Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14

JEUX VIDÉO ET PSYCHOMOTRICITÉ ?
« UN TRUC DE FOU ! »

Des jeux vidéo comme médiation psychomotrice; une rencontre ludique avec des adultes souffrant de psychoses

Mémoire présenté en vue de l'obtention du

Diplôme d'État de Psychomotricien

Par Marie BRULPORT

Référent de mémoire :
Loïc COULON

Session Juin 2015

«On devrait proposer le jeu comme on prescrit des médicaments.»

Aristote

«Les jeux vidéo ne rendent pas idiots [...], l'expérience des jeux vidéo est pour sa plus grande part une expérience sociale. Les vaisseaux spatiaux, les pouvoirs magiques, ou les armes puissantes ne sont que des prétextes pour créer une histoire avec d'autres joueurs.»

Yann Leroux

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier Loïc COULON pour m'avoir accompagnée tout au long de mon stage ainsi que dans la réalisation de ce mémoire. Merci pour sa disponibilité lors de nos nombreux échanges qui m'ont amenée à me questionner tant personnellement que professionnellement.

Merci à Évelyne Esther GABRIEL pour ses encouragements, son aide et ses précieux conseils notamment pour la rédaction de cet écrit.

Je remercie également mes différents maîtres de stage pour avoir partagé leurs expériences professionnelles qui ont enrichi ma formation. Merci à Sylvie et Virginie qui m'ont suivie avec attention durant cette troisième année.

Merci à ma famille pour son soutien durant ces trois années d'études.

Une pensée particulière pour Marion et Mélanie avec qui j'ai partagé cette formation. Je remercie également Lumyel, Razac, Zefen et VoxoV, mes amis et partenaires de jeux les plus chers, avec qui est née ma passion pour les jeux vidéo. Merci pour leur présence et leur bonne humeur.

Enfin je remercie chaleureusement les patients du groupe jeux vidéo avec qui j'ai partagé, chaque semaine, des moments authentiques de plaisir et de jeux.

SOMMAIRE

INTRODUCTION p.7

Première partie : L'HÔPITAL DE JOUR

I. L'INSTITUTION p.10
   1. Présentation p.10
   2. L'admission p.11
   3. Le suivi des patients: la psychothérapie institutionnelle p.11

II. LES PSYCHOSES: GÉNÉRALITÉS p.14
   1. Une schizophrénie: l'histoire de Christophe p.16
      a. La dissociation p.16
      b. Le délire p.17
      c. Le retrait autistique p.18
   2. Un autisme, l'histoire de Kyle p.20
   3. Une psychose infantile, l'histoire de Romain p.22
   4. Un trouble bipolaire, l'histoire d'Yves p.24
      a. L'épisode dépressif p.24
      b. L'accès maniaque p.25

III. LA PSYCHOMOTRICITÉ p.27
   1. Quel champ d'action ? p.27
   2. La psychomotricité au sein de l'hôpital de jour p.29
   3. Le groupe jeux vidéo p.30
   4. Les jeux vidéo p.30
      a. Quelques chiffres pour commencer p.31
      b. Définition p.31
      c. Historique p.32
      d. Classifications p.33

5. Le dispositif au sein du groupe jeux vidéo p.34
   a. Une séance type p 36
   b. Call of Duty p.36

Deuxième partie : JEU ET JEUX VIDÉO

I. LE JEU p.39
   1. Définition et déclinaisons p.39
   2. «Le travail du jouer» p.40
      a. le travail psychomoteur p.41
      b. Le travail cognitif p.41
      c. Le travail psychique p.41
      d. Le travail social et interactif p.42
   3. Le jeu chez l'adulte: quel intérêt ? p.42
   4. Jeu et psychoses: «un truc de fou !» p.44

II. LES JEUX VIDÉO: DES JEUX AVANT TOUT p.45
   1. La sensori-motricité p.45
   2. Le symbolisme p.48
   3. Le gameplay p.51
   4. Le fair-play p.52
   5. La place du corps p.53
      a. Des expériences sensorielles p.53
      b. Des expériences émotionnelles p.54

Troisième partie : **UNE THÉRAPIE LUDIQUE**

I. L'IMPORTANCE DU DISPOSITIF p.57
1. Un cadre sécurisant p.57
a. Les règles p.57
b. L'espace du jeu: concrétiser l'aire transitionnelle p.59
2. Un cadre contenant p.59

II. UN TERRAIN DE JEU LIBRE p.60
1. L'expression du vrai-self p.60
2. Le jeu créatif et spontané p.61

III. DES RENCONTRES p.62
1. Se rencontrer soi: se découvrir p.62
2. Rencontrer son avatar: se réfléchir p.66
3. Rencontrer le groupe: le jeu côte à côte p.69
4. Rencontrer les avatars: le jeu face-à-face p.73
5. Rencontrer le thérapeute p.76

