



**HAL**  
open science

# ”Je veux survivre!” : une expérience ”ludique” du jeu vidéo en psychomotricité au sein d’un groupe de patients adultes souffrant de psychoses

Aurélie Bergeon

## ► To cite this version:

Aurélie Bergeon. ”Je veux survivre!” : une expérience ”ludique” du jeu vidéo en psychomotricité au sein d’un groupe de patients adultes souffrant de psychoses. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01068998

**HAL Id: dumas-01068998**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01068998>**

Submitted on 26 Sep 2014

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

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

# « Je veux survivre ! »

*Une expérience « ludique » du jeu vidéo en psychomotricité  
au sein d'un groupe de patients adultes souffrant de psychoses.*



Mémoire présenté en vue de l'obtention du  
Diplôme d'État de Psychomotricien  
Par Aurélie BERGEON

*« Ce qui m'importe avant tout,  
c'est de montrer que jouer, c'est une expérience :  
toujours une expérience créative, une expérience qui se situe  
dans le continuum espace-temps, une forme fondamentale de la vie. »*

Donald W. WINNICOTT, *Jeu et réalité.*

# REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord Loïc COULON pour m'avoir accompagnée dans la réalisation de ce mémoire et ouverte à la réflexion de l'exercice thérapeutique.

Merci aux maîtres de stages rencontrés dans mon parcours, grâce à qui j'ai découvert toute la richesse et la créativité du métier. J'ai une pensée particulière pour Sylvie, qui m'a accompagnée pendant deux ans avec bienveillance, et avec qui j'ai eu grand plaisir à apprendre et à échanger.

Je remercie également ma famille pour son soutien, mon père dans la justesse de ses intuitions qui m'ont amenée à la psychomotricité, et ma mère pour son optimisme infailible. Merci d'avoir cru en moi, en mes choix, de m'avoir soutenue et supportée...

Une pensée également pour mes amis avec qui j'ai partagé cette belle aventure. Merci à Manon et Laurène pour votre joie de vivre et votre amitié qui ont fait de ces trois années un souvenir inoubliable. Un merci plus particulier à Émilie qui m'a suivie pendant toute ma formation, m'a lue et relue, et dont les conseils ont été précieux. Merci également à mes frères et sœurs de cœur qui auront su me porter à chaque instant...

Enfin, un grand merci aux patients du groupe jeux vidéo qui m'ont permis de les rencontrer chaque semaine et avec qui j'ai partagé le plaisir de jouer.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
-------------------	---

## PREMIÈRE PARTIE : L'accompagnement des patients à l'hôpital de jour

I. <i>Les patients et leur vécu de la psychose</i> .....	10
1. Le suivi en hôpital de jour.....	10
2. Les psychoses.....	11
3. La schizophrénie : l'exemple de Christian.....	12
3.1. Les dissociations et les discordances.....	13
3.2. Le délire.....	15
3.3. Les traits autistiques.....	17
II. <i>La psychomotricité</i> .....	18
1. L'articulation entre le corps et la psyché.....	18
2. La pratique psychomotrice.....	18
3. Les outils du psychomotricien et ses compétences.....	19
4. La psychomotricité à l'hôpital de jour.....	20
III. <i>Les jeux vidéo comme outil du psychomotricien ?</i> .....	20
1. Les jeux vidéo à l'hôpital de jour.....	20
2. Les jeux vidéo.....	21
2.1. Définition et classification.....	22
2.2. Petit historique des jeux vidéo.....	23
2.3. Quelques chiffres.....	23
3. La série des jeux Call of Duty®.....	24
4. Le groupe Call of Duty®.....	26
4.1. Le temps du repas.....	27
4.2. Le temps d'accueil.....	27
4.3. Le temps du jeu.....	29
4.4. La fin de séance.....	30

## **SECONDE PARTIE : Les jeux vidéo, des jeux !?**

<b>I. <i>Le jeu et son développement</i></b> .....	32
1. Définir le jeu.....	32
2. Le jeu dans le développement de l'enfant.....	33
2.1. L'éveil aux premiers jeux dans les interactions.....	33
2.2. Les jeux sensori-moteurs.....	35
2.3. Les jeux symboliques.....	36
2.4. Les jeux sociaux.....	37
<b>II. <i>Les jeux vidéo, jeux exceptionnellement ordinaires</i></b> .....	38
1. L'adulte et les jeux vidéo.....	38
2. Du jeu aux jeux vidéo.....	41
2.1. Des jeux vidéo sensori-moteurs.....	41
2.2. Des jeux vidéo symboliques.....	43
2.3. Des jeux vidéo sociaux.....	46
2.4. Des jeux vidéo à règles et libres.....	47
<b>III. <i>La place du corps dans les jeux vidéo</i></b> .....	48
1. « Jouer avec sa schizophrénie. ».....	48
2. Le corps du joueur.....	50
3. Du corps réel au corps virtuel.....	52
3.1. S'identifier à l'avatar.....	52
3.2. Jouer avec les différentes facettes de sa personnalité.....	54
3.3. S'immerger dans les jeux vidéo.....	55
3.4. Se mettre en scène virtuellement.....	57

## **TROISIÈME PARTIE : La rencontre thérapeutique**

<b>I. <i>L'importance du dispositif</i></b> .....	60
1. Le jeu « côte à côte ».....	60
2. Le jeu « face-à-face ».....	61
3. Coopérer pour mieux faire face.....	64

II. <i>Le cadre comme facteur d'un jeu libre</i> .....	67
1. Le jeu comme expression de soi.....	67
1.1. Le « self » dans l'espace transitionnel.....	67
1.2. La mise en mouvement des instances psychiques dans le jeu.....	69
2. Mettre en place un cadre sécurisant.....	71
2.1. Offrir un espace d'expression.....	71
2.2. Jouer avec le psychomotricien.....	74
2.3. Contenir, pare-exciter, limiter.....	75
3. Se rencontrer soi-même dans le jeu.....	76
3.1. Du jeu récréatif au jeu créatif.....	76
3.2. Du jeu récréatif au voyage dans le temps.....	79
III. <i>Mon vécu de stagiaire dans cette rencontre</i> .....	81
CONCLUSION.....	84
Annexes.....	86
Bibliographie.....	91
Petit lexique du « geek » pour les non-initiés.....	94

# INTRODUCTION

C'est un mardi ordinaire à l'hôpital de jour en psychiatrie adulte où j'effectue mon stage de troisième année. Je participe à un groupe qui utilise comme outil les jeux vidéo. Nous venons d'allumer la Xbox 360, lorsque l'un des patients du groupe *Call of Duty*<sup>®</sup> saisit soudain sa manette en s'écriant : « Je veux survivre ! Je veux survivre ! »

Cet événement m'a longtemps laissée songeuse. Si je savais que ce patient parlait de la survie de son personnage dans le jeu vidéo, je me demandais malgré tout : est-ce cela la psychose, survivre plutôt que vivre ? Il m'est souvent arrivé de penser que ces patients semblaient comme enfermés dans l'inertie que provoque la maladie.

Pourtant, dans la rencontre qui se tissait autour du jeu avec les patients, j'observais une rupture de cette inertie, une animation des patients, un mouvement se mettant en place.

Comment alors le psychomotricien propose-t-il une rencontre thérapeutique autour du jeu vidéo à des adultes souffrant de psychose ?

Avant de pouvoir proposer une réponse à cette question, il m'a fallu dans un premier temps découvrir les patients et leur vécu de la maladie.

Je présenterai ainsi dans une première partie ce qu'est la psychose, et plus particulièrement la schizophrénie. Je me suis appuyée sur mes observations de Christian, qui participe au groupe de jeux vidéo et sera le fil conducteur de cet écrit. Je présenterai également l'accompagnement des patients au sein de l'hôpital de jour et du groupe thérapeutique *Call of Duty*<sup>®</sup>, dans le cadre de la thérapie institutionnelle.

Pour répondre à ma question centrale, il m'a ensuite fallu réfléchir aux outils que sont le jeu et les jeux vidéo en séance. Pour cela, ma réflexion s'est tout d'abord portée sur le jeu de l'adulte. Joue-t-il encore ? Et, s'il joue aux jeux vidéo, s'agit-il vraiment d'un jeu ? Quel serait alors l'intérêt thérapeutique de proposer des jeux vidéo à des patients ?

Dans une seconde partie, j'ai tenté tout d'abord de clarifier la notion de « jeu ». J'ai ensuite ré-abordé les jeux de l'enfant dans son développement pour pouvoir proposer une comparaison avec les jeux vidéo. Par une articulation théorico-clinique, j'ai ensuite réfléchi au matériel que nous utilisons en séance et à ce qu'il permet de proposer aux patients. Je me suis ainsi particulièrement intéressée à la façon dont les jeux vidéo mobilisent le corps du joueur.

Pour achever ma réflexion, il m'a enfin semblé primordial d'aborder la rencontre avec les patients. En quoi ce dispositif propose-t-il une rencontre thérapeutique ? Quel rôle le psychomotricien tient-il dans cette rencontre ?

Ainsi, au regard des éléments théorico-cliniques présentés, je réfléchirai et discuterai dans une troisième partie du cadre thérapeutique, de l'implication du psychomotricien dans la rencontre avec le patient et de la façon dont il peut amener le patient à faire l'expérience d'un jeu créatif et animé. Je terminerai cet écrit par mon vécu de cette expérience en tant que professionnelle en devenir.

Première partie

# **L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS À L'HÔPITAL DE JOUR**

# I. Les patients et leur vécu de la psychose.

## 1. Le suivi en hôpital de jour.

L'hôpital de jour est un lieu de soins « permettant l'hospitalisation à temps partiel des malades mentaux et offrant des possibilités de soins et de réadaptation à des patients capables de vivre dans la communauté et d'y conserver un hébergement de nuit. »<sup>1</sup> Celui dans lequel j'ai effectué mon stage accueille en ambulatoire des adultes souffrant de troubles psychiques et en particulier de psychoses. Ces patients vivent souvent à leur domicile ou en foyer, sont relativement stabilisés dans leur pathologie et nécessitent un accompagnement dans leur quotidien.

À leur admission, ils sont suivis par un médecin et un soignant référents qui assurent le lien avec l'équipe pluridisciplinaire. Ensemble, ils établissent un projet de soins individualisé. Les différents soignants (des psychiatres, infirmiers, médecins, ergothérapeutes, sociothérapeutes, psychologues et un psychomotricien) proposent différentes thérapeutiques qui participent aux soins dans le cadre d'une thérapie institutionnelle. Elle vise « à structurer et aménager les équipes soignantes psychiatriques de telle façon qu'elles soient aptes à la pratique de psychothérapies véritables qu'elles qu'en soient les modalités. »<sup>2</sup>

Ainsi, ces psychothérapies sont mises en place sur proposition des patients en réponse à leurs désirs ou sur indication des soignants, lorsque l'une d'entre elles semble particulièrement intéressante pour un patient. Ces thérapies peuvent se dérouler en individuel ou en groupe, au travers d'activités sportives, artistiques, expressives ou culturelles.

---

1 P. JUILLET, 2000.

2 <http://www.revue-institutions.com/articles/therapeutiquesinstitution.pdf>, p.4.

J'ai notamment pu assister aux rencontres entre les patients et le psychomotricien autour du jeu, par le biais des jeux vidéo. Pour comprendre ce qui se passe en séance, il me faut définir ce que sont les psychoses et quelles sont les problématiques de ces patients. Je parlerai notamment de Christian, atteint de schizophrénie, qui a participé au groupe de jeux vidéo. N'ayant pas eu accès aux dossiers des patients, je me baserai sur mes observations cliniques et sur quelques éléments biographiques nécessaires à la bonne compréhension du cas de Christian.

## 2. Les psychoses.

Selon Pierre ANDRE, les psychoses sont des maladies psychiatriques graves caractérisées par une perte de contact avec la réalité dont le malade n'a le plus souvent pas conscience.

Son principal symptôme est le délire. Il s'agit d'un ensemble d'idées fausses et de croyances envahissantes qui entraînent « l'adhésion et la conviction totale du sujet à ses idées délirantes, le malade préférant sa réalité intérieure plutôt que celle, extérieure, des autres »<sup>3</sup>. Il s'exprime au travers de nombreux thèmes, selon des mécanismes d'interprétation, d'intuition et d'imagination délirantes, des hallucinations (perceptions sans objet) et de l'automatisme mental (impression que quelqu'un contrôle ses pensées et ses actes). Le délire est systématisé si les idées sont ordonnées et cohérentes entre elles, ou au contraire non systématisé lorsque le délire ne suit aucune logique.

Parmi les symptômes de la psychose, Jean-Louis PEDINIELLI et Guy GIMENEZ ajoutent les troubles de l'identité. Ils se traduisent notamment par des « pertes de repères corporels, modifications de l'image du corps, sentiment d'avoir un corps poreux ou sans organes, incertitude concernant l'identité de genre (homme ou femme ?), méconnaissance de son patronyme et certitude de porter un autre nom, manière inappropriée de se désigner. »<sup>4</sup>

---

3 P. ANDRE, 2006, p.75.

4 J.L. PEDINIELLI, G. GIMENEZ, 2002, p.12.

Il existe des psychoses aiguës (bouffées délirantes aiguës) ou chroniques telles que la schizophrénie. Christian, âgé de soixante ans, souffre de cette maladie. Ce patient est accompagné depuis une quarantaine d'années à l'hôpital de jour.

Je me suis longuement questionnée sur sa pathologie et sur les soins qui lui étaient proposés. Afin de mieux comprendre son vécu et ses problématiques personnelles, je vais tout d'abord expliquer ce qu'est la schizophrénie avec l'exemple de Christian.

### 3. La schizophrénie : l'exemple de Christian.

La schizophrénie est une psychose chronique définie par Julien-Daniel GUELFY comme un « ensemble de symptômes psychiques diversement associés selon les cas, et dominés par la discordance idéo-affective, l'incohérence, l'ambivalence, l'autisme, des hallucinations et des idées délirantes mal systématisées. Ces troubles évoluent le plus souvent vers une dissociation psychique avec une profonde désorganisation, d'allure déficitaire, de la personnalité. »<sup>5</sup>

En 1911, Eugen BLEULER reprend les caractéristiques de ce qu'Emil KREAPLIN avait appelé la démence précoce, pour proposer le terme de schizophrénie : il met ainsi en avant le processus de séparation (*schize*) de la pensée (*phren*), qui se manifeste chez le sujet par la dissociation.

Les symptômes peuvent se manifester dans deux versants : un versant négatif où le schizophrène se coupe du monde par la dissociation et l'autisme, et un versant positif dans lequel le délire permet la reconstruction du monde et de son identité psychocorporelle. Dissociation, délire et autisme forment ainsi les trois symptômes principaux de la schizophrénie, bâtis sur un fond de discordance.

---

5 Cité dans P. ANDRE, T. BENAVIDES, F. GIROMINI, 2004, p.126.

### 3.1. Les dissociations et les discordances.

Eugen BLEULER parlait de dissociation, c'est à dire de séparation, de clivage de la vie psychique. Le terme de discordance a été plus tard proposé par Philippe CHASLIN pour évoquer l'idée d'un manque de cohésion dans le comportement du sujet.<sup>6</sup>

#### Les dissociations de la pensée et du langage.

L'ensemble du fonctionnement de la pensée est perturbé dans la schizophrénie. Sa dynamique s'en trouve atteinte avec un ralentissement des idées et des barrages soudains, tels que l'arrêt brutal du discours lié à la suspension des idées. La pensée est discontinue, avec un phénomène de « coq à l'âne » : le discours est abstrait, sans logique ou d'une logique irréaliste avec un rationalisme morbide. L'attention et la concentration sont également fluctuantes.

Ces difficultés de pensée rendent parfois le discours incompréhensible : il perd en spontanéité, les réponses sont pauvres et latentes. La sémantique peut être également atteinte, amenant le schizophrène à utiliser des néologismes et parfois à ré-inventer la syntaxe des phrases. Il peut également exister un refus de la relation au travers du mutisme ou d'un langage sans but de communication tel que les verbigérations (flot de paroles incohérentes).

Concernant Christian, son discours reste cohérent bien qu'il perde parfois le fil de la conversation. Son attention semble ainsi se relâcher par instant. Ses réactions et réponses face à l'interlocuteur sont pauvres et peu assurées. Il est peu dans la communication et s'exprime à voix basse.

---

<sup>6</sup> Il m'a semblé pertinent de distinguer dissociation et discordance, ces deux termes étant souvent confondus. Il serait cependant laborieux de vouloir traiter leurs signes cliniques séparément, aussi je les regrouperai dans la description suivante afin de faciliter la lecture.

### Les dissociations affectives.

Le schizophrène paraît souvent indifférent. Il est peu expressif ou semble perplexe. Ses conduites sont contradictoires, ses réactions inappropriées, fluctuantes avec une inadéquation entre l'expression émotionnelle et le contexte.

Christian se présente ainsi dans une attitude détachée. S'il laisse transparaître quelques émotions, elles s'expriment de façons très discrètes par de petits sourires ou des moues. De l'apragmatisme peut se manifester par un désintérêt pour l'activité et un appauvrissement moteur. Christian semble également dans un versant plutôt dépressif.

Ces dissociations affectives s'expliquent en particulier à cause de l'émoussement affectif et émotionnel. Le patient a des difficultés à percevoir ses émotions - même lorsqu'elles s'expriment - et celles des autres. En outre, il a « tendance à interpréter les stimuli émotionnels non dangereux ou ambigus comme étant menaçants. »<sup>7</sup>

C'est le cas pour Christian pendant certaines séances, en particulier un après-midi où nous jouions en deux équipes de deux joueurs<sup>8</sup>. Il faisait équipe avec le psychomotricien, et son équipe venaient de perdre. Lorsque le thérapeute exprima sa déception de leur échec, Christian expliqua ensuite, au bout de quelques minutes, « J'ai cru que vous alliez me frapper ! »

### Les dissociations psychomotrices et comportementales.

Le schizophrène peut avoir une gestuelle particulière, emprunte de maniérisme et de théâtralisme. L'engagement du corps dans la relation est surchargé de mimiques et d'ambivalence (gestes indécis, perte de spontanéité...).

---

7 ANNEHEIM N., MECHLER I., RIEG M., TREILLET L., 2012, p.32.

8 Dans la suite du texte, le terme de joueur utilisé dans le cadre des séances comprendra l'ensemble des patients et des soignants participant au groupe *Call of Duty*<sup>®</sup>.

Les mouvements peuvent être raides, peu adaptés à la réalité et donc peu harmonieux. Le comportement est très souvent marqué par le repli sur soi et l'inertie motrice.

Concernant Christian, j'observe peu de gestes superflus. Ils sont cependant lents et de faible amplitude. Christian semble inhibé dans sa motricité : lorsqu'il entre dans la salle et s'installe, son corps semble inerte. Lorsque nous organisons l'espace pour commencer la séance, il a besoin de quelques instants avant de se déplacer. Il manifeste une perte d'initiative motrice, non iatrogène. Nous devons parfois le lui faire remarquer pour qu'il se mette en mouvement.

Le manque de cohérence du sujet dans son comportement peut donner une impression d'étrangeté. Cette impression est liée aux bizarreries (illogismes, rires immotivés...), à l'ambivalence (exprimer deux choses contradictoires en même temps), à l'impénétrabilité (comportement énigmatique, discours ou comportements indéchiffrables) et enfin au détachement de la réalité (repli sur soi, rêveries, absence de communication...).

### **3.2. Le délire.**

Chez le schizophrène, le délire est généralement non systématisé, indépendant de l'humeur et permanent bien qu'il n'en parle que rarement. C'est un délire polymorphe dans ses thèmes, notamment ceux d'influence (impression qu'on lui impose des pensées, des sentiments ou des actes) et de dépersonnalisation (dysmorphophobie, angoisse de morcellement, troubles de l'identité). Le schizophrène est également sujet aux idées de persécution, de référence, de filiation et de possession. Il peut aussi être sujet d'idées mystiques, mégalomaniaques et hypocondriaques. Le délire provoque des angoisses majeures parfois accompagnées de comportements auto et hétéro-agressifs.

Il existe différentes formes de schizophrénie. Christian est atteint de la forme paranoïde.<sup>9</sup> Dans son cas, le délire prend le plus souvent la forme d'idées de persécution et d'influence, qui le poussent à se couper de la vie sociale en restant chez lui. Il accepte cependant de se rendre à l'hôpital de jour pour se soigner, mais refuse les traitements médicamenteux.

Dans ce type de schizophrénie le délire se manifeste souvent par des mécanismes multiples : interprétations et intuitions délirantes, ainsi que des hallucinations psychiques avec automatisme mental. Christian est particulièrement sujet à ce phénomène et il a l'impression qu'on s'introduit dans ses pensées en les répétant, qu'une voix intérieure de femme lui parle constamment. Cette voix semble se manifester plus particulièrement du côté gauche.

