités d'affiliation dont dispose le jeune pour se subjectiver (34). Nous assistons, entre autres, au passage d'une société patriarcale à une société plus libertaire mais aussi plus individualiste ; et à un affaiblissement des institutions, dont une des fonctions est d'offrir des repères au collectif. Didier Drieu (34) amène ainsi l'idée d'une modernité qui instaurerait une permanence du provisoire ; chaque génération recevant le leg d'un « héritage sans testament », en reprenant les mots du poète René Char (35). Le passage vers l'âge adulte ne peut plus s'adosser sur des rites ayant une valeur symbolique collective.

De plus, on peut faire l'hypothèse que le système néolibéral n'arrange rien : avec d'une part la désobjectivation croissante de l'humain et d'autre part une valeur toujours plus grande accordée à la consommation. Il est à postuler que la tyrannie de l'image, du look, de la mode, puisse entraver chez l'adolescent le processus de différenciation et de subjectivation (36); là où la contre-culture jeune permettait l'inverse, en créant un système d'identification alternatif et aux pairs.

Dans la *Montée de l'insignifiance* (37,38), Cornelius Castoriadis dresse le portrait d'une société moderne sans visage, à laquelle on ne peut plus s'identifier. D'un individu qui refuse l'autolimitation et l'échec, et court sans cesse derrière une liberté qui devient insoutenable, car sans finalité, face au vide... et se résout par la déperdition dans la routine des loisirs. Cette perte des significations, sociétale au sens large, rejoint certainement la difficulté qu'ont les adolescents à construire leur propre système de significations car elles ne sont plus toujours transmises en héritage, que ce soit au niveau familial ou collectif.

" L'individu moderne vit dans une course éperdue pour oublier à la fois qu'il va mourir et que tout ce qu'il fait n'a strictement pas le moindre sens. "

Ce commentaire de Castoriadis déplace au niveau du champ collectif ce vertige de l'adolescent que nous décrivions en explicitant les tensions et questionnements métaphysiques qui soudain l'assaillent ; Castoriadis en fait une condition de l'homme moderne.

Un autre phénomène moderne est décrit par Tony Anatrella par le concept de société adolescentique (39) : une société où ce ne sont plus les adultes qui sont figures d'identification pour les adolescents, mais où ce sont les adolescents qui sont figures d'identification pour les adultes, lesquels esquissent ainsi une tentative de résolution de leurs propres incertitudes et angoisses.

On peut également décrire une bascule éducative dans les interactions parents - enfants (34): il s'agit de plus en plus d'obéir au désir de l'adolescent. Le risque est alors que la parole de l'adulte soit passée

sous silence, car celui-ci peine à savoir se positionner. Il n'est pas à défendre que les parents doivent vouloir pour leur adolescent, mais l'importance de pouvoir ramener les limites de la réalité, proposer des objets culturels et offrir des systèmes de valeur. Sinon c'est une autre forme d'abandon de l'enfant ; Didier Drieu (34) nomme 'adolescentectomie' cette mise à distance de l'adolescent « puisqu'il le demande ». C'est toute l'ambivalence du « Foutez-moi la paix maintenant ! » qui nous ramène à la dialectique autonomie – dépendance de l'adolescent, car en réalité la demande n'est pas celle-là.

Je me souviens de Camelia, qui souffrait d'une anorexie sévère depuis plusieurs mois : au début de l'année scolaire, elle était partie de Bordeaux vers Lyon pour y poursuivre ses études. Ses parents avaient alors éprouvé un vécu d'abandon très fort, et par le hasard des événements ils avaient déménagé à cette même occasion, achetant une nouvelle maison qui ne comportait plus que deux chambres. Il faut souligner que Camelia avait une sœur jumelle qui elle était restée chez ses parents, et que la problématique de la place l'accompagnait depuis sa naissance... Au cours de l'entretien familial, les parents de Camelia étaient tout étonnés qu'elle ait souffert de n'avoir plus de chambre chez eux « alors qu'elle avait tout fait pour partir étudier loin de chez nous ! ».

Les transformations sociétales actuelles, du côté d'un individualisme croissant et d'un amenuisement des institutions et du symbolique, ne semble donc pas aider les adolescents à construire des repères et opérer les remaniements psychiques et identitaires nécessaires.

Il faut toutefois nuancer le pessimisme qui pourrait nous guetter, car comme le rappelle Bruno Falissard face à la plupart des discours mélancoliques contemporains, la plupart de nos adolescents vont bien ! Cela n'empêche pas bien sûr, de penser la manière dont les modes d'organisation collectifs viennent impacter nos adolescents ; il faut et faudra certainement relancer le débat de la place du pédopsychiatre et de sa parole publique ou politique dans ces enjeux sociétaux et de santé mentale.

E) Rites de passages et conduites ordaliques

Face à l'effritement des repères symboliques et des rites de passages collectifs, David Le Breton développe l'idée que les conduites à risque de l'adolescent peuvent être considérées comme des rites de passage intimes, privés (40) : « Rites intimes de fabrication du sens qui ne trouvent souvent leur

signification que dans l'après-coup de l'événement, ce sont des formes paradoxales de résilience qu'il faut analyser en tant que telles. »

Le rite est alors à entendre comme une tentative de recréer des jalons, des bornes, au sein même de sa propre existence. Du symbolique qui instaure de l'avant et de l'après, et permet la mise en narration. Je me rappelle d'une adolescente qui avait besoin d'inscrire chaque événement marquant de son existence sur sa peau, par une scarification ; toutes n'avaient donc pas le même emplacement ni la même forme, car elles n'avaient pas la même signification.

Ces rites intimes au travers des conduites à risque peuvent être vus comme des tentatives de créer des ruptures pour que l'existence ne continue pas à être souffrante comme elle l'est jusqu'alors ; des tentatives pour provoquer la sortie des impasses, des paradoxes : que quelque chose vienne faire disruption, pour pouvoir continuer à exister et à avancer.

Les conduites ordaliques peuvent se concevoir d'une manière analogue, en version plus radicale (11). L'ordalie obéit à une logique anthropologique différente de celle de nos sociétés modernes, qui réfère aux sociétés antiques, du moyen-âge et traditionnelles ; ces sociétés ont un rapport structurel au religieux. L'ordalie prend son sens dans ces mondes où l'homme est subordonné au collectif et aux dieux, dans un tout cohérent. Elle est difficile à concevoir dans nos sociétés modernes, qui sont plus sécularisées et plus individualistes.

Elle est comme un rite judiciaire qui statue sur l'état coupable ou non du suspect, par la soumission à une épreuve possiblement mortelle. Il s'agit donc d'un jugement irrévocable qui vient d'une autorité plus haute que la communauté humaine : je m'en remets à plus grand que moi.

Nous reviendrons plus tard sur les conduites ordaliques, telles qu'on peut les retrouver dans les pratiques de l'escalade ou de l'alpinisme.

On peut donc considérer les conduites à risque et les conduites ordaliques comme des réactions à la souffrance adolescente, liées à tout ce que cette période contient comme remaniements et comme perte de repères. Cette souffrance est parfois nommable quand un événement traumatique aura séparé le monde de l'adolescent en un avant / après (viol, inceste, séparation conflictuelle des parents) ; mais le plus souvent elle est innommable, et le jeune ne sait pas l'origine de son mal-être.

Le corps constitue un lieu privilégié d'expression de la souffrance, tout comme il est aussi le lieu des solutions que cherche l'adolescent. Il n'est plus seulement refuge pour soi-même, mais il est objet de métamorphoses qui le font parfois advenir comme étranger. Il est lieu d'assauts des pulsions du pubertaire. Il est l'interface entre le monde interne et le monde externe, et doit donc faire face à la menace de la discontinuité d'existence.

Face à cette souffrance, l'adolescent **entre en résistance** : par les mécanismes psychologiques décrits jusqu'alors, par l'investissement des pratiques culturelles, du religieux, ou encore adhésion à une cause, à la scolarité, par la prise d'appui également sur son entourage proche. Les conduites à risque sont des résistances de dernière ligne, quand les autres modalités d'aménagement du réel ont échoué. L'ordalie n'est pas une volonté de mourir, mais une tentative suprême d'exister.

David Le Breton souligne le caractère radical de l'ordalie (11) : « À l'insu de celui qui la met en jeu, la conduite à risque est un pari pour exister, un jeu symbolique avec la mort qui se révèle l'ultime moyen de maintenir le contact. Telle est la structure de l'ordalie, une figure radicale du sacrifice : jouer le tout pour le tout, au risque de se perdre, mais avec l'éventualité de gagner une légitimité à son existence. »

Ces conduites contiennent bien sûr des ratés et peuvent amoindrir les possibilités d'existence du jeune, plutôt que de les ouvrir. Mais elles sont des tentatives radicales pour s'extraire de la souffrance en amont, et tenter d'aboutir à une refondation et à un autre sentiment de soi.

Il est donc essentiel de souligner que les conduites à risque ne sont pas, en tant que telles, pathologiques. Bien au contraire, elles relèvent de l'anthropologique et sont des tentatives pour l'adolescent de continuer à exister. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il faut le laisser se meurtrir à l'excès, et se pose donc la question des frontières avec le pathologique ou plutôt avec l'entrée en soin.

F) De l'anthropologique au pathologique

Quels sont alors les adolescents que nous recevons dans nos consultations ?

Un des concepts les plus opérants m'apparaît être la notion de « seuil phénoménologique » que propose Bruno Falissard. Le recours au professionnel devient nécessaire lorsque l'adolescent perçoit ses propres résistances comme dépassées, ou que l'entourage n'y arrive plus : lorsque ça empêche de vivre. C'est-à-dire, lorsque le potentiel traumatique de l'adolescence ne peut être absorbé, transformé. Ou encore lorsque le processus s'autonomise et se rigidifie en perdant sa fonction initiale de traversée

des instabilités : lorsqu'il n'est plus passager, qu'il n'a plus valeur de transition, de ré-aménagement des dépendances, de subjectivation, d'un nouveau rapport au pubertaire.

Il est alors essentiel d'offrir un lieu de refuge et d'accompagnement à l'adolescent, pour l'aider à mieux comprendre ce dont il souffre et mettre en place des solutions pour l'aider à restaurer un équilibre viable.

La plupart des adolescents que nous accueillons dans nos consultations ou en hospitalisation pour des conduites à risque ne le seront que temporairement : nous veillons à surtout ne pas les psychiatriser, mais au contraire à accompagner ces processus adolescents en les soutenant comme tels auprès des jeunes et de leurs familles. Et surtout, en cherchant à comprendre ce que ces passages par l'acte 'veulent dire' (41), quelle est la souffrance sous-jacente, le paradoxe insoutenable dans lequel est pris l'adolescent.

Un des écueils de la psychiatrie d'adolescents pourrait d'ailleurs être celui-ci : si l'on n'entend pas la quête identitaire sous-jacente à certaines symptomatologies adolescentes, et que l'on répond trop vite du côté de la nosographie. Le risque serait alors que l'expérience psychiatrique vienne faire objet d'identification (« je suis état-limite » « je suis anorexique ») et réaménage les liens, les dynamiques familiales et les assises identitaires. Il nous faut prodiguer le lieu d'accueil suffisant à l'adolescent pour entendre et élaborer une souffrance, restaurer une capacité à penser et un espace psychique interne, redonner confiance à l'adolescent et ses parents pour continuer à cheminer dans l'existence, mais pas ré-instaurer une trop grande dépendance à un lieu de soin, à des soignants.

Combien il est alors difficile pour un adolescent hospitalisé depuis 6 mois en pédopsychiatrie pour un trouble limite, de continuer à exister à nos yeux et à ceux des autres s'il devait un jour abandonner ses passages à l'acte et comportements en tout ou rien... Si nous l'avons reconnu et défini ainsi. Il s'agit donc toujours de pointer, soutenir, encourager, donner place aux potentialités et caractéristiques de l'adolescent en deçà de son trouble psychiatrique, sans nier ce dernier. Mais il faut rester vigilant à tout ce que l'adolescence peut contenir comme remaniements identificatoires intenses. Car ce qui est parade, résistance, peut alors devenir pathologie.

Ramener le caractère anthropologique des souffrances adolescentes ne veut en aucun cas dire qu'il faut laisser les adolescents se meurtrir. Il s'agit au contraire de se saisir de ces adresses (les passages par l'acte le sont toujours) pour s'empresse d'ouvrir un espace de parole et d'accompagnement psychothérapeutique (41).

G) Psychothérapie d'adolescents

La nature du lien et du processus thérapeutique doit tenir compte de toutes ces menaces qui assaillent l'adolescent et les paradoxes internes dans lesquels il est pris, que nous avons tenté de décrire précédemment. Il en découle plusieurs points d'attention spécifiques dans le positionnement thérapeutique à l'adolescence.

Pour François Marty, la psychothérapie à l'adolescence est toujours une psychothérapie du lien (26), au sens à la fois d'un travail de reliaison interne, mais aussi de relation aux objets externes. L'adolescence est en effet une période de remaniements identificatoires intenses, de transformations corporelles et psychiques qui sont support au processus de différenciation, mais c'est aussi une période où s'entremêlent (ou plutôt se ré-entremêlent, si l'on reconvoque les interactions précoces de la petite enfance) la réalité interne et la réalité externe (42).

Cette dimension est très importante dans le processus thérapeutique, puisque l'objet du soin est toujours l'objet interne, mais par le détour de sa projection sur l'objet externe (le thérapeute ou le dispositif de soins) ; la réponse de celui-ci permet parfois la transformation des représentations contenues dans la projection.

Un des aspects essentiels de la position de thérapeute d'adolescent, comme d'ailleurs de celle de parent, c'est donc de résister à la destructivité. C'est ainsi permettre à l'adolescent d'intérioriser progressivement la conflictualité. Il nous faut souvent soutenir les parents, pour qu'eux-mêmes puissent supporter ces assauts projectifs de leur adolescent, lequel s'attaque lui-même en même temps qu'il attaque le lien avec eux.

Une autre constante de la position de thérapeute à l'adolescence, c'est celle de se faire soutien narcissique. Les passages à l'acte et conduites à risque, les ascèses anorexiques et les troubles addictifs, en somme les diverses manifestations symptomatiques de la souffrance adolescente, font toujours leur lit sur des assises narcissiques très fragilisées. Les parents eux aussi sont alors souvent en proie à des remises en cause importantes, revivent parfois des enjeux de leur propre adolescence au travers de leur jeune, traversent leurs propres crises existentielles, sont blessés au fil des attaques projectives incessantes. Il est donc essentiel de se faire soutien narcissique de l'adolescent comme de ses parents, redonner confiance et resécuriser afin de re permettre une rencontre décalée, en ayant légitimé chacun dans sa place respective.

Par ailleurs la position d'un adulte, qui intervient dans une position tierce et dans une position bienveillante, amène inévitablement un enjeu de séduction qui est massivement activé : car l'investissement de l'adolescent s'articule autour de l'idéalisation, de l'identification et de la fétichisation de l'objet (43). Un risque important dans la relation thérapeutique, est alors de devenir objet de désir pour l'adolescent, et perdre alors la fonction d'appui narcissique possible (16). Si l'on considère la construction de l'axe narcissico-objectal tel que le développe Jeammet, il est en effet difficile de pouvoir être à la fois un objet de désir, donc sans cesse menaçant, et un appui narcissique qui s'internalise progressivement.

Il s'agit donc de créer les conditions d'une relation tolérable, où le désir de l'adolescent n'est pas en permanence porteur de la menace d'une relation d'emprise, de sorte à favoriser progressivement l'introjection du bon et la différenciation. C'est ainsi que la relation duelle n'est pas forcément la relation thérapeutique la plus à même d'éviter ces investissements massifs. Une des conditions qui peut favoriser la diffraction des investissements, c'est la diversité du cadre thérapeutique. Nous en arrivons donc à la conception des soins institutionnels à l'adolescence.

On peut ainsi proposer à certains adolescents un dispositif de thérapie bi ou pluri-focale (44) : un thérapeute s'occupe de la réalité externe (médicaments, famille, scolarité, indication de soin, etc) ; tandis que le « référent » se fait davantage objet de transfert latéral, porte la continuité du soin et de la thérapie en tant que telle. Parfois, la différenciation des sexes peut aider. Il s'agit pour partie de la position que l'on peut expérimenter dans les services d'adolescents en tant qu'interne : nous sommes souvent support du soin quotidien continu auprès du patient, tandis qu'un médecin sénior s'occupe de la réalité externe (anime les entretiens familiaux avec les parents, annonce les changements de cadre ou de thérapeutique). Il est important de maintenir cette différenciation des liens, qui est moins menaçante pour l'adolescent car il n'est pas enfermé dans une relation duelle possiblement aliénante. Il peut alors déployer un investissement plus narcissique sur son référent, et un investissement plus ouvert à la conflictualisation sur son thérapeute.

De la même manière que la relation duelle, une relation thérapeutique basée uniquement sur la parole ou sur l'interprétation trouve rapidement ses limites avec l'adolescent. Il faut souvent favoriser des 'aires transitionnelles' au sens Winnicottien (45), c'est à dire des espaces relationnels tiers qui permettent de décaler et désamorcer la rencontre qui sinon pourrait être trop effractante, et déjà créer tout simplement des moments de plaisir à faire ensemble. Les médiations (corporelles,

artistiques, ludiques) sont un excellent moyen de rentrer en relation avec l'adolescent et de mettre au travail les conflits internes, avec la délicatesse et les barrières de sécurité nécessaires.

Enfin, si l'on en revient aux angoisses activées autour du lien de dépendance, il ne faut pas forcément attendre de l'adolescent qu'il formule une demande de soin : car il se mettrait alors dans une situation de dépendance et d'emprise insupportable. Nous sommes parfois poussés à prescrire ce que nous pensons que l'adolescent désire (même si ce n'est pas sans risque de se tromper !) ; car il s'agit pour un temps de se faire porteur de leur désir, depuis l'extérieur, afin qu'il ne soit pas trop menaçant et doive ainsi être auto-saboté.

Au final, il s'agit toujours d'utiliser le dispositif de soin pour restaurer un espace psychique interne, de sorte à ce que l'adolescent puisse progressivement élaborer les conflits et paradoxes dans lesquels il est pris, et qu'il puisse reprendre pied dans une trajectoire de vie qui soit porteuse de davantage de vie et de créativité que de souffrance.

Chapitre 2 : Escalade et alpinisme, enjeux psychologiques et philosophiques

« Plus d'une fois, comme tout le monde, je me suis posé la question : l'alpinisme, à quoi cela sert-il ? Sûrement, à rien qui s'achète. Nous gravissons les montagnes 'parce qu'elles sont là', et l'alpinisme est le triomphe de l'effort gratuit. Il n'y a pas de prime à qui gravit un sommet, même s'il fait une première. Mais il n'y a pas que l'argent qui compte. Nous ne sommes pas près d'oublier la beauté de certains couchers de soleil ; dans la nuit, la fraternité des étoiles ; au matin, l'aurore qui redonne la vie. Nous ne sommes pas près d'oublier le plaisir de grimper, de neutraliser la pesanteur, l'impression de quitter sa carcasse pesante pour évoluer en plein ciel. Nous ne sommes pas près d'oublier l'amitié de la cordée, la victoire sur soi-même, et, pour le guide, la joie de partager ce qu'il a de meilleur. »

Gaston Rébuffat, Un guide raconte

« Les alpinistes de vos montagnes ont souvent tenté de définir l'escalade. Ils ont parlé de sport, de drogue, de moyen d'oublier, de fuite, de religion, de philosophie, d'éthique ou de morale. Certains, qui ont un peu mieux compris, ont évoqué un art de vivre. La vérité est à la fois en chacun de ces mots et hors d'eux... Placez les sur une circonférence : l'alpinisme doit alors être au centre. Il appartient à chacun de l'y placer. Ou plutôt, il appartient à chacun d'y placer son propre alpinisme... Oui, chaque grimpeur, à lui seul, doit viser le centre, et le faire en oubliant le centre... »

Bernard Amy, Le Meilleur grimpeur du monde et autres contes

Ce chapitre est consacré à l'escalade et à l'alpinisme, et à une réflexion sur certains aspects sensoriels, psychologiques et philosophiques qui sont mobilisés lorsqu'on les pratique. Je n'espère pas être exhaustive, mais plutôt que des points d'écho pourront se dégager avec le premier chapitre sur l'adolescence et ses problématiques spécifiques, de sorte qu'ensuite le troisième chapitre approfondisse le tissage qui se sera déjà esquissé, vers une médiation thérapeutique possible.

A) Alpinisme et escalade : quelques éléments historiques et sociologiques

Dans un excellent épisode de son émission *La conversation scientifique* consacré à l'alpinisme, Etienne Klein introduit avec humour ce que la pratique de la haute-montagne peut avoir d'intrigant (46) :

Dans son roman Le Mont Analogue, René Daumal définissait l'alpinisme comme « l'art de parcourir les montagnes en affrontant les plus grands dangers avec la plus grande prudence ». Sylvain Tesson, lui-même fiefé grimpeur, considère pour sa part que l'alpinisme « est une manière de régler le problème de l'absurdité de la vie en lui opposant un comportement d'une absurdité supérieure ». Plus prosaïquement, cette pratique sportive et sociale consiste, nous explique l'alpiniste Cédric Sapin-Defour, « à partir d'un point bas, souvent confortable, pour gagner un autre point idéalement plus haut, plutôt blanc, habituellement plus froid tendance hostile mais jugé plus beau pour revenir au point bas un jour si possible, le tout via un itinéraire esthétique et si possible un poil merdique ».

Et en effet, la montagne n'a pas toujours été le lieu d'une pratique de loisir. Bien au contraire, elle était historiquement un des lieux du sacré, et donc redoutée et inaccessible. Selon Alain Ghersen, il aura fallu le prérequis des Lumières pour que la montagne soit désacralisée, et que l'on passe d'une vision superstitieuse et animiste (les montagnes étaient jusque-là habitées par une âme, donc effrayantes) à une épistémè rationalisée (47). Les chasseurs de chamois s'y sont aventurés les premiers, puis les cristalliers, et les militaires : on allait initialement en montagne à visée utilitaire. La montagne deviendra progressivement un objet de désir et de quête spirituelle au XVIII^{ème} siècle. Pour Jean-Jacques Rousseau, c'est en s'élevant que l'homme élève son esprit : le désir pour la montagne s'accompagne alors d'une recherche métaphysique et esthétique (48). Viendra ensuite le temps des premières conquêtes, avec Balmat et Paccard qui atteindront le sommet du Mont Blanc en 1786. S'ensuit une course aux sommets et une compétition pour les premières ascensions qui revêt des accents nationalistes, jusqu'à l'himalayisme et la victoire sur l'Everest en 1953 (49).