CONCLUSION p.78

Bibliographie p.79
Annexes p.I

INTRODUCTION

Ce mémoire porte sur l'utilisation des jeux vidéo en thérapie psychomotrice. Ce projet fait suite à un séminaire auquel j'ai assisté et dont une intervention était consacrée à l'utilisation des jeux vidéo en thérapie. Jouant aux jeux vidéo depuis mon enfance, je les concevais comme un loisir voire un centre d'intérêt, mais en aucun cas comme un outil possible en thérapie. Je souhaitais en apprendre davantage sur leur utilisation dans un contexte de soins, notamment en psychomotricité.

J'ai débuté un stage, dès ma deuxième année d'étude, au sein d'un hôpital de jour psychiatrique qui accueille des personnes souffrant majoritairement de psychoses et où le psychomotricien propose des groupes de jeux vidéo. Je souhaitais découvrir comment se crée la rencontre thérapeutique avec cette médiation.

Lors des premières séances, je fus surprise par la personnalité des patients. J'intégrais le groupe avec des représentations assez schématiques sur la psychose. Je constatais quelques «bizarreries», mais j'étais bien loin des signes cliniques phénoménaux décrits en cours. Par ailleurs, la dynamique de groupe demeurait plutôt bonne : les patients communiquaient entre eux et maniaient même l'humour. Toutefois, la séance terminée, certains d'entre eux se repliaient sur eux, refusant toute relation avec l'extérieur.

Comment se structure alors la thérapie psychomotrice avec cette médiation pour des adultes souffrant de psychoses et quels en sont les bénéfices ? Pour répondre à cette question, il me faudra réfléchir sur les caractéristiques propres aux thérapies psychomotrices et savoir si elles sont présentes dans les rencontres thérapeutiques proposées avec les jeux vidéo. Je me questionnerai également sur la place du jeu chez l'adulte. Ce jeu est-il toujours présent ? Existe-t-il un intérêt à jouer pour l'adulte ? Enfin, à quoi sert le jeu vidéo pour des adultes psychotiques ?

Avant d'aborder ces thématiques, je présenterai d'abord l'établissement. Il est important de définir le contexte dans lequel les activités thérapeutiques, dont le groupe jeu vidéo, sont proposées. Je m'intéresserai ensuite à la population accueillie. Ceci m'amènera à définir les psychoses et notamment une schizophrénie, un autisme, une psychose infantile et un trouble bipolaire. Ces pathologies seront illustrées respectivement par les histoires de Christophe, Kyle, Romain et Yves. Je m'appuierai régulièrement sur ces quatre patients, participant au groupe jeux vidéo du mardi midi, pour étayer ma réflexion.

Puis, dans une partie plus théorique, j'aborderai le jeu, ses fonctions, ses intérêts chez l'adulte, mais aussi en thérapie et notamment auprès de patients psychotiques. J'aborderai ensuite les jeux vidéo à travers les expériences ludiques qu'ils proposent.

Enfin, dans une troisième partie, je réfléchirai sur la façon dont s'organise un dispositif, mais surtout une rencontre thérapeutique en psychomotricité avec les jeux vidéo pour des adultes psychotiques. Comment le psychomotricien amène-t-il ses patients à expérimenter le jeu et quel rôle occupe-t-il ?

Dans ce mémoire, je m'attacherai aussi à faire part de mes différents vécus et interrogations suscitées par ce stage, de mes rencontres avec les patients et de ma place en tant que stagiaire.

Première partie :

L'HÔPITAL DE JOUR

I. L'INSTITUTION.

1. Présentation :

Il s'agit d'un hôpital de jour accueillant des adultes avec des problématiques d'ordre psychiatrique. Il est l'un des premiers établissements à remanier les soins apportés aux patients anciennement internés. En effet, peu après la Seconde Guerre mondiale, le constat des mauvaises conditions de traitement amène à repenser les soins et l'accompagnement des patients en psychiatrie. Un des arguments avancés est que l'accueil des patients conditionne, en partie, l'expression de leur symptomatologie et donc leur évolution dans la maladie. Deux courants complémentaires vont naître :

- Celui de la sectorisation permettant aux patients de bénéficier de structures de soins proches de leur lieu d'habitation.

- Celui de la psychothérapie institutionnelle qui prône la prise en charge des patients et de l'institution elle-même afin que celle-ci ne devienne pas maltraitante.