L'assurance de son espace personnel peut ainsi lui redonner une sécurité interne. L'espace situé à sa gauche semble l'inquiéter. La présence de l'autre lui est difficile : assimile-t-il les voix qu'il entend à celui qui se trouverait à côté de lui ? Ressent-il un risque de confusion avec l'autre ? Il faut noter que l'espace, dans sa définition, est une étendue indéfinie, un volume qui contient et entoure les objets, mais est également une distance qui sépare de l'autre et qui permet de s'en différencier.

Ainsi, la psychose menace l'être de morcellement, de dislocation, d'éclatement. En particulier, la schizophrénie paranoïde provoque de fréquentes expériences de dépersonnalisation, de transformations corporelles internes et externes, le sentiment de devenir un autre... Aussi, l'une des hypothèses de la formation du délire est qu'il permettrait au patient de lutter contre l'angoisse en se reconstruisant une unité et une identité.

Il me faut cependant souligner que les patients de l'hôpital de jour sont pour la plupart stabilisés et sortis des crises délirantes. Le but est alors de pouvoir les accompagner après ces crises, aiguës ou chroniques, pour les aider à

---

<sup>9</sup> Il faut différencier le délire de la schizophrénie paranoïde au délire paranoïaque, qui est systématisé, en corrélation avec l'humeur et le plus souvent interprétatif.

avancer dans leur vie : il s'agit d'aider les plus jeunes dans l'acceptation de la maladie qui est souvent longue et douloureuse. Pour les plus âgés, comme Christian, il s'agit également de leur permettre de vivre et de vieillir avec leur maladie.

### **3.3. Les traits autistiques.**

Les traits autistiques correspondent à une perte de contact avec la réalité qui se manifeste par l'apragmatisme, l'indifférence à la communication et la prédominance de la vie intérieure sur la réalité. Le schizophrène préfère alors ses rêveries à ce qui l'entoure. La relation est peu recherchée et il peut fuir le contact oculaire. En séance, Christian est souvent de nature discrète. Il s'installe un peu à l'écart du groupe. Christian conserve difficilement le regard qui s'accroche au nôtre puis repart aussitôt pour y revenir ainsi plusieurs fois. Régulièrement, Christian me scrute ainsi de plusieurs coups d'œil, sans raison apparente.

Les manifestations de ces traits autistiques ont un grand retentissement sur la vie affective et socio-professionnelle des personnes souffrant de schizophrénie. Concernant Christian, il est particulièrement isolé. Il ne travaille pas et limite ses rapports à l'autre. Christian ne sort de chez lui que pour venir aux groupes de jeux vidéo auxquels il participe à l'hôpital de jour.

Comme il refuse les médicaments, il faut donc passer par d'autres types de soins et notamment par la psychomotricité. Pourquoi ce patient qui ne supporte pas d'être en groupe parvient-il à venir dans les groupes de jeux vidéo ? Avant d'aborder plus avant l'accompagnement de ce patient, il me paraît nécessaire de redéfinir la psychomotricité et la particularité de son approche.

## II. La psychomotricité.

### 1. L'articulation entre le corps et la psyché.

La psychomotricité est la relation qui témoigne du lien entre le corps et la psyché, entre le mouvement et l'aspect neuropsychologique. Christian BALLOUARD l'a définie comme constituant « l'ensemble des phénomènes qui témoignent de l'inscription dans le corps de processus psychiques et plus particulièrement au niveau du mouvement, des attitudes, des positions, des mimiques. »<sup>10</sup>

### 2. La pratique psychomotrice.

Il s'agit donc, en thérapie psychomotrice, de la rencontre de deux psychomotricités : celles d'un soignant et d'un patient ayant chacun leur expressivité, leur rapport au monde, aux autres et à eux-mêmes.

Christian BALLOUARD explique en particulier que « la spécificité du psychomotricien réside dans l'attention qu'il porte aux manifestations corporelles et à leurs significations, ainsi que dans l'établissement d'un "dialogue" corporel. L'intervention se situe au niveau de l'unité de la personne et cherche à modifier l'attitude de celle-ci par rapport à son corps pour tenter d'établir, de rétablir, de maintenir et d'enrichir les rapports de l'individu avec lui-même, avec autrui et son environnement. Son domaine est donc celui de la vie psychique, à travers et par la mise en œuvre du corps en mouvement, en expression et en relation. »<sup>11</sup>

---

10 C. BALLOUARD, 2008, p.5.

11 *Ibid*, p.6.

### 3. Les outils du psychomotricien et ses compétences.

Ainsi, le corps du psychomotricien est son premier outil, dans ses composantes expressives et sensorielles. C'est un corps vécu et senti, un corps communiquant avec celui de l'autre. Par ce langage commun, le psychomotricien cherche à comprendre ce que cet autre exprime de lui. Il s'agit ensuite de pouvoir accompagner le patient dans le processus de symbolisation de son vécu pour lui permettre de retrouver une harmonie psychocorporelle.

Catherine POTEL évoque trois clés de voûte dans la pratique du psychomotricien : son corps, sa psyché et sa créativité. Cette dernière composante, au profit de l'expression humaine, lui permet de se forger des outils et de créer des dispositifs thérapeutiques originaux pour parvenir à rencontrer et accompagner le patient dans sa singularité.

« Les psychomotriciens ont souvent, dans leurs expériences antérieures à leur formation, ou dans leurs investissements parallèles à celle-ci, une activité créatrice "forte" : musique, danse, sport, équitation... et certains d'entre eux vont utiliser cette compétence qui leur est personnelle, dans un champ thérapeutique. »<sup>12</sup>

Ces compétences utilisées à des fins thérapeutiques sont le plus souvent appelées des médiations. Ce sont des outils, des techniques, des supports qui permettent de créer un espace intermédiaire entre le patient et le psychomotricien, un espace dans lequel une rencontre peut avoir lieu. Mais elle n'est pas un prétexte à la relation, comme le rappelle Catherine POTEL, car cette médiation est investie pour elle-même et elle prend ainsi toute sa valeur symbolique.

---

12 C. POTEL, 2010, p.367.

#### 4. La psychomotricité à l'hôpital de jour.

Au sein de l'institution, le psychomotricien assure des consultations en individuel au cours desquelles il propose différentes techniques de relaxation et d'expressivité du corps. Ces temps permettent aux patients de redécouvrir leurs sensations, peu investies, peu analysées, le corps étant souvent considéré comme persécutant ou envahissant. Il s'agit alors de participer à une réorganisation de leur vécu pour leur permettre de se poser, de se détendre. L'objectif est ensuite de les amener à une réconciliation avec leur histoire corporelle et à une parole, une mise en sens du ressenti. La thérapie psychomotrice est ainsi considérée par le psychomotricien comme un temps « de corps et de paroles sur le corps ».<sup>13</sup>

À l'hôpital de jour, j'ai pu observer et participer à un groupe thérapeutique de jeux vidéo. Il ne s'agit pas d'un groupe de psychomotricité à proprement parler, mais d'un groupe thérapeutique proposé par un psychomotricien. Il a ainsi choisi de remobiliser les patients dans leur vécu par cet outil qui « provoque le corps »<sup>14</sup>. La singularité de cette rencontre m'a interpellée.

### III. **Les jeux vidéo comme outil du psychomotricien ?**

#### 1. Les jeux vidéo à l'hôpital de jour.

Il y a une dizaine d'années, après avoir beaucoup réfléchi à la question des écrans et des jeux vidéo, le psychomotricien de l'hôpital de jour proposa de les utiliser comme outils thérapeutiques. Les séances se déroulaient dans les

---

<sup>13</sup> Citation de L. COULON.

<sup>14</sup> *Ibid.*

premiers temps en individuel. Pour expérimenter un projet de jeu en groupe, le psychomotricien proposa aux patients de s'essayer aux jeux vidéo dans la salle commune de l'établissement. C'est un lieu convivial et de partage dans lequel sont régulièrement organisés des événements. Pour la plupart des patients, il s'agissait de leur première expérience vidéoludique\* <sup>15</sup>. Depuis, plusieurs groupes de jeux se sont mis en place.

Celui auquel je participe a été créé en septembre 2012. Les patients avaient alors choisi de jouer aux jeux de la série *Call of Duty*<sup>®</sup>. Il s'agit de patients qui ne s'intéressent souvent pas aux autres activités plus « classiques » de la thérapie institutionnelle et souvent pour qui il a déjà été question des jeux vidéo au cours de leur histoire. Ce groupe favorise ainsi leur admission dans l'établissement, leur rencontre avec l'autre et leur remobilisation dans un dispositif de thérapie par le jeu. Ils sont accompagnés à titre individuel par le psychomotricien, qui leur permet ainsi de reprendre avec eux leur vécu du groupe, du jeu et de leurs expériences en dehors du groupe.

Afin de comprendre comment fonctionne ce groupe, il me faut en premier lieu expliquer ce que sont les jeux vidéo et plus particulièrement ceux que nous utilisons en séance.

## 2. Les jeux vidéo.

« Jouer à un jeu vidéo, c'est non seulement regarder un écran, commander un personnage et évoluer avec lui dans un monde virtuel, mais aussi résoudre un problème, traiter de l'information, prendre des décisions, rencontrer des situations nouvelles, réfléchir d'une certaine façon. »<sup>16</sup>

---

15 Les mots suivis d'une étoile se trouveront dans le lexique à la fin de ce mémoire, réalisé grâce au « *Vocabulaire du jeu vidéo* » de Y. PERRON, 2012.

16 B. VIROLE, 2003, p.11.

## 2.1. Définition et classification.

Les jeux vidéo sont tout d'abord des images avec lesquelles on peut jouer. La définition de Benoît VIROLE me paraît intéressante pour comprendre ce qu'est un jeu vidéo :

« Une application ludique de la réalité virtuelle\*. Les mondes de la réalité virtuelle sont composés d'images numériques présentées à l'écran et de sons entendus dans des hauts parleurs ou les casques audio. Ils simulent des espaces géographiques dans lesquels le joueur se projette au travers d'un objet numérique. »<sup>17</sup>

Ces jeux nécessitent ainsi l'utilisation des outils informatiques. Ils demandent en particulier une console\* (*PlayStation*, *Xbox*, *Wii*, ordinateur...) associée à un contrôleur (manette, clavier, *joystick*...) et un support (disque, cartouche\*) sur lequel se trouve le jeu vidéo à proprement parler.

Il existe de nombreux genres de jeux vidéo et il est difficile de proposer des classifications fiables. La première établie par Bernard JOLIVAT en 1994 comportait six catégories : jeux d'aventures, de rôles, d'actions, de réflexions, de simulations et de stratégies. Mais comme le précise Benoît VIROLE, une classification « comporte des zones de recouvrement (par exemple, les jeux de stratégies sont aussi souvent des jeux d'action). Elle privilégie également le contenu (le thème du jeu) sur la forme. »<sup>18</sup> Une unique classification ne saurait dès lors rendre compte de la diversité des jeux vidéo.

---

17 Site personnel de Benoît VIROLE, rubrique « Article et documents », Cyberpsychologie, « Psychothérapie et réalité virtuelle » : <http://virole.pagesperso-orange.fr/>

18 B. VIROLE, 2003, p.23.

## 2.2. Petit historique des jeux vidéo.

Il est difficile de définir à quand remonte la création du tout premier jeu vidéo. Au départ, ils faisaient partie d'une recherche purement scientifique. On peut cependant citer *OXO* créé en 1952 qui simulait un jeu de morpions et le fameux jeu de *Pong*<sup>19</sup>, édité en 1972, considéré comme l'un des premiers grands succès des jeux vidéo. À partir de ce moment, les jeux vidéo sont devenus une véritable industrie.

À ces premières heures, les consoles étaient trop chères pour appartenir à des particuliers et les joueurs se rendaient dans des magasins spécialisés qui utilisaient des bornes d'arcades\*. Les premières licences de jeux sont nées à cette période, notamment avec *Pac-man* ou *Space invaders*. Devant la diminution du prix des composants électroniques, les consoles de salon\* ont commencé à se répandre chez les particuliers. Les avancées techniques ont permis la fabrication de nouvelles consoles à chaque fois plus performantes, jusqu'aux consoles portables\* qui nous permettent aujourd'hui de jouer n'importe où. Dans le cadre du groupe vidéo, nous utilisons une Xbox 360 dont les premières sont sorties en 2005.

## 2.3. Quelques chiffres.

D'après le Syndicat National du Jeu Vidéo, les jeux vidéo sont le premier bien culturel en France. Ainsi, il y a fort à parier qu'ils fassent partie du quotidien de certains de nos patients.

En 2013, le pays comptait 31 millions de joueurs, dont 61 % de se disaient joueurs réguliers. Si leur profil était majoritairement masculin, la population de joueuses connaît une forte hausse et on compte à présent 52 % de femmes.

---

<sup>19</sup> *Pong* est un jeu inspiré du tennis de table qui se jouait au départ sur un oscilloscope. Une « balle » se déplace de part et d'autre d'une ligne partageant l'écran en deux, et deux raquettes symbolisées par des barres permettent de renvoyer la balle dans l'autre camp.

Aujourd'hui, contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'âge moyen du joueur est de 41 ans. Il ne cesse d'augmenter grâce à un marché du jeu vidéo qui cible ses produits vers les adultes : l'utilisation des réseaux sociaux donne une nouvelle dimension aux jeux vidéo, l'accessibilité et la pratique « nomade » se développent grâce aux consoles portables et de plus en plus de foyers sont équipés.

Une pratique culturelle aussi importante mérite que l'on s'intéresse à l'usage qui peut en être fait, aussi bien par les patients dans leur vie de tous les jours que dans la pratique des soignants. Concernant les jeux qui nous intéressent dans ce mémoire, à savoir *Call of Duty*<sup>®</sup>, il s'agit de jeux de tir\* qui peuvent être classés dans la catégorie des jeux d'action. Lorsqu'ils permettent le jeu en équipe, ils peuvent également être assimilés aux jeux de stratégies. Je vais présenter plus spécifiquement cette série de jeu.

### 3. La série des jeux *Call of Duty*<sup>®</sup>.

*Call of Duty*<sup>®</sup>, l'« Appel du devoir », est un jeu de tir en vue subjective\* (voir annexe 1, page 87). Il met en scène des personnages dans un contexte de guerres historiques ou fictives. La série comprend une dizaine de jeux dont le premier est sorti en 2003. Dans le cadre du groupe, nous avons notamment à notre disposition les *Call of Duty*<sup>®</sup> : *World at War*, *Modern Warfare 3*, *Black Ops* et *Black Ops II*.

Le jeu propose des parties à un seul joueur, en campagne\*, qui lui propose d'évoluer dans une histoire scénarisée. Nous n'utilisons pas ce mode de jeu\* qui ne permet pas de jouer à plusieurs en même temps, et préférons pour cela privilégier les parties en multijoueur\* : les joueurs peuvent ainsi jouer ensemble en même temps. Elles se déroulent en dehors du scénario et proposent des missions indépendantes les unes des autres sous forme de matchs. L'écran peut se diviser\* en deux, trois ou quatre portions selon le nombre de joueurs.

Chacune de ces parties correspond au champ de vision du personnage, aussi appelé avatar\*, que le joueur contrôle grâce à sa manette (voir annexe 2, page 88).

Dans ces parties indépendantes, le but du jeu n'est donc pas de terminer l'histoire mais de remporter des matchs. La victoire revient au joueur qui aura gagné le plus de points. La manière d'obtenir ces points dépend du mode de jeu choisi. Il s'agit du fonctionnement appliqué à une partie de jeux vidéo, représentant des réglages spécifiques proposé dans les options du jeu. Ce mode de jeu détermine ainsi les enjeux de la partie et les conditions de la victoire. Nous en utilisons quatre en particulier.

« Mêlée générale » : dans ce mode de jeu, chacun joue pour soi, le but étant de marquer des points en réalisant des *frags\**, c'est-à-dire en « tuant » les autres personnages du jeu. Il peut s'agir de duels, de parties à trois et plus souvent à quatre joueurs. Des alliances temporaires sont parfois improvisées entre les joueurs durant ces parties.

Les trois autres modes de jeux s'organisent en équipe de deux ou de quatre joueurs. Dans le groupe, nous essayons ainsi d'instaurer une coopération et une communication entre les joueurs.

« Match en équipe » : dans ce mode de jeu, deux équipes s'affrontent. Elles peuvent être composées de deux joueurs ou de quatre joueurs face à un nombre égal ou supérieur de joueurs contrôlés par l'intelligence artificielle\* aussi appelés *bots\** (diminutif de robot). Comme dans le mode « mêlée générale », le but est de récupérer le plus de points possible en tuant les joueurs de l'équipe adverse.

« Domination » : le but ici est de marquer des points non pas en éliminant les adversaires mais en capturant trois drapeaux qui apparaissent sur la carte\*. Deux équipes de deux joueurs s'affrontent, et l'équipe qui conserve le plus longtemps les drapeaux gagne des points.

« Quartier général » : là également, deux équipes de deux joueurs s'affrontent pour être les premiers à atteindre le quartier général qui apparaît sur la carte. Les points sont attribués à ceux qui ont défendu le plus longtemps la position.

Outre le mode de jeu, le menu propose également d'autres réglages qui offrent une expérience de jeu très diversifiée. Il est ainsi possible de faire varier le nombre de joueurs dans la partie (entre deux et quatre) et d'ajouter des *bots*. La difficulté du jeu dépend du grade qui est attribué à ces *bots* (recrue, seconde classe, commando ou vétéran). Nous avons commencé par les grades recrue et seconde classe, et testons occasionnellement le niveau commando. Il est également possible de modifier le nombre de vies (une, trois ou illimitées) et de régler le « tir ami » (lorsqu'il est activé, le joueur peut toucher son coéquipier et doit être plus vigilant pour ne pas faire perdre son équipe). La partie débute après le réglage du temps de jeu, entre une minute cinquante et dix minutes, et de la carte dans laquelle les personnages vont évoluer.

#### 4. Le groupe *Call of Duty*<sup>®</sup>.

Je suis arrivée en septembre pour la seconde année du groupe *Call of Duty*<sup>®</sup>. Il s'agit d'un groupe fermé dans lequel les patients peuvent venir après avoir rencontré le psychomotricien. Christian en fait partie depuis sa création, et il est déjà bien familiarisé avec les jeux vidéo, auxquels il joue depuis les premiers groupes de l'hôpital de jour. En parallèle, il participe à d'autres ateliers de jeux vidéo dont certains proposent *Call of Duty*<sup>®</sup>. Cinq autres patients, dont quelques nouveaux participent à ce groupe du mardi. Je serai amenée à les évoquer dans la suite de ce mémoire et pour préserver leur identité je les appellerai respectivement Grégory, Laurent, Kilian, Richard et Xavier. Les séances ont lieu chaque mardi de 12 heures à 14 heures, avec une interruption au moment des vacances d'été.

#### 4.1. Le temps du repas.<sup>20</sup>

Les séances sont précédées d'un temps pendant lequel les patients et le psychomotricien déjeunent ensemble au self. Ils peuvent ensuite prendre un café dans la salle commune de l'hôpital. Ce temps préliminaire à la séance permet ainsi d'initier les échanges, de voir comment va chacun des patients, de parler les faire d'eux, puis de faire la transition entre les activités du matin et celles de l'après-midi. Les patients et le psychomotricien discutent également de ce qu'ils ont envie de faire pendant la séance et de ce qui s'est déroulé les fois précédentes. Le groupe se déroule ensuite en trois temps.

#### 4.2. Le temps d'accueil.

Les patients et le psychomotricien se réunissent dans son bureau à 12h30. C'est une salle de taille moyenne, sobre, à la lumière douce et chaleureuse. Elle comporte un bureau, des sièges et des matelas, des magazines sur les jeux vidéo et, dans un coin de la pièce, un grand écran de télévision. La console de jeux y est branchée, avec quatre manettes.

Nous prenons le temps de nous installer ensemble dans la séance : nous échangeons sur les expériences ludiques de chacun, les nouveautés à venir en matière de jeux vidéo, et les projets dans et en dehors du groupe (achat de consoles, de jeux...). Ce moment permet également d'accueillir les personnes qui n'ont pas pu être présentes pendant le déjeuner. Les vécus de chacun pendant leur semaine, qu'il s'agisse de conflits et angoisses, peuvent également s'exprimer à ce moment là.

Plus particulièrement, ce temps permet l'élaboration du tournoi annuel de *Call of Duty*<sup>®</sup> : il se déroule dans la grande salle commune au moment des fêtes de Noël et est ouvert à tout l'établissement. La thérapie institutionnelle est ainsi

---

<sup>20</sup> Je n'ai pas pu assister aux repas, mais je tâcherai de relater ces moments aussi fidèlement que possible.

véhiculée dans le groupe et ramène les patients aux événements de la vie (comme les fêtes de fin d'année et les animations dans la salle commune de l'établissement...). Il s'agit également de ramener les patients du groupe dans le quotidien de l'institution : dans ce tournoi, les patients ont ainsi pu former des binômes avec d'autres personnes de l'établissement, aussi bien patients que soignants.