Il est intéressant d'avoir en tête ces éléments historiques, car les dimensions du sacré, de la quête spirituelle et de la conquête n'ont pas disparu de l'alpinisme d'aujourd'hui, mêmes si elles ne sont plus au premier plan. Elles viennent encore colorer l'imaginaire collectif de la haute-montagne, et sont présentes à des degrés plus ou moins importants pour chacun.

Actuellement, on considère que l'alpinisme est une pratique sportive d'ascension en haute montagne, indépendamment de la finalité recherchée. L'alpiniste progresse en haute montagne sur différents terrains : en terrain rocheux, en terrain neigeux, en terrain glaciaire ou encore sur un terrain qui peut combiner deux de ces éléments et que l'on appelle mixte. L'alpinisme se pratique le plus souvent en cordée, et nécessite un matériel et des connaissances techniques qui sont spécifiques et qui sont

garants de la sécurité des pratiquants. C'est une pratique engagée, qui reste très dépendante des conditions naturelles ; elle comporte donc un risque inhérent qu'il est possible de réduire, mais jamais d'annuler.

L'escalade s'est quant à elle détachée progressivement de l'alpinisme, pour se décliner aujourd'hui en différents types de pratiques :

- Bloc : c'est une escalade sur des hauteurs de 1m à 5m environ, que l'on pratique seul et sans corde. La chute est réceptionnée sur de gros tapis, qui sont installés à demeure dans les salles d'escalade, ou que l'on appelle crashpad dans la pratique du bloc en milieu naturel. C'est une pratique ludique et conviviale, qui permet de faire beaucoup de tentatives pour réussir un passage. Elle convoque une recherche gestuelle importante, et obéit souvent à une logique de résolution de problème : tout le jeu est de trouver comment ça passe.
- Voie : c'est l'escalade qui se pratique avec une corde, reliant celui qui assure et celui qui progresse en grim pant. Le grimpeur évolue de deux manières : soit en « tête », où il assure sa progression en accrochant sa corde dans des dispositifs intermédiaires qu'on appelle dégaines ; s'il tombe, il risque une chute de deux fois la hauteur qui l'éloigne de sa dernière protection. Soit en « second » ou en « moulinette », et la corde vient alors du haut : s'il tombe, il est directement retenu par la corde. Cette pratique de l'escalade en voie, dite sportive, peut se pratiquer en salle ou en falaise.
- La grande voie et le terrain d'aventure : ce sont des pratiques de l'escalade en falaise qui permettent d'enchaîner les longueurs, de sorte à pouvoir gravir des parois plus hautes, jusqu'à plusieurs centaines de mètres. La technique est la même qu'en escalade sportive, mais les deux grimpeurs installent aussi des relais, qui sont des étapes intermédiaires de leur progression. La grande voie demande un bagage technique supplémentaire par rapport à l'escalade sportive, car les manipulations de sécurité sont plus importantes. Le terrain d'aventure est une pratique encore plus engagée, qui suppose d'installer soi-même les dispositifs de progression et d'assurage, et de rechercher son itinéraire qui n'est pas matérialisé comme dans les autres pratiques par une succession d'ancrages visibles sur la paroi. C'est cette dernière pratique qui se rapproche le plus de ce qu'on appelle l'alpinisme rocheux.
- L'escalade artificielle : c'est une pratique qui suppose de progresser non pas en 'libre', mais en utilisant des dispositifs d'ancrage pour aider à la progression.

- Le solo : c'est une escalade qui se pratique seul et donc sans assurage, sur des hauteurs importantes. Patrick Edlinger ou Alain Robert sont des grimpeurs particulièrement emblématiques de ces pratiques, et ont pu témoigner de l'état d'esprit très particulier que suppose l'escalade en solo. C'est une pratique marginale dans le milieu de l'escalade.
- Psychobloc : c'est un style d'escalade moderne qui consiste à grimper en solo au-dessus de l'eau. Le grimpeur y tombe en cas de chute.

L'escalade a donc beaucoup évolué depuis sa séparation d'avec l'alpinisme, avec l'apparition de nouvelles pratiques, et une transformation associée des caractéristiques de ceux qui la pratiquent. Dans son ouvrage *Sociologie des pratiques récréatives en nature. Du structuralisme à l'interactionnisme*, Jean Corneloup (50) dresse une analyse « structuro-interactionniste » des pratiquants de l'escalade. Structurelle car il s'intéresse à la manière dont l'escalade peut revêtir une valeur structurante, en proposant des styles ; ce que dans une perspective psychologique, nous pouvons entendre comme des supports identificatoires. Et interactionniste, car Jean Corneloup est sociologue et il s'intéresse à la manière dont ces pratiques s'inscrivent dans un espace collectif, avec un jeu des positions sociales qui y est inhérent. Au-delà des aspects psychologiques et individuels, il dégage donc des trajectoires d'évolution des pratiques de l'escalade qui répondent également à des goûts culturels et sociaux donnés, et font écho à des habitus de classes sociales, au sens de Bourdieu (51).

Il dégage ainsi plusieurs styles culturels de pratiques dans l'histoire de l'escalade, qu'il organise en 4 périodes :

- Les « alpins-cafistes » (1870 – 1970) : dont le style est adossé aux valeurs traditionnelles de la montagne (techniques alpines, refuge, esprit de cordée, résistance et courage, chute interdite).
- La « grimpe californienne » (1970 – 1980) : qui opère une prise de distance avec le style alpin traditionnel et refuse toute institutionnalisation de la pratique. C'est la période libertaire, et les grimpeurs revendiquent une marginalité au travers de la pratique de l'escalade, un rapport puriste à la nature, un attrait pour les grandes et belles parois comme celle d'El Capitan dans le Yosemite.
- La grimpe « hédéo-sportive » : qui voit opérer une scission des « californiens » en deux tendances : les « hédonistes », qui privilégient une activité plaisir, les petites falaises accessibles et sans contraintes ; et les « sportifs compétiteurs », qui vont chercher la

performance, en s'entraînant et en adoptant des régimes spécifiques. La compétition sportive en escalade existe depuis les années 80 et elle a d'ailleurs historiquement été soumise à controverse au sein de la discipline, car elle s'opposait avec d'autres styles ou identités revendiqués par les grimpeurs (on pense en particulier au Manifeste des 19 (52)). Elle fait maintenant partie intégrante de la discipline, puisque l'escalade intégrera les Jeux olympiques en 2021 à Tokyo.

- La grimpe « urbaine » qui s'est détachée du milieu naturel et se pratique dans des Structures Artificielles d'Escalade (SAE) : en expansion phénoménale ces dernières années.

A côté de ces tendances globales, Jean Corneloup identifie des pratiques qui s'inscrivent dans des marges géographiques, c'est-à-dire des groupes de pratiquants qui revendiquent des modes de vie alternatifs et se rattachent à un territoire donné. C'est le cas des « bleusards » des années 30 – 50, qui grimpaient et vivaient dans la forêt de Fontainebleau, se familiarisant à la fois avec les techniques de l'alpinisme, et développant également une pratique spécifique qui donnera lieu ultérieurement à la pratique dite de 'bloc'.

Si l'on en revient au paradigme adolescent de construction identitaire, on perçoit l'aller-retour permanent entre : 1) la logique interne de construction de soi et 2) ce que proposent des pratiques spécifiques comme celles de l'escalade ou de l'alpinisme, en termes de représentations et d'attributs psychologiques, sportifs, culturels et sociaux. Et dans l'histoire de l'alpinisme et de l'escalade, il y a des figures particulièrement remarquables et tutélaires, des récits héroïques et des récits tragiques : participant à la constitution de ce qui pourrait être l'équivalent d'une mythologie commune, au sens de Mircea Eliade (53). Ces grimpeurs et grimpeuses emblématiques sont des témoins et des porte-paroles qui nous éclairent sur leurs passions. Je m'appuierai sur certains de leurs écrits, pour incarner et illustrer les réflexions théoriques développées dans les paragraphes suivants de ce chapitre.

B) Des cultures et imaginaires spécifiques

a) La grimpe comme imaginaire de liberté

« Nous vivons alors une époque charnière entre deux générations. Nous héritons de la vision d'esthètes anticonformistes, ces hippies du rocher en quête de liberté qui ont porté haut la vocation de l'escalade. Les plus engagés la vivent comme une chorégraphie, un moyen d'accéder à des états de conscience

modifiés. Or cet art de vivre total, cette ascèse quasi mystique est en train d'accoucher d'une pratique sportive traditionnelle où certains ne deviendront que des champions de l'entraînement... »

Stéphanie Bodet, A la verticale de soi

On le pressent : l'escalade, ou du moins une certaine approche de l'escalade qu'on appelle l'escalade libre, s'est imprégnée des élans libertaires des années 70. C'était l'époque de la grimpe « californienne » décrite par Jean Corneloup, c'était aussi l'après mai 68. Comme l'écrit Thomas Vennin, du blog Summit day, à propos de la naissance de l'escalade libre : « *Mai 68 ou guerre du Viêt Nam, l'escalade libre se fond dans le mouvement de contestation général : on met des pantalons à fleurs, on fume de l'herbe, on manifeste et on grimpe sans piton.* »

Ce qu'on a appelé la guerre des pitons est une anecdote intéressante de l'histoire de l'escalade, car elle illustre la tension entre deux époques, entre deux styles, entre deux éthiques. Le contexte est le suivant : dans les débuts de l'escalade qui venait de se séparer de l'alpinisme, on installait beaucoup de pitons. Il y avait les pitons qui constituaient des points d'ancrage et d'assurage, et d'autres pitons qui servaient à aider physiquement le grimpeur dans sa progression : tous les moyens étaient bons pour franchir un passage coriace. Mais les nouveaux grimpeurs des années 60 – 70 étaient porteurs d'une toute autre éthique : le style et l'honneur veulent que l'on grimpe en libre, c'est-à-dire que les pitons ne soient là que pour assurer la sécurité du grimpeur, mais en aucun cas pour que l'on « tire au clou » afin de se hisser. Une vive polémique est donc née, dont l'intrigue principale se déroulait à Freyr en Belgique, au bord de la Meuse. Un petit groupuscule de jeunes grimpeurs puristes avait proposé de repeindre en jaune les pitons qui servent uniquement à l'assurage ; et de dépitonner tous les autres. Les anciens, plus conservateurs, s'en sont insurgés : c'était le début de la guerre des pitons. On pitonnait le jour, on dépitonnait la nuit.

L'expression « passer en jaune » ou « jaunir une voie » est ensuite restée dans la postérité ; en Allemagne, le même mouvement est né à la même époque, cette fois sur la base de points rouges (Rotpunkt). On peut voir à ce sujet un très bon reportage sur le grimpeur Alex Megos et sur l'histoire de l'escalade libre (54).

La figure qui incarne le mieux cette période et qui a fait rêver des générations d'adolescents passionnés de grimpe, c'est Patrick Edlinger : il est blond, grand, beau, musclé, souple, et il grimpe divinement bien. En plus de cela, il propose une manière d'aborder la vie et l'escalade qui ramène au minimum et à l'essentiel, bien loin des excès de la société de consommation : il propose en quelque sorte une

nouvelle métaphysique, où l'escalade apporte la réponse centrale à la question du sens. Au travers de la grimpe, ce n'est pas tant la performance et la force qu'il recherche, mais l'esthétique et l'harmonie corporelle et mentale. Il est un des représentants emblématiques de la pratique du solo intégral, et il nous explique que sa quête dans cette pratique n'est pas celle du danger, mais celle d'une totale maîtrise corporelle et mentale, obtenue par un état de concentration intense qui est soutenu sur plusieurs heures.

Deux films magnifiques ont été tournés sur Patrick Edlinger par Jean-Paul Janssen en 1982 : Opéra vertical (55) et La vie au bout des doigts (56). J'insère ci-dessous quelques retranscriptions des propos qu'y tient Patrick Edlinger à propos de l'escalade, et qui sont illustratifs de la pratique qu'il incarne.

« Ce qui est le plus important d'après moi en escalade, c'est quand même la façon dont tu passes. Le but c'est pas de passer un passage crispé sur des prises et de se tirer, ça n'a aucun intérêt si tu veux. L'intérêt c'est justement d'essayer d'être le plus esthétique, le plus harmonieux possible. En fait c'est une expression corporelle au même titre que la danse ; sauf que la chorégraphie est dictée par les prises : c'est l'opéra vertical. »

« Pour moi l'escalade c'est pas un sport, j'y consacre tout mon temps et c'est un mode de vie. J'arrive à retrouver tous les besoins qu'on peut avoir en tant qu'être humain. Tu vas faire une voie très dure, tu auras le plaisir justement de l'expression corporelle, la défonce physique, qui fait que ça va te créer de petits besoins. Tu vas apprécier en sortant d'une voie un verre d'eau... un sandwich. Et bon, ça c'est intéressant à l'époque à laquelle on vit d'avoir de petits besoins je crois. Tu as une prise de conscience au niveau des plaisirs simples en fait, qui suffisent très bien pour pouvoir vivre. »

Patrick Edlinger

b) Culture de l'alpinisme et inscription au patrimoine de l'UNESCO

“La culture est à la source de toute créativité. Celle de la géographie et de l'histoire de l'alpinisme fait regarder l'arc alpin comme une évidence, une beauté, une ligne à suivre. Une ligne, pas la ligne ! Comme une ligne dans une face.”

Patrick Berhault, Encordé mais libre

Il y a également une importante culture autour de l'alpinisme, qui s'est construite et enrichie avec les diverses transformations que nous avons brièvement décrites dans le 1^{er} paragraphe de ce chapitre. La Fédération Française des Clubs Alpins de Montagne est l'institution principale autour de la transmission de cette culture, à la suite du Club Alpin Français qui avait été fondé en 1874. La FFCAM a pour mission de rendre accessible les diverses activités de la montagne, en formant et responsabilisant ceux qui veulent s'y initier. Elle est également responsable de l'entretien et du gardiennage de la quasi-totalité des refuges de montagne.

C'est la fédération qui a porté la candidature de l'alpinisme pour qu'il soit inscrit au patrimoine culturel immatériel de l'UNESCO, depuis 2019 :

« L'alpinisme est l'art de gravir des sommets et des parois en haute montagne, en toutes saisons, en terrain rocheux ou glaciaire. Il fait appel à des capacités physiques, techniques et intellectuelles et se pratique en utilisant des techniques adaptées, du matériel et des outils très spécifiques comme les piolets et les crampons. Il s'agit d'une pratique physique traditionnelle qui se caractérise par une culture partagée, regroupant la connaissance de l'environnement de la haute montagne, l'histoire de la pratique et des valeurs qui lui sont associées, et des savoir-faire spécifiques. L'alpinisme requiert également des connaissances sur l'environnement, les conditions climatiques changeantes et les risques naturels. Il s'appuie aussi sur des références esthétiques, les alpinistes étant attachés à l'élégance du geste dans l'ascension, à la contemplation des paysages et à la communion avec les milieux naturels traversés. La pratique mobilise en outre des principes éthiques reposant sur les engagements de chacun, notamment à ne laisser aucune trace de son passage et à porter secours aux autres praticiens. L'esprit d'équipe, symbolisé par la cordée, est un autre élément essentiel de la mentalité des alpinistes. La plupart des membres de la communauté appartiennent à des clubs alpins, qui diffusent les pratiques alpines dans le monde entier. Ces clubs organisent des sorties collectives, fournissent des informations pratiques et contribuent à diverses publications. Ce sont donc des vecteurs de la culture de l'alpinisme. Depuis le XXe siècle, les clubs alpins des trois pays cultivent des liens d'amitié en organisant fréquemment des rencontres bilatérales ou trilatérales à divers niveaux. »

C) Lien de cordée

« Tous les enfants grimpent pour le plaisir de grimper. Pour le plaisir de découvrir, de voir plus loin et de plus haut. Si à ces deux plaisirs vient s'ajouter celui de l'amitié de la cordée, voilà l'alpinisme ! »

Gaston Rébuffat, Un guide raconte

« La corde est là, belle, et pourtant inutile. Mais je ne saurais grimper sans elle, sans amitié ; cette corde réchauffe le cœur. »

Gaston Rébuffat, Étoiles et tempêtes

« Entre mes jambes j'aperçois le visage sévère de Gaston [Rébuffat] rendu presque pathétique par une intense concentration. Comme cela est étrange ! Nous sommes là suspendus entre ciel et terre sur deux pointes de crampons, la moindre faute de mon compagnon me précipiterait dans la mort ; pourtant je redoute plus ma maladresse que la sienne. C'est beau la confiance !... »

Lionel Terray, Les conquérants de l'inutile

« Pierre Servettaz venait d'éprouver la satisfaction la plus complète qui puisse être réservée à un alpiniste, celle de marcher en premier de cordée. Il avait cessé de suivre aveuglément, en toute quiétude, en tout sécurité ; il était devenu le chef, celui qui commande, qui combat, qui prend ses responsabilités et de qui dépendent les vies qui lui sont confiées. »

Frison Roche, Premier de cordée

Le lien de cordée est une des dimensions principales de la pratique de l'escalade comme de l'alpinisme. Ce lien de cordée n'a rien d'anodin : on confie sa vie à un autre quand on grimpe, et on devient responsable de lui quand on l'assure.

a) Lien de cordée en alpinisme

Partir encordés en montagne entraîne généralement un partage émotionnel intense : on apprivoise les épreuves à deux, on s'émerveille ensemble devant la beauté des paysages, on partage les doutes, l'appréhension et la fatigue ; on se soutient mutuellement pendant toute la course. On la prépare ensemble, on y rêve ; une fois qu'on y est allé, on se remémore les aventures et mésaventures, la force

des souvenirs dépendant généralement de l'intensité émotionnelle de ce qui a été vécu. On prend à deux les décisions cruciales, celles de continuer ou de redescendre.

Concernant ce dernier aspect, il s'agit en réalité uniquement du cas particulier d'un lien de cordée symétrique, où les deux partenaires ont le même niveau d'expérience et se connaissent suffisamment pour prendre les décisions à deux ; ce qui est somme toute extrêmement rare. Dans la plupart des cordées, les rôles sont asymétriques : l'un est leader ou premier de cordée, l'autre est second. La responsabilité des décisions et des prises de risque revient au premier de cordée, tandis que son second s'en remet à lui ; cette configuration est représentée de la manière la plus paradigmatique lorsqu'on part avec un guide. Le sentiment de sécurité est alors optimal et l'alpiniste peut se concentrer sur son effort, sur la joie et la beauté de la course ; il est déchargé des responsabilités de prise de décision, de sécurisation des passages, et de recherche d'itinéraire.

Pour d'autres alpinistes amateurs, il peut cependant être plus plaisant et plus gratifiant d'acquiescer progressivement l'autonomie, l'expérience et la confiance qui seront suffisantes à devenir un jour premier de cordée. Les institutions type FFCAM ou UCPA proposent des stages permettant d'accompagner les alpinistes débutants vers une prise d'autonomie progressive.

Cette recherche ou non d'autonomie peut faire écho aux dialectiques adolescentes mentionnées précédemment : certains grimpeurs seront poussés à orienter leur pratique vers davantage de sécurisation, tandis que d'autres grimpeurs seront attirés par toujours plus d'indépendance.

En montagne, une cordée constitue normalement une entité inséparable, du début à la fin de la course. Les histoires de séparation sont en cela très marquantes et traumatiques pour ceux qui les vivent, et font toujours débat dans la communauté : rien n'est pire que de devoir « abandonner » son compagnon de cordée. C'est l'expérience tragique qu'a vécu Elisabeth Revol avec Tomasz Mackiewicz au Nanga Parbat en janvier 2018 et qu'elle raconte dans *Vivre* (57). Peu de temps après être arrivés au sommet à 8125m, Tomasz Mackiewicz a été frappé de cécité et ne pouvait pas redescendre ; Elisabeth Revol a dû le laisser à l'abri dans une crevasse à 7200m, pour tenter d'aller chercher des secours. Les mauvaises conditions météorologiques ont malheureusement empêché les hélicoptères de monter à temps, et son compagnon est mort.

Il s'était déjà joué en 1970 au Nanga Parbat une autre tragédie notoire : Reinhold Messner, qui est un des plus grands alpinistes de notre époque, y avait perdu son frère Günther dans la descente. L'histoire est d'autant plus tragique que Reinhold Messner a été accusé par les autres membres de l'expédition

d'avoir sacrifié son frère pour atteindre son objectif, tandis qu'il expliquait que son frère était épuisé et souffrait du mal des montagnes. Il ne sera blanchi de tout soupçon que des années plus tard, lorsqu'en 2005 le corps de son frère sera retrouvé à l'endroit où Reinhold avait annoncé qu'il était mort dans une avalanche.

Une autre histoire emblématique autour du lien de cordée est celle que raconte Joe Simpson dans son récit autobiographique, *La mort suspendue* (58). Lors de la redescente du Silua Grande, un sommet de 6000m dans les Andes, Joe Simpson s'est fracturé la jambe. Son compagnon, Yates, a alors dû le descendre tant bien que mal sur le glacier, en le laissant glisser au bout de la corde, ce qui était très long et douloureux. Épuisé, Simpson a fini par se retrouver suspendu dans le vide, n'ayant pas pu se rattraper avant un surplomb. Ne voyant ni ne comprenant pas ce qui se passe, Yates a finalement pris la décision de couper la corde. Simpson est alors tombé dans une crevasse, blessé mais vivant. Il était mortifié et pensait que c'était son poids qui avait entraîné son compagnon dans sa chute, mais a vite réalisé que la corde avait été coupée. Yates est redescendu au camp de base, et a vu apparaître avec stupeur son compagnon 72h plus tard, qui avait trouvé la force incroyable pour se trainer jusqu'au camp de base après s'être extrait de la crevasse.