L'hôpital où j'ai effectué mon stage appartient à ce second courant. Il est l'un des premiers établissements français à fonctionner sur le principe d'une psychothérapie institutionnelle. Créée en 1948, il s'adresse aux patients stabilisés par un traitement médicamenteux et dont l'état de santé ne justifie pas, ou plus, une hospitalisation à temps plein.

L'équipe se relaie afin de proposer aux patients des soins ambulatoires et les accompagne dans leur réinsertion socioprofessionnelle. Elle se compose de quatre psychiatres et deux internes, de huit infirmières, de quatre ergothérapeutes, d'un sociothérapeute, de cinq psychologues, d'un psychomotricien, de deux assistantes sociales, d'un médecin généraliste, d'un pharmacien, de deux secrétaires médicales ainsi que d'un personnel chargé de la restauration et de l'entretien.

L'hôpital possède cent-vingt places. Chaque jour, quatre-vingt-dix à cent patients sont présents à l'hôpital de jour. À l'année, il reçoit entre trois cent quarante et trois cent cinquante malades.

2. L'admission :

L'admission à l'hôpital de jour s'effectue sur un consentement mutuel entre l'équipe et le patient et après une période de préadmission de deux à quatre semaines (voire plus si nécessaire). Pendant ce temps, la personne est invitée à s'entretenir avec les soignants et à visiter la structure. De son côté, l'équipe évalue le patient pour comprendre ce qui parasite sa façon d'être. Des groupes d'accueils sont proposés afin d'aider les nouveaux patients à se familiariser avec les locaux, le personnel et la vie collective de la structure.

Une fois admis, il se décide un projet de soin. L'accent est mis sur la responsabilisation de la personne malade. Cette dernière est active dans sa thérapie et participe aux décisions la concernant. Le projet de soin est donc entrepris avec le patient, son médecin référent ainsi qu'un référent institutionnel (un infirmier, un psychologue, un ergothérapeute ou le psychomotricien). Ensemble, ils réfléchissent aux activités auxquelles le patient pourrait participer. Celles-ci viennent compléter le travail thérapeutique personnalisé et permettent d'étayer l'aspect relationnel et l'autonomie des personnes soignées.

3. Le suivi des patients : la psychothérapie institutionnelle.

L'hôpital de jour accueille les patients du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00 et le samedi de 9h00 à 13h00. Ils sont adressés par des Centres Médico Psychologique (CMP), des services hospitaliers ou d'autres professionnels, mais leur venue reste consentie. De nombreuses activités leur sont proposées en plus des rendez-vous médicaux. Ces ateliers sont animés par des soignants, mais également des professionnels (professeur de chant, socio-esthéticienne, philosophe...) qui interviennent ponctuellement dans la structure afin de partager leur spécialité. L'équipe s'attache à construire un cadre de vie où les patients ont le droit d'être malades. Les ateliers thérapeutiques et les temps informels leur offrent de multiples occasions de s'exprimer librement dans un cadre contenant et de nouer des liens avec les autres patients.

Comme indiqué précédemment, l'hôpital de jour est porté par le courant de la psychothérapie institutionnelle. Il me paraît important de développer cette notion qui définit un cadre sur lequel l'institution s'appuie pour proposer ses

diverses activités thérapeutiques et accompagner au mieux les patients. Toutefois, je me limiterai à la naissance de ce mouvement en France.

La psychothérapie regroupe «l'ensemble des méthodes qui permettent de traiter l'appareil psychique en souffrance.» Elle redonne «du sens aux symptômes [...] en les restituant dans l'histoire du sujet.»[1] Pour Ginette MICHAUD, psychiatre et psychanalyste française, la «fonction essentielle de l'institution est d'être un système de médiation permettant l'échange interhumain à plusieurs niveaux.»[2]

Dès 1942[3], des conférences (les colloques de Bonneval) sont régulièrement organisées par Henry EY, psychiatre français. Elles réunissent d'autres professionnels : des psychiatres dont Paul BALVET, François TOSQUELLES mais aussi Georges DAUMÉZON et Paul SIVADON, des neurologues, des psychanalystes, des philosophes, etc. Elles ont pour but de dénoncer les conditions de traitement des malades dans les asiles. Ces professionnels estiment que la manière dont s'exprime la symptomatologie des personnes internées dépend, en partie, de l'environnement dans lequel elles se trouvent. Jean OURY écrit en 1976 : «dans le comportement du fou, il y a une part importante de réaction au milieu [...] et le cadre soignant est en grande partie responsable de cette construction, de ce faire qui fait que le fou se fait.»[4] Ensemble ils militent pour repenser les soins psychiatriques et amorcent, dès 1945[5], une nouvelle manière de pratiquer la psychiatrie dans les établissements : c'est le début de la psychothérapie institutionnelle.