Ensuite, nous décidons comment nous allons jouer pour cette séance. Le psychomotricien s'intéresse à l'avis de chacun et en particulier à celui de Christian qui a de grandes difficultés à faire un choix. Il nous faut savoir à quel *Call of Duty*<sup>®</sup> jouer, généralement *Black Ops* car nous le connaissons bien, et avec quel mode de jeu. Celui-ci pourra changer en cours de séance selon les envies du groupe.

Les patients installent ensuite les quatre chaises en arc de cercle face à la télévision : c'est l'espace des joueurs. Cet espace est un intermédiaire entre celui des spectateurs placés à l'arrière des joueurs et très présents dans la séance, et l'écran de télévision matérialisant l'espace de jeu dans le monde virtuel\*. Concernant Christian, il a particulièrement besoin de garder les mêmes repères qui lui assurent une certaine stabilité : il a sa place assise dans l'espace des joueurs et sa place sur l'écran dans l'espace de jeu.

Enfin, pour des questions d'hygiène, le groupe se désinfecte les mains avant d'utiliser les manettes. Ce geste permet aux joueurs d'éveiller les sensations et la prise de conscience de cette partie du corps qui permet de faire bouger le personnage à l'écran. La sensori-motricité manuelle est très sollicitée pendant le jeu.

### 4.3. Le temps du jeu.

Deux ou quatre joueurs, aussi bien patients que soignants, peuvent ensuite prendre place en face de l'écran et choisir leur avatar. Les patients qui étaient présents l'an passé comme Christian ont chacun un avatar personnalisé. Cette étape est rendu possible grâce aux différents réglages du menu de création des personnages (le choix de l'équipement, de l'arme principale et de l'arme secondaire, généralement des armes à feu, et également la personnalisation de l'apparence). Les nouveaux membres du groupe créeront leur avatar au cours de l'année. Pour faciliter les procédures à l'écran, chaque manette est associée à un avatar pour toute la séance. Les spectateurs qui jouent par la suite sont donc invités à choisir l'un des avatars déjà sélectionnés.

À la rentrée, il s'agissait avant tout de permettre la formation d'un nouveau groupe avec les patients qui venaient de l'intégrer (tels que Xavier et Richard). Il s'agissait également de rappeler que nous étions réunis autour d'un jeu et d'apprendre aux nouveaux à jouer à *Call of Duty*<sup>®</sup>. Le groupe est bienveillant envers chacun de ses membres, et les joueurs tournent régulièrement en laissant ainsi des pauses aux patients. Les premières parties en début de séance sont ensuite devenues des temps d'entraînement qui permettent aux patients de retrouver leurs repères et de s'immerger dans le jeu. Les matchs se succèdent et se complexifient au fur et à mesure des défis que se lancent les patients et le psychomotricien.

Pendant le jeu, à moins qu'il n'en soit décidé autrement, les spectateurs doivent veiller à ne donner aucun indice sur la position des joueurs sur la carte pour n'avantager personne. En revanche, ils sont invités à s'exprimer pendant et à partager la partie avec les joueurs.

À la fin d'une partie, les joueurs et les spectateurs peuvent échanger leurs places. Une revanche peut également être réclamée par les perdants.

#### 4.4. La fin de séance.

Chacun peut prendre le temps de sortir du jeu. Nous revenons sur les parties, leur déroulement, les difficultés rencontrées et les émotions traversées. La mise en mots permet ainsi une prise de distance et une élaboration du vécu du patient, peu ressenti et peu analysé du fait de la psychose. L'objectif est ainsi de remobiliser un vécu corporel qui ne soit pas perçu comme envahissant et angoissant. En effet, le jeu vidéo provoque le corps et permet de redécouvrir certaines sensations. Il faut accompagner les patients dans l'organisation de leur vécu en passant notamment par la mise en mots. Les séances donnent ainsi aux patients un temps et un espace dans lesquels le vécu peut s'exprimer et trouver du sens.

Pour bien comprendre ce qui se déroule en séance de psychomotricité, il me semble important de replacer les jeux vidéo par rapport à l'ensemble plus général que constitue le jeu, outil indispensable dans ma pratique future de psychomotricienne.

Seconde partie

**LES JEUX VIDÉO,  
DES JEUX !?**

# I. Le jeu et son développement.

## 1. Définir le jeu.

Selon le Petit Robert 2011, l'étymologie du mot « jeu » vient du latin *jocus* signifiant badinage, plaisanterie. Il y est défini comme une « activité physique ou mentale purement gratuite, qui n'a, dans la conscience de la personne qui s'y livre, d'autre but que le plaisir qu'elle procure ».

Pour compléter cette définition, j'ajouterai que jouer, c'est d'abord se plonger dans un certain état d'esprit « ludique ». Alors, tout peut devenir jeu : la balle, le jeu de société ou encore les jeux vidéo peuvent en être les supports. Cependant, ils ne constituent pas le jeu en eux-mêmes. Le bâton peut devenir épée ou cheval, mais dès la fin du jeu il redevient bâton. Selon Mathieu TRICLOT, maître de conférence en philosophie, « l'activité "jouer" définit l'objet "jeu". »<sup>21</sup> C'est ainsi le joueur qui fait le jeu et non son support.

Le philosophe, en reprenant Roger CAILLOIS, rappelle les six critères qui définissent le jeu et qui me paraissent illustrer cet état d'esprit ludique : il est libre donc sans contraintes, séparé dans un espace et un temps donnés, incertain puisque l'on n'en connaît pas l'issue, improductif, fictif et soumis à des règles qui suspendent les lois ordinaires.<sup>22</sup>

Si notre langue française se contente d'un seul mot pour parler du jeu, l'anglais le distingue en deux aspects définis par Donald W. WINNICOTT : le *play* et le *game*. Le *play* correspond au jeu qui se déploie librement.<sup>23</sup> Fabien JOLY regroupe plus particulièrement dans le *play* les jeux spontanés, imaginaires et

---

21 M. TRICLOT, 2011, p.24.

22 *Ibid*, p.46.

23 Préface de J.B PONTALIS in D.W. WINNICOTT, 1971, p.8.

symboliques.<sup>24</sup> Quant au *game*, il s'agit des jeux réglés tels que les jeux sportifs ou de société.

Dans les stades du développement du jeu chez l'enfant, étudiés par Jean PIAGET, les jeux de *play* comportent en particulier les jeux sensori-moteurs et symboliques, tandis que les jeux de *game* correspondent plus particulièrement aux jeux sociaux. Il me faut à présent comprendre comment se développent ces différents jeux au cours de l'enfance pour pouvoir ensuite les comparer aux jeux vidéo.

## 2. Le jeu dans le développement de l'enfant.

### 2.1. L'éveil aux premiers jeux dans les interactions.

Comme le montre Drina CANDILIS-HUISMAN dans son écrit « *Tendresse et passion dans les jeux corporels mère-enfant* », la fonction ludique se développe chez l'enfant au contact de ses parents. En effet, si le bébé n'est tout d'abord pas en capacité de jouer, c'est au travers des interactions précoces que se mettent en place les premiers éléments ludiques. L'auteur considère ainsi que « c'est la mère<sup>25</sup> qui tient le rôle d'initiatrice (...). C'est d'elle aussi que dépend l'extinction du jeu. »<sup>26</sup>

Ces premiers jeux initiés par les parents commencent tout d'abord dans les interactions corporelles, appelées *holding* et *handling* par Donald W. WINNICOTT. Le *holding* désigne la façon de porter l'enfant physiquement aussi bien que psychiquement au travers des représentations des parents. Dans ce *holding*, les premiers jeux se dessinent dans les bercements et le portage. Quant au *hand-*

---

24 F. JOLY, 2003, p.11.

25 La mère sera considérée, tout au long de ce mémoire, comme la personne associée à la fonction maternante.

26 D. CANDILIS-HUISMAN, « Tendresse et passion dans les jeux corporels mère-enfant », in F. JOLY, 2003, p.117.

*ling*, il s'agit de la façon de toucher l'enfant, de lui prodiguer les soins quotidiens. Lorsque les échanges ludiques sont adaptés, l'enfant réagit par des mimiques, une orientation du corps ou un sourire que le parent interprète comme une invitation à poursuivre le jeu. L'adulte donne ainsi très tôt un sens ludique aux réactions de l'enfant.

Au cours du troisième trimestre de son existence, le bébé devient capable de reconnaître les signes annonciateurs des interactions ludiques (dans le regard, la voix...), d'anticiper et de réagir en fonction de ses envies et besoins : il peut accepter ou refuser plus efficacement les stimulations que lui propose sa mère, grâce à ses progrès moteurs qui lui permettent de réguler la distance entre eux. L'enfant se protège en même temps qu'il se prend au jeu avec elle. Il devient ainsi acteur du jeu, capable de le prolonger ou de l'écourter. Il sait aussi l'initier en reprenant des expériences ludiques pour les rejouer lui-même et se les approprier.

L'échange se structure alors dans un aller et retour ludique entre la mère et l'enfant, dans une forme « d'accordage affectif »<sup>27</sup> qui influence réciproquement leurs affects. Dans ce processus, les jeux se complexifient et se ritualisent. Le rire apparaît en parallèle des réactions ambiguës : il s'agit par exemple des jeux de « coucou », qui mêlent la peur au moment de la disparition de l'objet ou du visage, et le plaisir de le voir réapparaître. Des jeux comme celui-ci permettent à l'enfant de maîtriser l'angoisse de la disparition.

Ces interactions précoces au travers des soins et du jeu sont donc nécessaires pour assurer la sécurité du tout petit. Il a besoin d'être porté, soigné et pensé par ses parents qui l'aident à se représenter comme un être existant, agissant et individualisé. Ainsi sécurisé, l'enfant pourra peu à peu se détacher de ses parents pour explorer le monde et ses propres capacités à jouer. Pour cela, l'enfant doit ainsi traverser certaines étapes dont la première est l'expérience du corps propre dans les jeux sensori-moteurs, de la naissance à deux ans.

---

<sup>27</sup> Terme proposé par Daniel STERN, cité in N. OUBRAYRIE-ROUSSEL, H. RICAUD-DROISY, C. SAFONT-MOTTAY, 2008, p.78.

## 2.2. Les jeux sensori-moteurs.

Cette expérience du corps propre se fait au cours du développement psychomoteur de l'enfant. Les mouvements involontaires, au départ fruits du hasard, deviennent peu à peu conscients. Au troisième mois, la main passe dans le champs de vision de l'enfant et de nombreuses sensations viennent se corréliser les unes aux autres : perception visuelle de la main, sensation de l'étirement de la peau et du déplacement dans l'espace aérien, proprioception qui permet de sentir le mouvement... À force de répétitions et d'expérimentations, l'enfant va comprendre que c'est *sa main* qu'il fait bouger.

La coordination visuo-haptique entre l'œil et la main devient peu à peu efficiente avec les progrès sensori-moteurs. Elle permet à l'enfant de découvrir les propriétés des objets en les manipulant et en les explorant avec tous ses sens. Michael STORA parle alors d'une expérience de transmodalité lorsque les multiples informations recueillies se croisent. Les premiers jeux sensori-moteurs se forment, motivés par la découverte du plaisir du mouvement et de la sensation.

À partir de l'expérience du corps propre et de sa sensori-motricité, l'enfant va ainsi développer des schèmes de mouvement. Pour Jean PIAGET, il s'agit d'une structure correspondant aux actions qui, à force de répétitions en des circonstances semblables ou analogues, se généralisent ou se transfèrent à d'autres situations.<sup>28</sup> Ces schèmes permettent à l'enfant de comprendre son environnement et de s'y adapter. Pour cela, deux processus sont mis en jeu.

Le premier consiste à réagir à des événements nouveaux en utilisant des schèmes que d'autres événements ont permis de créer. C'est un phénomène d'assimilation. Un enfant pourra par exemple lancer son hochet d'une main : c'est le schème de base. Lorsqu'il trouvera un objet différent qu'il pourra lancer de la même façon, par exemple une cuiller, il pourra réutiliser le schème de base

---

28 J. PIAGET, 1966, p.11.

« lancer d'une main » : la cuiller sera alors assimilée à ce schème au même titre que le hochet.

Le second processus permet d'intégrer un nouvel événement en modifiant le schème de départ qui n'est pas adapté à cet événement : c'est l'accommodation. Imaginons que l'enfant veuille maintenant lancer un objet qu'il ne pourrait lancer d'une seule main, il devra transformer le schème de départ « lancer d'une main » pour modifier l'interaction avec cet objet, soit « lancer à deux mains ».

Ces deux processus accompagnent les premiers jeux sensori-moteurs. L'enfant va chercher à reproduire les expériences occasionnant une action intéressante. Petit à petit, il pourra quitter le monde de la sensorialité pour aller vers la symbolisation. Dès lors, l'environnement doit être stimulant pour permettre à l'enfant de découvrir ses capacités. Ainsi, l'adaptation à l'environnement, la pensée et les jeux d'exercices se développent sur la base du plaisir de l'expérience sensori-motrice, des essais et de la répétition.

### **2.3. Les jeux symboliques.**

À partir du plaisir de l'action et de l'expérimentation, l'enfant entre dans le stade pré-opératoire aux alentours de la deuxième année de vie et le symbolisme se met en place. Les gestes acquièrent tout d'abord un sens dans la communication et une expressivité. L'imitation se met ensuite en place : lorsqu'elle peut être différée, c'est-à-dire lorsque l'enfant parvient à reproduire le modèle en son absence, il s'appuie sur des représentations internes. L'enfant peut alors passer de l'acte à la pensée, du présent à l'absent. C'est à ce stade que la permanence de l'objet est fixée : l'enfant acquiert la certitude que l'objet existe toujours hors de son champ de vision.

La symbolisation a ainsi pu se mettre en place grâce à ce que le psychomotricien Fabien JOLY a appelé le « carrefour psychomoteur du jouer. »<sup>29</sup> Le jeu se trouve ainsi, selon lui, au croisement des apprentissages cognitifs et sensori-moteurs, de la curiosité, du plaisir du corps en relation à l'autre et à l'environnement, des affects et des représentations. Il cite par ailleurs René ROUSSILLON qui dénote l'importance de la symbolisation primaire, c'est-à-dire de l'intégration de la sensori-motricité par l'expérience du corps propre et la relation à l'autre.<sup>30</sup>

L'enfant acquiert ainsi la représentation mentale de l'objet, de l'autre, de l'espace, du temps et de la causalité. Il apprend à jouer avec ses représentations et à « faire semblant ». Il peut jouer avec l'objet, le détourner de ses fonctions pour créer en s'appuyant sur son monde interne. Bien que les jeux d'exercices peuvent subsister à cette période, les jeux symboliques ne reposent plus sur le simple plaisir de l'action mais sur la pensée, l'imaginaire, la fiction et l'identification. Le jeu permet ainsi de prendre une certaine distance vis à vis du réel pour pouvoir s'éprouver dans d'autres dimensions de la réalité.

#### **2.4. Les jeux sociaux.**

Si les jeux symboliques sont souvent déjà des jeux « sociaux », le rapport aux autres se développe plus particulièrement autour de la septième année dans les jeux à règles. Ces jeux utilisent à la fois les compétences sensori-motrices et intellectuelles. Les jeux sociaux commencent en général vers 4 ans, dans l'imitation des aînés, mais c'est à partir de 7 ans qu'ils sont le plus recherchés.

Ces jeux demandent une certaine maturité car ils imposent à l'enfant la contrainte des règles (créées par les enfants ou imposées d'emblée comme dans les jeux de société) qui instaurent les relations aux autres dans le groupe. Il s'agit alors de mettre en place dans ces jeux la compétition, la coopération et le *fair-play\**, un groupe d'enfants devant en affronter un autre. L'enfant, qui était

---

29 F. JOLY, 2003, p.11.

30 *Ibid.*

jusque là centré sur lui-même, est invité à se décentrer pour s'adapter au réel et au groupe. Les jeux sociaux et à règles sont ceux qui perdurent le plus souvent à l'âge adulte, les limites des jeux sensori-moteurs et symboliques ayant été atteintes.

Les jeux vidéo sont à la fois sensori-moteurs, symboliques et sociaux. Or le groupe *Call of Duty*<sup>®</sup> s'adresse à des adultes, des plus jeunes (Kilian, 20 ans, Grégory, 23 ans, Richard, 30 ans, Laurent, 30 ans) aux moins jeunes (Christian et Xavier, 60 ans). Quels intérêts trouvent-ils à ce type de jeux ? Pour y répondre, il me faut réfléchir à ce que signifie le jeu pour l'adulte et à ce que proposent les jeux vidéo.

## II. Les jeux vidéo, jeux exceptionnellement ordinaires.

### 1. L'adulte et les jeux vidéo.

Dans la société, le jeu de l'enfant est très souvent considéré comme futile. J'ai pu constater lors de mon second stage en cabinet libéral la difficulté de certains parents à accepter l'idée que leur enfant joue. Or nous privilégions le jeu spontané en séance. Lorsque les parents reviennent alors chercher leur enfant, ils demandent parfois d'un air inquiet « Tu as bien travaillé ? Tu as été sérieux ? ».

Cette opposition du jeu au travail et au sérieux n'est cependant pas nouvelle. Ainsi, au XX<sup>e</sup> siècle, Pierre JANET parlait d'une « activité inférieure et non adaptée au réel. »<sup>31</sup>

---

31 Cité par F. JOLY, 2003, p.14.

Il suffit pourtant d'observer l'attention, la concentration avec laquelle l'enfant joue pour se rendre compte du sérieux de son activité. Aussi, je reprendrais ainsi cette idée de Sigmund FREUD : « L'opposé du jeu n'est pas le sérieux, mais... la réalité. L'enfant distingue très bien son monde ludique, en dépit de tout son investissement affectif, de la réalité, et il aime étayer ses objets et ses situations imaginées sur des choses palpables et visibles du monde réel. Ce n'est rien d'autre que cet étayage qui distingue encore le jeu de l'enfant de la fantaisie. »<sup>32</sup>

D'autre part, de telles considérations reviendraient à dire que l'adulte ne joue plus. Or nous avons précédemment vu que certains types de jeux intéressent les adultes. Bien entendu, il ne s'agit pas pour l'adulte de jouer à n'importe quel jeu - ses pratiques ludiques ayant évolué - cependant, il continue de jouer. Et pourquoi jouerait-il encore, si ce n'est parce qu'il en ressent encore l'envie ou le besoin ?

Yann LEROUX considère deux types de motivations qui poussent une personne, enfant ou adulte, à jouer. Le jeu au sens du *play* satisfait une motivation intrinsèque : « L'intérêt et le plaisir que l'individu y trouve sont suffisants. C'est une motivation qui est fragile : ce qui est ressenti comme contrainte ou contrôle extérieur ont tendance à la faire baisser. »<sup>33</sup> Cette motivation correspond, de mon point de vue, à l'idée qu'on peut se faire du jeu de l'enfant.

Le deuxième type de motivation est la motivation extrinsèque qui permet de jouer dans le but d'en retirer des récompenses telles que l'honneur, l'argent, la reconnaissance des pairs... Cette façon de jouer est plus caractéristique de l'adulte qui cherche la performance à l'instar de son travail. Dans ce cas de figure, on pourrait d'ailleurs se demander s'il s'agit encore bien d'un jeu au regard de la définition de Roger CAILLOIS.

---

32 S. FREUD, 1908, p.34.

33 Y. LEROUX, 2012, p.39.

Concernant les jeux vidéo, qui intéressent tous les âges, c'est en particulier la motivation intrinsèque qui est privilégiée. Elle mobilise à la fois la curiosité, l'autodétermination<sup>34</sup>, la compétence et la conscience des buts à atteindre. Ainsi, Yann LEROUX explique que les jeux vidéo « permettent de vivre un état de *flow* dans lequel le joueur se sent à la fois compétent, autonome et efficace. »<sup>35</sup>

Le *flow*, terme de Mihály CSIKSZENTMIHALYI, est une expérience dans laquelle une personne focalise son attention sur une tâche qu'elle se sait capable de réaliser. Ce phénomène se produit dans les jeux vidéo lorsque le niveau de difficulté s'adapte aux compétences du joueur : « Les premiers niveaux sont très faciles puis les objectifs sont peu à peu mis juste au-delà de ce que le joueur sait faire habituellement. »<sup>36</sup> Le jeu fait ainsi « de la résistance », et comme le disait Michael STORA<sup>37</sup>, c'est lorsque le jeu résiste qu'il devient intéressant : le joueur peut ainsi progresser en surpassant ses capacités.