On perçoit donc les différents aspects du lien de cordée en montagne : il est le plus souvent à l'origine de fantastiques moments de partage émotionnel, d'une progression sécurisée par un autre ou au contraire d'un accompagnement vers l'autonomie, et d'un soutien sans faille dans l'adversité. Mais dans certaines circonstances extrêmes, il peut aussi être la source d'une culpabilité et d'un tragique sans égal. Il constitue donc un élément central de la pratique de l'alpinisme, qui mobilise de forts enjeux de responsabilité et engage les deux partenaires l'un envers l'autre.

b) Lien de cordée en escalade

En escalade, c'est principalement la chute et son éventualité qui mobilise le plus le lien de cordée.

Il est tout naturel d'avoir besoin d'un certain temps pour faire confiance à un assureur avec lequel on n'a pas l'habitude de grimper : au cours des premières escalades partagées, on va estimer sa maîtrise des techniques, mais surtout sa fiabilité et l'attention qu'il porte à son grimpeur. Avant un mouvement difficile qui risque de conduire à la chute, la tranquillité d'esprit pour engager l'action va dépendre étroitement de la confiance implicite que l'on a dans notre assureur.

Un autre moment qui mobilise tout particulièrement le lien de confiance, c'est lorsqu'on arrive en haut d'une voie et qu'il faut ensuite se suspendre dans le baudrier pour être redescendu par la corde que tient notre partenaire. C'est toujours un moment fort en émotion pour le grimpeur débutant : d'une part car cette suspension n'a rien de naturel ni de physiologique, et ensuite parce qu'il ne peut jamais être vraiment sûr qu'il va être retenu !

Cela nous amène à nous intéresser plus spécifiquement au rapport à la chute et au vide tel qu'il est expérimenté intérieurement ; et ce de manière fort différente, en escalade ou en alpinisme.

D) Du vertige au plaisir

« Nous ne sommes pas près d'oublier le plaisir de grimper, de neutraliser la pesanteur, l'impression de quitter sa carcasse pesante pour évoluer en plein ciel. »

Gaston Rébuffat, Un guide raconte

« Moi je peux pas, j'ai le vertige ! », est une phrase que l'on entend très souvent lorsqu'on propose à ses proches ou à ses amis d'aller découvrir l'escalade et la montagne.

Il y a plusieurs types de vertiges, dont l'un est celui d'origine vestibulaire ; mais il semble que ce soit rarement celui qui est en cause dans la peur du vide, laquelle référerait davantage à un vertige d'origine psychique.

Danielle Quinodoz a développé une approche psychanalytique de la question du vertige (59) : pour elle, le vertige est une traduction des pathologies de la relation, et elle en décrit sept formes différentes selon le type de relation à l'objet. Par exemple, on retrouverait un vertige par 'fusion' quand le sujet expérimente une modalité relationnelle fusionnelle à l'autre : il est alors en proie à une angoisse d'anéantissement ou d'engloutissement, qui peut se traduire physiquement par la sensation d'être « avalé » par l'ascenseur, ou « englouti » par le divan.

Deux autres types de vertige sont celui par 'lâchage' et celui par 'attirance par le vide'. Selon Quinodoz, ils apparaissent quand la différenciation à l'objet s'est amorcée et que le sujet perçoit la distance qui l'en sépare. Le vertige par 'lâchage' et par 'attirance par le vide' seraient alors sous-tendus par une

angoisse de chute dans cet espace. Le vertige par 'lâchage' serait celui qui guetterait le parachutiste ; tandis que le vertige par 'attirance par le vide' rendrait compte des individus qui décrivent ne pas pouvoir s'approcher des falaises de peur d'être trop attiré et de sauter dans le vide.

Pour Quinodoz, chaque vertige est symptomatique d'une angoisse, mais il est également source de plaisir. Ce plaisir provient de la maîtrise et du dépassement du vertige associé à l'angoisse dont il est le symptôme, une fois les processus de différenciation suffisamment fonctionnels. Elle prend l'exemple du plongeur sous-marin ou du parapentiste dont le plaisir proviendrait de l'immersion totale dans l'élément ; transformant ainsi une angoisse de fusion en une source de plaisir intense, car les limites du Moi sont suffisamment opératoires pour que l'objet ne soit plus une menace et qu'il puisse être désiré.

En alpinisme, pour Quinodoz (59) et Léséleuc (60), le plaisir éprouvé reposerait pour partie sur l'expérimentation d'un vertige par 'expansion'. L'alpiniste chercherait en permanence à se confronter à ses limites en livrant des combats épiques avec les éléments jusqu'à atteindre une limite indépassable, figurée par le sommet : *« à la fois le but, le cadre du jeu et le signe de la fin de l'affrontement »* (61). Un autre plaisir de la haute-montagne tiendrait au rapport ambigu que l'alpiniste entretient avec le vide, car il flirte toujours avec lui mais sans jamais se laisser aller à la chute. Il contrôlerait ainsi un vertige dit par 'aspiration', à mesure qu'il s'expose au vide et qu'il le déconstruit donc, lui donnant une forme à mesure qu'il y évolue.

En escalade, le rapport au vide et à la chute est tout différent. L'apprentissage de la chute est même une étape importante de la progression en escalade, pour apprendre à chuter sans se blesser (se repousser de la paroi au moment de chuter, rester vertical en l'air, amortir le choc à la réception), mais aussi pour dépasser la peur qui s'y associe et qui peut venir parasiter le plaisir et la fluidité de l'escalade. Là où en alpinisme la chute est interdite, en escalade elle est encouragée. Comme l'écrit Léséleuc : *« L'alpiniste frôle le vide, le grimpeur s'y jette. »*. Et il faut bien l'avouer, la chute ou le « vol » en escalade est parfois la source d'un plaisir intense... Selon Quinodoz, ce plaisir est à relier à un vertige par 'lâchage' : le plaisir viendrait de la maîtrise de la possibilité de lâcher (plutôt que d'être lâché). Ce plaisir issu du couple fusion/lâchage réfère aussi au schème d'individuation décrit par Anzieux (62) et repris par Léséleuc et Raufast (61) : ce schème est activé par l'expérience de différenciation soudaine que provoque la chute.

Un autre plaisir en escalade viendrait également d'une expérience de fusion (59,61) : fusion du grimpeur à son groupe de pairs, et fusion au rocher. Patrick Edlinger incarne à merveille cette esthétique de symbiose avec le rocher. Stéphanie Bodet évoque elle aussi ce singulier rapport sensoriel et sensuel :

« Le premier contact avec une voie ressemble à une rencontre amoureuse. On en a rêvé de loin, on la découvre soudain dans son intimité, dans le grain de sa peau et ses replis de calcaire. On en épouse tous les contours, tous les reliefs. On s'approprie ainsi mutuellement, tremblant à l'idée de ne pas se correspondre sur tous les points. Cette première phase de découverte est celle que je préfère en escalade sportive. »

Stéphanie Bodet, A la verticale de soi

Cela nous amène à nous interroger sur la nature de l'expérience esthétique, au sens plus large, qui peut être faite par le grimpeur ou l'alpiniste.

E) Sublime, respect et esthétique

« Ce Massif des Ecrins appelé aussi, non sans raison, Massif du Haut-Dauphiné, est extraordinairement riche : de sa pauvreté, de sa nudité, de sa rudesse, de sa sauvagerie. La vraie richesse c'est de donner le bonheur, de procurer l'émerveillement. Il aide à naître, à grandir, à aimer, à comprendre. Il dit que certaines choses, magnifiques, merveilleuses, toutes simples, sans détour, existent. Comme aux premiers jours. »

Gaston Rébuffat, Le Massif des Ecrins : les 100 plus belles courses et randonnées

Gaston Rébuffat est certainement un des alpinistes et écrivains qui a écrit sur la montagne avec la plus grande sensibilité poétique. Il a fait de l'esthétique un critère de choix de ses courses ; nous sommes beaucoup à partager ce rapport à la montagne, et à surtout rechercher la beauté ou l'élégance d'un itinéraire. Les « 100 plus belles de Rebuffat » est un excellent guide en la matière.

Une expérience esthétique que peut faire celui qui part en montagne, quelle que soit sa pratique, quel que soit son niveau, c'est celle du vertige soudain qui le saisit devant la beauté et la démesure des paysages qu'il voit et dans lesquels il est plongé.

Alain Ghersen (47) rattache la nature de cette expérience au concept Kantien de **sublime** : dans la *Critique de la raison pure* (63), Kant développe la distinction entre le réel et l'esprit qui le perçoit. L'homme est limité dans sa capacité de connaissance, et sa représentation du monde est donc construite à partir de ses facultés élémentaires de perception. Le sublime naîtrait de cet écart : il n'est pas inhérent à la chose elle-même, mais à l'esprit qui perçoit la chose comme phénomène. Marcel Proust (64) ne disait pas autre chose de la beauté : « *je n'aime pas Albertine parce qu'elle est belle, mais elle est belle parce que l'aime* ». Dans les différentes catégories de jugement que Kant décrit, ce qui touche à l'esthétique provoque un jugement réfléchissant, qui renvoie le sujet vers sa propre capacité de penser. Le sublime est donc activé par le sensible et par l'expérience ; il ne lui est pas préalable. Kant développe l'idée d'un sublime universel au sens de partageable par tous, mais qui ne serait accessible que par l'expérience individuelle.

Le sublime que l'on éprouve en montagne renvoie à un « sans commune mesure ». A la différence du beau, il n'est pas lié uniquement à la qualité de ce qui est perçu, mais à la quantité : un absolument, au sens de ce qui n'est pas comparable.

L'idée de Kant est celle-ci : le sublime naît de la démesure, que la compréhension tente de saisir. Il y a une inadéquation entre la raison et l'imagination, qui seule peut tenter de saisir ce qui est incommensurable, ce qui touche à l'infini. Car l'infini renvoie à une dimension suprasensible : ce à côté de quoi tout est petit. Pour Kant, le sentiment du sublime résulte donc d'une tension entre la raison qui tente de saisir un ensemble fini et régi par des lois énonçables, et l'imagination qui est submergée.

Tandis que le beau apaise l'esprit par la présentation d'une forme finie et harmonieuse, le sublime entraîne un mouvement de l'esprit qui cherche à se régler sur le dynamisme de la nature qui lui apparaît, mais dont la force semble tout dépasser. Cela génère un sentiment paradoxal que Kant appelle le **respect**. Ce respect provient de l'inadéquation entre notre pouvoir de compréhension et le spectacle observé. Il s'agit d'un sentiment ambivalent de plaisir et de déplaisir, d'attraction et de répulsion pour l'objet. Le déplaisir provient du sentiment de peur lié à la puissance démesurée de la nature qui s'offre devant nous. C'est un spectacle qui renvoie à notre « insignifiante petitesse » ; qui peut être dépassée secondairement par le constat que l'homme appartient à cette nature si puissante.

On pourrait faire l'analogie entre le sublime Kantien, et les vertiges que nous avons décrits à l'adolescence. L'adolescent éprouve un vertige lorsque que surgit le pubertaire et que se pose la question de pouvoir décider de son existence, c'est-à-dire faire des choix. L'incommensurable qu'éprouve l'alpiniste peut se rattacher à l'incommensurable qu'éprouve l'adolescent lorsqu'il prend la mesure, ou plutôt la démesure, de l'ensemble des potentialités d'existence. Le monde apparaît infini, en ce sens d'une infinité de connaissances à saisir, de rencontres à espérer, de désirs à assouvir, de lieux et de cultures à découvrir, d'expériences à réaliser. Cette tension décrite par Kant entre plaisir et déplaisir, de répulsion et d'attraction peut se rattacher à la tension qu'éprouve l'adolescent qui se subjective et donc peut décider pour lui-même : il voudrait goûter tout ce que le monde a à offrir, mais ne s'en sent pas les capacités ni les assises narcissiques suffisantes. En plus c'est impossible, et il faut donc esquisser des renoncements, qui ne sont autres que des processus de deuil successifs. Cela peut générer un intense sentiment d'angoisse et de paradoxe que celui qui les vit doit aménager au mieux ; ce qui nous renvoie aux solutions tentées et à la psychopathologie précédemment décrite.

F) Imagerie mentale et représentation de l'action

« Plus vous visualisez, plus vous intégrez les mouvements et plus la voie va paraître facile. Vous pouvez essayer vingt fois "en vrai" et deux cent fois dans votre esprit et avoir les mêmes résultats que si vous aviez travaillé et intégré la voie – comme si vous aviez essayé réellement cinquante fois. Sauf que vous allez économiser de la peau, du temps, et vos partenaires d'escalade. »

Adam Ondra, interview pour Climbing Magazine, 2017 (65)

Une des dimensions passionnantes de l'escalade, principalement de bloc ou de voie, est celle de l'imagerie mentale. La « lecture » d'une voie représente le moment où on l'examine dans son ensemble depuis le bas, et que l'on imagine mentalement les mouvements à réaliser.

Adam Ondra est un des grimpeurs qui a le plus approfondi les potentialités de l'imagerie mentale dans la réussite d'une ascension. Habituellement lorsqu'on travaille une voie, on réalise plusieurs fois de suite le même mouvement, et sa réalisation s'affine à mesure qu'on le répète : on perfectionne la précision, la rapidité d'exécution, le tonus. C'est d'ailleurs une expérience très remarquable qu'on peut faire dans l'escalade de bloc, qui s'y prête particulièrement : lorsqu'on essaye un mouvement qui

nécessite un équilibre précis, la stabilisation d'une impulsion précisément dosée de sorte à arriver sur la prise à vitesse nulle et n'avoir pas d'énergie cinétique superflue. Aux premiers essais il semble parfois impossible de réussir le mouvement ; et puis à mesure des répétitions, de certaines petites modifications posturales conscientes ou inconscientes, de l'ajustement du tonus, du placement différent des membres... le mouvement s'intériorise et on « l'a », c'est-à-dire que le corps sait dès lors le reproduire sans refaire ce processus d'apprentissage. Et lorsque l'on grimpe depuis longtemps, un grand répertoire gestuel a été intériorisé : la planification motrice se fait beaucoup plus naturellement que pour le débutant, qui doit se demander quelle position du corps il va devoir adopter. Le grimpeur expérimenté n'a plus besoin d'y réfléchir : il en a un savoir corporel, intuitif. C'est donc l'exécution et la répétition motrice qui permet l'ajustement du mouvement. Et c'est d'ailleurs toute la dimension conviviale et ludique de l'escalade en bloc : on partage les techniques, on se regarde grimper mutuellement, on s'encourage, on échange les astuces, on essaye d'analyser les mouvements et les postures pour débloquer un passage. On dit d'ailleurs souvent qu'il « suffit de voir passer un blaireau pour y arriver ! » ; c'est-à-dire que visualiser la réussite d'un bloc par un autre grimpeur permet parfois d'implémenter ensuite une réalisation motrice adéquate.

Adam Ondra est le grimpeur qui a le plus développé cette technique de la visualisation mentale, pour parvenir à réaliser la voie qui est actuellement la plus difficile jamais grimpée (Silence, de cotation 9c). Il raconte cette expérience fascinante dans un film (66) où l'on voit tout le travail de préparation réalisé, en particulier avec son physiothérapeute. C'était jusque là tout-à-fait incongru d'envisager que la répétition d'un mouvement, allongé au sol, puisse aider à sa réalisation effective en grim pant. C'est à ce projet incroyable que se rapporte l'extrait de l'interview qui figure en épigraphe de ce paragraphe.

Pendant les compétitions, il y a toujours une période de quelques minutes où tous les grimpeurs ont un temps d'observation de la voie depuis le bas, avant de retourner dans l'isoloir. On voit alors tous les grimpeurs le nez en l'air, agitant leurs bras, faisant parfois les vocalisations associées à l'effort : ils préparent les mouvements qu'ils feront en grim pant. Adam Ondra explique ainsi la manière dont il utilise ce temps :

- 1' d'observation générale (identification des crux, des points de repos, des clippages opportuns)
- 2' de lecture détaillée des sections
- Dernière 1'30'' consacrée à la remémoration

Sur le plan psychophysiologique, la technique de visualisation mentale qu'utilise Adam Ondra se rattache aux concepts d'imagerie motrice et de représentation de l'action. C'est Théodule Ribot qui a donné la première définition de l'imagerie motrice, début XX^{ème} siècle : « *En termes psychologiques, c'est la reviviscence spontanée ou provoquée de sensations kinesthésiques simples ou complexes éprouvées antérieurement. En termes physiologiques, c'est l'excitation des zones corticales (quelles qu'elles soient) où aboutissent les sensations du mouvement. Ces images ne peuvent être que des mouvements qui commencent, mais restent internes, sans se réaliser en mouvement objectif* » (67,68). Les travaux ultérieurs ont confirmé que l'imagerie motrice est une des composantes de la représentation de l'action, telle qu'elle a ensuite été théorisée par Marc Jeannerod (69). L'imagerie motrice correspondrait à une activation subliminale du système moteur, participant à la planification de l'action mais ne donnant pas lieu à sa réalisation motrice effective (70,71). Elle peut prendre différentes formes, selon qu'elle soit activée à partir de stimuli kinesthésiques ou visuels (72). En psychologie du sport (73), on distingue une forme externe d'imagerie motrice et une forme interne : la forme externe, que l'on dit à la troisième personne, ne concerne que des informations visuelles. En escalade, c'est ce qui correspond au fait de regarder un autre grimpeur réaliser un bloc. La forme interne quant à elle, implique le sujet à la première personne : elle correspond à la simulation mentale de l'action à réaliser, et invoque les ressentis kinesthésiques sans que l'action ne soit effectuée. C'est ce que fait Adam Ondra quand il prépare mentalement la réalisation de Silence.

G) Engagement et ordalisme

« L'engagement et la prise de risque font partie du jeu de l'alpinisme, de sa culture. Progressivement au gré de l'expérience l'alpiniste apprend à apprécier son niveau, à analyser la situation dans laquelle il se trouve et, lorsqu'il en ressent la nécessité, il devient capable de se plonger dans cet état de vigilance exacerbée qui représente en fait sa véritable sauvegarde. Avec la pratique et les années ce comportement s'inscrit dans l'individu, il finit par être instinctif, réflexe. C'est ainsi que l'alpiniste parvient à évoluer avec une certaine sécurité et sérénité au sein d'un univers fantastique qui pouvait lui paraître interdit. La capacité à rejoindre cet état de conscience, et surtout à le maintenir, est évidemment variable en fonction des individus et de leur expérience. Elle nous est enseignée par la nature de l'activité elle-même qui, passé un certain niveau –et quel que soit ce niveau-, nous y conduit forcément. »

Patrick Berhault, Encordé mais libre

La notion d'engagement est centrale en montagne, et ce terme est souvent utilisé en alpinisme : une course engagée est une course qui n'offre pas de possibilité de faire demi-tour. Indépendamment de son niveau technique intrinsèque, la notion d'engagement entre fortement en jeu dans la difficulté d'une course.

Alain Ghersen (47) a cherché à mieux saisir ce concept d'engagement en alpinisme, en le rattachant à des notions philosophiques ; je reprends certains de ses développements qui me semblent opérants pour rejoindre les enjeux qui nous intéressent.

Littéralement, engagement signifie mise en gage de quelque chose. C'est d'ailleurs ce qu'on ressent en escalade avant un mouvement dit engagé : on doit alors miser sur la réussite, qui sinon laisse place à la chute. Dans les relations humaines, la notion est la même : quand on s'engage, on prend le risque d'investir quelque chose de soi-même dans l'histoire auprès d'un autre. En alpinisme, il y a un engagement interpersonnel de cette nature, qui est un engagement moral fort envers les autres membres de sa cordée. Mais il y a aussi un autre type d'engagement qui va nous intéresser, que l'on peut décrire comme une **résolution vis-à-vis de soi-même, qui se traduit en une détermination dans l'action**. Cette notion se rattache au seuil d'irréversibilité : lorsque dans une course, toute retraite devient impossible et qu'il s'agit donc d'un saut dans l'inconnu.

Ainsi défini, l'engagement convoque le rapport au possible : comment évaluer le degré de faisabilité d'une action, d'autant plus sérieuse qu'elle met en jeu la vie et la mort ? Pour Bergson, la catégorie du possible ne fonctionne que de manière rétroactive lorsque la multi-causalité potentielle est trop complexe : il y a des situations où seule la réalisation concrète d'un acte révèle sa potentialité. En terme Aristotéliens : ce qui existe en acte doit d'abord nécessairement exister en puissance. C'est-à-dire qu'avant d'avoir tenté une action, on ne peut statuer sur son caractère possible ou impossible... C'est bien d'ailleurs tout le jeu et le plaisir de certains alpinistes : repousser sans cesse les limites du possible. C'est exactement ainsi que vivait et grimpait Louis Lachenal :

« L'alpiniste peut éprouver le sentiment d'être un surhomme lorsqu'il se promène à grande allure sur des parois verticales, descend des couloirs vertigineux en courant, des faces Nord en glissant. C'est déjà une ivresse. Lachenal ne s'arrêtait pas à ces demi-satisfactions. Il voulait dépasser ce qui est normal, ce qui est logique, ce qui est possible. Il était la proie d'une obsession : prouver que les lois naturelles n'existent que dans la mesure où on les accepte. »

Gérard Herzog, Carnets du vertige

Si l'on en revient au concept d'engagement, il y a donc une irrévocabilité de l'action qui est posée par l'alpiniste qui s'engage : changer d'avis n'est plus possible. Pour Hannah Arendt (74), cette irrévocabilité est la caractéristique essentielle de l'acte libre qui est celui par lequel « on commence une série à partir de soi-même ». C'est César qui franchit le Rubicon pour rentrer à Rome, prenant ainsi le risque d'une nouvelle guerre civile contre Pompée : il pose un acte sans retour en arrière possible, et décide alors d'en assumer toutes les conséquences : « *alea jacta est* » (75).

De cet engagement irrévocable naît le sentiment d'être dans un entre-monde, dans les limbes... La perception de l'extrême fragilité de la vie peut alors prodiguer le sentiment exacerbé d'être vivant. Alain Ghersen nomme **hapax existentiel** ce surgissement provoqué, qui peut être suffisamment puissant pour marquer une césure dans une trajectoire de vie.

Cela fait directement écho aux conduites ordaliques décrites par David Le Breton et leur fonction à l'adolescence : celle de tenter le tout pour le tout, risquer de mourir pour pouvoir continuer à exister. La tentative pour faire rupture dans une trajectoire de souffrance qui enferme jusqu'à devenir insupportable.