C'est ainsi que les jeux vidéo sont particulièrement valorisants pour les joueurs : ils leur donnent le sentiment d'avancer alors qu'ils stagnent dans leur vie quotidienne et, pour les patients, dans leur maladie. Ainsi, lorsque nous consultons le classement des joueurs à la fin d'une partie, les patients peuvent constater leurs progrès, voir leur position et l'évolution de leurs scores. Ils sont également fiers de battre un adversaire particulièrement adroit, et l'expriment chacun à leur façon : Richard va se lever et serrer les poings en s'exclamant à haute voix, quand Christian va simplement manifester des sourires retenus. « Il y a un enjeu : celui de gagner. Lorsque le jeu devient un enjeu, sa dimension narcissique émerge de manière évidente. »<sup>38</sup>

---

34 Par autodétermination, j'entends se sentir libre de faire ce qui est important pour soi. Elle dépend de la satisfaction de trois besoins fondamentaux : se sentir autonome, compétent et en relation avec d'autres. Les jeux vidéo répondent particulièrement à ces trois besoins.

35 Y. LEROUX, 2012, p.43.

36 *Ibid*, p.55.

37 Intervention de M. STORA aux étudiants de deuxième année de psychomotricité de l'UPMC, le 16 avril 2014.

38 M. STORA, 2009, p.135.

L'estime de soi est peu atteinte. En cas d'échec, il n'a pas d'impact sur la réalité, ne menace pas le joueur qui pourra à loisir retenter sa chance dans une prochaine partie. Les patients peuvent ainsi prendre confiance en leurs compétences. Les jeux vidéo mettent ainsi en scène une valorisation essentielle de la personne, peu encouragée dans notre société.

Les adultes semblent ainsi avoir investi les jeux vidéo au même titre que les enfants. Pour comprendre l'engouement qu'ils suscitent à tous les âges, il faut se pencher sur ce qu'ils proposent de rejouer. Les jeux vidéo sont ainsi des jeux sensori-moteurs, symboliques et sociaux.

## 2. Du jeu aux jeux vidéo.

### 2.1. Des jeux vidéo sensori-moteurs.

Les images des écrans sont souvent de deux types : celles que l'on reçoit passivement (la télévision) et celles dans lesquelles on peut agir (l'ordinateur ou la console de jeu). C'est ainsi que la particularité des jeux vidéo réside dans le fait de pouvoir manipuler un objet virtuel à l'écran. Le clavier ou la manette permettent de lui faire exécuter des actions simples, comme sauter ou marcher. Grâce à l'action de la main, le joueur peut ainsi agir dans l'image comme s'il y était.

Or je crois comme Serge TISSERON<sup>39</sup> que celui qui joue pour la première fois à un jeu vidéo, quel que soit son âge, est comme l'enfant qui vient au monde : il se retrouve dans un univers nouveau lui procurant des sensations inconnues, dans le corps d'un personnage virtuel qu'il n'a pas encore appris à contrôler.

---

39 S. MISSONNIER, M. STORA, S. TISSERON, 2006, p.8.

Pour pouvoir jouer, il doit avant tout intégrer la dimension sensori-motrice du jeu vidéo qui lui propose d'une part des excitations visuelles et sonores, et d'autre part la possibilité de les maîtriser, de les organiser. Serge TISSERON considère que « les espaces virtuels confrontent à des excitations multiformes que le joueur est invité à "traduire" en représentations signifiantes pour son avatar. C'est en cela que le bain d'excitation multiforme dans lequel il s'immerge évoque les premiers mois de la vie. »<sup>40</sup>

La première préoccupation du joueur est ainsi de parvenir à la transmodalité que j'ai déjà évoquée : ainsi, en identifiant les informations qui lui sont envoyées, il pourra leur donner du sens et ainsi s'adapter à la situation. Par exemple, j'ai compris que tel bruit me permet d'anticiper l'arrivée d'un ennemi : je me prépare alors à réagir. L'intégration des informations permet ainsi de se concentrer sur le jeu.

Xavier est un bon exemple de cette intégration. Il a des difficultés pour manipuler la manette et en même temps lire correctement l'image : il ne parvient pas à s'orienter dans l'espace, à jauger les distances... Il lui arrive également de se tromper d'écran ou de réagir à des événements qui se déroulent dans l'écran voisin. Les écrans demandent ainsi certaines compétences perceptives, notamment la capacité à repérer les informations pertinentes et à inhiber celles qui le sont moins. Ainsi, les autres joueurs ou les spectateurs doivent parfois venir le secourir lorsqu'il est « coincé » dans le coin d'une pièce ou contre un mur dont il n'arrive pas à s'extraire. Il n'arrive pas à se projeter suffisamment dans l'espace de jeu pour se le représenter, analyser la situation et manipuler correctement la manette.

Aussi, lorsque les informations sensorielles sont intégrées, il faut encore arriver à manipuler le personnage pour qu'il réagisse comme nous l'attendons car les mondes numériques répondent à une physique qui leur est propre. C'est, comme je viens de l'expliquer, l'une de principales difficultés de Xavier qui fait

---

40 S. MISSONNIER, M. STORA, S. TISSERON, p.10.

partie des nouveaux du groupe. Ses difficultés de manipulation sont en partie dues à une mauvaise coordination bi-manuelle et visuo-haptique. Il présente également des syncinésies dans les doigts lorsque les émotions viennent le déborder et il perd le contrôle de sa motricité fine, appuyant au hasard sur toutes les touches. Ainsi, de la même façon que l'enfant apprend à bouger, le joueur doit apprendre à faire bouger son personnage, à sentir la rapidité de ses mouvements, leur précision, leur direction dans l'espace...

Le joueur comme le bébé apprend dès lors par l'action. Des coordinations s'établissent, des schèmes se mettent en place. La main et l'œil explorent les images de la même façon que le bébé découvre son environnement. Pour reprendre l'expression de Michael STORA, la main devient alors la « métaphore du Moi, le but étant de tenir le monde dans son poing fermé. »<sup>41</sup>

## 2.2. Des jeux vidéo symboliques.

Avant d'être des jeux vidéo, il s'agit d'images qui proposent une interaction avec un objet virtuel. Pour comprendre en quoi ces images permettent le symbolisme, il me faut d'abord définir ce qu'est le virtuel.

« Le mot "virtuel" vient du latin *virtualis*, qui provient du mot *virtus* signifiant "disposition à une activité". Il existe chez l'être humain du virtuel psychique, qui n'est pas de l'imaginaire. Celui-ci renvoie à un objet qui n'existe pas, alors que le virtuel concerne l'ensemble de nos attentes et de nos représentations préexistantes à une rencontre réelle. Du coup, toute relation à un objet réel concret est toujours tendue entre deux pôles : un pôle virtuel fait de ces attentes et de ces préconceptions, et un pôle actuel nourri des perceptions liées au contact concret avec l'objet. Le virtuel numérique prend en relais notre virtuel psychique. »<sup>42</sup>

---

41 M. STORA, 2009, p.143.

42 J-F. BACH, O. HOUDE, P. LENA, S. TISSERON, 2013, p.49.

Au regard de cette définition, il me faut souligner que le virtuel est d'abord un phénomène inhérent à la vie psychique qui trouve sa source dans les interactions précoces. Le bébé, au cours de son développement, investit ainsi des objets présents, tels que la mère qui le porte, ainsi que des objets absents, dès lors qu'il a la capacité de se les représenter. Il s'agira dans mon exemple de la mère hors du champ de vision de l'enfant. Celui-ci cherchera alors à retrouver cet objet absent qu'il se représente et fantasme, mais qui peut finalement se révéler très différent de ce à quoi il s'attendait. C'est le cas lorsque le bébé appelle sa mère et qu'elle ne se montre pas disponible lorsqu'elle vient le voir.

La frustration provoquée par cet écart entre l'attente et la réponse permet l'instauration de l'imaginaire, car l'enfant va rechercher pour faire face à cette frustration une autre source de plaisir détachée de la réalité. Quant au virtuel, il permet une anticipation de la réalité, que la réalité actualise à son tour. Une boucle permanente entre virtuel et réalité se met en place. Ainsi, « nul n'entre dans le monde virtuel s'il n'a pas d'abord fait la preuve de sa capacité à se séparer du réel ! »<sup>43</sup> C'est de cette façon, il me semble, que les patients semblent prendre le jeu à l'écran pour ce qu'il est : un jeu purement fictif, non rattaché à la réalité.

C'est ainsi que les objets virtuels se forment et, parallèlement, que l'homme en est venu aux images puis aux écrans. « Il a aussi conçu les technologies et les sciences dans le but de confronter les représentations que son esprit se fait du monde à la réalité de celui-ci (...). Avec la réalité virtuelle, les représentations que l'homme se donne du monde acquièrent une apparence de réalité concrète et tangible. »<sup>44</sup> Les images, reflet du miroir jusqu'aux écrans, intéressent ainsi très tôt les enfants. Concernant leur exposition à ces écrans, il est bon cependant de respecter certaines règles de bon usage. Serge TISSERON a notamment beaucoup étudié la question avec l'Académie des sciences. Il a en particulier proposé la règle « 3-6-9-12 » afin d'orienter les parents vers une utilisation des écrans adaptée à chaque âge (voir annexe 3, page 89).

---

43 S. MISSONNIER, M. STORA, S. TISSERON, 2006, p.91.

44 J-F. BACH, O. HOUDE, P. LENA, S. TISSERON, 2013, p.101.

Les images des jeux vidéo sont donc des représentations qui prêtent à la symbolisation. En plus d'être acteur du jeu, le joueur est spectateur de ce qu'il produit sur l'écran : deux mouvements déploient, d'abord l'extériorisation de son monde interne dans l'espace de jeux, puis l'intériorisation de ce qu'il voit de son jeu sur l'écran. Comme le pensait Yann LEROUX, se placer en spectateur de ses actes est un facteur de symbolisation. Ces mouvements « aident ainsi le joueur à se donner des représentations de ses états psychiques. »<sup>45</sup> De même que la pâte à modeler utilisée par l'enfant pour créer dans la réalité ses images mentales, le jeu vidéo va ainsi servir de « pâte à modeler numérique »<sup>46</sup>. Le joueur met ainsi en image ce qu'il vit, ses angoisses, ses fantasmes, son agressivité, ses relations aux autres et la violence, qui ne sont souvent pas pensés, symbolisés et donc sans possibilité de les intégrer.

C'est ainsi que Christian, en choisissant de participer au groupe *Call of Duty*<sup>®</sup>, accepte de « jouer » avec sa paranoïa et avec ses angoisses. Il est ainsi persuadé que le monde entier lui en veut et va chercher à lui nuire. Il craint que tout ce qu'il dit aux autres patients lui soit reproché et qu'ils ne se vengent. Or, l'enjeu même de *Call of Duty*<sup>®</sup> est de *fragner* l'autre. Christian est ainsi capable de prendre une certaine distance vis à vis du jeu : il ne s'y sent pas agressé et prend du plaisir à jouer.

C'est dans ce cadre et à cette condition de « jeu » que peuvent se déployer les processus de représentation, de symbolisation du vécu. Il peut ainsi utiliser son avatar pour faire l'expérience des parts de lui-même qui l'inquiètent, peut-être pour mieux les intégrer. Christian ira ainsi peu à peu affronter ses peurs en allant se mesurer à l'autre. Parallèlement, il s'agit également de jouer dans un dispositif où la peur n'est pas là, car la voix de femme qu'il entend ne le dérange pas pendant qu'il joue. L'avatar permet dès lors de jouer ou de rejouer des expériences.

---

45 Y. LEROUX, 2012, p.65.

46 S. MISSONNIER, M. STORA, S. TISSERON, 2006, p.12.

En particulier, dans les jeux de guerre comme *Call of Duty*<sup>®</sup>, il est souvent question de cette représentation d'un passé historique qui a pu être vécu dramatiquement au sein des familles, et potentiellement transmis au cours des générations. Par conséquent, cette violence antérieure trouve difficilement sens aujourd'hui. Les patients évoquent d'ailleurs souvent cette question et certains sont dans une grande culpabilité à jouer avec ces jeux. Richard disait un jour « Ah ! Ce jeu est merveilleux, mais comment peut-on autoriser de jouer à la guerre ? » Parallèlement, le joueur décide des jeux (donc des images) avec lesquels il va jouer. Ainsi, les patients ont choisi les *Call of Duty*<sup>®</sup>. Il y avait sans doute ce besoin d'intégrer une certaine violence qu'ils ressentaient.

Ainsi, dans cet espace de jeu, et c'est également le cas chez l'enfant, le joueur peut laisser libre cours à ses conflits, sans crainte de répercussions de la part de l'environnement puisqu'il s'agit d'un jeu. C'est également tout l'intérêt de pouvoir sauvegarder sa partie dans les jeux vidéo, de pouvoir revenir à la situation précédente pour « réparer » les conflits qu'il a mis en jeu. Les actes seront donc sans conséquences. Le joueur se prête ainsi volontiers au jeu de la symbolisation et peut mettre la partie en pause à tout moment lorsque la tension devient trop importante. Cela arrive régulièrement en séance : lorsqu'un patient commence à déborder, le psychomotricien arrêtera quelques instants la partie pour mettre du sens sur ce qui est en train de se passer. Les jeux vidéo permettent ainsi de produire du sens, de créer de la symbolisation.

### **2.3. Des jeux vidéo sociaux.**

Comme le disait Yann LEROUX, « jouer à un jeu vidéo, c'est jouer avec quelques-uns et contre quelques autres. »<sup>47</sup> Il y a donc dans la rencontre entre les joueurs les idées de coopération, de compétition et de groupe. Le sentiment d'appartenance à ce groupe provoque un plaisir à être ensemble et une reconnaissance mutuelle : les joueurs ainsi s'entraident, mettent leurs compétences au service du groupe et transmettent leurs valeurs et leurs savoirs.

---

47 Y. LEROUX, 2012, p.58.

C'est ainsi que les plus expérimentés du groupe *Call of Duty*<sup>®</sup> tentent de guider ceux qui le sont moins. Dans ce type de dispositif, le rôle des spectateurs est également important. Ils participent en donnant des conseils et en ponctuant les séquences de leurs commentaires. Les liens s'approfondissent ainsi entre eux dans le partage de cette activité commune.

Cette organisation du groupe est particulièrement flagrante dans les jeux en ligne tels que les MMORPG\* (jeux vidéo massivement multijoueurs) où les joueurs se rencontrent dans le jeu et progressent ensemble. De plus, lorsque les joueurs ne jouent pas à des jeux en multijoueurs, ils partagent leurs expériences, leurs stratégies, leurs goûts... Et c'est ainsi que le joueur s'inscrit dans un groupe de pairs qui lui ressemble et avec qui il échange ses centres d'intérêt. En ce sens, le jeu vidéo rassemble, au même titre que le sport ou tout autre activité.

Ainsi, les jeux vidéo sont appréciés car ils proposent ensemble les différents types de jeux décrits par Jean PIAGET. Pour comprendre comment s'articule cet ensemble dans un jeu vidéo, il faut revenir à ce qui fait toute sa mécanique, à savoir le *gameplay*.

#### 2.4. Des jeux vidéo à règles et libres.

Un jeu vidéo est régi par ce qu'on appelle le *gameplay*, autrement dit la jouabilité. Ce terme de *gameplay* est ainsi une étroite alchimie entre les deux notions de *play* et de *game* de Donald W. WINNICOTT dont j'ai déjà parlé.

Ce *gameplay* font des jeux vidéo des jeux à règles dans lesquels l'interactivité du joueur avec la console et la liberté d'action sont déterminées à la création du jeu.<sup>48</sup> Il laisse aux joueurs un ressenti de son expérience vidéoludique dans la maniabilité, l'ergonomie et la difficulté du jeu, la fluidité

---

48 Y. PERRON, 2012, p.167.

des règles et les possibilités qui lui sont offertes. Cette association du *game* et du *play* peut être particulièrement efficace dans les jeux vidéo et provoquer un grand plaisir chez le joueur.

Le *gameplay* permet ainsi une grande interactivité entre le joueur et la console de jeu, c'est-à-dire dans le dialogue qui s'établit entre eux : la console de jeu propose une situation à l'écran que le joueur va analyser pour y répondre par le biais de la manette (selon ses motivations, son vécu...). La console analysera à son tour la réponse du joueur pour la mettre en scène grâce à l'avatar, ce qui déclenchera une nouvelle situation. Le dialogue se met ainsi en place entre le joueur et la console et c'est au travers de celui-ci que se déploie le jeu. Le corps du joueur qui reçoit les informations est ainsi un interlocuteur privilégié de ce dialogue.

### **III. La place du corps dans les jeux vidéo.**

#### **1. « Jouer avec sa schizophrénie. »**

Que se passe-t-il pour Christian lorsqu'il joue ? Pour commencer à réfléchir sur ce qui se déroule en séance, je proposerai tout d'abord une observation de son jeu en début d'année, alors que nous utilisons particulièrement le mode « mêlée générale ».

Christian est souvent l'un des premiers à jouer avec son avatar. Il a besoin de garder les mêmes repères, en particulier lorsqu'il s'installe pour jouer : il s'assied toujours sur le siège de gauche, la présence d'une personne de ce côté semblant le gêner, voire l'inquiéter. Lorsque nous lui proposons d'essayer une autre place, nous constatons qu'il a effectivement plus de difficultés à se concentrer. De même, il joue toujours sur la même portion d'écran, en haut à gauche également. Cela est sans doute lié au phénomène de l'automatisme

mental, pour lequel il ne veut pas assimiler la voix qu'il entend à la personne qui se trouve à son côté, d'autant que cette voix tient des propos très souvent dévalorisants.

Lorsque la partie commence, Christian cherche le plus souvent à se cacher dans un bâtiment facile à défendre. Dans les premiers temps, il déplace son personnage avec lenteur sur la carte. Il s'arrête beaucoup pour observer ce qui l'entoure, privilégie la marche et la furtivité. En se déplaçant ainsi, Christian se fait *fragner* très souvent. Lorsqu'il a trouvé un endroit où se défendre, il peut rester très longtemps à couvert en prenant peu de risques. Il protège ses arrières à l'aide de *claymore\** qu'il place à des endroits stratégiques. Ensuite, il se positionne au niveau des fenêtres en utilisant des armes à distance. Il prend le temps de viser avant de tirer, ce qui peut lui faire défaut lorsque son adversaire est plus rapide, mais ses tirs se révèlent précis.

Christian a ainsi une bonne maîtrise de la manette de part son expérience personnelle du jeu, à la maison ou en groupe. Il parvient à coordonner les deux mains et à utiliser toutes les commandes contrôlables par les boutons et les *joysticks*.

Cependant, il a besoin de plusieurs parties avant d'être vraiment dans le jeu. Il est parfois indécis lorsque vient la fin du temps et qu'il perd : il hésite à aller chercher les points et préfère parfois se préserver en limitant sa défaite. Dès qu'il a l'avantage, il s'éloigne rapidement de ses adversaires et retourne se cacher.

Pendant le jeu, il exprime peu ses émotions. Christian se tend et retient presque son souffle quand les choses s'accélèrent. Lorsqu'il gagne, il se fait modeste, presque étonné, avec un petit sourire, ou au contraire se montre déçu de lui-même lorsqu'il perd, pouvant justifier son échec par une injustice.

Je peux déjà commencer à pointer au travers du jeu de Christian qu'il se rejoue des choses de son histoire. Les problématiques qui lui sont propres s'expriment dans son corps, comme je l'ai montré dans le chapitre précédent, tout comme dans le « corps virtuel » de son personnage. Or, comme je l'ai déjà dit, le corps est le premier outil du psychomotricien. Il est dès lors intéressant de réfléchir à la façon dont le corps est mis en jeu dans la pratique vidéoludique pour comprendre comment le joueur incarne et investit le personnage à l'écran.

## 2. Le corps du joueur.

La première chose à laquelle je me suis intéressée est l'engagement du corps du joueur lorsqu'il joue aux jeux vidéo. Pour l'observateur peu averti, il peut tout d'abord sembler peu investi : les patients du groupe *Call of Duty*<sup>®</sup> sont assis face à l'écran et seules les mains semblent véritablement engagées dans le mouvement. Je pourrai dès lors affiner mon observation de Christian lorsqu'il joue, l'étendant non plus à sa façon de jouer, mais aux actions et réactions de son corps pendant le jeu.

Si sa motricité fine semble la plus investie, le corps tout entier participe également au jeu. Pendant que nous jouons à *Call of Duty*<sup>®</sup>, le tonus est modulé en fonction des événements qui surviennent. Ces modifications toniques témoignent des mouvements internes qui traversent les joueurs, en particulier des émotions qu'ils revivent à chaque instant. La tension soudaine peut amener à des redressements ou des orientations du corps vers l'écran. L'instant d'un *frag* est particulièrement marqué par la décharge émotionnelle : le joueur visé peut être à la fois surpris, un instant sidéré lorsqu'il ne s'y attendait pas, tandis que son adversaire ressent un plaisir et une certaine satisfaction, voir un soulagement d'avoir réussi son tir.

Des mouvements parasites peuvent également survenir, comme des tremblements ou des crispations du visage. Il se manifeste parfois des syncinésies :

c'est plus particulièrement le cas pour Xavier au niveau des mains. Lorsqu'il doit réagir vite, par exemple quand un adversaire surgit devant lui, il n'arrive pas à contrôler ses doigts pour arriver à appuyer uniquement sur la gâchette de tir et appuie donc sur toutes les touches. Les jeux vidéo demandent ainsi un certain degré d'intégration de la manette pour que le joueur parvienne à décentrer son attention de l'action.

Au cours d'une partie, le corps peut également se manifester sous son aspect sensoriel : des douleurs peuvent survenir avec les tensions causées par le jeu, la fatigue des yeux est souvent exprimée par les patients. Aussi le psychomotricien rappelle très souvent aux patients de cligner des yeux. C'est ainsi un moyen de les confronter à leurs sensations et de parler du corps des patients, ils n'ont pas toujours conscience de ces manifestations pendant qu'ils jouent. Ils peuvent les ressentir plus particulièrement après les parties. L'engagement du sujet est tel que la conscience du corps semble parfois s'amoinrir le temps du jeu.

Benoît VIROLE, dans son article « *Psychothérapie et réalité virtuelle* », explique ce phénomène ainsi : « Le jeu vidéo propose des objets virtuels qui sont manipulés par des commandes numériques et non par des actes physiques impliquant une manipulation. Dans les jeux vidéo, le corps est mis à distance. Il est réduit à la commande des touches ou du *joy stick*. Le corps est mis entre parenthèses. C'est l'intention motrice qui est projetée dans l'acte virtuel. »<sup>49</sup>

Cependant, c'est cet engagement total du patient corporellement et psychiquement dans ce qu'il fait qui est ici intéressant. Dans leur article, Jean-Baptiste CLAIS et Mélanie ROUSTAN explique que « le corps du joueur s'engage dans la pratique vidéoludique, et qu'au-delà c'est le sujet qui se trouve "mis en jeu" dans toutes ses dimensions, de la plus charnelle à la plus immatérielle. »<sup>50</sup> Alors que la psychose provoque le morcellement, le sujet est ainsi tout entier

---

49 Site personnel de Benoît VIROLE, rubrique « Article et documents », Cyberpsychologie, « Psychothérapie et réalité virtuelle » : <http://virole.pagesperso-orange.fr/>

50 J.-B. CLAIS, M. ROUSTAN, « Approche des conduites ludiques chez l'enfant et le préadolescent », in F. JOLY 2003, p.37.

dans le jeu, dans ses perceptions, attentif à ce qui est en train de se dérouler. On sent d'ailleurs l'agacement des patients lorsque la fluidité de leur jeu est rompue par certains facteurs comme la fatigue ou le décrochage du jeu.

Ainsi, jouer à un jeu vidéo, c'est engager toute sa personne dans une activité ludique. L'observation des patients pendant qu'ils jouent donne ainsi de précieux indices sur ce qu'ils vivent et ressentent pendant le jeu.

Le psychomotricien est ainsi un thérapeute dont l'attention est particulièrement portée sur le corps du patient et la façon dont il le met en mouvement, en action. Le corps n'est ainsi pas passif mais mouvant, dynamique et c'est par la parole que l'on peut essayer d'aider les patients à organiser leur vécu. Ainsi, si l'observation des patients me permet de percevoir ce qu'ils vivent et ressentent, il est tout aussi intéressant d'essayer de comprendre comment le patient fait bouger le personnage à l'écran, à défaut de faire bouger son propre corps. En analysant mes observations, je vais tenter de comprendre ce que Christian rejoue de lui dans son jeu via son avatar.

### 3. Du corps réel au corps virtuel.

#### 3.1. S'identifier à l'avatar.

Il m'a semblé intéressant en premier lieu d'observer comment Christian faisait bouger le personnage dans les premières séances : j'ai ainsi pu constater que sa façon de le mettre en mouvement ressemblait beaucoup à la sienne. Les déplacements du personnage sont lents. Il a du mal à *sprinter* quand la situation l'impose, préférant la marche ou la course. Il peut rester caché sans bouger de longues minutes, dans l'inertie et aux aguets. Lorsque les ennemis tardent à venir, ce qui l'empêche ainsi de gagner des points, il reste indécis et s'interroge à voix haute sur ce qu'il devrait faire. Un certain pragmatisme est remarquable dans le comportement que Christian applique à son personnage.

Il apparaît un élément intéressant pour nous, psychomotriciens : il semblerait qu'il projette la représentation qu'il a de lui-même sur le corps virtuel de son avatar. Michael STORA parle même d'une impression « d'entrer dans le "corps" du personnage pour faire ce qu'il fait et voir ce qu'il voit. »<sup>51</sup> Ce personnage apparaît alors comme une « coquille vide dans laquelle je me glisse. »<sup>52</sup> Pour comprendre ce phénomène, il faut s'intéresser plus spécifiquement à ce qu'est un avatar, car ce terme n'a pas été choisi par hasard : dans la religion hindouiste, le mot venant du sanskrit *avatara* désigne les incarnations terrestres du dieu Vishnu qui pouvaient prendre des visages multiples.

Jacky GARONNE considère ainsi que « toutes les métaphores ou métonymies sont possibles dans ces avatars (...) et donnent libre cours à une projection peu censurée d'une certaine image de soi difficilement représentable. »<sup>53</sup> Que projette alors Christian de sa représentation du corps sur son avatar ? Je rappellerai tout d'abord que la représentation du corps comprend deux composantes psychomotrices qui s'étayent mutuellement : le schéma corporel et l'image du corps.

Le schéma corporel est la connaissance objective que l'on peut avoir de son corps. Il organise la représentation psychique que l'on peut en avoir et les somatognosies. Il est universel et parvient à maturation vers l'âge de sept ans lorsque « les notions fondamentales du corps se sont intériorisées pour former l'image d'un corps complet et organisé dans son espace. »<sup>54</sup> Comme l'explique Evelyne E. GABRIEL, le schéma corporel est peu impliqué dans les jeux vidéo car il ne porte que sur la manipulation de la manette.<sup>55</sup>

Quant à l'image du corps, il s'agit de l'image de soi dans la relation à l'autre, que Catherine POTEL pense à la fois consciente (la façon de se percevoir,

---

51 M. STORA, 2007, p.55.

52 S. MISSONNIER, M. STORA, S. TISSERON, 2006, p.152.

53 J. GARONNE, 2012, p.111.

54 C. POTEL, 2010, p.144.

55 E. E. GABRIEL, 1994, p.136.

de se sentir...) et inconsciente. Pour Françoise DOLTO, cette image inconsciente est liée aux conflits, aux frustrations. Elle est en constante évolution et se développe avec l'investissement du corps de l'enfant dans le rapport à l'autre.

Or, ce serait plutôt l'image du corps qui serait mobilisée dans les jeux vidéo. Elle peut être perçue dans la façon dont le joueur « appréhende les objets informatiques, ses rapports à l'espace du jeu et les actions qu'il entreprend. »<sup>56</sup> Dans *Call of Duty*<sup>®</sup>, il s'agit essentiellement d'un jeu où il faut survivre, « tuer » symboliquement ou « être tué », ce qui renvoie à un vécu très archaïque. L'image du corps est donc remise au travail dans les jeux vidéo, dans l'incarnation d'un corps virtuel qui dépend de l'histoire du patient.

« Ce qui arrive au personnage va rétroagir sur le corps du joueur. Le corps du joueur va être le corps du jeu. Ni totalement imaginaire, ni totalement réel, un nouvel espace est introduit par l'avatar. »<sup>57</sup>

### **3.2. Jouer avec les différentes facettes de sa personnalité.**

Cette représentation imaginaire de soi est mise en scène lorsque l'on joue avec son image et les représentations que nous nous en faisons. De la même façon que le dieu Vishnu pouvait prendre de multiples visages, le joueur est invité à s'incarner dans différents personnages. Le joueur se crée ainsi un « double » qu'il incarne dans le jeu, qu'il peut le plus souvent personnaliser : il lui donne un pseudonyme, une apparence, des caractéristiques physiques et psychiques... Serge TISSERON constate ainsi que « créer son avatar est une démarche très impliquante dans la mesure où elle engage un vrai travail de réflexion sur la représentation de soi. Comment vais-je apparaître aux autres ? Que vais-je mettre de moi dans ce personnage ? Ou, au contraire, que vais-je cacher en choisissant une créature très différente de ce que je suis en

---

56 E. E. GABRIEL, 1994, p.137.

57 J. GARONNE, 2012, p.110.

réalité ? »<sup>58</sup> Ces choix ne sont pas si évidents et permettent le plus souvent la mise en place de plusieurs avatars qui témoignent ainsi de plusieurs aspects de la personnalité du joueur, de plusieurs identités qu'il veut rejouer.

Le joueur joue ainsi avec les images qu'il crée, des images qui, d'après Evelyne E. GABRIEL « peuvent servir de supports aux projections affectives et imaginaires. »<sup>59</sup> L'avatar est dès lors un objet à manipuler, le prolongement du joueur dans les mondes virtuels, le masque derrière lequel se cacher pour combattre, se défendre, agir. C'est également « un lieu dans lequel le joueur dépose des parties de soi, comme il le ferait dans un coffre destiné à recueillir ses trésors... ou des objets au statut moins avouable ! »<sup>60</sup>

Ainsi, les patients peuvent s'identifier aux personnages qu'ils jouent en séance. Cette identification est permise grâce au mécanisme de l'immersion qui permet de « plonger » dans le jeu vidéo.

### **3.3. S'immerger dans les jeux vidéo.**

Le Larousse définit l'immersion comme le « fait de se retrouver dans un milieu étranger sans contact direct avec son milieu d'origine ». Cette définition instaure ainsi l'idée d'un passage d'un milieu connu vers un milieu étranger : c'est en quelque sorte ce qui se produit lorsque l'on joue à un jeu vidéo.

Pour définir ce terme plus particulièrement dans le cadre des jeux vidéo, Vincent LE CORRE propose de parler d'un « phénomène d'adhésion subjective à un environnement constitué uniquement de représentations numériques. »<sup>61</sup> Pour Yann LEROUX, il existerait trois types d'immersions.

---

58 S. TISSERON, 2008 a, p.82.

59 E. E. GABRIEL, 1994, p.137.

60 S. TISSERON, 2008 b, p.87.

61 Blog de Vincent LE CORRE, psychologue et psychanalyste : <http://vincent-le-corre.fr/?p=337>

Il considère d'abord l'immersion sensori-motrice : plus le joueur parvient à mobiliser l'avatar de façon fluide, à produire les bons gestes, plus il a l'impression d'une adéquation avec les réactions de son personnage. Un sentiment d'accordage tel que Daniel STERN l'a observé entre le bébé et son parent est alors retrouvé au travers des jeux vidéo. Selon Serge TISSERON, « le joueur découvre avec bonheur la merveilleuse coïncidence entre ses mouvements et ceux de son avatar. »<sup>62</sup>

L'immersion est ensuite dite imagée, lorsque le joueur se sent enveloppé dans l'image, dans un monde virtuel qu'il peut explorer et avec lequel il peut interagir au travers du personnage. Pour Serge TISSERON, cette fonction d'enveloppe est l'une des trois fonctions de l'image<sup>63</sup> : le spectateur de l'image a dès lors l'impression d'être lui-même contenu dans celle-ci avec les objets qu'elle représente. Les deux autres fonctions sont celles de représentation d'un objet et de transformation de l'image.

Enfin, l'immersion est également narrative lorsque le joueur a l'impression d'agir dans l'histoire qui se déroule. Plus le joueur est efficace, plus il se sent en accord avec le jeu et plus l'immersion est importante. Éveline E. GABRIEL parle ainsi de « plaisir du pragmatisme. »<sup>64</sup>

L'immersion est un « processus cognitif de haut niveau (...) : "je" me projette dans un "je virtuel". Ce "je virtuel" agit, réagit et modifie les conditions du monde selon mon désir et les compromis nécessaires que ce monde m'impose. Je me vois agir et analyse à la vue des résultats de mon action les prémisses qui ont présidé à son intention. »<sup>65</sup> Cela nécessite de pouvoir s'extraire de la situation et de pouvoir l'analyser. C'est ainsi que Xavier reste le doigt appuyé sur la touche qui permet d'avancer alors qu'il est coincé contre un mur : il se voit agir sans pouvoir analyser la situation générale et réaliser qu'il ne pourra pas avancer dans ces conditions.

---

62 S. MISSONNIER, M. STORA, S. TISSERON, 2006, p.106.

63 S. TISSERON, 1995, p.225.

64 E. E. GABRIEL, 1994, p.29.

65 B. VIROLE, 2011, p.64.

Christian, quant à lui, semble particulièrement apprécier le phénomène d'immersion dont il parle souvent. Je pourrais légitimement me demander si l'identification au personnage n'accentuerait pas la dissociation de Christian. Il semblerait au contraire que dans le jeu, il parvienne à se rassembler en étant tout à ce qu'il fait.

L'identification n'est pas totale : lorsque le joueur ne parvient pas au résultat recherché dans la maîtrise de l'avatar, il va manifester de l'agacement voire de la colère en la projetant sur son personnage : ce mécanisme de défense permettra au joueur de renvoyer la faute sur le personnage, l'accusant de ne pas avoir répondu à ses commandes et lui prêtant des intentions. Xavier, un autre patient du groupe, dira par exemple lorsqu'il se trompe de touche sur la manette que son personnage « ne veut pas tirer ! ». La projection est l'un des mécanismes de défense les plus archaïques, décrit par Mélanie KLEIN, qui protège le moi des menaces extérieures en les projetant hors de lui pour mieux pouvoir les anéantir.

#### **3.4. Se mettre en scène virtuellement.**

Dans l'analyse du jeu de Christian, il me faut à présent aborder son comportement dans le jeu. Je commencerai par rappeler que les jeux de *Call of Duty*<sup>®</sup>, et particulièrement dans le mode « mêlée générale », imposent aux joueurs d'être attentifs à la menace que représentent les autres personnages, qu'ils soient contrôlés par la console ou par d'autres joueurs. En ce sens, *Call of Duty*<sup>®</sup> est un jeu qui joue avec la paranoïa, problématique très présente dans le cas de Christian.

Ainsi, en début d'une partie, son premier réflexe est généralement de se replier dans un lieu où il pourra se défendre de la menace que représente « l'autre ». Il met en place des moyens de défense pour se protéger dans une pièce où peu d'entrées - donc peu d'intrusions - sont possibles. Il s'enferme dans

un « dedans » dans lequel il menace d'être annihilé par l'autre venant du « dehors ». Il faut également souligner que Christian se rassemble dans un espace confiné pour se défendre. Dans le mode de jeu en « mêlée générale », le joueur est invité à se recentrer sur lui-même pour la survie de son personnage. Les angoisses de morcellement peuvent ainsi trouver une tentative d'unification corporelle face à la menace que représente l'autre.

De même, lorsqu'il le peut, Christian évite le contact et préfère les armes qui mettent une grande distance entre lui et son adversaire. Sa façon de jouer est une forme de métaphore de sa schizophrénie : Christian rejoue ici ce qu'il peut vivre dans son quotidien : ses angoisses, son sentiment de persécution le conduisent à s'isoler chez lui et à éviter tout contact. Je crois dès lors comme Michael STORA que dans les jeux vidéo, « le joueur y exprime toujours quelque chose de son histoire, parfois des souffrances »<sup>66</sup>, et j'ajouterai selon les jeux proposés.

C'est ainsi que les jeux vidéo proposent au joueur - et dans ce cadre thérapeutique aux patients - d'incarner un personnage dans lequel il va projeter le vécu de son corps et de son histoire. Une rencontre est ainsi permise, entre patients et soignants, dans un cadre thérapeutique.

---

66 M. STORA, 2007, p.54.

Troisième partie

# **LA RENCONTRE THÉRAPEUTIQUE**

# I. L'importance du dispositif

## 1. Le jeu « côte à côte ».

Le groupe *Call of Duty*<sup>®</sup> est original dans son dispositif. Pour comprendre ce qu'il propose aux patients, il me faut réfléchir et discuter de ses particularités.

La première particularité que je vais relever concerne l'organisation de l'espace : comme déjà dit, pendant les séances les joueurs sont installés en arc de cercle face à l'écran. Ainsi, les joueurs jouent côte à côte, et non pas face-à-face comme dans d'autres jeux tels que les échecs.

Dans ce dispositif, le regard n'est pas orienté vers l'autre joueur mais vers un objet qui les réunit dans la même activité. Il se produit dès lors un phénomène d'attention conjointe, qui peut être défini comme l'intention d'un sujet de partager avec un autre un même objet d'attention.

Dans les premiers mois de sa vie, l'enfant entretient avec son parent un « dialogue œil à œil » dans lequel il perçoit le regard que le parent porte sur lui et, petit à petit, sur l'environnement. C'est vers le sixième mois qu'il parvient à saisir la direction du regard de l'autre. Parallèlement, il comprend que son propre regard peut orienter l'attention de ses parents. Une communication s'établit ainsi entre le parent, l'enfant et l'objet d'attention. Ce phénomène de triangulation par l'attention conjointe se produit en particulier dans ce que Donald W. WINNICOTT a appelé *l'object presenting* : la mère va introduire un objet entre elle et l'enfant pour le lui présenter. Il se met en place un tiers vers lequel leurs regards vont converger.

C'est ainsi qu'en séance, les joueurs portent leur attention sur un même objet tiers qui est, à mon sens, non pas l'écran de jeu mais le jeu dans l'écran.

Ce dispositif en côte à côte détourne ainsi du contact visuel direct entre les joueurs tout en leur permettant d'être ensemble dans le partage d'une même activité. En proposant cette rencontre indirecte, nous évitons une interaction angoissante avec les patients psychotiques pour qui l'autre est souvent vécu comme une menace. C'est particulièrement le cas pour Christian : alors que je le sens mal à l'aise lorsque nous sommes en cercle en début de séance, il manifeste souvent une hâte à jouer et semble plus à l'aise face à l'écran.

Il faut cependant souligner un second fait intéressant dans le dispositif : si nous jouons côte à côte, le face-à-face existe malgré tout, de façon détournée, au sein même du jeu vidéo.

## 2. Le jeu « face-à-face ».

En effet, par l'incarnation des avatars, les joueurs interviennent dans l'espace de jeu, se rencontrent et se font face « virtuellement ». Or le face-à-face peut être vécu comme un affrontement, et particulièrement dans le cadre de ce jeu. Cette situation est rendue possible parce qu'il s'agit d'un jeu et elle n'est pas toujours facile à vivre pour les patients. Dans les premiers temps, je remarquai chez certains d'entre eux beaucoup d'évitement du conflit. Voici quelques illustrations cliniques de l'évolution du jeu des patients.

Comme expliqué plus haut, en début d'année, nous avons beaucoup joué avec le mode « mêlée générale ». Les patients ont ainsi pu retrouver leurs repères, certains ne jouant aux jeux vidéo qu'à l'occasion de ce groupe. Il a fallu faire découvrir *Call of Duty*<sup>®</sup> aux nouveaux membres et leur permettre de prendre leurs marques. C'est particulièrement le cas pour Xavier qui n'avait jamais joué à ce type de jeux. À la différence, Kilian et Grégory jouent très souvent chez eux en ligne avec d'autres joueurs dont niveau est plus élevé et n'ont eu aucune difficulté à se lancer dans les parties.

Aussi, les nouveaux joueurs et les patients ayant les mêmes problématiques que Christian ont préféré dans les premières parties se cacher et attendre l'adversaire. Il était ensuite difficile pour eux de quitter leur position pour aller chercher les points. Lorsqu'ils perdaient, ils réfléchissaient longtemps sur la conduite à tenir : devaient-ils prendre le risque de s'exposer ? Christian pensait le plus souvent que la partie était perdue alors qu'il lui restait du temps, et nous l'encourageons à ne pas baisser les bras. Ainsi, les patients se décidaient le plus souvent dans les dernières minutes de jeu, ce qui leur laissait peu de temps pour modifier leur score. Ils se contentaient alors le plus souvent d'égaliser et de fuir face aux joueurs expérimentés du groupe, en particulier Kilian, toujours en mouvement et à l'affût de l'adversaire.

Certains patients comme Richard se satisfaisaient du nombre de points gagnés sans tenir compte du fait qu'ils pouvaient être les derniers joueurs du classement général. À ce moment là, Richard me semblait jouer non pas face aux autres joueurs, mais contre la machine et contre lui-même. Il semble également que ce soit pour lui une façon d'éviter l'opposition dans la compétitivité. Lors de la personnalisation de son avatar le 4/02/14, il insiste pour prendre comme image pour son profil de joueur<sup>67</sup> un *smiley*\* souriant et amical. Il précise d'ailleurs qu'il veut un personnage « gentil »... et passera la partie à souligner son pacifisme en proposant des alliances aux autres joueurs pendant une « mêlée générale » !