Le témoignage de Ueli Steck dans le mémorable film *On ne marche qu'une fois sur la lune* (76,77) illustre le rapport à l'ordalie que l'on peut également retrouver dans l'alpinisme. Je retranscris là certains des propos que tient Ueli Steck concernant son rapport à l'alpinisme, et surtout à propos de cette expérience incroyable qu'il a vécu dans la face Sud de l'Annapurna en solitaire (l'une des plus difficiles au monde, que personne n'avait réussi avant lui) :

« L'alpinisme c'est toujours une progression. Tu commences quelque part, puis tu regardes ailleurs ; ça te donne des rêves. Les Alpes, le Cervin rêvé depuis tout petit... puis l'Himalaya. Toujours des ailleurs : ça donne des rêves, des désirs, des moteurs pour l'action. Dans une compétitivité permanente avec soi-même, la performance pour soi-même. Mais qui est aussi très dangereuse ! Tu veux toujours avancer plus loin plus loin... c'est une route à sens unique, avec la mort à la fin. Et ça c'est pas facile à digérer.

Avant la face Sud de l'Annapurna, je m'étais entraîné tout l'été comme un fou. Je pensais qu'à ça. Et puis niveau mental j'acceptais d'aller très loin... de mourir. Ça n'était jamais arrivé avant. Peut-être c'est ce qui me donne la possibilité de faire ça ; autrement tu peux pas, pas dans ce style.

Et mon compagnon décide au dernier moment de pas y aller, fait demi-tour à la rimaye, au pied de la face. Sensation d'être abandonné par tous, d'être tout seul. Je suis parti, voulais monter le plus haut possible. Tout le reste je m'en fous. Je grimpe, faire quelques jours pour moi-même puis on verra ce qu'il se passe. Je laisse tout au dépôt à 6100m, et monte. J'adore les moments comme ça ; uniquement ressentis en solitaire. Un moment... C'était l'extase, un plaisir terrible que le piolet accroche.

Puis photo dans la face... et avalanche. Me suis cramponné aux piolets et attendu que l'avalanche passe, en résistant à la pression. Presque tombé là. Moment de peur, qui fait changer la mentalité. J'ai réalisé que j'étais dans une énorme face, très exposé, et peut-être que je rentrerai pas à la maison... Au même moment, j'ai accepté. Peut-être tu rentres pas, et c'est pas grave. Maintenant je pense c'est faux hein ! Mais quand tu grimpes tu es vraiment concentré pour pas tomber, ça te fait quand même peur ; c'est compliqué à expliquer : tu veux surtout pas tomber, et en même temps tu acceptes. Dans la tête tu es sûr : tu as déjà passé la vie quoi... c'est quand même un stress énorme. La difficulté est énorme, tu as pas la place pour penser. Puis ensuite c'est un peu moins engagé, et tu commences à réfléchir... première fois où j'ai pensé peut-être je vais réussir à aller au sommet. Puis c'est le sommet, et là ça commence dans la tête : oh merde. C'est 8000m ici, avec une face de 2500m en dessous... et tu veux rentrer à la maison. Et là c'est le stress total : tu es dans la merde, la plaque de neige va réchauffer en face Sud, etc. Pendant la descente ça commence vraiment à faire peur, parce que tu reviens vers la vie. Tu sens peut-être maintenant tu restes en vie, mais c'est encore super dangereux et loin... c'est pas la même difficulté qu'en haut, tu réfléchis davantage, t'as plus peur. Parce qu'en haut c'était clair : tu rentres pas. Maintenant tu veux rentrer, et c'est encore possible... ça fait peur.

Quand tu rentres de là tu reviens d'une autre planète. Tu n'arrives pas à expliquer ce que c'est, car c'est vraiment un autre monde. Encore maintenant j'ai de la peine à expliquer ce que j'ai vécu en haut. Tu te sens un peu comme quelqu'un d'autre. Tu n'arrives pas à partager ce que tu as vécu. Personne peut te comprendre. Ceux qui ont vécu quelque chose de similaire peut-être... mais sinon tu peux pas imaginer ce que ça veut dire.

Je sais pas pourquoi ça fait mal. Peut-être parce qu'il n'y a plus ça en perspective pour te faire avancer ; tu te sens un peu inutile maintenant. Ça c'est dur à accepter. Et tu sais aussi que si tu continues comme ça, tu te tues. C'est 100% sûr. Et tu dois accepter ça, mais c'est pas facile. Ce sont des sentiments très profonds, très extrêmes pour toi-même ; donc après tu as une dépression, c'est normal. Les athlètes qui gagnent les jeux olympiques, après il leur arrive une dépression. Parce que ce sont des sentiments très forts ; et tu es seul. Tu dois pas dire aux autres que tu es mal, c'est pas bien ; mais de temps en temps

c'est mieux de dire, car ça te donne la liberté d'être comme tu es, et après peut-être tu arrives à dépasser ça. »

Ueli Steck est mort en 2013 sur les pentes du Nuptse dans l'Himalaya, 4 ans après ce témoignage.

La lucidité et l'humilité dont il fait preuve amène à nous interroger sur le rapport au risque : il estime parfaitement les risques qu'il encoure, mais accepte de les affronter car ce qu'il espère y trouver vaut pour lui davantage que la menace de la mort.

Cela rejoint certaines études neurocognitives autour de la prise de risque, qui défendent l'idée qu'à estimation équivalente du danger chez deux individus, la récompense attendue par chacun est en revanche extrêmement variable ; et que l'appétence pour le risque doit principalement se comprendre à cet égard-là, et non pas comme une défaillance d'estimation correcte chez celui qui le prend (78–80).

Le témoignage de Ueli Steck amène également à interroger la dépressivité qu'il évoque après cette course. On pourrait penser qu'un objectif apporte de la joie lorsqu'il est atteint, mais ce que nous dit Ueli Steck, c'est que c'était pour lui tout le contraire. Et qu'un objectif doit parfois pouvoir rester un horizon, un rêve, qui est source de désir et donc de mobilisation pour l'action... chez les sportifs de haut niveau, la dépressivité qui fait suite à un exploit visé de longue date est finalement assez commune. Dans le cas de l'alpiniste qui met sa vie en jeu pour trouver en montagne un surplus d'existence, le reste peut apparaître terriblement fade et le retour à la vie quotidienne insupportable.

Qu'est-ce donc que la nature de l'expérience dont parle Ueli Steck là-haut, et qui le pousse chaque fois à y retourner, au prix de sa vie ? On peut d'ailleurs extrapoler cette question à l'ensemble des alpinistes, voire à l'ensemble de ceux qui pratiquent des activités où le risque de la mort est non nul. Et il me semble qu'il y a nécessairement des moments de la vie de l'alpiniste, quel que soit son niveau, où il est amené à se poser cette question et à devoir y répondre, en particulier après une expérience où la réalité de la mort possible lui est apparue : pourquoi je retourne là-haut, et est-ce que le jeu en vaut la chandelle ?

Cette intrigue n'a rien de simple et il est à supposer que chaque grimpeur ou alpiniste y construit sa réponse personnelle, à mesure qu'il évolue dans la pratique. J'insère ici un passage du livre d'Allen Steck (81), cité par Bernard Amy (82). L'extrait concerne le chapitre final d'Allen Steck, qui s'intitule à

propos : *Is climbing worth dying for ?* Il y cite le poète et grimpeur Michel Roberts : « *le risque est la démonstration du fait que l'homme n'est pas complètement tenu de gratter la terre pour se nourrir, n'est pas totalement prisonnier par les devoirs familiaux et sociaux ; du fait qu'il existe des états mentaux et spirituels à qui il donne des valeurs plus élevées que la vie elle-même à tous les niveaux inférieurs* »

Puis répond ainsi : « *il n'y a rien de mystérieux à propos du pourquoi de l'alpinisme, comme il n'y a rien de mystérieux dans le plaisir exquis de la sensation kinesthésique que nous ressentons en grim pant. Nous le savons, c'est tout. Le seul mystère est qu'un état mental et spirituel peut être atteint, comme le suggère M. Roberts, et que les alpinistes qui évoluent dans un environnement à risque le perçoivent comme ayant une plus grande valeur que leur propre existence. L'acceptation de la mort en alpinisme reste une remarquable énigme psychologique.*»

Même si Allen Steck cherche à éliminer la question du pourquoi au profit de l'expérience vécue, il apparaît à sa lecture que l'énigme persiste concernant cet « exquis plaisir » et cet « état mental et spirituel » qui auraient davantage de valeur que l'appréhension de la mort.

Après un rapide détour par une redéfinition du risque en alpinisme, deux concepts psychologiques me semblent pouvoir contribuer à l'analyse de ce qui est vécu là-haut et qui 'en vaut la chandelle' : celui de sensation seeking, et celui de flow. C'est donc le programme des trois paragraphes suivants.

H) Risque en alpinisme

« Je ne suis pas suicidaire. J'ai peur de mourir, surtout de la manière de mourir. Cette peur est mon assurance vie. Je ne cherche pas à connaître mes limites, car le jour où je les connaîtrai je ne rentrerai pas pour en parler. »

Erhard Loretan

« La montagne n'est ni juste, ni injuste. Elle est dangereuse. »

« Je l'ai répété tant de fois : l'activité la plus schizophrène est l'alpinisme extrême. Parce que nous allons dans les endroits les plus dangereux, où la mort est possible, pour ne pas mourir. »

Reinhold Messner

« Souvent une ascension est née d'un rêve, d'une exaltation, d'un désir spontané, parfois irraisonné : un joli nom, une forme, une histoire, un souvenir et nous voilà à l'ancre d'un sommet ; mais vient le temps où il doit devenir un calcul, le rapport précis entre le but et les moyens de l'alpiniste ; de ce rapport découle la décision. L'alpiniste doit toujours se rappeler cette formule, déplaisante à énoncer dans sa sécheresse, mais capitale, car elle conditionne le départ. En cet instant, plus de charme dans ce monde enchanté, plus de poésie dans cet univers ; d'un froid calcul dépendent la vie de l'alpiniste et celle de ses compagnons. Mais qu'il est beau ce dialogue intime entre l'homme et les forces de la nature ! »

Gaston Rébuffat, La montagne est mon domaine

« Ce que j'avais vécu pendant cette course en montagne était nouveau. Quelque chose avait changé en moi (...). Je m'étais frotté au risque et ça m'avait tellement plu que je n'attendais qu'une chose : recommencer ».

Robert Flematti

Celui qui part en haute-montagne met inévitablement sa vie en jeu, quand bien même il voudrait penser le contraire. Selon Werner Munter (83), les risques en montagne sont liés à trois facteurs : le facteur humain, le terrain, et les conditions. Il y a toute une littérature de la réduction des risques en montagne ; mais ils ne sont jamais annulables, ce qui constitue donc un danger objectif y compris pour celui qui sera le plus avisé des différentes techniques de réduction des risques.

Pour Alain Ghersen, le risque peut être appréhendé ainsi : « limites prédictives de la science et modestie de le reconnaître ». Il s'agit donc d'une notion qui vient évaluer imparfaitement la survenue d'un événement contingent, considéré comme possiblement dommageable tout en restant imprévisible. En montagne, il y a des événements dont il est possible d'approcher une certaine prédiction de survenue (les avalanches par exemple) et donc de prendre des décisions argumentées à leur sujet pour minorer le risque, mais il y a aussi d'autres événements qu'il est impossible de prévoir, comme par exemple les chutes de séracs. Tout ce qu'il est possible de faire pour réduire le risque, c'est de passer le plus rapidement possible sous une barre de séracs.

Cela pose donc la question du risque acceptable pour chacun. A ce sujet, il semble que nous ayons tous une certaine homéostasie du risque, tel que le développe Jean-Marc Galan (moniteur à la Fédération Française de Vol Libre) dans une conférence (84) où il interroge le faible nombre de pratiquants du parapente, alors que cette activité fantastique permet à l'homme de voler, d'enrouler les thermiques avec les oiseaux, de survoler les crêtes au coucher du soleil... Jean-Marc Galan développe l'idée que nous retournons tous dans notre 'zone de confiance' de risque, et que le parapente suppose certainement de la situer trop haut pour que la pratique se démocratise davantage.

En escalade en revanche, le rapport au risque est très différent, puisque le risque objectif y est quasi nul. Le risque pris est donc principalement subjectif :

- L'un des aspects de ce risque est spécifique à l'escalade : c'est celui de la chute, qui vient mobiliser le rapport au vide tel que nous l'avons précédemment décrit dans l'analyse des vertiges et des angoisses qui peuvent s'y rapporter. Le risque de la chute engage aussi la nature du lien de confiance qui est établi avec son assureur, et la possibilité que nous avons chacun à nous en remettre à un autre.
- L'autre aspect du risque n'est pas spécifique à l'escalade : c'est celui de l'échec. Il n'a rien de négligeable puisqu'il convoque les assises narcissiques, pouvant donc ébranler la confiance en lui-même du grimpeur et affecter le plaisir qu'il trouve dans l'activité.

1) Qualia et sensation seeking

« Quiconque n'a point pratiqué les montagnes du premier ordre se formera difficilement une juste idée de ce qui dédommage des fatigues que l'on y éprouve et des dangers que l'on y court. On se figurera encore moins que ces fatigues mêmes ne sont pas sans plaisir et que ces dangers ont des charmes ; et il ne pourra s'expliquer l'attrait qui y ramène sans cesse celui qui les connaît, s'il ne se rappelle que l'homme par sa nature aime à vaincre les obstacles ; que son caractère le porte à chercher des périls, et surtout des aventures ... »

Gaston Rébuffat, La montagne est mon domaine

"Nous faisons un travail obscur et patient. Mais nous sommes pris par un étrange charme, un peu fou, par le vertige d'être noyés dans une masse de pierres gelées. Le jeu est d'entrer librement dans la prison qu'est la paroi nord du Cervin. Puis de s'en échapper. Et l'intérêt est d'y trouver le plus sûr chemin."

Gaston Rébuffat, Étoiles et tempêtes

Dans *On ne marche qu'une fois sur la lune* (76), Ueli Steck témoigne du sentiment que ce qu'il a vécu dans la face Sud de l'Annapurna n'est pas partageable. Cela amène donc la question de l'incommunicabilité de certaines expériences, qui ne pourraient être connues qu'en les vivant.

Le concept de **qualia**, développé par Daniel Denett (85) et cité par Bernard Amy (82), est particulièrement intéressant à ce sujet. Les qualia sont les propriétés de l'expérience sensible par lesquelles cela nous fait quelque chose de percevoir. Par exemple ce que ça fait de toucher un rocher calcaire réchauffé par le soleil, de voir une aurore boréale, ou de tremper ses lèvres dans la chartreuse. Ce sont des phénomènes psychiques qui sont subjectifs, qui influent sur nos états mentaux et notre histoire, en même temps qu'ils sont influencés par eux (86).

Daniel Denett attribue 4 caractéristiques aux qualia :

- Ils sont ineffables : ils ne peuvent pas être communiqués.
- Ils sont intrinsèques ou immédiats : ils n'ont pas de propriétés relationnelles.
- Ils sont privés : ils ne peuvent pas être comparés à l'expérience d'un autre.
- Ils sont appréhendés directement par la conscience : tout ce qu'il est possible de savoir sur un qualia est contenu dans l'expérience perceptive.

Ils sont donc irréductibles à une description générale de la perception, et sont spécifiques à l'espèce.

Cette notion est parfaitement développée et illustrée par le philosophe Thomas Nagel dans son article fameux *What it is like to be a bat ?* (87) : le seul moyen de savoir ce que ça fait d'être une chauve-souris, c'est d'en être une. L'idée de subjectivité est posée comme indissociable de l'idée d'expérience phénoménale. Elle renvoie à un mode spécifique d'accès à l'expérience, par lequel celle-ci est vécue par le sujet comme particulière au type d'organisme qu'il est.

C'est ce que veut dire l'alpiniste quand il parle d'une certaine incommunicabilité de ce qu'il vit en montagne, et qu'il faut aller là-haut pour le connaître à son tour.

Un autre concept autour de l'expérience sensorielle, qui rejoint directement l'inégalité que nous avons pointé à plusieurs reprises dans l'appétence de chacun pour les activités à risque, c'est celui de recherche de sensation.

La notion de sensation seeking a été historiquement développée par Marvin Zuckerman dans les années 60, avec l'établissement d'une première échelle pour mesurer ce trait de personnalité (88). Dans ses travaux ultérieurs, il introduira la notion de 'sensation seekers' pour décrire la manière dont la prise de risque individuelle est influencée par la recherche de sensation (79).

Zuckerman définit la recherche de sensations comme un trait de personnalité « caractérisé par le besoin d'expériences et de sensations variées, nouvelles, complexes, et par la volonté de s'engager dans des activités physiques, sociales, juridiques ou financières risquées ; ces expériences étant recherchées pour elles-mêmes » (89). A partir de ce postulat, il a développé en 1964 une échelle de mesure de recherche de sensations, la Sensation Seeking Scale (88). La version actuelle, la SSS-V, comporte 40 items (90). Elle est divisée en 4 sous-échelles, comportant chacune 10 items, organisées autour des 4 axes suivants :

- Recherche de danger et d'aventures : par la pratique de sports extrêmes, la conduite d'une moto ou d'une automobile à grande vitesse.
- Recherche d'expériences nouvelles : recherche permanente de stimulations intellectuelles ou sensorielles, avec un goût particulier pour les modes de vie non conventionnels.
- Désinhibition : tendance à l'extraversion dans les situations sociales, à la consommation massive d'alcool ou de substances psychoactives, à la recherche d'expériences sexuelles multiples.
- Susceptibilité à l'ennui : aversion pour les activités routinières et répétitives.

Cette échelle permet de déterminer des profils 'low sensation seekers' et 'high sensation seekers'. On le conçoit facilement : les seconds sont bien plus attirés que les premiers par les activités à risque.

Un des résultats les plus intéressants autour de ces travaux, ce sont les études qui tendent à montrer qu'à estimation des risques similaire, les bénéfices attendus sont bien plus importants chez les 'high sensation seekers' (78-80). C'est ce qui sous-tendrait une plus grande appétence pour les conduites à risque, et non pas comme le voulait une hypothèse plus ancienne, que ces sujets soient 'imprudents' ou qu'ils minimisent les risques en raison de biais cognitifs.

Ces résultats sont d'ailleurs en cohérence avec la théorie psychophysiologique sur laquelle repose le concept de sensation seeking. Zuckerman propose l'hypothèse qu'il y aurait pour chacun d'entre nous un niveau de stimulation corticale optimal, que nous chercherions à atteindre au travers des sensations et expériences variées. Il avait initialement proposé un 'niveau optimal d'activation', en référence à ce qu'on appelle le système cortical d'éveil (arousal) ; mais les recherches ultérieures ont plutôt mis en évidence des différences dans le système des monoamines oxydases et la production de dopamine (impliquée dans le système de récompense), et Zuckerman a donc proposé ultérieurement un 'niveau optimal du système catécholaminergique' (91).

J) Flow

« Je sentais que j'aimais la montagne pour ses paysages solennels, pour les lutttes engagées avec les sommets, pour les émotions et les souvenirs qu'elles procurent ; mais peut-être l'aimais-je plus encore pour ce sentiment de liberté et de joie de vivre que je ne parvenais à éprouver que là-haut. »

Walter Bonatti, Montagnes d'une vie

« De sensation en sensation j'arrive à une sorte d'extase, de ravissement qui m'emporte loin du réel et de tout ce qui est purement physique. Un état de conscience que je n'avais jamais connu jusqu'ici. »

Walter Bonatti, L'affaire du K2

« Si l'on veut maîtriser un art, les connaissances techniques ne suffisent pas. Il faut passer au-delà de la technique, de telle sorte que cet art redevienne un art sans artifice qui ait ses racines dans l'inconscient... »

Bernard Amy, Le meilleur grimpeur du monde

Mais au-delà d'une intensité ou d'une quantité de stimulation que l'on rechercherait en montagne, quelle est donc la nature particulière de cette sorte d'extase décrite par Walter Bonatti, qui s'atteint de sensation en sensation ?

Le concept de 'flow' a été développé par Michael Csikszentmihalyi (92) pour tenter de rendre compte de ces expériences que l'on pourrait qualifier de transcendantes, au sens où elles nous amènent à un état intérieur qui dépasse l'intelligible et le sensible habituel.

Michael Csikszentmihalyi a décrit comme « expériences optimales » ces instants si singuliers où nous expérimentons le sentiment d'une joie intense et totale. Ces moments laissent en nous une trace mnésique et expérientielle telle que nous les chérissons, et que nous les reconvoquons régulièrement en nous-même. Ces instants sont déterminants, ils font jalon dans notre existence.

Pour Csikszentmihalyi, ces « expériences optimales » ne sont pas des états passifs qui adviennent par hasard ; pour être atteints, ils doivent au contraire être l'objet d'une recherche subjective active. C'est dans des contextes où l'esprit et/ou le corps sont poussés au dépassement, que cet état de 'flow' peut survenir. Le dépassement est obtenu par l'exposition à des situations qui confrontent l'individu aux limites de ses possibilités physiques ou mentales, supposant donc un désir et un effort de volonté très importants. L'état de flow peut survenir dans les situations où la conscience se saisit d'un tel enjeu de dépassement, et se donne les moyens de l'action qu'elle oriente à cette finalité-là. Cela suppose de pouvoir allouer une attention totale à l'activité dans laquelle on est engagé.

On peut qualifier ces expériences d'autotéliques, au sens où elles n'ont pour but qu'elles-mêmes, car elles sont intrinsèquement pourvoyeuses d'un sentiment de joie intense.

Le concept de flow ou d'expérience optimale ne peut faire sens que pour un individu donné, puisqu'il correspond à un état intérieur. Il n'y a pas d'expérience optimale en tant que telle. Et l'état de flow n'est pas réservé à un domaine spécifique de l'expérience humaine ; pour Csikszentmihalyi, il peut être atteint dans le champ du sport, de l'esprit, de l'art, de la pensée, ou encore de la rencontre amoureuse.

Il me semble que ce concept de flow rencontre avec justesse les témoignages de Walter Bonatti, de Ueli Steck, de Stéphanie Bodet, de Patrick Edlinger, quand ils évoquent l'état mental et physique si singulier qu'ils ressentent là-haut et qui les poussent irréductiblement à y retourner.