Pour permettre aux patients de progresser, une règle a été très rapidement proposée : les matchs nuls compteraient comme une défaite. Le psychomotricien a également rappelé que le but du jeu était malgré tout de se donner les moyens de gagner et non pas de jouer pour soi en comptant ses points. Petit à petit, les patients ont commencé à pouvoir décider plus rapidement quand rester caché et quand attaquer.

---

67 Différents profils ont été enregistrés dans la console et correspondent chacun à un joueur : ils permettent ainsi de retrouver les avatars qu'ils ont créés. Ces profils sont reconnaissables par un pseudonyme et une petite image choisies par le joueur. Lorsque nous démarrons la Xbox, il nous faut sélectionner quatre profils, soit un par manette.

Pour Christian, il a été particulièrement difficile de quitter ses positions. Lorsqu'il se retrouve face à des joueurs moins expérimentés qui préfèrent se protéger, il est pourtant obligé de se porter au contact s'il veut gagner. Cela lui a demandé beaucoup de temps et il restait très indécis, mais au cours de l'année il est devenu moins anxieux lorsqu'il devait se porter au combat. Ainsi, le 15/04/14, alors que Richard avait un point de plus que lui, Christian a encore longuement hésité avant de se décider à attaquer. Il a réussi à réaliser deux *frags* dans les dernières secondes de jeu avec une très grande efficacité. Aussi étonné que fier de sa victoire, il a constaté : « J'ai fini par y aller ! »

L'évitement laisse peu à peu la place au face-à-face, à l'affrontement et à la compétitivité dans le cadre du jeu. Cette compétitivité, ce « face-à-face » dans le jeu a pris tout son sens dans les duels, et en particulier ceux opposant Kilian et Grégory, les plus expérimentés du groupe.

Le 3/12/13, Kilian et Grégory se sont affrontés sur une petite carte. L'événement a beaucoup mobilisé les spectateurs, le psychomotricien proposant de parier sur l'issue du match. Le niveau des deux patients a permis un duel riche en rebondissement que Grégory a finalement gagné dans les dernières secondes de jeu. Les patients et nous-même avons été pris dans l'intensité de la partie.

Les patients commencent ainsi peu à peu à faire preuve de combativité. Dans le jeu, ils sortent un temps de l'inertie de leur maladie. Dans un corps souvent peu animé, ils parviennent à se mettre en mouvement dans le jeu, à avoir une action sur ce qui arrive à leur personnage. Ils ne sont plus passifs dans la situation mais actifs : ils peuvent affronter et se défendre d'un adversaire virtuel, contrôlé par un joueur patient ou soignant. Le patient peut alors se confronter à cet « autre » qui effraie, qui persécute (dans le cas de Christian), dans un cadre ludique donc non dangereux et admis par le groupe. Le patient peut ainsi retrouver une maîtrise de la situation, sortir de l'apragmatisme en devenant actif et combatif.

Dans le dispositif du groupe, il est donc proposé de se rencontrer dans un « face-à-face sur le mode d'un côté à côté. »<sup>68</sup> Mais la rencontre n'a pas lieu que dans l'affrontement et l'intérêt des *Call of Duty*<sup>®</sup> réside ensuite dans le jeu en équipe. Après plusieurs séances dans le mode « mêlée générale », les patients ont commencé à initier des alliances entre eux. Nous avons ensuite proposé de jouer en équipe de deux ou quatre joueurs contre les *bots*.

### 3. Coopérer pour mieux faire face.

La rencontre des joueurs se déroule également au travers de la coopération. Dans les premiers temps, cette collaboration a été difficile à obtenir. Il fallait tout d'abord apprendre aux patients à jouer ensemble, à communiquer. Ils ne se parlaient pas et jouaient chacun de leur côté, comme ils pouvaient le faire en « mêlée générale ».

C'était particulièrement le cas avec Kilian. En tant que l'un des meilleurs joueurs du groupe, il est très autonome. Lorsque nous faisons les matchs en « mêlée générale », il refusait systématiquement les alliances que proposaient les autres joueurs tout les en encourageant à se mettre ensemble face à lui. Aussi, pour entraîner le groupe à jouer ensemble, nous avons commencé par des équipes de quatre joueurs face aux *bots*. Les cartes choisies étaient connues des patients et l'objectif était d'apprendre à nous cacher ensemble pour tenir une position face aux *bots* ennemis.

Ainsi, le 22/10/13, les plus expérimentés ont d'abord affronté les *bots* de grade « commando » pour permettre aux novices d'observer leur organisation et leurs stratégies. Certains protègent les escaliers qui mènent à une chambre, d'autres tirent depuis les fenêtres. Si un joueur se retrouve isolé, il tâche de tenir une position pour ne pas faire perdre de points à son équipe. Lorsque les débutants, dont je fais partie, jouent à leur tour, le groupe de spectateurs plus

---

<sup>68</sup> J.-B. CLAIS « Les jeux vidéo, c'est physique ! Réalité virtuelle et engagement du corps dans la pratique vidéoludique », in M. ROUSTAN, 2003, p.41.

expérimenté nous soutient et nous donne des conseils. Kilian, qui a une très bonne connaissance du jeu, est particulièrement étayant.

Dans le jeu à quatre, un semblant d'organisation s'est mis en place, les plus forts protégeant ou aidant les plus faibles. Les opérations devaient être dirigées par les plus expérimentés, à savoir donner de bonnes instructions à ceux qui apprenaient encore à jouer. Cela demande un peu de patience - qu'ils n'ont pas toujours - avec certains joueurs encore novices. Les joueurs plus expérimentés doivent ainsi apprendre à accepter les limites de leurs coéquipiers et persévérer pour les guider au mieux. Mais il arrive parfois qu'un joueur soit trop en difficulté pour que son équipe parvienne à le soutenir. L'intervention d'un spectateur, soignant ou patient, est parfois nécessaire pour soulager un peu le groupe qui essaie de s'organiser. Ainsi, le 15/10/13, alors que Richard n'arrive pas à se repérer dans une carte et se fait *fraguer* par les *bots*, il freine l'équipe et lui fait perdre des points. Laurent vient l'épauler en le guidant à voix basse. Dans les parties suivantes, ils inversent les rôles, ce qui leur permet de progresser ensemble dans la lecture de l'écran. Plus tard, ils formeront une équipe qui perdurera sur l'année.

Nous avons ainsi pu nous essayer à des équipes à deux joueurs. Je me suis rapidement rendu compte que la communication était plus difficile qu'à quatre joueurs : en effet, dans ce dispositif, le plus expérimenté des deux joueurs doit souvent prendre la tête de l'équipe pour guider son partenaire. Le 17/12/13, Christian a dû coopérer avec Xavier et l'exercice a d'abord été difficile pour lui. Comme il était plus expérimenté que Xavier, c'était à lui de le guider. Lorsqu'il essayait, il ne parlait pas assez fort pour qu'on puisse le comprendre. Les autres patients le reprennent d'ailleurs souvent à ce propos et Christian semble faire des efforts au cours de l'année pour se faire mieux entendre. Christian a des difficultés à diriger les opérations et préfère le plus souvent suivre des instructions.

J'ai par la suite pris la place de Xavier : étant plus autonome dans le jeu, j'avais cependant besoin d'être guidée par Christian. Comme je me débrouillais, il n'a d'abord pas essayé de m'orienter malgré mes sollicitations. Aussi, j'hésitais très souvent, essayant de m'adapter à Christian sans parfois comprendre ses stratégies. Il s'est agacé lorsqu'il voulait que je fasse diversion et que je n'avais pas saisi l'idée.

Dans les séances qui ont suivi, j'ai beaucoup joué en équipe avec Christian. J'ai essayé d'initier un échange entre nous pendant les parties, et il a commencé à prendre la tête de notre équipe. Parfois, il réclame cependant que son partenaire dirige le jeu, ce qui arrive le plus souvent lorsqu'il joue avec le psychomotricien.

De bonnes équipes se sont ainsi constituées au fil de l'année. Richard joue le plus souvent avec Laurent, avec qui il parvient à s'organiser et à dialoguer. Au début, ils se suivaient de très près, avant de comprendre qu'ils prenaient le risque de se faire *fraguer* en même temps. A présent, Lionel peut rester caché à attendre l'ennemi tandis que Richard va attaquer. Parfois, ils y vont tous les deux, déclarant vouloir « sauver l'honneur » lorsqu'ils pensent à tort que la partie est perdue.

Quant à Kilian, il joue souvent avec Xavier ou avec moi. Le plus souvent, il parvient à guider son coéquipier tout en surveillant son écran du coin de l'œil. Avec Xavier, ce n'est pas si simple : bien qu'il se soit amélioré dans son maniement de la manette et qu'il ne se trompe plus d'écran, il manque encore de précision dans le déplacement de son personnage et de compréhension des consignes que lui donne son partenaire. Cela exaspère Kilian qui essaie de le guider et de l'aider.

Pour arriver à s'organiser, à deux comme à quatre, les équipes ont souvent besoin de plusieurs parties, mais je perçois du progrès dans la communication entre les joueurs. Les temps de parole sont plus naturels, fournis et nourris des

observations de chacun. « L'être ensemble » parvient à se mettre en place, grâce à deux aspects du dispositif que le psychomotricien assure : la liberté dans le jeu et la sécurité du groupe.

## II. Le cadre comme facteur d'un jeu libre.

### 1. Le jeu comme expression de soi.

Le rôle du psychomotricien est ainsi de permettre au jeu de se dérouler de façon fluide et libre. Il faut pour cela aider les patients à limiter les conflits psychiques qui peuvent survenir au cours du jeu, pour leur permettre d'exprimer leur véritable « *self* », selon les termes de Donald W. WINNICOTT.

Rémi BAILLY explique ainsi : « Le sentiment d'être soi correspond au vrai self, tandis que la nécessité de se protéger correspond au faux self. Tout individu possède un faux self, en ce qu'il se conforme aux règles sociales. Mais certains n'ont plus accès à leur vrai self et leur capacité à jouer en est réduite. De façon extrêmement schématique, les jeux (*games*) correspondent au faux self tandis que jouer (*playing*) implique le vrai self. »<sup>69</sup>

#### 1.1. Le « *self* » dans l'espace transitionnel.

C'est en particulier l'émergence de ce vrai *self* que nous cherchons à induire avec les patients, en privilégiant la motivation intrinsèque du *play*. Cette émergence du *self* est permise par la mise en place ce que Donald W. WINNICOTT a appelé l'espace transitionnel. Il survient dans les premiers mois de vie de l'enfant.

---

<sup>69</sup> R. BAILLY, 2001, p .44.

À la naissance, le bébé ne se différencie pas de sa mère qu'il considère comme un prolongement de lui. Dans cette expérience de fusion primaire, la mère « suffisamment bonne » parvient de son côté à s'identifier à son bébé par empathie. Elle est ainsi capable de lui présenter l'objet dont il a besoin au moment où il en a besoin. Cette adaptation de la mère peut donner à l'enfant l'impression d'avoir « créé » l'objet par le simple fait de son désir, sur un mode hallucinatoire. Cette illusion d'un contrôle magique sur l'objet est appelée l'expérience d'omnipotence<sup>70</sup> : elle permet à l'enfant de percevoir une réalité extérieure à la sienne dans laquelle il lui semble créer quelque chose d'existant.

La mère, ne pouvant être constamment disponible, va ensuite le désillusionner progressivement en mettant de l'espace entre eux, *du jeu* dans les interactions : elle s'adapte un peu moins et répond plus tardivement à ses demandes. Ainsi, en mécanique, il y a *du jeu* entre deux pièces lorsqu'un espace plus grand les sépare. C'est le même phénomène qui, à mon sens, se produit ici : il y a *du jeu, de l'espace* dans l'adaptation de la mère à son enfant. La mère va ainsi permettre à l'enfant de se confronter à la réalité et de la distinguer de ses propres désirs. La désillusion va ainsi donner le sentiment à l'enfant d'une existence distincte de sa mère. Une aire intermédiaire se forme alors entre eux : « c'est l'aire où se construit la symbolisation, où se fabrique le moi et le non-moi. Pour se découvrir, il faut découvrir l'autre dans sa différence. »<sup>71</sup> Le *self* va ainsi pouvoir se constituer.

Avec les patients psychotiques ayant une grande problématique identitaire, il est donc particulièrement intéressant d'utiliser cette aire de jeu comme espace d'émergence du *self* : l'aire transitionnelle à la fois différencie, individualise et relie à l'autre. C'est dans cet espace que se déploie le jeu qui n'est par ailleurs « ni du dehors ni du dedans, mais du milieu. »<sup>72</sup>

---

70 D. W. WINNICOTT, 1971, p.44.

71 I. PASCAL-CORDIER « Les jeux incertains d'Antigone », in F. JOLY, 2003, p.154.

72 M. TRICLOT, 2011, p.27.

## 1.2. La mise en mouvement des instances psychiques dans le jeu.

Pendant le groupe, nous cherchons à mobiliser le vrai *self* des patients, également appelé le Moi dans les travaux de Sigmund FREUD. Ce Moi sert de médiateur entre deux autres instances psychiques : le Ça et le Surmoi. Pendant le jeu, ces trois instances sont mises en mouvement et des conflits psychiques peuvent survenir.

Je prendrais l'exemple de Richard : il vit le jeu très intensément, attendant de jouer avec une grande avidité et un besoin presque impératif, tout en essayant de contenir ses excitations. La première instance psychique qui s'exprime ici est le Ça.

Le Ça concerne la vie pulsionnelle à savoir les besoins vitaux, les désirs, les instincts, les émotions et l'agressivité. Il se manifeste sous forme de pulsions, des poussées envahissantes difficiles à contenir. Dans l'exemple de Richard, le jeu provoque chez lui des émotions particulièrement fortes liées au plaisir de jouer et à l'envie de gagner. Le jeu remobilise ainsi la vie pulsionnelle.

Dans l'espace du jeu vidéo, les patients peuvent ainsi décharger leur agressivité et leurs pulsions. Grégory pourra par exemple tenir des propos violents pour exprimer sa frustration. Laurent se défoulera en vidant son chargeur sur le paysage, quand Kilian s'amusera à faire sauter des voitures où à mettre en scène son « suicide » virtuel. Ces événements, aussi ponctuels soient-ils, provoquent alors beaucoup de plaisir aux patients : la décharge pulsionnelle est ainsi source de plaisir.

Les pulsions constituent ainsi une véritable force énergétique. Elle permet d'animer les patients, de les sortir de l'apragmatisme et de les amener à retrouver du plaisir dans le ludique. Corinne MOREL explique ainsi : « c'est souvent le Ça qui est à l'origine de nos conflits, de notre inconfort psychique, de notre difficulté d'adaptation à la réalité. Mais, *c'est aussi lui qui nous donne l'énergie*

*nécessaire pour agir, entreprendre, s'investir. Sans lui, nous serions des "morts-vivants", êtres inanimés sans désir, ni passion. »*<sup>73</sup>

Cette vie pulsionnelle est souvent source d'angoisses, en particulier pour les patients. Elle apparaît comme une part étrange et inconnue d'eux-même. Le terme de Ça n'a d'ailleurs pas été choisi par hasard. Corinne MOREL explique ainsi que « l'utilisation du mot "ça" est fréquente, lorsque, justement, on ne parvient pas à situer la raison, la cause, la nature d'une perception ou encore lorsque la "chose" nous dépasse, qu'elle est plus forte que nous. »<sup>74</sup> Ainsi, Richard semble inquiet dès lors que ses émotions échappent à son contrôle. Il s'excuse immédiatement, dans une grande culpabilité.

Cette culpabilité est liée à la troisième instance psychique : le Surmoi. Il s'agit de la conscience morale qui se forme en fonction de l'éducation, de l'environnement socio-culturel d'un individu. Cette conscience morale est intériorisée tardivement et acquise par le milieu extérieur qui lui inculque les règles et les interdits. Son rôle est alors de refréner les élans du Ça. Le Surmoi intervient ainsi dans les relations aux autres comme dans la relation du sujet à lui-même. C'est ce qui se passe avec Richard : en constatant qu'il ne parvient plus à contenir ses émotions, la culpabilité vient le saisir. Il s'excuse comme s'il pensait que le fait de s'exprimer était inappropriée dans le cadre de la séance. Le patient est ainsi tiraillé entre une vie pulsionnelle interne et un Surmoi qui freine cette vie pulsionnelle.

Corinne MOREL considère que « dans la psychose, le Moi est sous l'empire du Ça. Il s'agit donc d'une affection plus grave parce que déstructurante pour le Moi. »<sup>75</sup> Pour tempérer les conflits internes, le Moi met en place des mécanismes de défense, c'est-à-dire des stratagèmes permettant de le protéger. Ces mécanismes sont souvent observables pendant le jeu.

---

73 C. MOREL, 1995, p.87.

74 *Ibid*, p.88.

75 *Ibid*, p.197.

J'ai par exemple déjà évoqué le mécanisme de projection de Xavier qui renvoie la faute de son échec sur son personnage, alors qu'il a simplement appuyé sur le mauvais bouton.

Un autre exemple est celui de Richard qui, le 22/10/13, niait son échec et se satisfaisait de son score alors qu'il était bon dernier du classement. À ce moment, Richard ne semblait pas encore en capacité de jouer pour le plaisir de jouer, mais jouait pour se défendre de la peur de l'échec et cherchait à se valoriser.

Les mécanismes de défense qui protège le Moi des conflits internes limitent ainsi le jeu des patients. Pour leurs permettre d'investir le jeu, il a fallu instaurer une sécurité et d'autre part de favoriser l'émergence de leur vrai *self*.

## 2. Mettre en place un cadre sécurisant.

« Le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire. »<sup>76</sup>

### 2.1. Offrir un espace d'expression.

Pour permettre aux patients de jouer plus sincèrement et plus librement, notre rôle est de permettre la mise en place d'un cadre sécurisant dans lequel les mécanismes de défense peuvent être mis de côté. Il s'agit, comme le dit si bien Françoise DESOBEAU, de « créer, au gré des échanges, la réponse qui permettra la libération et le réaménagement de ses défenses par trop invalidantes. »<sup>77</sup> René ROUSSILLON parle alors d'un lâcher prise permettant de retraverser les expériences subjectives vécues par les patients. Le cadre doit pour

---

76 D. W. WINNICOTT, 1971, p.84.

77 F. DESOBEAU, 2008, p.91.

cela être suffisamment sécurisant, souple et solide à la fois, car « c'est une expérience "dangereuse" dans la mesure où la psyché accepte d'abandonner ses défenses (...). L'expérience présente donc un risque, celui que la menace première de débordement ne se répète ou ne se réactive. »<sup>78</sup> Le cadre doit donc être clairement identifiable par les patients.

Il faut ainsi leur rappeler leur droit d'exprimer leur vécu, aussi bien corporellement que verbalement. Cela peut passer par des jurons lorsque les patients sont frustrés, tant qu'ils ne s'adressent pas à l'autre, que le respect de chacun est conservé et que l'on ne tombe pas dans la vulgarité. Ces jurons peuvent néanmoins être adressés aux avatars pendant le jeu : les patients ne se sentent ainsi pas visés et l'agressivité exprimée reste contenue dans le cadre ludique. Lorsqu'un différend a lieu entre deux patients, nous proposons alors de le mettre en scène dans le jeu : l'agressivité peut ainsi s'exprimer de manière détournée et s'apaiser.

Petit à petit, une confiance entre les membres du groupe se met en place. La méfiance et la retenue qui pouvaient s'exprimer dans les premiers temps semblent être passées. Dès lors, un mouvement peut se développer en séance et les émotions peuvent s'exprimer.

En début de partie, une certaine jubilation peut être manifestée. Elle est particulièrement forte dans le cas de Richard, comme je l'ai déjà expliqué. Christian peut également manifester une impatience à jouer lorsque le premier temps de la séance se prolonge trop longtemps, sans doute marqué par son angoisse du groupe qu'il a de grandes difficultés à supporter.

Pendant le jeu, les émotions sont très variables. Une certaine tension est présente chez les joueurs, une tension qui se transmet dans le groupe, avec des instants de grande concentration lors des parties difficiles, où au contraire de déconcentration. Ainsi, lorsque Xavier parvient à faire son premier *frag* le

---

78 R. ROUSSILLON, « Le jeu et la fonction symbolisante », in F. JOLY, 2003, p.26.

5/11/13 face à Christian, il m'a semblé qu'une certaine tension venait de s'apaiser dans le groupe, avec la satisfaction bienveillante de le voir progresser.