Je l'ai moi-même ressenti en escalade : un certain état d'harmonie et de fluidité parfaite dans l'enchaînement des mouvements d'une voie qui m'aura immédiatement attirée par l'élégance de sa ligne ; un état d'osmose corporelle et psychique, qui reste la recherche esthétique et sensorielle qui m'anime en escalade. En alpinisme, j'ai d'autres souvenirs intenses qui sont davantage rattachés à une

immersion dans l'environnement. Ceux en particulier de départs de refuge la nuit sur le glacier, dans une progression lente et régulière qui se prolongera des heures durant vers le sommet que l'on espère, à écouter le crissement des crampons sans aucun autre bruit sous les étoiles, les lumières de la vallée évanouies tout au loin ; et mon frère au bout de la corde. Surgit alors parfois une sensation d'harmonie totale, de perfection ; celle d'un moment suspendu, privilégié entre tous. Un sentiment de connexion avec ce qui m'entoure et me dépasse absolument ; merveilleux repos de l'esprit qui cesse enfin de lutter avec lui-même et s'accorde avec l'immensité qui l'enveloppe et à laquelle il appartient.

A ma question personnelle du 'pourquoi je pars en montagne ?', c'est certainement la réponse la plus juste et la plus fidèle ; ce qui répond évidemment oui, à la question de savoir si le jeu en vaut la chandelle.

Je suppose que nous avons tous expérimenté ce sentiment de flow, chacun dans des domaines qui sont plus ou moins propices à le susciter, et plus ou moins intensément. C'est probablement le cœur même de nos points de passion. Pour l'alpiniste, c'est la haute montagne : c'est bien suffisant à ce qu'il y retourne, quel qu'en soit le coût.

Chapitre 3 : Vers la médiation thérapeutique

« C'est l'histoire d'une fille qui a trouvé sur les parois du monde une occasion de porter la vie à un haut degré d'accomplissement. (...) Ce que vous tenez là, entre vos mains, est une éducation sentimentale en milieu vertical.

Pourquoi une jeune fille souffrant d'asthme devient-elle une vagabonde des grands espaces ? Pourquoi une contemplatrice se jette-t-elle dans la frénésie de l'action ? Pourquoi une pudique silencieuse rejoint-elle ces bandes d'athlètes qui soignent dans les dévers leurs déficits narcissiques ? Pourquoi une intellectuelle éprise de la poésie d'André Velter et de William Blake ne se contente-elle pas de naviguer dans la beauté des textes à l'ombre d'un arbre ?

A la verticale de soi répond à ces questions. On savait que les Hommes cherchaient la Voie (c'est-à-dire la réponse à l'absurdité de la vie) de mille manières. Certains s'enferment dans la cellule d'un monastère. D'autres arpentent le monde où ils fondent des familles à chaque escale, d'autres encore partent en guerre, cherchent l'opium ou courent les magasins de luxe. Stéphanie Bodet, elle, explore une piste inédite, vertigineuse et âpre : l'escalade. Elle y cherche réponse à ses contradictions.

En escalade, on parle de style. Le style ! La chose la plus importante de la vie. Le style est le principal point commun de la grimpe avec la littérature. Stéphanie Bodet avoue qu'elle est autant éprise d'escalade que de mots. Et c'est une aubaine pour nous qui découvrons dans ces pages la formulation de ce que nous allons obstinément chercher dans la montagne sans jamais être fichu de savoir ce que c'est. »

Sylvain Tesson : préface à Stéphanie Bodet, *A la verticale de soi*

Pour faire la transition avec les deux chapitres précédents, et avant d'aller du côté de la médiation thérapeutique, il m'a semblé intéressant d'insérer un extrait de la préface de Sylvain Tesson au livre autobiographique de la grimpeuse Stéphanie Bodet, *A la verticale de soi*. J'insère également à la suite quelques passages issus de cet ouvrage ainsi que des témoignages d'autres auteurs concernant la montagne, car ces extraits me semblent faire directement écho à ce qui a été développé précédemment.

« Cette scène enfantine est restée gravée dans ma mémoire. Elle me rappelle ce besoin précoce d'indépendance et cette difficulté que j'éprouvais en même temps à relâcher les liens et à m'éloigner tout-à-fait. »

« Au départ, il y a cette sensation, ce besoin irrépressible d'agir qui naît du sentiment d'étouffer. D'avoir accumulé en soi trop de rêves, de projets, et que si l'on ne fait pas quelque chose, si l'on ne donne pas forme à tout ce qui vit, à tout ce qui frémit à l'intérieur, on risque d'éclater. »

Stéphanie Bodet, *A la Verticale de soi*

« Un sentiment d'une puissance phénoménale, un véritable électrochoc. Il n'y avait là absolument rien de paralysant, bien au contraire (...). L'alpinisme m'offrait une opportunité unique de le prouver que je n'étais pas comme les autres. »

Jean-Marie Choffat

« La montagne m'a aidé à me construire. Sans elle je serais peut-être devenu un loubard. »

Robert Paragot

« La montagne a été une porte de rêve, d'évasion et d'espérance dans une enfance chaotique (...) cette expérience m'a vraiment aidé, structuré. »

Olivier Weber

« Je me suis mis à les aimer comme on aime des êtres chers, et cet amour profond, puissant, viscéral, n'a jamais faibli, bien au contraire. Je dirais même qu'il a forgé mon caractère et ma personne. Les montagnes sont devenues, dans un double mouvement, tout à la fois une part de mon identité profonde et une forme d'incarnation géographique de mon être intérieur. »

Philippe Claudel

Si l'on formule l'hypothèse que l'escalade et l'alpinisme peuvent avoir des vertus thérapeutiques à l'adolescence, il y a deux manières d'approcher la question :

- 1) En s'intéressant de manière rétrospective aux trajectoires de grimpeurs et d'alpinistes qui nous disent combien ces activités les auront aidé dans leur adolescence, et essayer d'identifier en quoi. La rencontre avec l'escalade et l'alpinisme aurait alors contribué, de manière

fonctionnelle et opérante, à ce que leurs trajectoires de vie prennent une direction qui les épanouisse. C'est dans ce cadre de réflexion que s'inscrivent les extraits ci-dessus.

- 2) En tachant de construire des dispositifs thérapeutiques pour les adolescents que nous rencontrons dans le soin, qui ont donc déjà développé une psychopathologie qui les fait souffrir et qui les entrave. Dans le chapitre 1 de cette thèse, nous avons précédemment décrit certains des enjeux psychopathologiques de l'adolescence ; dans le chapitre 2, nous avons amené quelques éléments de réflexion sur ce que peut proposer l'escalade comme mise au travail sensorielle, psychique et relationnelle. Il s'agit maintenant de faire synthèse, et d'analyser les leviers thérapeutiques spécifiques de l'escalade dans la clinique adolescente.

L'escalade se prête plus facilement à la médiation thérapeutique que l'alpinisme, pour les raisons suivantes : elle se prête à la pratique urbaine et nécessite une logistique réduite, elle soulève de moindres enjeux de responsabilité dans un contexte de précaution sécuritaire croissante, et elle nécessite un degré de formation des encadrants qui reste compatible avec un dispositif soignant. Ces raisons tiennent cependant davantage au contexte des soins pédopsychiatriques actuels qu'à la psychopathologie, et c'est pourquoi nous avons quand même développé certains des enjeux psychiques de la pratique de la haute-montagne. C'est donc surtout la médiation thérapeutique par l'escalade que je développerai ici, mais l'on pourrait tout-à-fait imaginer et construire un dispositif soignant basé sur l'alpinisme ou la montagne au sens plus large.

Je commencerai ce dernier chapitre en développant les fondements théoriques d'un soin par une activité corporelle : en revenant tout d'abord sur l'intérêt des médiations thérapeutiques à l'adolescence, puis en interrogeant le lien qui articule la sensation avec l'affect et la représentation. Je défendrai ensuite l'hypothèse de la psychomotricité, à savoir que la fonction motrice soutient la fonction de relation ; ce qui constitue le rationnel pour penser qu'une activité corporelle ou motrice puisse soigner le psychique. J'analyserai ensuite plus spécifiquement les leviers thérapeutiques de l'escalade au regard des différents processus psychopathologiques adolescents. Enfin, je reviendrai sur quelques-uns des dispositifs cliniques existant actuellement, avant de présenter une méthode formalisée de psychothérapie par l'escalade, ainsi que les premiers résultats publiés à ce sujet.

En conclusion de ce chapitre, je citerai le témoignage d'une jeune femme avec un syndrome d'Asperger qui explique l'importance qu'a eu l'escalade dans son adolescence pour l'aider à surmonter ses particularismes et ses difficultés, jusqu'à contribuer à son épanouissement actuel.

A) Place de la médiation thérapeutique à l'adolescence

A la fin du 1^{er} chapitre, nous avons déjà abordé l'intérêt des médiations thérapeutiques avec les adolescents, car nous avons vu en quoi la relation psychothérapeutique classique peut être chargée de menaces (93). D'autre part, certains des adolescents que nous accueillons dans nos dispositifs de soin se trouvent dans une difficulté d'élaboration psychique et n'ont que peu d'accès à leurs affects (que ce soit dans les troubles psychotiques, les pathologies états-limites ou les conduites addictives) (94). C'est bien d'ailleurs toute la fonction des agirs et des passages à l'acte : traduire ce que la pensée n'arrive pas à élaborer et à adresser. D'autres adolescents ont justement développé un clivage corps-esprit très fonctionnel, comme par exemple dans l'anorexie.

Avec tous ces adolescents, il est intéressant de passer par d'autres vecteurs que par la parole pour initier un travail thérapeutique.

Une médiation thérapeutique répond à 6 caractéristiques, initialement décrites par René Kaës (95) et reprises par Antoine Perier (96,97) :

- Elle restaure un lien entre la violence pulsionnelle et la figuration, ouvrant donc une voie de symbolisation possible. Elle met en jeu l'espace intrapersonnel et l'espace intersubjectif, par les échanges et transformations qu'elle permet.
- Elle constitue toujours un 'entre-deux', soulevant la question de la place et du positionnement.
- Elle organise un développement temporel fait de continuités et de discontinuités.
- Elle amène nécessairement un questionnement sur les limites et les frontières.
- Elle s'oppose à l'immédiateté de l'acte, et en cela supporte le processus de symbolisation.
- Elle permet l'exploration de l'espace interne et de l'espace externe, de l'espace individuel et de l'espace partagé.

Le concept d'aire transitionnelle, au sens Winnicottien (98), permet également de rendre compte de ce qu'est une médiation : une zone intermédiaire dans laquelle l'adolescent peut retrouver de la créativité et du « jeu », au sens d'une marge de manœuvre dans la relation. Il s'agit de restaurer un plaisir avec l'adolescent qui permette l'étayage sur le thérapeute, mais d'une manière moins conflictualisée (au sens d'une conflictualité interne) qu'en relation psychothérapeutique directe (93).

L'objet médiateur a donc pour fonction de réajuster la distance avec le thérapeute, de privilégier l'expression par l'activité plutôt que par la parole, et ainsi de catalyser ou « d'embrayer » la pensée (94).

On pourrait craindre que la médiation par le corps soit trop excitante pour favoriser un tel travail avec l'adolescent. En réalité, c'est plutôt le contraire qui est constaté et décrit (99). Il est probable que l'engagement actif du corps dans l'activité et dans la sensation permette de diminuer la charge d'excitation pulsionnelle qui est suscitée par le lien au thérapeute.

L'hypothèse sur laquelle repose la médiation corporelle, c'est que le travail vectorisé par le corps puisse ouvrir sur un processus de transformation psychique. Cela amène donc à réinterroger le lien entre la sensation (à partir de laquelle se fera le travail thérapeutique), l'affect, et la représentation.

B) Sensations, affects et représentations

a) Recherche de sensations à l'adolescence

Dans le 1^{er} chapitre, nous avons développé la fonction des agirs et conduites à risque à l'adolescence, avec l'hypothèse principale qu'il s'agisse de tentatives pour trouver une issue au trop d'excitation et donc à la souffrance. Dans le 2nd chapitre et autour de la prise de risque en montagne, nous avons présenté le concept de 'sensation seeking' développé par Zuckerman.

Il est maintenant intéressant de faire discuter ces deux approches de la recherche de sensation : l'une relevant de la psychopathologie, l'autre du trait de personnalité.

Une version pour adolescents de la Sensation Seeking Scale a été développée et validée par Grégory Michel (100). Cette échelle comporte 30 items, conserve deux axes identiques aux adultes (recherche d'aventure et de danger, et désinhibition) et en introduit un nouveau, le « non conformisme » ainsi défini : *« contestation, rejet pour le familial, le prévisible, ainsi qu'un intérêt pour certaines valeurs originales voire une attirance pour une certaine marginalité sociale sous-tendue par un désir de se singulariser. »* (101)

Les études réalisées avec cette échelle ont montré les principaux résultats suivants :

- Concernant le sex-ratio : les garçons ont des scores plus élevés sur l'axe recherche de danger et d'aventure et sur l'axe désinhibition, tandis que les filles ont des scores plus élevés sur l'axe non-conformisme.
- Globalement, les adolescents recherchent davantage les sensations que les adultes.
- La recherche de sensation est associée à la consommation de substances psychoactives et de drogues (102).

- Concernant la conduite automobile, les résultats sont contrastés : certaines études montrent un lien entre recherche de sensation et conduite à grande vitesse en état d'ébriété ; tandis que d'autres montrent paradoxalement une conduite plus sûre (au sens d'une meilleure maîtrise de leur véhicule) chez les adolescents présentant les scores les plus élevés en recherche de sensation.

Michel parle d'un « sur-éveil corporel » pour rendre compte de cette augmentation de la recherche de sensation à l'adolescence.

Les études de neurosciences cognitives vont également dans ce sens, mettant en évidence une asynchronie temporelle entre la recherche de sensations à l'adolescence et la maturité du système de self-regulation (défini comme « la capacité à réguler ses pensées, émotions et actions en accord avec les objectifs fixés pour soi-même » (103)). Alors que la recherche de sensations serait maximale vers les 19 ans, le système de self-regulation ne le serait que vers la période des 23-26 ans. Le décalage entre ces deux pics se traduirait par une fréquence augmentée des conduites à risque à l'adolescence (104) (cf. figure 1).

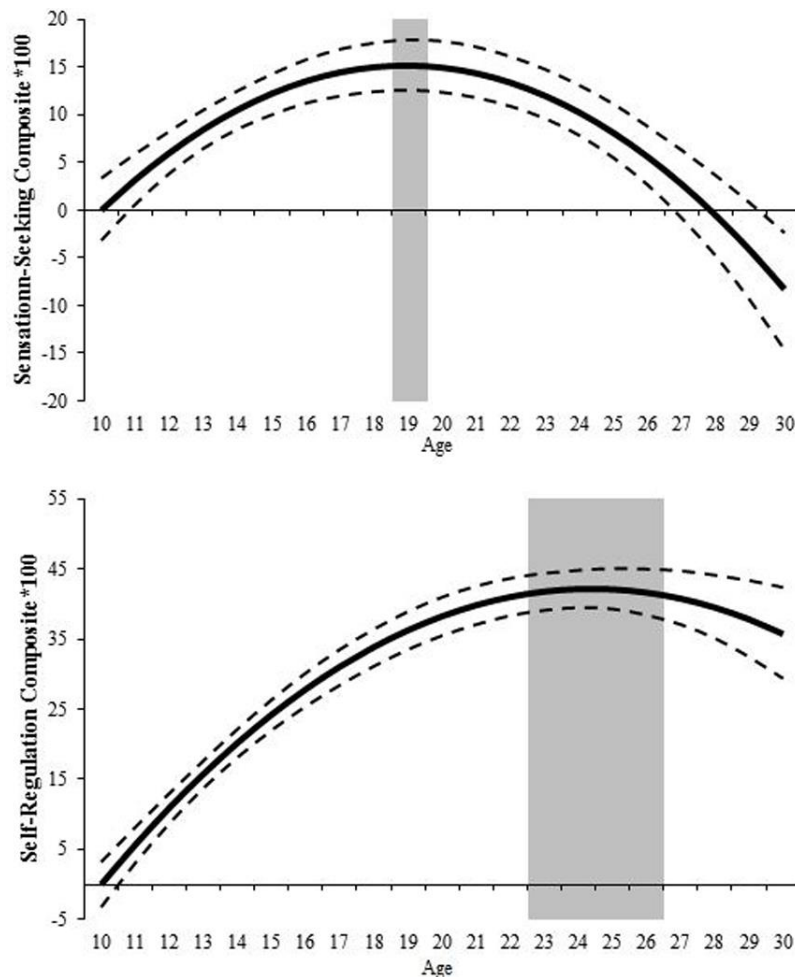


FIGURE 1. « DUAL SYSTEM MODEL » : DECALAGE TEMPOREL ENTRE RECHERCHE DE SENSATIONS ET CAPACITES DE SELF-REGULATION. ISSU DE STEINBERG ET AL. 2018.

Ce modèle neurocognitif de ‘dual system’ (30) ou de ‘maturational imbalance’ (105) ne présuppose cependant pas de l’origine ni de la fonction potentielle de ce décalage temporel. Si l’on reprend la position défendue par Jacques Dayan (6), on peut considérer ce décalage comme une simple latence ou une immaturité corticale qui renverrait à un déficit ; mais on peut aussi émettre l’hypothèse d’une fonction possible aux comportements exploratoires et aux agirs, qui serviraient la maturation de ce système de régulation par un affinage progressif via le feedback d’informations internes et externes.

C’est bien tout l’enjeu et la fécondité d’un dialogue entre neurosciences et psychodynamie : les neurosciences cognitives mettent en évidence des degrés de maturation et des états de fonctionnements de certains modules cognitifs ; la psychanalyse peut essayer de les mettre en rapport avec les processus psychiques.

b) Destin des pulsions à l'adolescence

Nous pouvons maintenant essayer d'articuler la sensation avec l'affect et la représentation, en termes de processus psychiques à l'œuvre à l'adolescence. Cela nous permettra ensuite de mieux percevoir à quel niveau va intervenir la médiation corporelle.

A visée de simplification, je considère ici l'équivalence de l'affect avec l'émotion ; même si cela fait l'objet de discussions, puisque ces termes réfèrent à des champs théoriques différents (106).

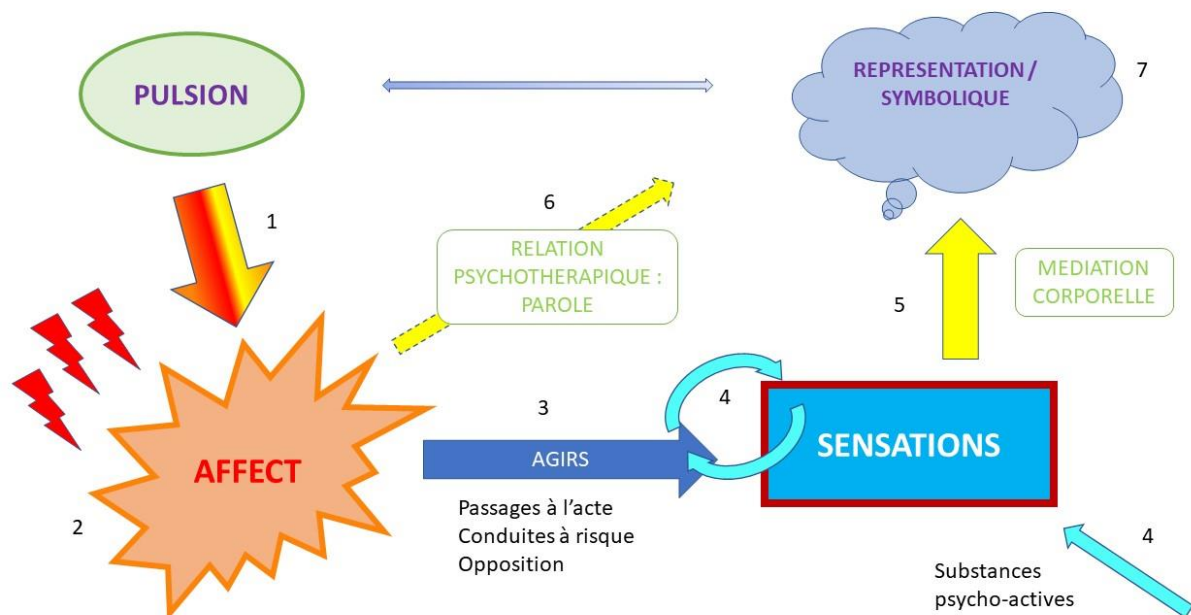


FIGURE 2. TENTATIVE DE MODELISATION DE L'ECONOMIE DYNAMIQUE ENTRE PULSION, AFFECT, SENSATION ET REPRESENTATION A L'ADOLESCENCE.

Je propose donc cette modélisation du « destin des pulsions » à l'adolescence : elle est schématique donc fautive, mais me semble pouvoir aider à la compréhension. J'en ai numéroté les étapes pour faciliter l'explication, qui s'appuie sur les différentes théories précédentes :

- 1) Effraction de l'adolescent par le pubertaire : la poussée pulsionnelle est constante, intense.

- 2) Le surcroît d'affect qui en résulte est dangereux (surcharge d'excitation, sexualisation du lien, limites du Moi peu opératoires, menace identitaire) : il est donc très vite refoulé ou détourné (= mécanismes de défense).
- 3) Les agirs ou passages à l'acte permettent de transformer l'affect en sensation : déchargeant ainsi le trop d'excitation associé à l'affect.
- 4) Des impasses et des ratés peuvent survenir si la recherche de sensation s'autonomise trop : le risque est alors de tourner en boucle dans les agirs avec des mises en danger croissantes, ou de rechercher la stimulation sensorielle continue par des stimuli exogènes. Cela entrave la construction d'un espace interne, entretient un très faible accès à l'affect et à la représentation, et donc un besoin croissant de combler un vide intérieur : l'adolescent développe une addiction à la sensation. Il en résulte la psychopathologie : addictions, troubles état-limite, escalade des conduites à risque.
- 5) Médiation corporelle : à partir de la sensation et d'un dispositif de soin, le thérapeute va tenter de recréer un espace transitionnel pour soutenir la symbolisation et redonner du « jeu » à l'adolescent.
- 6) La relation psychothérapique duelle est en revanche parfois difficile : le passage par la parole est entravé car l'adolescent peut rencontrer des difficultés d'accès à ses affects ; de surcroît, le lien au thérapeute peut rapidement devenir trop libidinalisé, et perdre alors sa fonction de support narcissique.
- 7) Visée du soin : restaurer un espace psychique interne qui permette un jeu suffisamment souple entre affects, sensations et représentations.

C) Hypothèse de la psychomotricité

Avec ces bases théoriques, nous avons déjà esquissé quelques éléments de réponses à la question suivante : quels sont les fondements pour penser que l'action puisse soigner le psychique ?

L'interrogation peut paraître dérisoire, mais l'histoire de la psychiatrie a longtemps été celle d'un dualisme corps-esprit. C'était également l'objet d'une controverse en philosophie, et Spinoza s'est opposé à Descartes : il avait déjà l'intuition que le corps et l'esprit n'étaient pas des entités séparées. Cela fera le titre d'un fameux ouvrage d'Antonio Damasio des siècles plus tard (107). Antonio Damasio a montré combien nos prises de décisions sont influencées par nos émotions, et il a théorisé le concept

de marqueurs somatiques : nos émotions se traduisent biologiquement dans notre corps, par des signaux que l'on appelle marqueurs somatiques (108).

La psychomotricité est la discipline clinique principale qui travaille le soin à partir de cette dialectique corps-esprit. On considère que Julian de Ajuriaguerra en est le fondateur, dans la suite des travaux d'Henri Wallon. Dans un article traitant de l'histoire de la discipline (109), Christian Ballouard rappelle que la psychomotricité n'est pas née de la théorie mais de la clinique de l'enfant. Ajuriaguerra a initialement proposé une sémiologie psychomotrice propre au petit enfant, en distinguant le handicap moteur du handicap mental (110). Il a également montré l'impact du développement psychoaffectif sur les déficits moteurs, qui ne sont alors plus appréhendés uniquement de manière déficitaire ou lésionnelle.

Ajuriaguerra s'est inscrit dans la lignée des travaux d'Henri Wallon portant sur le développement du nourrisson et l'observation des premières interactions avec sa mère (111). Wallon avait déjà identifié que la posture avait une fonction de communication et qu'un dialogue s'ébauche, bien avant le langage, par l'ajustement mutuel des postures. Puisque les postures n'ont pas de syntaxe propre, elles sont toujours à interpréter dans un contexte inter-relationnel (on pourrait parler de pragmatique des postures) : le corps est donc l'instrument de la relation. Wallon le formulera ainsi : « *la fonction motrice comme première fonction de relation et comme prélude au langage* ». C'est également à partir des intuitions et observations de Wallon sur les émotions du nourrisson qu'Ajuriaguerra a développé le concept de dialogue tonico-émotionnel (112).

En tant que discipline théorique et clinique, la psychomotricité s'est constituée dans les années 60. Elle a intégré des apports conceptuels de la neurologie, de la psychologie génétique, de la psychanalyse et de la philosophie phénoménologique.

Son postulat fondamental est le suivant : **c'est par le geste que nous rencontrons le monde**. L'organisation des mouvements et leur ajustement participe de notre capacité à penser, car c'est à partir des mouvements corporels que nous construisons notre représentation de nous-même, et donc que nous habitons le monde dans lequel nous évoluons.

Si « l'esprit est l'idée du corps vivant en acte » comme le propose Spinoza (113), alors tout ce qui diminue notre puissance d'agir diminue notre puissance de penser.

Le désir est alors une condition essentielle au soin psychomoteur, puisque c'est ce qui nous anime, au sens premier. Il s'agit donc toujours pour le thérapeute de s'appuyer sur les potentialités du sujet, et ne pas chercher uniquement à restaurer ses manques et ses faiblesses.

C'est l'action qui médiatise la rencontre en psychomotricité. Le soignant propose un engagement du corps autant que de l'esprit. Il ne s'agit pas de dire que le mouvement est thérapeutique en soi, car il ne serait alors que de l'agitation ; mais **il s'agit de créer un espace où le sujet peut redevenir actif, dans sa double dimension corporelle et psychique.**

D) Les leviers thérapeutiques en escalade

Nous avons pu le constater dans le 2nd chapitre : l'escalade est une activité particulièrement complète, qui mobilise chez le grimpeur à la fois les dimensions corporelle, mentale, affective et relationnelle.

Il faut maintenant mettre en rapport la psychopathologie adolescente avec les potentialités thérapeutiques que propose l'escalade. Il est parfois possible de rattacher ces leviers thérapeutiques à une sphère de fonctionnement spécifique (motrice, mentale, affective ou relationnelle), et c'est ce qu'essayent de résumer les tableaux suivants. Mais il ne l'est parfois pas, car d'autres processus concernent le sujet dans son ensemble ; je les développerai dans un second temps.

	Enjeux adolescents et psychopathologie	Potentialités thérapeutiques de l'escalade
Corps et motricité	<ul style="list-style-type: none"> - Effraction du pubertaire : poussée pulsionnelle constante - Sentiment d'étrangeté du corps - Limites du Moi et non-Moi - Processus de différenciation - Recherche de sensations élevée - Hyper-éveil corporel - Passages à l'acte et agirs - Consommations de substances 	<ul style="list-style-type: none"> - Canalisation de l'énergie motrice en gestuelle organisée : « c'est par le mouvement que s'unifient les différentes parties du corps » (Schilder 1968) - <i>Travail sur les proprioceptions, les coordinations, les équilibres et déséquilibres, les transferts d'appuis >>> représentation du corps et intégration du schéma corporel</i> - Développement de la conscience corporelle (<i>exercice de sentir l'équilibre en dalle</i>) et d'un « sens de soi corporel » (Perier 2016) - Acquisition d'un répertoire gestuel : mémoire corporelle - Terrain de jeu propice à la sensation : possibilité d'engagement dans l'action, de l'effort musculaire et du dépassement de soi ; <i>expérimentation de différentes hauteurs de chute ou de « vol » (parfois de manière recherchée, parfois pas)</i>

FIGURE 3A. MISE EN RAPPORT DES ENJEUX ADOLESCENTS AVEC LES LEVIERS THERAPEUTIQUES DE L'ESCALADE : FONCTION CORPORELLE.

	Enjeux adolescents et psychopathologie	Potentialités thérapeutiques de l'escalade
Fonctions mentales et cognitives	<ul style="list-style-type: none"> - Immaturité des fonctions exécutives - Difficultés d'élaboration et d'accès au symbolique - Auto-détermination et prises de décision 	<ul style="list-style-type: none"> - Visualisation mentale (<i>lecture de voie</i>) - Développement de stratégies de résolution de problème : planification, programmation, flexibilité mentale (<i>travail d'un passage de bloc, gestion stratégique de l'effort dans une voie avec points de repos et clippages opportuns</i>) - Concentration et focalisation attentionnelle - Résolution dans l'action et engagement du mouvement (« <i>arrête de tergiverser et avance...!</i> »)

FIGURE 3B. MISE EN RAPPORT DES ENJEUX ADOLESCENTS AVEC LES LEVIERS THERAPEUTIQUES DE L'ESCALADE : FONCTION MENTALE.

	Enjeux adolescents et psychopathologie	Potentialités thérapeutiques de l'escalade
Affects et émotions	<ul style="list-style-type: none"> - Intensité des émotions vécues : tout est 'trop' - Vertiges et angoisses qui s'y rattachent, archaïques et relationnelles - Tentation de la destructivité (plutôt que le risque d'échouer) - Fragilité des assises narcissiques 	<ul style="list-style-type: none"> - 'Gestion émotionnelle' : <i>apprivoisement de la peur de la chute</i> - Maîtrise et « lâcher-prise » (fusion – lâchage) : <i>apprentissage de la chute, apprentissage du relâchement musculaire / mental (mal aux avant-bras qui vient faire feedback)</i> - « Capacité à être seul » (<i>au milieu d'une voie, c'est finalement sur soi-même qu'il faut compter pour gérer la peur et engager les mouvements suivants</i>) - Possibilité de transformation de l'angoisse en plaisir - Découverte et appropriation d'une dimension ludique et créative - Développement de la confiance en soi et d'un sentiment de réussite, à mesure d'une progression appropriée (<i>commencer par des voies faciles</i>)

FIGURE 3C. MISE EN RAPPORT DES ENJEUX ADOLESCENTS AVEC LES LEVIERS THERAPEUTIQUES DE L'ESCALADE : FONCTION AFFECTIVE.

	Enjeux adolescents et psychopathologie	Potentialités thérapeutiques de l'escalade
Interrelation	<ul style="list-style-type: none"> - Dialectique autonomie – dépendance - Réajustement distance relationnelle - Processus de séparation (dépend du pattern d'attachement et de la sécurité interne) - Axe narcissico-objectal - Déplacement des identifications vers le groupe de pairs 	<ul style="list-style-type: none"> - Corde métaphore de la distance relationnelle - Prise d'autonomie progressive (<i>escalade en moulinette puis en tête</i>) - Sécurité interne et expérience de la séparation (<i>départ du sol ou du relais, donc d'une base de sécurité, pour aller explorer la voie</i>) - Être assuré : sentiment du portage par l'autre, restauration de l'enveloppe sensorielle par les enveloppes visuelles (<i>regard permanent de l'assureur qui suit l'évolution de son grimpeur</i>), verbales (<i>les paroles ou beuglements d'encouragement</i>) et tactiles - Investissement d'un espace inter-subjectif : attention conjointe vers la voie, « dialogue coopératif » (Perier 2016) - Être assureur : faire l'expérience de la responsabilité pour autrui - Partage de valeurs et d'une culture commune au milieu de la grimpe, affiliation possible à des groupes et réseaux sociaux de grimpeurs, à des structures associatives (clubs CAF ou FFME)

FIGURE 3D. MISE EN RAPPORT DES ENJEUX ADOLESCENTS AVEC LES LEVIERS THERAPEUTIQUES DE L'ESCALADE : FONCTION RELATIONNELLE.

Ce découpage est forcément simplificateur, mais il a le mérite de pouvoir organiser les concepts. D'autres leviers thérapeutiques, en revanche, ne peuvent pas se rattacher à une fonction spécifique car ils concernent le sujet dans son ensemble :

- Le débutant en escalade s'agrippe aux prises : il cherche à se hisser à la force de ses bras en négligeant d'utiliser la puissance de ses jambes, ce qui entraîne inmanquablement un épuisement rapide. Cette attitude naturelle rappelle le **grasping** du petit enfant, qui est un réflexe archaïque et correspond à un comportement de sauvegarde. Lorsque le débutant progresse, il apprend à se tenir et à s'appuyer sur ses jambes, libérant alors sa main qu'il peut diriger de manière volontaire vers une autre prise. Comme le petit enfant qui quitte l'agrippement pour aller vers la préhension volontaire, on peut dire qu'il quitte progressivement la dépendance pour aller vers l'autonomie. C'est un excellent exemple pour illustrer l'intrication de la motricité avec les fonctions psychique et relationnelle.
- En escalade, l'assureur essaye de maintenir en permanence une tension ajustée de la corde : de sorte à ce qu'elle soit ni trop lâche, ni trop ferme. Il s'adapte à ce qu'il perçoit de son grimpeur : si celui-ci est dans un passage difficile qui semble l'inquiéter, l'assureur peut le rassurer en imprégnant une tension un peu plus ferme à la corde. Cet ajustement permanent aux besoins du grimpeur fait écho aux concepts de rythmes relationnels et d'**accordage affectif** décrit par Daniel Stern (97,114). La corde prend une fonction de communication et permet un dialogue tonico-émotionnel, comme décrit par Ajuriaguerra : l'assureur est informé des fluctuations émotionnelles de son grimpeur par la corde, et y répond par cette même voie de communication (115). Un ajustement de l'assureur au rythme du grimpeur sera pourvoyeur de plaisir et de fluidité. Au contraire, un assurage haché et désaccordé au rythme du grimpeur entraînera de la frustration et un sentiment d'insécurité. Un ajustement « suffisamment bon » de l'assureur permettra donc d'accompagner les rythmes propres du grimpeur, de sorte qu'il puisse lui-même donner le tempo souhaité à son escalade (un enchaînement rapide dans un passage déversant, puis un point de repos dans un dièdre, etc).
- Le vertige du déséquilibre est une source de plaisir pour le nourrisson, qui expérimente les déséquilibres tout en s'appuyant sur ses parents : il construit ainsi son auto-tenue, qui sera organisatrice de la psyché (116). Le grimpeur en fait de même lorsqu'il cherche, passe d'un équilibre à l'autre, « au risque ou à la nécessité de déséquilibres intermédiaires » (97)... On peut faire l'analogie directe avec les transformations de l'adolescence.

E) Dispositifs cliniques existants

L'escalade comme dispositif thérapeutique en psychiatrie n'est pas encore très répandue en France, et encore moins pour les adolescents. Elle est en revanche implantée depuis longtemps en Allemagne et en Autriche.

C'est dans les années 80 – 90 que deux ergothérapeutes Autrichiens ont eu l'idée d'utiliser l'escalade comme thérapie, et son intérêt est maintenant bien établi et reconnu : des enseignements spécifiques sont dispensés dans les différents cursus de formation au soin, des ouvrages académiques ont été publiés sur l'escalade thérapeutique, et il existe un institut dédié (Institute for Climbing Therapy) (117).

Les principales indications de soin psychomoteur par l'escalade sont les suivantes :

- Le déficit ou le handicap moteur (infirmité motrice et cérébrale, AVC, paralysie cérébrale, amputation, dystonie)
- Les troubles du développement psychomoteur de l'enfant (troubles envahissants du développement dont l'autisme, troubles des apprentissages, troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité)

En France, un nombre croissant de lieux de soin et du médico-social utilisent également l'escalade dans des groupes thérapeutiques. Quand on interroge les responsables des salles d'escalade, il y en a de plus en plus qui accueillent des groupes d'enfants souffrant de trouble du développement.

A ce sujet, deux équipes en particulier ont rendu compte des dispositifs mis en place dans leurs lieux de soin :

- Le 1^{er} dispositif groupal est décrit par Florence Pistre (115,118). Il est proposé dans un hôpital de jour accueillant des patients adultes souffrant principalement de troubles psychotiques. Le cadre du groupe est le suivant : il s'agit d'un groupe fermé, accueillant de 6 à 8 patients, et se tenant de manière hebdomadaire. Le groupe est animé par un moniteur d'escalade diplômé d'état et par deux soignantes (une psychomotricienne et une infirmière) ; il se déroule dans un gymnase municipal de Paris. Dans l'article, Florence Pistre insiste sur le contenu du 1^{er} entretien de présentation du groupe au patient : il est bien précisé au patient que c'est un groupe de soin, et que la dimension sportive de l'activité ne vient que « de surcroît ». Il n'est donc pas obligatoire de grimper. Les indications de soin retenues par l'équipe de son hôpital de jour sont les suivantes :
 - toute distorsion de l'image du corps ;
 - les failles ou l'altération du schéma corporel, qu'elles soient globales ou partielles ;

- les plaintes somatiques et hypocondriaques ;
- la coupure relationnelle, affective et émotionnelle ;
- la mise en jeu du corps dans son intégrité et dans ses limites.

Il y a donc surtout des patients psychotiques dans le groupe, et de plus en plus de patient(e)s souffrant de conduites anorexiques et/ou boulimiques. Parmi les contre-indications, on retient surtout les états délirants aigus et la trop grande désorganisation corporelle.

- Le 2nd dispositif est décrit par Antoine Perier (96,97) et il nous intéresse tout particulièrement puisqu'il s'adresse aux adolescents. Un groupe thérapeutique escalade est proposé aux adolescents hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie, à ceux qui sont accueillis à la Maison des adolescents, et à ceux qui sont suivis au CATTP. Le dispositif est singulier, puisque le groupe est conçu comme un atelier se situant à l'interface de l'enseignement et du soin : il est donc animé par un enseignant d'éducation physique et sportive de l'Education nationale. Un soignant est également présent, mais pas comme animateur ; il peut intégrer une dyade assureur-grimpeur avec un adolescent.

Antoine Perier rapporte l'histoire clinique de Chloé, 14 ans, qui a été hospitalisée pour une anorexie restrictive sévère (97). Après plusieurs mois d'hospitalisation, elle avait repris un poids suffisant pour intégrer le groupe escalade. Chloé est décrite comme une jeune femme manifestant un vif besoin d'indépendance dans l'activité, qui supportait difficilement la présence et la tension de la corde. Elle se montrait également impatiente d'investir un effort corporel, de se dépenser, et de s'affronter aux difficultés techniques et physiques des voies proposées.

La stratégie thérapeutique a consisté en deux volets principaux :

- D'une part, aider Chloé à transformer un besoin de dépense physique brute en une efficacité motrice nécessaire à la progression en escalade (il ne sert à rien de 'bourriner', mais il faut apprendre à se placer, s'équilibrer, doser les appuis) ; et à retrouver du plaisir associé à une activité corporelle.
- D'autre part, lui proposer de faire binôme avec une assureuse anxieuse, de sorte à confronter Chloé à sa propre problématique de dépendance mais en inversant les positions : elle pouvait ainsi apprivoiser le risque de la dépendance en étant celle qui assure et qui rassure.

Chloé a ainsi pu faire l'expérience d'être celle qui sécurise, qui donne confiance et qui s'ajuste aux besoins de sa binôme. Au fil du temps, elle a pu elle-même accepter de s'appuyer sur son

assureuse comme une ressource (demander à être tenue « sec », à être soutenue le temps d'une pause, etc) ; et éprouver du plaisir dans cette expérience de liaison à un autre.

Il est important de rappeler un élément que chacun des auteurs souligne : l'escalade est ici proposée comme une médiation, elle ne prétend pas suffire au processus thérapeutique en lui-même. Il faut pour cela qu'elle soit réintégrée au reste du soin, de sorte à accompagner le patient ou l'adolescent dans les transformations psychiques activées par l'escalade.

Dans l'idée d'associer directement la médiation corporelle avec la psychothérapie, une équipe Allemande a proposé une méthode formalisée qui intègre à chaque séance une séquence de grimpe et une séquence psychothérapique : il s'agit de la « bouldering psychotherapy ».

F) Bouldering psychotherapy

L'équipe de Khatarina Luttenberger a développé une psychothérapie basée sur l'escalade de bloc, et en a démontré l'efficacité dans la dépression (119–121). Ce sont les premières études qui montrent, avec une méthodologie robuste et selon les critères de l'Evidence Based Medecine, une efficacité thérapeutique spécifique de l'escalade.

Comme nous le disions précédemment, il y a une culture de l'escalade thérapeutique qui est déjà très développée en Allemagne et en Autriche, tandis qu'elle commence tout juste à l'être aux Etats-Unis et en France. L'Institute for Climbing Therapy a été créé à Salzbourg en 2005, et il contribue depuis lors à la formation de nombreux 'climbing therapist' sur la base d'enseignement théoriques, pédagogiques et pratiques.

Le dispositif de bouldering psychotherapy (BPT) est une psychothérapie brève, proposée sur 8 sessions de 3h ou 10 sessions de 2h. C'est un dispositif groupal dont le cadre et le contenu sont formalisés (cf. figure 4).

Chaque session est découpée en 3 phases :

- Une phase introductive : une méditation courte ou un exercice de pleine conscience, puis la remémoration collective de la séance précédente, et l'explication de l'objectif de travail du jour (par exemple la gestion de la peur).

- La phase centrale de grimpe : travail d'exercices en petits groupes orientés sur l'objectif (par exemple apprendre à tomber, ou faire l'expérience de grimper les yeux bandés), puis entraînement libre en autonomie avec toujours l'appui sur le thérapeute.
- Une phase conclusive : débriefing de la séance du jour et partage de ressentis, discussion sur la transposition possible dans la vie quotidienne, puis exercice de relaxation.

Table 1 Session overview and subjects

Session	Topic
1	Introduction to bouldering, support for group cohesion, obtaining an overview of the physical abilities of the participants <ul style="list-style-type: none">• Introduction to mindfulness-breathing techniques• First steps into bouldering: safety rules, getting to know the place, spotting, difficulty of routes• First experiences with bouldering, sharing
2	Old habits – new ways <ul style="list-style-type: none">• Body perception in shifting the focus• Bouldering techniques II: Self-awareness, body perception, centre of gravity. Focussing on legs instead of arms• Different ways of bouldering the same boulder: old habits vs. new possibilities
3	Expectation versus experience, healthy handling of limitations <ul style="list-style-type: none">• Focussing on the moment: what are my expectations of me?• Feelings of limitation: when is it better to push, when to ease up?• Bouldering techniques III: different possibilities for holding and stepping
4	Self-efficacy: the power of small steps <ul style="list-style-type: none">• Self-efficacy and one's own experiences• Bouldering techniques IV: twisting and Egyptian
5	Fear and trust <ul style="list-style-type: none">• Fear, anxiety, and panic: what to do?• Breathing and other techniques when experiencing fear• Differences between objective risks and false alarms
6	Trusting yourself and trusting others <ul style="list-style-type: none">• Acknowledging and accepting your own limits• Accepting help from others• Handling the emotions of shame or disappointment
7	Transfer to daily life <ul style="list-style-type: none">• Sharing of lessons learned• One's own daily life problems: transferring to bouldering situations and back?
8	Reflection of lessons learned, free topic (reflecting the group's wishes)

FIGURE 4. OBJECTIFS ET CONTENUS DES DIFFERENTES SESSIONS DE LA BPT. ISSU DE LUTTENBERGER ET AL. 2015.

En 2015, l'équipe a publié le premier article sur la BPT (120) qui montrait son efficacité dans la dépression, en comparant deux groupes randomisés de patients : un groupe traité par BPT, et un groupe traité 'as usual' (= waiting list). Les groupes ont ensuite été interchangés au bout de 8 semaines, de sorte à ce que les patients du groupe contrôle bénéficient alors de la BPT. Des mesures psychométriques ont été réalisées à t0 (au moment de la randomisation), à t1 (au bout de la 1^{ère} séquence de 8 semaines), à t2 (au bout de la 2^{nde} séquence de 8 semaines), et enfin à t3 (après 8 semaines supplémentaires de délai pour voir la stabilité des effets à 2 mois). Les résultats montrent une baisse significative des symptômes dépressifs à l'issue des séquences de BPT, en comparaison au groupe traité 'as usual' ; ainsi qu'une stabilité des effets à 2 mois (cf. figure 5).