L'issue d'une partie est particulièrement riche en émotions. Il y a d'un côté la joie d'avoir réussi et le sentiment de progresser qui anime les joueurs. D'un autre côté, la frustration peut également s'exprimer plus ou moins fortement selon que la victoire de l'adversaire a été méritée ou non. Cette frustration peut être provoquée non seulement par l'échec, mais aussi par le sentiment de s'être senti impuissant face à une situation qui dépasse le joueur. Certains patients comme Grégory doivent apprendre à accepter de perdre. Le 21/01/14, nous affrontions les *bots* au niveau « commando » en équipe de quatre joueurs. Les patients savaient dès le début que la partie serait difficile et qu'il faudrait une bonne organisation. Elle s'est difficilement mise en place, ils ont perdu avec un grand écart dans le score. Grégory a mal vécu cette défaite pourtant anticipée, sur laquelle le psychomotricien a essayé de mettre des mots.

Les émotions ne parviennent pas toujours à s'exprimer ou à être comprises par les patients. Le psychomotricien doit alors accompagner les patients dans la mise en sens de leur vécu. Kilian ne parvient ainsi pas à trouver les mots pour exprimer ses émotions et se replie sur lui-même en cas de défaite. Le 15/04/14, il perd contre Grégory et dit alors ne pas être déçu. Le psychomotricien lui exprime la frustration qu'il doit malgré tout ressentir. Grâce à cette mise en mots, travaillée toute l'année, Kilian a pu rapidement passer à autre chose et envisager d'autres matchs. Il semble ainsi accepter mieux la frustration. De plus, même si Kilian ne peut mettre de mots sur son vécu, il semble mieux s'exprimer pendant le jeu alors qu'il est très renfermé en dehors de ce cadre.

Je perçois au delà de l'inertie du début de l'année un mouvement interne aux patients qui se déroule et trouve du sens. La sécurité du groupe permet au jeu de se déployer de façon plus libre et aux patients de s'exprimer plus sincèrement.

## 2.2. Jouer avec le psychomotricien.

Un autre élément sécurisant pour les patients est le fait de pouvoir jouer avec le psychomotricien. Leurs places dans l'espace des joueurs, en côte à côte, permet de mettre à distance les statuts de soignants et de malades. Nous favorisons ainsi la rencontre interpersonnelle dans le jeu.

Benoît VIROLE propose de parler d'un phénomène « d'action conjointe »<sup>79</sup>, que je pense essentielle à la rencontre. Comme il l'explique, « il y a là une situation matérielle qui favorise l'installation d'une identification réciproque comme pairs. »<sup>80</sup> Cette identification est importante entre les membres du groupe et pour cela, le thérapeute ne doit pas simplement jouer : il doit être authentique et y prendre du plaisir.

Ce plaisir ludique est primordial et contribue à la dynamique du groupe. Le psychomotricien, dans sa propre capacité à jouer, entraîne ainsi les patients dans l'état d'esprit ludique et leur permet de laisser de côté les mécanismes défensifs qu'ils mettent en place. Je crois ainsi, à l'instar de Pierre SULLIVAN que « le jeu engendre le jeu »<sup>81</sup>, et que le thérapeute conduit ainsi les patients à leur propre authenticité. Le psychomotricien est ainsi un partenaire ludique qui amène les patients dans l'aire transitionnelle dont j'ai déjà parlé. Nous jouons ensemble et nous savons que nous jouons dans un espace et un temps de jeu donnés.

Mais si le psychomotricien doit nécessairement entrer dans le jeu, il lui faut rester attentif et disponible pendant qu'il joue, à l'écoute des patients et de son propre ressenti. Il serait en effet aisé de se laisser prendre au piège de l'aspect immersif du jeu vidéo, et du jeu en général. Si le thérapeute veut assurer son rôle thérapeutique, il doit cependant prendre un certain recul, une distance avec la médiation qu'il utilise, et ce quelle qu'elle soit.

---

79 B. VIROLE, 2003, p.64.

80 *Ibid*, p.46.

81 P. SULLIVAN, « *Jeu et psychodrame* », in F. JOLY, 2003, p.217.

### 2.3. Contenir, pare-exciter, limiter.

Assurer un cadre sécurisant, pour le psychomotricien, c'est également pouvoir contenir les affects des patients : « ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction. »<sup>82</sup> Pour Catherine POTEL, cette fonction de contenance passe ainsi par le ressenti de ses propres émotions et par ce que le patient renvoie au thérapeute. Il peut alors s'appuyer sur ce vécu pour « prêter en quelque sorte son psychisme pour donner au patient l'occasion d'intégrer ses pulsions et non plus d'en être désintégré, morcelé, éclaté, démantelé. »<sup>83</sup>

Pour assurer cette fonction de contenance, le psychomotricien doit alors s'appuyer sur ses ressources internes et sur la qualité de sa présence : engagement corporel, tonicité, positionnement dans l'espace, regard et intonation de la voix... Le psychomotricien pourra ainsi accueillir les expressions des patients pour leur donner du sens.

Ainsi, le 8/04/14, une stagiaire ergothérapeute venait assister à la séance pour découvrir le groupe. Laurent, très intéressé par la jeune femme, était particulièrement agité pendant cette séance : il tenait des propos déplacés, partait dans de grand rires sans lien avec le contexte pendant le jeu... Le psychomotricien a dû intervenir à plusieurs reprises et mettre le jeu en pause pour reprendre avec lui ce qui se passait.

L'un des seconds rôles du thérapeute est d'assurer la fonction de pare-excitation qui limite les excitations désorganisatrices. Dans le cas de Laurent, il a fallu indiquer à la stagiaire ergothérapeute où se placer dans l'espace de la salle pour limiter l'agitation du patient.

---

82 C. POTEL, 2010, p.324.

83 *Ibid*, p.327.

Le psychomotricien a enfin une fonction limitative, lorsqu'il doit assurer le respect du cadre. Les patients psychotiques ont parfois du mal à appréhender les limites et les règles de vie en collectivité. Lorsque Laurent tenait des propos trop inappropriés, le psychomotricien devait le lui faire comprendre pour qu'il se rende compte de ses paroles.

Ainsi, la cohérence et la sécurité du cadre tiennent à la posture du psychomotricien, à sa disponibilité, son écoute et son adaptation. Le jeu peut ainsi se dérouler librement et permettre l'expression du vrai *self*, du Moi des patients.

### 3. Se rencontrer soi-même dans le jeu.

#### 3.1. Du jeu récréatif au jeu créatif.

Les patients, dans leur authenticité à jouer, partagent ainsi avec nous de véritables expériences de plaisir et de liberté, en dehors de la maladie, dans un espace-temps à la fois dans et en dehors de l'institution. Ils quittent une certaine soumission à la réalité, à savoir à la réalité de leur maladie. Donald W. WINNICOTT propose ainsi l'idée que « la soumission entraîne chez l'individu un sentiment de futilité, associé à l'idée que rien n'a d'importance. »<sup>84</sup> Il parle alors d'une expérience créative, inhérente au jeu, permettant de quitter cette soumission et de favoriser le sentiment d'exister, la quête de soi. Ainsi, je pense comme Donald W. WINNICOTT que « c'est en jouant, et peut-être seulement quand il joue, que l'enfant ou l'adulte est libre de se montrer créatif. »<sup>85</sup>

Donald W. WINNICOTT entend le terme de création au sens large, non pas comme l'objet achevé et reconnu mais comme une « pulsion de vie » permettant de se sentir exister. Les pulsions de vie, telles qu'elles ont été définies par Sigmund FREUD, sont des pulsions qui poussent au développement, à

84 D. W. WINNICOTT, 1971, p.127.

85 *Ibid*, p.108.

l'épanouissement et à la vie, notamment par les pulsions de conservation (qui assurent la survie) et aux pulsions sexuelles (liées aux désirs et à la recherche de plaisir).

Cette créativité dans le jeu permet à l'enfant de se construire comme un être individualisé. Telle que je l'ai présentée dans le développement de l'aire transitionnelle, l'illusion de création de l'objet puis la désillusion amènent progressivement à l'intégration d'une réalité externe et d'une réalité interne constituant le *self*. Cette créativité permet ainsi une approche de la réalité extérieure autant qu'une éclosion de la vie intérieure.

Au delà de l'illusion primaire de la petite enfance, il se rejoue une illusion dans le groupe et dans le jeu au travers de l'aire transitionnelle. Cette illusion permet le faire-semblant. Les patients peuvent ainsi faire preuve de beaucoup d'humour en séance : Laurent dira par exemple, en ouvrant la canette de soda « Attention, j'ai dégoupillé ! », suscitant ainsi les rires et la bonne humeur du groupe. Nous jouons, nous le savons, nous en jouons et le partageons : cette capacité à faire semblant montre ainsi que les patients font bien la différence entre le jeu dans l'aire transitionnelle et la réalité.

« Dans le groupe thérapeutique, en jouant, on expérimente sa toute-puissance dans la créativité mais on la limite dans le *faire semblant* et dans la prise en compte de l'autre. Le groupe thérapeutique va ainsi permettre l'expérimentation du passage de l'omnipotence à l'illusion en donnant la possibilité de la symboliser. »<sup>86</sup>

Le travail de créativité n'est cependant pas inné avec les patients. Les premières séances ont été parfois répétitives, puisqu'il a fallu sortir les patients de leur inertie et de leur façon parfois stéréotypée de jouer. Dès lors, « il s'agit de transformer un *jeu répétitif* en *jeu créatif*. »<sup>87</sup> Par notre accompagnement bienveillant, nous devons les empêcher d'être dans l'immédiateté. « Il faut

---

86 D. QUELIN-SOULIGOUX, « Et si on jouait ensemble ? », in F. JOLY, 2003, p.159.

87 H. DANON-BOILEAU, G. DEDIEU-ANGLADE, « Jouer à cet âge ? », in F. JOLY, 2003, p.226

déployer une stratégie, persévérer, accepter la frustration, collaborer. »<sup>88</sup> Le psychomotricien va chercher à faire avancer les patients, à les provoquer en duel, à les amener là où il sent qu'ils peuvent aller, tout en restant contenant.

« Je crois que si pertinence il y a de notre approche psychomotrice, elle se situe précisément dans cette aire de jeu, où l'on crée ce qui jusque-là n'était pas, on se "laisse surprendre" dirait Winnicott. »<sup>89</sup>

Christian a ainsi eu besoin d'être accompagné pour changer ses stratégies de jeu et poussé à jouer plutôt qu'à se cacher, tout en restant étayant. Ainsi, le 11/02/14, dans un duel contre Richard, Christian était désavantagé dans le score. Il dût alors se rendre au combat et changea pour la première fois de stratégie, pourchassant Richard dans la carte tout en se cachant. Richard, complètement déstabilisé par cette tactique inhabituelle, ne parvenait pas à suivre les déplacements de Christian qui jouait au chat et à la souris : de persécuté, il devenait persécuteur. Cet épisode inédit suscita une grande animation dans le groupe. De la créativité naît ainsi la possibilité de la transformation de l'expérience.

Ainsi, le jeu n'est jamais le même, les parties se suivent et ne se ressemblent pas. Benoît VIROLE reprend ainsi l'une des fonctions du jeu de Roger CAILLOIS : *l'aléa*, le hasard, grâce auquel « chaque nouvelle donne relance l'espoir d'une nouvelle chance, d'un nouvel espace de réalisation. »<sup>90</sup> Le jeu trouve une dynamique, une animation, une vitalité renouvelée et les patients se montrent peu à peu plus créatifs dans leur façon de jouer.

Comme le souligne Donald W. WINNICOTT, dans la démarche créative, « l'individu peut se "rassembler" et exister comme une unité, non comme une défense contre l'angoisse, mais comme l'expression du JE SUIS, je suis en vie, je suis moi-même. »<sup>91</sup> C'est ainsi qu'en s'installant pour jouer, le 14/01/14, Richard

88 J. GARONNE, 2012, p.110.

89 F. JOLY, 2003, p.156.

90 B. VIROLE, 2003, p.68.

91 D. W. WINNICOTT, 1971, p.114.

s'est écrié « Je veux survivre ! » Ce « je » est ainsi un organisateur du Moi. Le jeu, dans son aspect créatif et dynamique permet de rassembler les patients psychotiques en proie au morcellement. Les psychoses<sup>92</sup> sont en effet des maladies dans lesquelles un être qui s'était construit a subi un soudain éclatement. Notre rôle de thérapeute est alors de les aider à se reconstruire et à renouer avec leur histoire.

### 3.2. Du jeu récréatif au voyage dans le temps.

Cette histoire des patients qui se rejoue dans le jeu, je l'ai particulièrement ressentie le 8/04/14, alors que nous discutons en fin de séance avec les patients. Marc, qui venait d'intégrer le groupe, disait alors : « J'ai l'impression qu'on nous offre ici un espace pour jouer, non pas avec des hochets ou des jouets comme quand on était petit, mais pour jouer "comme des enfants" à des jeux d'adultes. » Ainsi, pour l'adulte, jouer n'est-ce pas en effet re-convoquer, réanimer l'enfant qu'il était ?

Christian est alors intervenu, en expliquant : « Ici je ne suis pas fou, ni pervers, je ne suis pas délirant... j'ai le droit de jouer sans que mon entourage me le reproche. Pour moi, c'est comme une récréation que vous nous autorisez. Ça me rappelle les moments dans la cour de l'école étant enfant. »

Le jeu provoque ainsi la reviviscence de nombreux souvenirs, dont ceux d'une enfance non marquée par la maladie dans le cas de Christian. Il évoque ainsi l'idée de la récréation du temps scolaire. La récréation est une pause ludique dans le quotidien des enfants, un rendez-vous au sein de l'aire de jeu Winnicottienne. De même, sur le temps du midi à l'hôpital de jour, peu d'activités sont proposées aux patients. Aussi, le groupe constitue ainsi un temps d'évasion par le jeu dans la journée. Que proposent alors de rejouer les jeux de *Call of Duty*<sup>®</sup> ?

---

92 Je ne parle pas ici des psychoses infantiles, qui témoignent d'un développement perturbé d'emblée, mais des psychoses de l'adulte qui surviennent au cours de la vie.

En séance, il m'est très souvent arrivé d'imaginer que nous jouions de la même façon que les enfants jouent pendant la récréation. Christian se cache ; Kilian joue les « prédateurs » en arpentant la carte. Entre cache-cache et jeu de chat, les jeux de l'enfance ne sont pas très loin et les émotions restent les mêmes. Pour exemple, voici une séquence de jeu possible, inspirée de mon expérience personnelle.

Je me cache, craignant d'être trouvé. Pourtant, si on ne me trouve pas, il n'y a pas de jeu ! Me trouvera-t-on alors ? J'appréhende... Je sors de ma cachette, je prend un risque et me montre à une fenêtre. Quelqu'un passe sans me voir. Je me cache à nouveau. Je vois l'autre, il ne me voit pas. Lorsque je touche ma cible, c'est la jubilation. Enhardie par ma victoire, je sors de ma cachette et me promène avec méfiance. Je joue avec une peur mêlée de plaisir. L'imprévu « prévisible » se produit soudain : je suis touchée ! L'événement me saisit un instant de surprise. Je quitte un instant l'illusion du jeu. Mais ce n'est qu'un jeu : je me reprends, et me voilà repartie...

Cette séquence de jeu pourrait aussi bien s'appliquer à un jeu d'enfants qu'à une partie de *Call of Duty*<sup>®</sup>. La même intensité s'y déroule, le corps vécu y est engagé de la même façon, car le jeu provoque le corps. Le jeu permet ainsi le plaisir « d'exprimer symboliquement son agressivité, de mettre en scène ses propres angoisses d'abandon, de mort, d'enfermement, et ainsi de les apprivoiser et sans doute de les dépasser. »<sup>93</sup> Par et dans le jeu, une certaine régression s'opère ainsi, une régression qui ramène le patient à ses expériences antérieures, aux différentes étapes qui jalonnent son histoire.

Ainsi, lors de la séance du 8/04/14, j'ai fait équipe avec la stagiaire ergothérapeute qui était venue assister à la séance. Nous nous sommes retrouvées à affronter Christian et Richard. Christian a ensuite évoqué l'idée que cela lui rappelait les jeux où les garçons affrontent les filles. Cet effet a animé le groupe d'une ambiance « de collège ». Le jeu permet également de retraverser certaines étapes de l'adolescence.

---

93 J. GARONNE, 2012, p.110.

Ainsi, remobiliser la capacité à jouer des patients adultes et provoquer le vécu du joueur en retraversant les étapes de sa vie permet au patient, peut être, de renouer avec son histoire et de s'ancrer dans le présent. Mais faire jouer des adultes n'est pas aisé. Quels « terrains de jeux » peut-on leur proposer ?

Serge TISSERON propose alors l'idée que « pendant longtemps, la plupart des adultes n'ont pas eu d'équivalent de ces territoires. Ils pouvaient lire un roman ou aller au cinéma, mais ne possédait pas d'espace semblables à ceux que les enfants explorent dans les jardins publics et qui servent de support à la mise en scène de leurs rêveries (...). Seuls les artistes parvenaient à se fabriquer l'équivalent d'un espace potentiel dans leurs créations. »<sup>94</sup> Les jeux vidéo constituent ainsi un espace de jeu que les adultes peuvent investir au même titre que les enfants et dans lesquels ils peuvent se permettre de jouer, de rêver, de créer et de se re-créeer.

### **III. Mon vécu de stagiaire dans cette rencontre.**

En tant que stagiaire à mi-chemin entre l'apprentissage et la vie professionnelle, il n'est pas toujours aisé de trouver sa place sur un lieu de stage. Je connaissais peu la psychiatrie adulte, et il m'a fallu rencontrer les patients pour apprendre à les connaître, pour cerner leurs difficultés qui ne m'apparaissaient pas de prime abord. Au cours de ma seconde année d'études, j'assistais ainsi à raison d'une fois par mois à des séances de jeux vidéo. J'ai ainsi pu prendre mes marques.

Il m'a été tout d'abord difficile de percevoir ce qu'est une médiation par le jeu vidéo, car elle implique une pratique suffisante pour le thérapeute. Je n'avais jamais joué avec une manette sur un écran. J'ai dû commencer par me familiariser avec les outils numériques et intégrer la dimension sensori-motrice des jeux vidéo. Cette intégration m'a ensuite permis de me décentrer de ce que

---

<sup>94</sup> S. TISSERON, 2008 *b*, p.207.

je faisais, de mes coordinations, pour commencer à cerner la façon dont le jeu mobilise le corps. Je percevais déjà, grâce à mes propres expériences ludiques sur ordinateur, que le corps n'était pas vécu de la même façon dans un jeu vidéo que face à un écran de télévision.

J'étais à la fois spectatrice de mon jeu et du jeu des patients, aussi bien qu'actrice. Cette place particulière, entre passivité et activité, m'a permis de prendre du recul et d'observer les séances, et m'a également demandé une certaine adaptabilité. Ainsi, au cours de mes lectures, l'idée de « médium malléable » donnée par Marion MILLENER m'a semblé particulièrement éclairante à la posture de stagiaire, et plus tard de psychomotricienne.

Le médium malléable est ainsi l'objet « qui permet d'éprouver cette illusion [de non séparation en particulier chez le petit enfant] comme suffisamment vraie pour que la solitude de la vie psychique ne soit pas sans lien avec le vécu interrelationnel, pour que le connu se reconnaisse trace du vécu. »<sup>95</sup> Cet objet présente cinq caractéristiques proposées par René ROUSSILLON : une indestructibilité (la malléabilité de l'objet peut changer de forme et y survivre), une extrême sensibilité (capacité à être modulable, à s'adapter), une indéfinie transformation (pouvoir se transformer et retrouver sa forme de départ), une inconditionnelle disponibilité (pouvoir se transformer à volonté) et une capacité d'animation propre (illusion d'un médium vivant).

Pour accompagner les patients dans le jeu et participer, il m'a fallu être malléable : tour à tour indestructible dans ma capacité à jouer, sensible pour savoir m'adapter, transformable en étant capable de « faire semblant » et de revenir à un état hors du jeu, disponible pour être à l'écoute de l'autre et animée pour entraîner les patients dans cette même animation.

Cette malléabilité m'a parfois fait défaut : j'ai pu être impuissante face à l'impossibilité de coopérer de mon partenaire de jeu, frustrée de ne pas avoir su

---

95 R.-L. RICHAUD, 2001, p.132.

le soutenir, déstabilisée par des parties difficiles. J'ai dû apprendre à me détacher du jeu très immersif pour ouvrir mon œil clinique pendant que je jouais. Si je parviens aujourd'hui à mieux me positionner en tant que stagiaire et psychomotricienne, c'est un travail en cours, un travail à poursuivre et qui s'élabore au fil de la pratique.