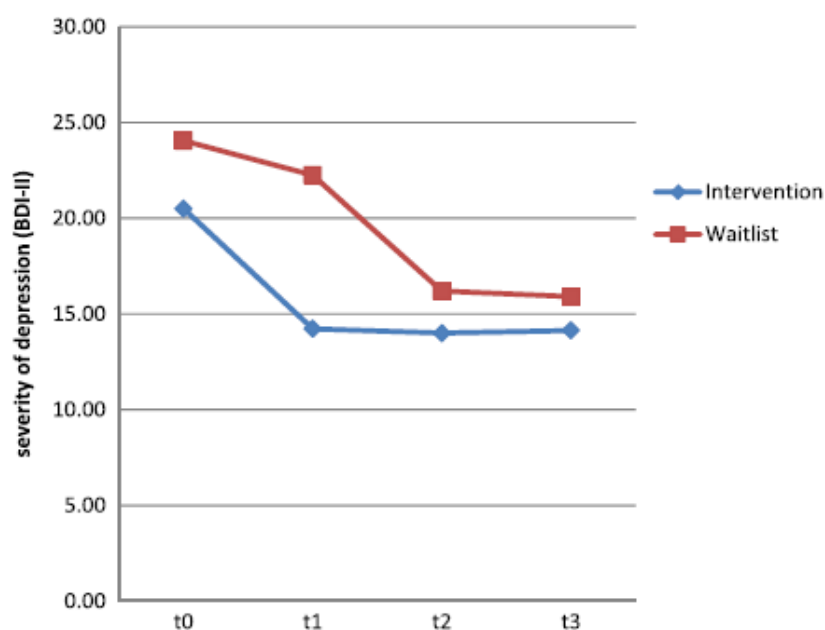


FIGURE 5. SEVERITE DES SYMPTOMES DEPRESSIFS MESURES PAR LA BDI-II DANS LE GROUPE TRAITE PAR BPT ET LE GROUPE CONTROLE. ISSU DE LUTTENBERGER ET AL. 2015.

Dans la discussion de cet article, les auteurs s'interrogent sur les ressorts de l'efficacité de la BPT sur la dépression, en émettant plusieurs hypothèses :

- Il serait possible que l'activité physique en tant que telle contribue à une diminution significative des symptômes dépressifs, puisque l'efficacité de l'exercice physique sur la dépression est maintenant bien établie (122,123).

- La BPT pourrait contribuer à restaurer très rapidement un sentiment d'efficacité personnelle, en particulier par la réussite des blocs et donc la 'résolution de problème' qui s'y associe. Les mesures psychométriques montrent d'ailleurs un meilleur sentiment d'efficacité personnelle à l'issue de la thérapie (mais le lien de causalité est à nuancer, car l'amélioration des symptômes dépressifs en tant que telle s'accompagne d'une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle).
- Une partie de l'efficacité thérapeutique pourrait aussi être liée à la convivialité et la richesse des échanges inter-personnels qu'entraîne la BPT. En pratiquant le bloc au sein d'un groupe, on met en effet en commun les méthodes, on s'encourage et on se soutient, on débriefe ensemble après chaque tentative. Les mesures psychométriques montrent là aussi de meilleures capacités d'adaptation et une moindre sensibilité inter-personnelle à l'issue de la BPT (mais la même remarque s'applique que précédemment concernant le lien de causalité).
- Enfin, les exercices de méditation et de mindfulness pourraient contribuer à l'efficacité de la BPT.

Un des facteurs confondants majeurs pour affirmer l'efficacité spécifique de la BPT sur la dépression, c'est donc l'exercice physique.

Les auteurs ont publié une seconde étude (121), en 2018, qui réanalyse les données de l'étude de 2015 mais en contrôlant les différents facteurs de confusion possibles (niveau d'activité physique, médication, autres psychothérapies associées). Ils montrent ainsi que la BPT a bien une efficacité sur les symptômes dépressifs, et que cet effet est spécifique.

En 2019, cette même équipe a lancé une étude d'envergure supplémentaire, dont les deux hypothèses testées sont les suivantes :

- H1 : la BPT a une efficacité supérieure à l'exercice physique sur les symptômes dépressifs
- H2 : la BPT a une efficacité qui n'est pas inférieure à celle de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) sur les symptômes dépressifs

Les auteurs ont publié leur protocole expérimental, et les résultats seront certainement publiés dans les mois à venir (124). L'étude correspond à un essai randomisé multicentrique, qui compare donc 3 groupes de patients (respectivement traités par BPT, par TCC ou par exercice physique, qui fait figure de groupe contrôle actif). L'évaluation des symptômes dépressifs sera réalisée à l'aide de l'échelle de

dépression MADRS : au début de la prise en charge, à l'issue directe des thérapies, puis à 3, 6 et 12 mois.

Même si la population clinique à laquelle s'adresse la BPT dans ces études n'est pas la population adolescente qui nous intéresse, et qu'un dispositif trop formalisé n'offre pas toujours la souplesse nécessaire à la médiation telle que nous l'avons développée, il reste néanmoins très intéressant de montrer que l'escalade peut s'avérer un puissant levier thérapeutique en psychiatrie. Le contenu des séances de la BPT peut fournir un point d'appui solide pour les soignants qui voudraient s'engager dans la mise en place d'un groupe basé sur l'escalade dans leur lieu de soin.

G) Place dans le contexte des soins pédopsychiatriques actuels

Ce dernier paragraphe nous amène à soulever la question de l'applicabilité pratique de tels dispositifs dans le contexte sanitaire actuel. Pour justifier le développement de médiations thérapeutiques par l'escalade ou par la montagne, il semble important non seulement d'en construire les fondements théoriques et cliniques, mais aussi de se poser l'incontournable question du contexte sanitaire dans lequel nous nous situons et du rationnel médico-économique (125). Puisque le soignant en pédopsychiatrie est payé et missionné par la société pour rendre un service public, il apparaît légitime que la société exerce un droit de regard sur sa pratique. Notre identité professionnelle est d'ailleurs conditionnée à ce que nous définissons collectivement comme souhaitable pour nos jeunes et les souffrances psychiques qu'ils rencontrent ; c'est ainsi que de nouveaux diagnostics font leur apparition, que les frontières avec la neuropédiatrie, avec le médico-social et avec le champ du handicap évoluent, et que chaque pays fait un usage différent du pédopsychiatre. Nous sommes donc nécessairement dépendants du politique et de la démocratie sanitaire. On peut en imaginer ou en regretter d'autres, mais la manière contemporaine par laquelle le politique exerce un droit de regard sur la pratique médicale consiste en une normativité croissante et en l'évaluation des pratiques et des outils de soins selon la logique dite de l'« Evidence Based Medecine » (126). On peut critiquer cette rationalité et souligner la difficulté en pédopsychiatrie d'évaluer l'efficacité d'un soin (quels critères et indicateurs adopter ? à quelle échéance porter la mesure ? quelle corrélation entre le rétablissement d'un fonctionnement adapté à un fonctionnement sociétal donné, et le bien-être subjectif ? quel est finalement l'objectif d'un soin pédopsychiatrique ? dans un soin multidisciplinaire,

comment spécifier et évaluer les principes actifs de chaque acte ou soin isolément ? tenir un lien thérapeutique dans la durée malgré les résistances à entrer dans le soin doit-il être considéré comme non-efficace ou comme efficace ? etc...) ; mais on ne peut plus ne pas se poser la question de la manière d'allouer les moyens au sein de notre discipline.

Des travaux comme ceux de l'équipe de Khatarina Luttenberger (119–121) sont donc importants pour démontrer l'efficacité de dispositifs thérapeutiques basés sur l'escalade. Si l'étude en cours montre une efficacité comparable de la BPT avec la TCC dans des indications spécifiques (dépression de l'adulte), on pourra y voir un argument supplémentaire pour développer l'escalade thérapeutique comme un outil thérapeutique efficace et novateur, venant étoffant l'offre de soin mise à disposition des patients dans un territoire donné.

En comparaison avec l'alpinisme, l'escalade présente plusieurs avantages pratiques non négligeables : il s'agit d'une pratique comportant peu de risques objectifs, et qui se prête facilement à un usage urbain, avec l'essor des structures d'escalade artificielles. A Lyon par exemple, on compte 6 salles de blocs et 2 salles de voies. Il existe également plusieurs petites falaises accessibles à 30' de Lyon, qui sont adaptées à l'encadrement de débutants et d'enfants, et pourraient constituer un objectif de sortie à l'issue d'un cycle de séances. De plus, l'escalade présente une très bonne acceptabilité sociale, et de plus en plus d'adolescents et de jeunes adultes la pratiquent.

Dans l'organisation des soins, un dispositif comme l'escalade thérapeutique ne trouverait pas sa place en aigu, mais dans un soin psychothérapique sur la durée (qu'il s'agisse d'une prise en charge s'étalant sur plusieurs années ou sur une durée dite brève comme par exemple un cycle de 10 séances). Pour les enfants et les adolescents, on pourrait imaginer proposer des groupes d'escalade en CATTP, en Maison des Adolescents, à partir des services d'hospitalisation, ou encore en structure médico-sociale. Concernant en particulier les adolescents et la psychopathologie spécifique que nous avons développé précédemment (effraction du pubertaire, dialectique autonomie – dépendance, tentation de la destructivité, recherche de sensations et conduites à risque, etc), on peut faire l'hypothèse qu'une médiation par l'escalade soit particulièrement pertinente pour respecter les défenses et empêchements de l'adolescent autour de l'élaboration langagière et de la relation duelle, tout en travaillant par un autre angle les enjeux sous-jacents qui l'amènent au soin. Une telle médiation thérapeutique n'a pas prétention à être suffisante ou à constituer une indication systématique pour une psychopathologie donnée ; mais plutôt à être un outil supplémentaire à disposition du thérapeute, de l'adolescent et de sa famille.

CONCLUSION :

Enfin et pour conclure ce chapitre, j'insère quelques extraits du témoignage passionnant d'une jeune femme de 20 ans dont le diagnostic de syndrome d'Asperger a été posé il y a 2 ans (127). Ailsa Graham revient sur la dimension thérapeutique qu'aura eu l'escalade dans son enfance et son adolescence, lui permettant notamment de dépasser ses peurs et d'être intégrée dans un groupe humain convivial et passionné, au sein duquel elle a développé ses compétences relationnelles.

"I started climbing when I was 9 - at that point I was a friendless, socially awkward, fearful, untrusting, scared little girl. I didn't know how to make friends, how to talk to people or anything like that. I kept to myself at school and had an overwhelming sense that I was 'different' but no real reason why. I wanted to belong somewhere, feel safe, be myself without being ridiculed for it and to be honest I truly felt that dream was impossible, until I met climbing...

Climbing and the people of the sport taught me more about life and how to interact with it than anything else I've ever encountered. It helped to bring me from a constantly unhappy, distrusting little girl to the woman I am today. I don't think I would have achieved half of what I have if it weren't for climbing and climbers. The key in terms of controlling and in turn embracing my aspergers was the fact I was accepted into a community of people who genuinely cared and had the same interests as I did. I found friends, learned to have real conversations, remembered how to laugh and smile and was gently educated in the social skills I was lacking. I no longer always wanted to be alone, I looked forward to seeing my friends and making new ones, things I never thought I would want to do.

My confidence slowly grew and while my time at school being bullied and picked on for being 'a freak' had sunk me so low, climbing helped me back up again. Obviously there is more to climbing than the people - I loved the feeling of the intense focus when trying hard moves, figuring out bits and trying different sequences; my problem solving brain would obsess over and over moves at night for days on end trying to crack them. Climbing helped me hugely in terms of dealing with the more negative side of my Asperger's and learning to act in more socially appropriate ways - it gave me the escape from reality when things got tough and a group of friends I could not live without.

I also had a problem with failing, I often wouldn't try harder climbs as I was scared of what people would think if I fell off. These days I know that is a very silly attitude to have but between a fear of all things new and a fear of failure, trying new and hard climbs was something I would often try to make excuses for not doing. This, unsurprisingly, did not do my climbing much good. Fear is something that pretty much sums up a lot of Asperger's and autism - the fear of making mistakes, the fear of losing routine, the fear of new experiences - these all contributed to both my injuries and lack of improvement.

Back then when I didn't even know I had Asperger's, (I was diagnosed when I was 18) I just got increasingly angry with myself for these things, which, of course, did me no good whatsoever.

Climbing has got me through some really tough patches and without it I don't know where I would be. Now I have a greater understanding of the effect that the different symptoms have on one another I am more able to control my feelings and emotions. Climbing is a safe place for me and Asperger's will always be part of me. I would also recommend climbing for others with Asperger's and autism, it's not for everyone, but I won't be the only person on the spectrum to find it a place I can feel safe and happy. Climbing is a world of acceptance. For us AS folk it's exactly the kind of world we need."

Conclusions

Grimper fait partie de l'histoire de l'humanité, sur le plan phylogénique comme ontogénique : nos aïeux les grands singes vivaient dans les arbres, les enfants cherchent spontanément à grimper dès qu'ils sont en âge de se déplacer, et Sebastian Salgado photographie les maisons Korowai installées à la cime des arbres en Nouvelle-Guinée. Notre espèce est animée d'une pulsion exploratoire dans les trois dimensions de l'espace : nous en avons besoin pour maîtriser au mieux notre environnement, et pour rencontrer le monde avoisinant.

A l'adolescence, c'est un nouveau territoire d'exploration qui s'impose : celui du monde des adultes, de la vie amoureuse et sexuelle, des responsabilités et de l'auto-détermination. Ce n'est pas sans angoisses, et des réaménagements sont nécessaires. Françoise Dolto a décrit comme « complexe du homard » ce que traverse l'adolescent : il doit se défaire de la carapace de l'enfance pour continuer à grandir, mais il est alors exposé à toutes les vulnérabilités. Il doit se séparer de ses parents pour devenir autonome, mais fragilise ainsi sa base de sécurité ; il doit apprivoiser un corps nouveau qui lui apparaît comme totalement étranger, et reconstruire les limites entre lui et le monde ; il doit faire des choix d'existence alors même qu'il est tout juste en train de se subjectiver et donc d'accéder à ses désirs propres ; il doit composer avec cette pulsionnalité qui le déborde et qui sexualise tous les liens aux autres ; il doit prendre le risque de vivre et de s'engager, et donc aussi le risque d'échouer. Il cherche alors des manières de gérer au mieux ces conflictualités nouvelles : il s'oppose à ses parents et les repousse, redéploie ses systèmes d'identification sur ses pairs, développe parfois des comportements ascétiques comme tentatives de reprendre la maîtrise sur ce qui lui échappe, adopte des conduites à risque qui lui procurent des sensations, lui permettent des expériences nouvelles, et font parfois office de rite de passage intime. Il tombe passionnément amoureux, vit ses premières expériences sexuelles et ses premières désillusions affectives.

Selon la qualité de l'entourage et des assises internes de l'adolescent, ces processus peuvent soit s'avérer fonctionnels et contribuer aux transformations nécessaires de l'adolescence, soit donner lieu à des ratés. La psychopathologie adolescente prend alors des formes diverses, puisqu'il y a de multiples manières de tomber sur des impasses en cherchant des issues. Les adolescents que nous accueillons dans nos dispositifs de soin ont en revanche le point commun d'être en souffrance ; que cette souffrance se traduise par des troubles internalisés ou externalisés, que l'adolescent en ait conscience ou pas.

Parmi les approches thérapeutiques que nous pouvons lui proposer, la médiation corporelle en constitue une intéressante car elle respecte les particularités et les empêchements de la communication adolescente : ce qu'il ne peut pas dire par la parole, l'adolescent l'exprime par le passage à l'acte ; ce qu'il ne peut pas contenir et transformer de ses affects, il le décharge par la sensation. Le corps est à la fois réceptacle des souffrances de l'adolescent et support à ses tentatives pour s'en libérer et se sentir exister. C'est donc qu'il y a quelque chose à y entendre, et à partir duquel travailler ; c'est le postulat de la psychomotricité.

Parmi les médiations corporelles, l'escalade est particulièrement intéressante car elle mobilise les sphères corporelle, cognitive, affective et relationnelle. Elle peut donc offrir de multiples potentialités thérapeutiques, et différentes équipes l'utilisent déjà dans leur arsenal soignant. Une méthode formalisée de bouldering psychotherapy a par ailleurs été développée en Allemagne, et a pu faire la preuve de son efficacité sur la réduction des symptômes dépressifs.

L'escalade thérapeutique est un objet clinique suffisamment riche pour que chacun puisse s'y engager avec sa propre théorie du soin. On peut se représenter son efficacité par l'augmentation du sentiment de réussite personnelle et des stratégies de résolution de problèmes chez le patient ; ou on peut se la représenter par la transformation progressive, via les processus psychomoteurs engagés, des angoisses dans lesquelles est enfermé le patient. L'importance est finalement de pouvoir y trouver une cohérence, et d'accompagner nos patients au travers d'une médiation qui nous semble opérante et qu'ils investissent.

C'était d'ailleurs un des objectifs latents de cette thèse : faire discuter des pratiques et des champs théoriques qui sont parfois opposés. Le dualisme corps - esprit et les divergences entre neurosciences et psychanalyse sont en effet souvent des champs de bataille en psychiatrie, plutôt que lieux de dialogue et de co-construction. Proposer une réflexion à partir d'une médiation corporelle permettait donc d'amener la complémentarité des registres de symbolisation (il n'y a pas que la parole qui puisse soigner !), mais aussi la nécessité du travail clinique pluri-professionnel et pluri-disciplinaire. Et la recherche de sensations à l'adolescence apparaissait comme un phénomène intéressant pour croiser les théories :

- Les neurosciences décrivent la recherche élevée de sensations à l'adolescence comme un état d'hyper-éveil corporel et mental qui est sous-tendu par des substrats neuro-chimiques (système MAO et dopaminergique principalement). Elles mettent en rapport les conduites à risque avec une immaturité des fonctions exécutives et donc un défaut de contrôle inhibiteur.

Elles décrivent donc des phénomènes objectifs au niveau du comportement et elles recherchent des corrélations avec les autres niveaux d'intégration, cognitifs et neurobiologiques.

- La psychanalyse cherche quant à elle à mettre en rapport les comportements observés avec des processus psychiques. Elle propose par exemple que la sensation soit un moyen de régulation émotionnelle, là où la pulsionnalité pubertaire entraîne une surcharge d'excitation pour l'adolescent qui ne parvient pas encore à la transformer en représentations. Elle propose que les conduites à risque puissent être des tentatives pour trouver issue à une souffrance et adresser aux autres un message qui n'est pas exprimable autrement.

Ces deux approches ne sont pas incompatibles mais peuvent au contraire être complémentaires, puisqu'elles n'ont pas le même objet : les neurosciences essayent de mettre en rapport des comportements observables avec des états corticaux (anatomiques ou fonctionnels, cognitifs ou neurochimiques), tandis que la psychanalyse essaye de les mettre en rapport avec des processus psychiques et donc de s'intéresser à la fonction qu'ils peuvent revêtir. Au carrefour de ces deux approches théoriques et pour l'exemple qui nous intéresse, on peut construire l'hypothèse que les conduites à risque auraient une fonction de maturation à la fois psychique mais aussi corticale. Elles permettraient à l'adolescent de mettre en œuvre des comportements exploratoires, qui lui offrent des retours d'informations sensorielles, affectives et relationnelles pouvant ensuite être intégrées au niveau cognitif et servir à la maturation des fonctions exécutives comme du système limbique. On associe ainsi la fonction d'un comportement dans l'économie psychique du sujet (ce qui est le postulat de la psychanalyse), avec un processus de maturation corticale.

Faire une hypothèse sur la fonction d'un comportement, même s'il est défavorable pour l'adolescent et le met en danger, trouve un intérêt en clinique : d'une part parce que l'expliquer à l'enfant et à ses parents leur permet de se sentir moins coupables et moins démunis, et d'autre part parce que ça ouvre sur une écoute et une parole possible à la souffrance de l'adolescent. Le travail thérapeutique aura ensuite pour finalité de mettre en relation les agirs avec la conflictualité et les angoisses sous-jacentes.

L'introduction de cette thèse proposait l'analogie entre la transition que représente l'adolescence, et la phase de maturation professionnelle qu'est l'internat. Si l'enjeu du soin est d'aider l'adolescent à se constituer un espace psychique interne suffisamment souple pour trouver des solutions viables aux conflictualités dans lesquelles il est pris, alors l'enjeu de l'internat pour le clinicien

pourrait être de se construire un espace psychique interne suffisamment souple pour pouvoir jouer (au sens Winnicottien) avec les différentes théories.

Il est en effet nécessaire de construire des dialogues entre les théories sur le plan académique, et des expérimentations conceptuelles comme celle de la neuro-psychanalyse sont passionnantes ; mais il semble surtout essentiel que les différentes théories puissent dialoguer entre elles à l'intérieur d'un même clinicien. On pourrait proposer, en analogie avec l' « intersubjectivité interne » proposée par Nicolas Georgieff (128), une « inter-théorie interne ».

On peut aller plus loin et proposer l'inversion du paradigme de la complexité : la complexité n'émergerait pas des niveaux d'intégration inférieurs, mais constituerait au contraire la matrice à partir de laquelle ils sont déduits. C'est ce que propose Nicolas Georgieff lorsqu'il écrit que l'intersubjectivité n'émerge pas de la rencontre de deux subjectivités, mais que c'est la subjectivité qui est déduite de l'intersubjectivité : l'interaction est première (129). On peut défendre la même idée pour la question théorique : la transdisciplinarité n'est pas à construire à partir de la séparation des champs théoriques, mais à partir du postulat de leur nouage initial. La complexité est première dès lors qu'on s'occupe de l'Homme qui interagit, qui pense et qui souffre : nous ne pouvons pas l'annuler et refuser le dialogue entre les champs théoriques, refuser leur transmission, ni refuser la pluralité des approches thérapeutiques à proposer à nos patients.

Un des autres objectifs latents de cette thèse, c'était de s'autoriser à imaginer de nouveaux dispositifs soignants. En prenant acte des enjeux adolescents autour de la séparation d'avec les parents, et du média particulièrement adapté qu'est l'escalade pour travailler cette dialectique, on pourrait par exemple proposer un dispositif d'escalade parents-enfants. On pourrait aussi imaginer la création d'un dispositif de soin adolescent qui s'appuie sur l'escalade mais aussi sur l'alpinisme et la montagne au sens plus large. Nous avons essayé d'en esquisser quelques bases théoriques en développant certains aspects existentiels et psychologiques de la pratique de la montagne, qui pourraient être travaillés comme des objets cliniques et thérapeutiques.