# CONCLUSION

Au cours de cette expérience, j'ai pu observer que les jeux vidéo sont des outils intéressants pour remobiliser la capacité et le plaisir de jouer. Si le jeu est essentiel dans le développement de l'enfant, il l'est tout autant dans le quotidien de l'adulte : le jeu lui offre un temps et un espace hors de la réalité objective. L'aire de jeu transitionnelle permet ainsi de s'exprimer librement.

Jouer à un jeu vidéo, c'est s'immerger dans une activité ludique riche en éprouvés. L'interaction qui s'élabore entre le joueur et la console permet une expérience subjective constamment renouvelée : les jeux vidéo sollicitent le vécu du joueur, lui procurent des sensations et des émotions.

Chez les patients psychotiques, le corps est souvent vécu comme morcelé et menaçant. Il est donc question dans les jeux vidéo d'une redécouverte de ses éprouvés en lien avec son histoire. Il s'agit également de revisiter des souvenirs, un passé, et de « voyager dans le temps » au travers du jeu.

Le dispositif des séances permet au psychomotricien d'accompagner les patients dans la réappropriation et la réunification de leur vécu. En remettant en jeu les identifications par le biais des avatars, ils peuvent ainsi se rencontrer et se confronter à cet autre qui les angoisse.

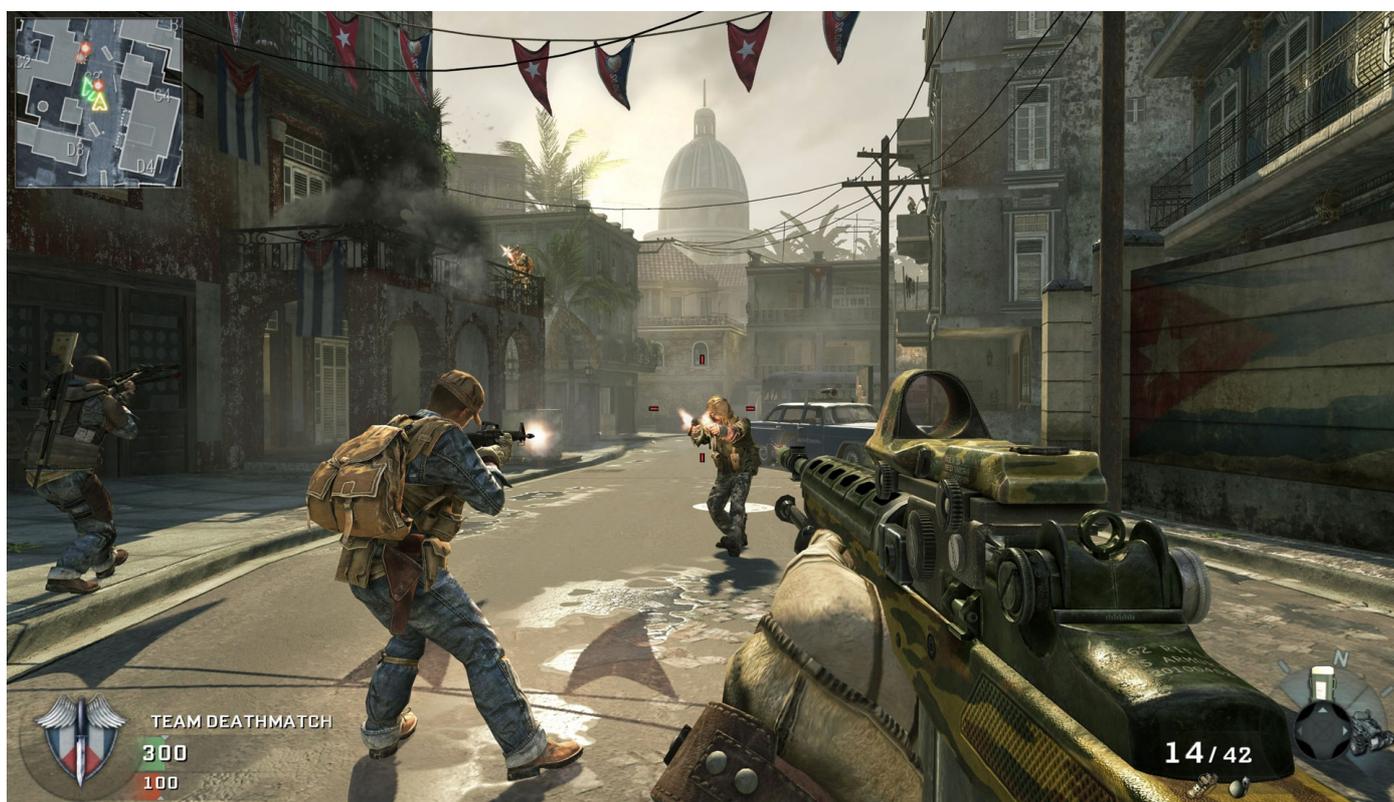
Les jeux vidéo proposent dès lors de remobiliser chez le patient psychotique ce qu'il a désinvesti de part la maladie : son corps, son histoire, ses relations à l'autre et son ancrage dans le présent. Enfermés dans une inertie, une « mort psychique » les patients se mettent en mouvement et, d'une certaine façon, nous parlent d'eux. Ce dispositif leur propose de vivre, de s'animer, d'être acteur, plutôt que de survivre passivement. Je commence ainsi à mieux percevoir l'intérêt des jeux vidéo dans le cadre de la psychiatrie adulte.

Mes lectures et mes observations cliniques m'amènent à imaginer et à envisager l'utilisation thérapeutique des jeux vidéo avec d'autres populations. Mais cette médiation en psychomotricité est innovante. Il existe probablement de nombreux champs d'application à découvrir.

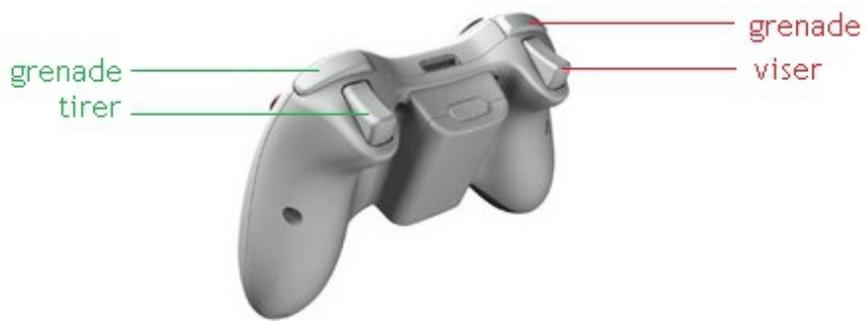
Il me faudra donc encore réfléchir, lire et expérimenter pour, peut-être, à mon tour, proposer cet outil dans ma pratique future.

# ANNEXES

Annexe 1 : La vue subjective du jeu *Call of Duty*<sup>®</sup>.



## Annexe 2 : La manette de Xbox 360.



## Annexe 3 : Extrait de l'ouvrage de Serge TISSERON

« *Apprivoiser les écrans et grandir.* »

### Résumé

## 3-6-9-12 Des écrans adaptés à chaque âge

#### **Avant 3 ans**

L'enfant a besoin de construire ses repères spatiaux et temporels.

Évitez la télévision et les DVD, dont les effets négatifs sont démontrés.

Les tablettes tactiles ne sont pas prioritaires : elles peuvent être utilisées en complément des jouets traditionnels, mais toujours en usage accompagné, sans autre but que de jouer ensemble, et de préférence avec des logiciels adaptés.

#### **Entre 3 et 6 ans**

L'enfant a besoin de découvrir toutes ses possibilités sensorielles et manuelles.

Évitez la télévision et l'ordinateur dans la chambre.

Établissez des règles claires sur le temps d'écrans et respectez les âges indiqués pour les programmes.

Préférez les jeux vidéo auxquels on joue à plusieurs à ceux auxquels on joue seul : les ordinateurs et les consoles de salon peuvent être un support occasionnel de jeu en famille, voire d'apprentissages accompagnés.

N'offrez pas une console de jeu personnelle à votre enfant : à cet âge, jouer seul devient rapidement stéréotypé et compulsif.

**Entre 6 et 9 ans**

L'enfant a besoin de découvrir les règles du jeu social.

Évitez la télévision et l'ordinateur dans la chambre.

Établissez des règles claires sur le temps d'écrans et respectez les âges indiqués pour les programmes.

Paramétrez la console de jeux du salon.

À partir de 8 ans, expliquez-lui le droit à l'image et le droit à l'intimité.

**Entre 9 et 12 ans**

L'enfant a besoin d'explorer la complexité du monde.

Continuez à établir des règles claires sur le temps d'écrans.

Déterminez avec lui l'âge à partir duquel il aura son téléphone mobile.

Rappelez régulièrement les trois caractéristiques d'Internet :

1. Tout ce que l'on y met peut tomber dans le domaine public ;
2. Tout ce que l'on y met y restera éternellement ;
3. Tout ce que l'on y trouve est sujet à caution : certaines données sont vraies et d'autres fausses.

**Après 12 ans**

L'enfant commence à s'affranchir des repères familiaux.

Votre enfant « surfe » seul sur la Toile, mais convenez d'horaires à respecter.

Évitez de lui laisser une connexion nocturne illimitée depuis sa chambre.

Discutez avec lui du téléchargement, des plagiat, de la pornographie et du harcèlement.

Refusez d'être son « ami » sur Facebook.

**À tout âge**

*Limitons les écrans, choisissons les programmes, invitons l'enfant à parler de ce qu'il a vu et fait, encourageons les pratiques créatrices.*

# BIBLIOGRAPHIE

## OUVRAGES ET ARTICLES :

ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F. (2004), *Corps et psychiatrie*, Paris, heures de France.

ANDRE P. (2006), *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, heures de France.

ANNEHEIM N., MECHLER I., RIEG M., TREILLET L. (2012) « Présentation d'une technique thérapeutique visant l'amélioration du système émotionnel chez le patient souffrant de schizophrénie paranoïde » in *Les entretiens de Bichat*, Toulouse, Europa, pp. 31-40.

BACH J.F., HOUDE O., LENA P., TISSERON S. (2013), *L'enfant et les écrans. Un avis de l'Académie des sciences*, Paris, Le Pommier.

BAILLY R. (2001), « Le jeu dans l'œuvre de D.W. Winnicott », *Enfances & Psy*, volume 15, pp. 41-45.

BALLOUARD C. (2008), *L'aide mémoire de psychomotricité*, Paris, Dunod.

DESOBEAU F. (2008), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant, la rencontre en son labyrinthe*, Ramonville St-Agne, Erès.

ESTHER GABRIEL E. (1994), *Que faire avec les jeux vidéo ?*, Paris, Hachette.

FREUD S. (1908), *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, 1985.

GARRONE J. (2012), « Psychomotricité et Jeux vidéo », in *Thérapie psychomotrice et recherches*, volume 169, pp. 108-117

JOLY F. (2000), Le travail du jouer... et ses déclinaisons, in *Thérapie psychomotrice*, volume 124, pp. 4-41.

- JOLY F. (2003), *Jouer... le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Clamecy, In Press.
- JUILLET P. (2000), *Dictionnaire de psychiatrie*, PUF.
- LEROUX Y. (2012), *Les jeux vidéo, ça rend pas idiot*, Limoges, FYP édition.
- MISSONNIER S., STORA M., TISSERON S. (2006), *L'enfant au risque du virtuel*, Paris, Dunod.
- MOREL C. (1995), *ABC de la psychologie et de la psychanalyse*, Paris, Grancher.
- OUBRAYRIE-ROUSSEL N., RICAUD-DROISY H., SAFONT-MOTTAY C. (2008), *Psychologie du développement*, Paris, Dunod.
- PEDINIELLI J.L., GIMENEZ G. (2002), *Les psychoses de l'adulte*, Paris, Nathan Université.
- PERRON Y. (2012) *Vocabulaire du jeu vidéo*, Office québécois de la langue française.
- PIAGET J. (1966), *La psychologie de l'enfant*, Paris, PUF, 1980.
- POTEL C. (2010), *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*, Paris, Erès.
- RICHAUD R.-L. (2001), *Une maïeutique du sujet pensant : ou l'art l'adolescent et son thérapeute*, Paris, Harmattan.
- ROUSTAN M. (2003), *La pratique du jeu vidéo : réalité ou virtualité ?*, Paris, L'Harmattan.
- STORA M. (2007), *Les écrans, ça rend accro...*, Paris, Hachette Littératures.
- STORA M. (2009), « Jouer au jeu vidéo : entre rêve et passion. Un « self-interactif » à portée de main », *Psychiatrie Française*, volume 40, pp. 133-149.
- TISSERON S. (1995), *Psychanalyse de l'image. Des premiers traits au virtuel*, Pluriel, 2010.
- TISSERON S. (2008 a), *Qui a peur des jeux vidéo ?*, Paris, Albin Michel.

TISSERON S. (2008 b), *Virtuel, mon amour*, Paris, Albin Michel.

TISSERON S. (2013), 3-6-9-12, *Apprivoiser les écrans et grandir*, Toulouse, Erès.

TRICLOT M. (2011), *Philosophie des jeux vidéo*, Paris, La Découverte.

VIROLE B. (2003), *Du bon usage des jeux vidéo et autres aventures virtuelles*, Hachette Littératures.

VIROLE B. (2011), *La complexité de soi*, Orsay, Charielleditions.

WINNICOTT D.W. (1971), *Jeu et réalité*, Saint-Amand, Gallimard, 2002.

### **AUTRES :**

Notes de cours : M. STORA, 16/04/14, en deuxième année de psychomotricité, UPMC, Paris.

Enregistrements : conversations avec L. COULON.

Annexe 1 : Tirée du site internet *Gameblog*.

[http://www.gameblog.fr/images/jeux/4429/88314/Call\\_of\\_Duty\\_Black\\_Ops\\_Ed043.html](http://www.gameblog.fr/images/jeux/4429/88314/Call_of_Duty_Black_Ops_Ed043.html)

# PETIT LEXIQUE DU « GEEK\* » POUR LES

## NON-INITIÉS

**Avatar** : Personnage numérique qui représente le joueur dans le monde virtuel. Dans *Call of Duty*<sup>®</sup>, ce personnage est personnalisable dans son apparence, ses armes et les options qui peuvent lui être accordées. Ces options sont débloquentes lorsque le joueur progresse et que son personnage gagne en expérience.

**Borne d'arcade** : Machine à jouer payante, sous la forme d'un meuble muni d'un écran et de boutons, que l'on trouvait à l'origine sous les arcades dans les lieux publics comme les bars, les centres commerciaux et les salles d'arcade.

**Bot** : Personnage non jouable contrôlé par l'ordinateur et qui peut remplacer un joueur dans un jeu multijoueur. *Bot* est le diminutif de robot.

**Campagne** : Mode de jeu qui propose une succession de missions qui se débloquent les unes après les autres et reliées par un scénario.

**Carte** : Les cartes représentent l'environnement dans lequel se déroule le jeu. *Call of Duty*<sup>®</sup> en propose de nombreuses, de taille variées. Pour s'orienter, une minicarte se trouve parfois dans un coin de l'écran et permet au joueur une vision globale de sa position et de celles de ses alliés.

**Cartouche de jeu** : Support informatique permettant le stockage de programmes dans les années 80 qui a été utilisé en particulier dans les jeux vidéo. Les cartouches s'insèrent dans les consoles et ont été peu à peu remplacées par les disques.

**Claymore** : Il s'agit de mines qui explosent dans le jeu lorsque l'on passe près d'elle.

**Console de jeu** : Machine électronique sous forme d'un boîtier conçue pour les jeux vidéo et dans lequel s'insère le support informatique contenant le jeu.

**Console de salon** : Console de jeu se branchant sur une télévision qui sert d'écran d'affichage.

**Console portable** : Console de jeu de petite taille et munie d'un écran, facilement transportable. Les téléphones portables peuvent entrer dans cette catégorie sous forme de console hybride présentant plusieurs fonctions.

**Écran divisé** : Mode d'affichage qui permet à plusieurs joueurs de jouer sur le même écran, qui se divise en autant de portions rectangulaires que de joueurs.

**Fair-play** : « L'esprit sportif » qui désigne une conduite honnête dans le jeu.

**Fraguer** : Tuer un ennemi dans un jeu de tir et marquer ainsi des points. Il faut cependant préférer ce terme à celui de *tuer* car la mort dans les jeux vidéo est souvent provisoire. Le personnage réapparaît pour permettre la progression dans le jeu.

**Geek** : Terme désignant une personne passionnée et extrêmement pointue dans les domaines liés à l'imaginaire, et par extension les mondes virtuels et vidéoludiques.

**Intelligence artificielle** : Capacité d'un personnage contrôlé par la console à simuler un comportement intelligent et à s'adapter aux situations du jeu.

**Jeu de tir** : Jeu d'action dont la jouabilité est axée sur le tir et dans lequel le joueur doit éliminer des ennemis à l'aide d'armes à feu. Il existe des jeux de tir à la première personne (vue subjective) et à la troisième personne (vue objective\*).

**Joystick** : Périphérique de jeu constitué d'un manche vertical multidirectionnel posé sur un socle, utilisé principalement dans les simulateurs de vol pour contrôler les déplacements à l'écran.

**MMORPG** : *Massively multiplayer online role playing game* ou jeu de rôle en ligne massivement multijoueur. Il s'agit d'un jeu de rôle en ligne auquel des

milliers de joueurs peuvent participer simultanément et dans lequel le monde virtuel évolue en permanence avec les joueurs connectés au serveur du jeu.

**Mode de jeu** : Fonctionnement particulier appliqué à une partie de jeux vidéo, représentant des réglages spécifiques, en général proposés en option dans le jeu.

**Monde virtuel** : Environnement artificiel créé par ordinateur, inspiré du réel ou imaginaire, dans lequel l'avatar évolue et interagit. Il peut être en deux dimensions (le personnage se déplace alors de droite à gauche et de haut en bas) ou en trois dimensions (le personnage peut en plus se déplacer dans la profondeur).

**Multijoueur** : Mode de jeu qui permet à plusieurs joueurs de jouer ensemble, en équipe ou non.

**Réalité virtuelle** : Simulation informatique visuelle, sonore et/ou haptique d'environnement et de mondes réels ou imaginaires. Elle permet une activité sensitivo-motrice et cognitive dans un monde artificiel.

**Smiley** : De l'anglais « *smile* », sourire, est l'image simplifiée d'un visage souriant, mais le terme de *smiley* est plus généralement utilisé pour parler de tout autre visage, qu'il sourit ou non. Ces « émoticônes » permettent à une personne d'exprimer ses émotions lorsqu'elle n'est pas avec son interlocuteur, par exemple sur internet ou par l'envoi de messages depuis un téléphone portable.

**Vidéoludique** : Relatif aux jeux vidéo.

**Vue objective** : Le joueur voit l'action et le personnage d'un point de vue extérieur, par exemple de l'arrière du personnage.

**Vue subjective** : Le joueur voit l'action du point de vue du personnage comme s'il était à sa place. Il ne voit plus le corps du personnage mais seulement les parties qui se trouvent dans son champ de vision. Dans *Call of Duty*<sup>®</sup>, le joueur voit ses mains lorsqu'il interagit avec les objets, ou l'arme du personnage.

## RÉSUMÉ

Les psychoses sont des maladies psychiatriques graves provoquant une perte de contact avec la réalité. Dans le cas de Christian, atteint de schizophrénie paranoïde, le rapport à l'autre est particulièrement difficile : le délire, l'incompréhension de l'autre et le repli sur soi complexifient son accompagnement et le plongent dans l'apragmatisme. Il tient pourtant à participer chaque semaine au groupe de psychomotricité *Call of Duty*<sup>®</sup>, qui propose aux patients un temps et un espace dans lesquels se retrouver, se rassembler et partager le plaisir ludique. Les jeux vidéo permettent ainsi aux patients de retraverser les identifications et leur histoire au travers de l'avatar et du groupe, de se confronter à l'autre dans un cadre de jeu et de les accompagner dans une animation de leur être. Une véritable rencontre thérapeutique est ainsi permise dans le dispositif de ce groupe.

Mots-clés : Adulte - Jeu - Jeux vidéo - Groupe - Psychose - Rencontre thérapeutique - Schizophrénie

---

## SUMMARY

Psychoses are serious psychiatric illnesses which cause a loss of touch with reality. In Christian's situation, as he suffers from paranoid schizophrenia, the relation with the other is particularly difficult: the delirium, the inability to understand others and the withdrawal into himself make his care harder and plunge him into apragmatism. However, he wants to take part in the *Call of Duty*<sup>®</sup> psychomotricity club every week. This club offers to patients time and room to meet, gather and share playful pleasure. Video games thus allow patients to cross back identifications and their own stories through the avatar and the club, to confront others in a game setting, and to guide them into an action of themselves. A genuine therapeutical meeting is thus allowed within this club.

Key words : Adult - Playing - Video Game - Group - Psychosis - Therapeutic meeting - Schizophrenia