Un enjeu important de la vie professionnelle après l'internat est certainement celui de trouver les moyens de rester créatifs et vivants dans nos pratiques, et surtout de conserver le désir de la rencontre clinique malgré les différentes contraintes qui s'imposent à nous. La réinvention permanente de nos dispositifs, la construction de projets à plusieurs, le plaisir à débattre et à penser ensemble, peut apparaître comme l'un des meilleurs moyens pour résister à la mélancolie.



Nom, prénom du candidat : ESPI Pauline

Titre de la thèse : **Vertiges et adolescence. Réflexion théorico-pratique sur l'escalade et la montagne comme médiations thérapeutiques à l'adolescence.**

La thèse d'exercice présentée par Mlle Pauline ESPI présente une réflexion riche et originale sur la transition adolescente, et plus largement sur le passage à l'âge d'Homme. Ce faisant, elle réinterroge au travers du rapport au corps et de l'intérêt de la pratique de l'escalade et de l'alpinisme, les différents concepts et enjeux qui se jouent et se nouent autour de ce passage maturatif, en s'éclairant des différentes théories de l'action (psychologique, psychanalytique, neuroscientifique, sociologique). Elle développe, enfin, l'intérêt de ces pratiques sportives dans l'accompagnement thérapeutique des adolescents en souffrance ou en « panne de transition ».

En l'état, le manuscrit présenté par l'impétrante présente l'ensemble des qualités formelles et de fond pour prétendre à une thèse de médecine. Je donne donc mon accord pour soutenance.

Le Président de la thèse,
Pr Pierre Fourneret

VU :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

Pr Gilles RODE

Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le

1er septembre 2020

Bibliographie

1. Hauswald G. Histoire de l'adolescence. Vie Devant Eux. 1 mars 2016;13-26.
2. Goethe JW von, Leroux P, Helmreich C. Les souffrances du jeune Werther. Paris: Librairie Générale Française; 1999. 221 p. (Le livre de poche Classique de poche).
3. Ariès P. L' enfant et la vie familiale sous l' Ancien Régime. Paris: Éd. du Seuil; 1975. 316 p. (Points Histoire).
4. Hall GS. Adolescence its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology sex, crime, religion and education, Vol. I. [Internet]. New York: D Appleton & Company; 1904 [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <http://content.apa.org/books/10616-000>
5. Taborda-Simões M da C. L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ? Bull Psychol. 2005;Numéro 479(5):521-34.
6. Dayan J, Guillery-Girard B. Conduites adolescentes et développement cérébral : psychanalyse et neurosciences. Adolescence. 17 oct 2011;T. 29 n°3(3):479-515.
7. Ehrenberg A. La société du malaise. Paris: O. Jacob; 2010. 439 p.
8. Ehrenberg A. La société du malaise. Adolescence. 17 oct 2011;T. 29 n°3(3):553-70.
9. Castel P-H. Le cas Paramord: obsession et contrainte psychique aujourd'hui. Paris: Ithaque; 2016. 168 p.
10. Mâle P. Psychothérapie de l'adolescent. Paris: Presses universitaires de France; 1999.
11. Breton DL. Les conduites à risque des jeunes comme résistance. Empan. 1 déc 2005;no57(1):87-93.
12. Jeammet P. Innovations en clinique et psychopathologie de l'adolescence. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 déc 2001;159(10):672-8.
13. Jeammet P. L'adolescence comme conflit. Bien-Être Enfant Dans Sa Fam. 1980;
14. Jeammet P. Les destins de la dépendance à l'adolescence. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1990;4(5):190-9.
15. Jeammet P. Adolescences: repères pour les parents et les professionnels. Paris: Fondation de France : La Découverte; 2005.
16. Jeammet P. Paradoxes et dépendance à l'adolescence. Paris]; Bruxelles: Éditions Fabert ; Yapaka.be; 2009.
17. Racamier P-C. L'incestuel. Empan. 1 sept 2006;no 62(2):39-46.
18. Racamier P-C. L'inceste et l'incestuel. 2010.

19. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 8 avr 1977;196(4286):129-36.
20. Ehlinger V, Spilka S, Godeau E. Présentation de l'enquête HBSC sur la santé et les comportements de santé des collégiens de France en 2014. *Agora Debatsjeunesses*. 6 déc 2016;N° Hors série(4):7-22.
21. Gutton P, Bourcet S. La naissance pubertaire: l'archaïque génital et son devenir. Paris: Dunod; 2004.
22. Schaeffer J. Une instable identité psychosexuelle. *Orientat Sc Prof*. 1 déc 2002;(31/4):535-43.
23. Schaeffer J. Le refus du féminin: la Sphinge et son âme en peine. 1re éd. Paris: Presses universitaires de France; 1997. 237 p. (Epîtres).
24. Kafka F. La Métamorphose. 1915.
25. Freud A. Le moi et les mécanismes de défense. 2015.
26. Marty F. La psychose pubertaire, une impasse du processus d'adolescence. *Rev Psychother Psychanal Groupe*. 2001;n° 36(1):153-66.
27. Winnicott DW, Michelin M, Rosaz L. Deprivation et délinquance. Paris: Payot & Rivages; 1994.
28. Freud S. Esquisse d'une psychologie = Entwurf einer Psychologie. Toulouse: Erès; 2011.
29. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The Adolescent Brain. *Ann N Y Acad Sci*. mars 2008;1124:111-26.
30. Steinberg L. A dual systems model of adolescent risk-taking. *Dev Psychobiol*. avr 2010;52(3):216-24.
31. Blos P. The Second Individuation Process of Adolescence. *Psychoanal Study Child*. janv 1967;22(1):162-86.
32. Roussillon R. Pour introduire la question du langage du corps et de l'acte. *Carnet PSY*. 2006;n° 111(7):36-40.
33. Luna B, Thulborn KR, Munoz DP, Merriam EP, Garver KE, Minshew NJ, et al. Maturation of widely distributed brain function subserves cognitive development. *NeuroImage*. mai 2001;13(5):786-93.
34. Drieu D. Problématique de subjectivation à l'adolescence : enjeux psychopathologiques et thérapeutiques. In: Jacquet D, Zabalia M, Lehalle H, éditeurs. *Adolescences d'aujourd'hui*. Presses universitaires de Rennes; 2006. p. 145-62.
35. Char R. Feuillet d'Hypnos. Gallimard; 1946. 104 p.
36. Cahn R. Adolescent dans la psychanalyse: l'aventure de la subjectivation. Paris: PUF; 2002.
37. Castoriadis C. Les carrefours du labyrinthe. Paris: Éditions du Seuil; 2007.

38. Castoriadis C, Castoriadis C. La montée de l'insignifiance. Paris: Editions du Seuil; 1996. 240 p. (La couleur des idées).
39. Anatrella T. Interminables adolescences: les 12-30 ans, puberté, adolescence, postadolescence: une société adoléscentrique. Paris: Cerf : Cujas; 1988. 222 p. (Collection Ethique et société).
40. Breton DL. Rites personnels de passage. *Hermes Rev.* 2005;n° 43(3):101-8.
41. Perret-Catipovic M. Pendant la tourmente, tumultes et silences. *Parents et adolescents.* ERES; 2003.
42. Jeammet P. Réalité externe et réalité interne, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Rev Fr Psychanal.* 1980;3(4):481-521.
43. Kestemberg E. L'identité et l'identification chez les adolescents. Problèmes théoriques et techniques. *Psychiatr Enfant.* 1962;5(2):441-522.
44. Jeammet P. La thérapie bifocale. Une réponse possible à certaines difficultés de la psychothérapie à l'adolescence. *Adolescence.* 1992;10(2):371-90.
45. Winnicott DW, Monod C. Jeu et réalité: l'espace potentiel. Paris: Gallimard; 1999.
46. L'alpinisme entre sport, art et culture [Internet]. France Culture. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/la-conversation-scientifique/lalpinisme-entre-sport-art-et-culture>
47. Ghersen A. Risque et alpinisme: réflexion philosophique sur l'Homo alpinus. 2016.
48. Thiriez F, Bouldouyre A. Dictionnaire amoureux de la montagne. Paris: Plon; 2016. 1006 p.
49. Hunt J, Pierre B. Victoire sur l'Everest. Paris: Arthaud; 2000.
50. Corneloup J. Sociologie des pratiques récréatives en nature: du structuralisme à l'interactionnisme. L'Argentière-la-Bessée: Éditions du Fournel; 2016. 384 p. (Collection Sportnature.org).
51. Corneloup J. Questions de sociologie. 1981.
52. Wikiwix's cache [Internet]. [cité 6 août 2020]. Disponible sur: <http://archive.wikiwix.com/cache/index2.php?url=http%3A%2F%2Fwww.cad-climbers.com%2Ffr%2Fnouvelles%2Fdossiers%2Farticle.php%3Fa%3D22>
53. Eliade M. Mythes, rêves et mystères. Paris: NRF; 1975. 312 p.
54. Rotpunkt | Alex Megos and the Advent, the Agony and the Art of the Redpoint - YouTube [Internet]. [cité 6 août 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=SbWvFjUlt5k>
55. Janssen J-P. Opera Vertical [Internet]. 1982. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=T3SFj7SoLi8>
56. Janssen J-P. La Vie Au Bout Des Doigts [Internet]. 1982. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=CZlxY5rNGJk>

57. Revol É, Patriarca E. Vivre. Paris: Arthaud; 2019.
58. Simpson J. Touching the void. 1st Perennial ed. New York: Perennial; 2004. 218 p.
59. Quinodoz D. Le vertige, entre angoisse et plaisir. 1re éd. Paris: Presses universitaires de France; 1994. 238 p. (Le Fait psychanalytique).
60. Léséleuc É de. Le plaisir du vide. Approche psychanalytique des relations aux vertiges chez les grimpeurs alpinistes. Corps Cult. 1 juin 1997;(Numéro 2).
61. Léséleuc É de, Raufast L. Jeux de vertiges : l'escalade et l'alpinisme. Rev Fr Psychanal. 2004;Vol. 68(1):233-46.
62. Anzieu D. Le penser : du moi-peau au moi-pensant. 1994.
63. Kant I, Renaut A. Critique de la raison pure. 3. éd., corr. Paris: Flammarion; 2006. 749 p. (GF : Texte intégral).
64. Proust M, Tadié J-Y. À la recherche du temps perdu. Éd. en un volume . Texte établi pour l'éd. de la « Bibliothèque de la Pléiade ». Paris: Gallimard; 1999. 2400 p. (Quarto).
65. Flashman J. How Adam Ondra Used Next-Gen Visualization to Send Silence (5.15d) [Internet]. Climbing Magazine. Disponible sur: <https://www.climbing.com/skills/interview-how-adam-ondra-used-next-gen-visualization-to-send-silence-5-15d/>
66. Gimenez B. Silence [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=ZRTNHDD0gL8>
67. Michotte A, Piéron H, Duprat GL, F. E. VIII. Phénomènes intellectuels. - Pensée et attitudes mentales. - Logique. Année Psychol. 1912;19(1):449-63.
68. Guilbert J, Jouen F, Lehalle H, Molina M. Imagerie motrice interne et simulation de l'action chez l'enfant. L'Année Psychol. 2013;Vol. 113(3):459-88.
69. Jeannerod M. The representing brain: Neural correlates of motor intention and imagery. Behav Brain Sci. juin 1994;17(2):187-202.
70. Jeannerod M. Neural simulation of action: a unifying mechanism for motor cognition. NeuroImage. juill 2001;14(1 Pt 2):S103-109.
71. Decety J, Ingvar DH. Brain structures participating in mental simulation of motor behavior: A neuropsychological interpretation. Acta Psychol (Amst). févr 1990;73(1):13-34.
72. Annett J. Motor imagery: Perception or action? Neuropsychologia. 1 nov 1995;33(11):1395-417.
73. Mahoney MJ, Avenier M. Psychology of the elite athlete: An exploratory study. Cogn Ther Res. 1 juin 1977;1(2):135-41.
74. Arendt H, Fradier G. Condition de l'homme moderne. 2017.

75. Plutarque. Vie des hommes illustres ; vie de César [Internet]. 1853. Disponible sur: <http://remacle.org/bloodwolf/historiens/Plutarque/cesarpierron1.htm>
76. Raylat C. On ne marche qu'une fois sur la lune [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://vimeo.com/channels/915877/130537699>
77. Raylat C. Hommage à Ueli Steck [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://vimeo.com/215437860>
78. Zuckerman M, Kuhlman DM, Camac C. What lies beyond E and N? Factor analyses of scales believed to measure basic dimensions of personality. *J Pers Soc Psychol.* 1988;54(1):96-107.
79. Zuckerman M, Neeb M. Sensation seeking and psychopathology. *Psychiatry Res.* déc 1979;1(3):255-64.
80. Carton S. La recherche de sensations : quel traitement de l'émotion ? *Psychotropes.* 2005;11(3):121-44.
81. Steck A. A mountaineer's life. 2017.
82. Amy B. Ceux qui vont en montagne: psychologie de l'alpiniste et approche du risque. PUG; 2020. 180 p.
83. Munter W, Guenat L, Schweizer Alpenclub, Schweizer Alpenclub, Club Alpin Suisse. Le risque d'avalanches: nouveau guide pratique. Berne: Club alpin suisse; 1992.
84. Galan J. La revanche d'Icare [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://vimeo.com/channels/1380801/251162390>
85. Dennett DC. Quining qualia. In: *Consciousness in contemporary science.* New York, NY, US: Clarendon Press/Oxford University Press; 1988. p. 42-77.
86. Nummenmaa L, Hari R, Hietanen JK, Glerean E. Maps of subjective feelings. *Proc Natl Acad Sci.* 11 sept 2018;115(37):9198-203.
87. Nagel T. What Is It Like to Be a Bat? *Philos Rev.* oct 1974;83(4):435.
88. Zuckerman M, Kolin EA, Price L, Zoob I. Development of a sensation-seeking scale. *J Consult Psychol.* 1964;28(6):477-82.
89. Zuckerman M. Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. New York, NY, US: Cambridge University Press; 1994. xiv, 463 p. (Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking).
90. Zuckerman M, Eysenck SB, Eysenck HJ. Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *J Consult Clin Psychol.* 1978;46(1):139-49.
91. Zuckerman M. Sensation seeking: A comparative approach to a human trait. *Behav Brain Sci.* 1984;7(3):413-71.
92. Csikszentmihalyi M. Flow: The psychology of optimal experience. Nachdr. New York: Harper [and] Row; 2009. 303 p. (Harper Perennial Modern Classics).

93. Jeammet P. Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence. *Psychotherapies*. 2002;Vol. 22(2):77-87.
94. Berthou V. Les médiations thérapeutiques avec les adolescents. *Coq-Heron*. 28 juin 2012;n° 209(2):93-9.
95. Kaës R. Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires. In: *Les processus psychiques de la médiation*. Paris: Dunod; 2004.
96. Perier A, Pérouse de Montclos MO, Moro MR. Corps, pratique corporelle et adolescence : l'enseignement de l'escalade dans un dispositif de soin de l'adolescent. *L'Évolution Psychiatr*. 1 avr 2012;77(2):233-45.
97. Perier A. Se risquer à deux. de l'escalade comme vecteur thérapeutique et comme médiation à l'adolescence. *Psychiatr Enfant*. 31 mai 2016;Vol. 59(1):145-72.
98. Winnicott DW. *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. 2018.
99. Potel C. Introduction. In: *Corps brûlant, corps adolescent*. ERES; 2006. p. 53-6.
100. Michel G, Mouren-Siméoni M-C, Perez-Diaz F, Falissard B, Carton S, Jouvent R. Construction and validation of a sensation seeking scale for adolescents. *Personal Individ Differ*. 1 janv 1998;26(1):159-74.
101. Michel G. Recherche de sensations et sur-éveil corporel à l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 avr 2001;49(3):244-51.
102. Gordon WR, Caltabiano ML. Urban-rural differences in adolescent self-esteem, leisure boredom, and sensation-seeking as predictors of leisure-time usage and satisfaction. *Adolescence*. 1996;31(124):883-901.
103. Smith AR, Chein J, Steinberg L. Impact of socio-emotional context, brain development, and pubertal maturation on adolescent risk-taking. *Horm Behav*. juill 2013;64(2):323-32.
104. Steinberg L, Icenogle G, Shulman EP, Breiner K, Chein J, Bacchini D, et al. Around the world, adolescence is a time of heightened sensation seeking and immature self-regulation. *Dev Sci*. mars 2018;21(2).
105. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The Adolescent Brain. *Ann N Y Acad Sci*. mars 2008;1124:111-26.
106. Carton S, Widlöcher D. Émotions et affects en psychanalyse. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 juin 2012;10(2):177-86.
107. Damasio AR. *Spinoza avait raison: joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Paris: O. Jacob; 2003.
108. Damasio AR, Blanc M. *L'erreur de Descartes: la raison des émotions*. 2010.
109. Ballouard C. Les fondements historiques de la psychomotricité. *Contraste*. 2008;N° 28-29(1):17-26.

110. Ajuriaguerra J de. Les bases théoriques des troubles psychomoteurs et de la rééducation psychomotrice. *Médecine Hygiène*. 1961;21:427-30.
111. Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon - Persée [Internet]. [cité 7 août 2020]. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1993_num_46_1_2047
112. Ajuriaguerra J de. Le corps comme relation. *Rev Suisse Psychol Pure Appliquée*. 1962;21:137-57.
113. Spinoza B. *Ethique*. 1677.
114. Stern DN. Le monde interpersonnel du nourrisson: une perspective psychanalytique et développementale. 2017.
115. Pistre F. Escalade. *VST - Vie Soc Trait*. 1 mai 2007;n° 93(1):30-41.
116. Bullinger A. Les effets de la gravité sur le développement du bébé. Erès; 2015. 112 p.
117. Climbing Therapy | Climbing Therapy Courses in psychotherapy, experiential education and physical therapy [Internet]. Disponible sur: <https://www.climbingtherapy.com/>
118. Lunet C, Pistre F. L'escalade en psychiatrie adulte. *VST - Vie Soc Trait*. 21 mai 2015;N° 126(2):100-5.
119. Dorscht L, Karg N, Book S, Graessel E, Kornhuber J, Luttenberger K. A German climbing study on depression: a bouldering psychotherapeutic group intervention in outpatients compared with state-of-the-art cognitive behavioural group therapy and physical activation – study protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. déc 2019;19(1):1-13.
120. Luttenberger K, Stelzer E-M, Först S, Schopper M, Kornhuber J, Book S. Indoor rock climbing (bouldering) as a new treatment for depression: study design of a waitlist-controlled randomized group pilot study and the first results. *BMC Psychiatry*. 25 août 2015;15(1):201.
121. Stelzer E-M, Book S, Graessel E, Hofner B, Kornhuber J, Luttenberger K. Bouldering psychotherapy reduces depressive symptoms even when general physical activity is controlled for: A randomized controlled trial. *Heliyon*. 1 mars 2018;4(3):e00580.
122. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(9).
123. M W, I H, S M, Ae N, O A-C, H B. Effects of exercise on anxiety and depression disorders: review of meta- analyses and neurobiological mechanisms [Internet]. Vol. 13, *CNS & neurological disorders drug targets*. *CNS Neurol Disord Drug Targets*; 2014 [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24923346/?dopt=Abstract>
124. Dorscht L, Karg N, Book S, Graessel E, Kornhuber J, Luttenberger K. A German climbing study on depression: a bouldering psychotherapeutic group intervention in outpatients compared with state-of-the-art cognitive behavioural group therapy and physical activation – study protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. déc 2019;19(1):154.
125. Jeantet M, Lopez A. Evaluation médico-économique en santé [Internet]. IGAS; 2014. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-066R_-_Rapport_DEF.pdf

126. Evidence-based medicine. *Semin Perinatol.* 1 févr 1997;21(1):3-5.
127. Graham A. Asperger's and Climbing: A Girl's Story [Internet]. 2015. Disponible sur:
https://www.ukclimbing.com/articles/features/aspergers_and_climbing_a_girls_story-7107
128. Georgieff N. Intersubjectivité : une perspective développementale. *Enfances Psy.* 3 déc 2014;N° 62(1):50-6.
129. Georgieff N. À propos des relations entre psychanalyse et neurosciences aujourd'hui. *J Psychanal Enfant.* 16 oct 2013;Vol. 3(1):19-28.

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

ESPI Pauline. Vertiges et adolescence. Réflexion théorico-pratique sur l'escalade et la montagne comme médiations thérapeutiques à l'adolescence.

RESUME

Le processus adolescent correspond à une période d'intenses transformations corporelles et psychiques, et à un nécessaire réaménagements des relations à soi-même et aux autres. C'est une période de grande vulnérabilité qui peut donner lieu à des points d'impasse et de souffrance, et donc parfois à des psychopathologies spécifiques. Parmi celles-ci, les conduites à risque peuvent paradoxalement figurer parmi les solutions que tente de trouver l'adolescent pour se sentir exister et pour soulager par la sensation le surcroît de tension interne qu'il éprouve.

La parole n'est donc pas toujours le lieu d'expression direct, et la rencontre thérapeutique avec l'adolescent suppose une adaptabilité et une créativité dans la posture clinique.

La montagne et l'escalade sont des pratiques particulièrement intéressantes car elles amènent nécessairement à un engagement mutuel, et mobilisent des ressources corporelles, psychiques et relationnelles variées. Elles peuvent de plus permettre une expérience sensorielle et esthétique immersive, favorisant un aller-retour réflexif avec soi-même qui peut se montrer complémentaire à la relation psychothérapeutique classique.

Cette thèse se propose donc d'esquisser des éléments de réflexion théoriques et pratiques sur la manière dont l'escalade et la montagne peuvent constituer des médiations thérapeutiques pertinentes et originales dans le soin psychothérapeutique aux adolescents.

MOTS CLES : processus adolescent – conduites à risques - rite de passage – médiation thérapeutique – escalade – montagne – psychomotricité

JURY

Président :	Monsieur le Professeur Pierre Fourneret
Membres :	Monsieur le Professeur Nicolas Georgieff
	Monsieur le Professeur Emmanuel Poulet
	Madame le Docteur Anna Bourgeois
	Monsieur le Docteur Hugues Desombre
	Monsieur Antoine Perier

DATE DE SOUTENANCE : Jeudi 15 octobre 2020

CORRESPONDANCE : 4 place Danton 69003 LYON ; espi.pauline@yahoo.fr