Celle-ci considère l'institution comme un outil thérapeutique en soi. Avant 1945, les asiles déshumanisaient les personnes en les réduisant à leur symptomatologie. Avec la psychothérapie institutionnelle, l'accent est mis sur la collectivité et les relations interhumaines afin d'offrir un espace où le patient a le droit d'être malade. Jean OURY rajoute dans son ouvrage de 1976 «Dans l'écroulement des relations que l'on doit provoquer, il est nécessaire de prendre en charge le lieu qui nous relie à la famille et au malade.»[6] Par le lieu, l'auteur entend l'établissement de soin. Cette prise en charge institutionnelle passe notamment par la libre circulation des patients, une clarté des différents lieux au

[1] P. DELION, 2001, p. 2.
[2] G. MICHAUD, 1977, p.6.
[3] J. OURY, 2001, p. 227.
[4] *Ibid*. p. 27.
[5] P. DELION, 2001, p. 4.
[6] OURY, *op cit.*, p. 25.

sein de la structure, une étroite collaboration de l'ensemble du personnel et des réunions fréquentes (institutionnelles, entre soignants, patients-soignants...). Afin de se faire une idée concrète de la psychothérapie institutionnelle, j'exposerai maintenant quelques principes de ce mouvement mis en pratique sur mon lieu de stage.

La structure dans laquelle je me suis rendue œuvre pour créer un espace de vie et de relations sociales. Aucune distinction n'est faite entre les soignants et les soignés par le port d'une tenue particulière ou d'un badge. D'ailleurs, au début de mon stage, j'avais parfois des difficultés à différencier les personnes que je croisais dans les locaux. Pour certains il n'était pas évident de faire la distinction entre patients ou soignants.

En outre, les patients sont relativement libres au sein de l'institution avec comme impératifs d'être présents aux activités où ils sont inscrits, d'honorer leurs rendez-vous médicaux et de prévenir de leur absence.

Par ailleurs, l'institution se soucie autant des moments d'activités thérapeutiques que des temps d'intergroupe. Le but est de favoriser les liens et la vie collective entre les consultations et les ateliers. Ainsi, les patients partagent différents lieux (self, cour, salles polyvalentes...). Il est important que les soignants investissent ces espaces dans les temps informels, le travail thérapeutique étant également en jeu dans les interactions sociales qui s'y déroulent. À cet effet, un espace, le club, a été aménagé pour permettre aux patients, mais aussi aux soignants de se retrouver librement. Des jeux de société, une bibliothèque et des ordinateurs sont à disposition ainsi qu'un bar. Celui-ci, géré par un binôme de patients, est ouvert par tranche de deux heures à différents moments de la journée. Cet endroit favorise le contact et les moments conviviaux. Il offre un endroit propice aux échanges où les patients peuvent se retrouver autour d'un café pour discuter, jouer ou continuer un projet commun né au sein d'un atelier thérapeutique.

Enfin, trois réunions formalisées ont lieu une fois par semaine avec l'ensemble des professionnels (aussi bien les soignants que le personnel administratif). Elles permettent d'échanger sur la vie au sein de la structure, sur les patients, et les éventuels évènements (sorties, animations...). Une réunion

annuelle permet également de faire le point sur les conditions d'accueil des personnes malades. S'ajoutent à cela de nombreuses réunions informelles organisées au fil de l'année, notamment à la fin des ateliers, par les soignants co-thérapeutes.

N'étant présente que les mardis après-midi, je n'ai pu saisir qu'une partie de cette organisation institutionnelle. Mes premiers moments au club ont également été difficiles. Avec le psychomotricien, il nous arrivait de passer du temps pour échanger avec les patients. Parfois je n'en connaissais aucun et je ne savais pas comment prendre part à cet espace de vie. Finalement, des patients qui ne me connaissaient pas venaient souvent à ma rencontre. C'était alors l'occasion pour moi de me présenter ou de rappeler qui j'étais, le jour où j'étais présente à l'hôpital et pendant combien de temps afin de leur poser des repères. Petit à petit, j'ai pu ainsi prendre mes marques au sein de l'institution, me familiariser davantage avec son fonctionnement et la population accueillie. Pour bien comprendre les enjeux de ces rencontres, il me faut définir plus globalement ce que sont les psychoses. J'illustrerai mes propos par l'exemple de quatre patients très différents dans leur façon d'être.

II. LES PSYCHOSES : GÉNÉRALITÉS.

Étymologiquement, le terme psychose vient du grec ψυχή, psyche, «esprit, âme», et -ωσις, -osis, «anomalie» et se définit comme une affection de l'âme. Jean Claude CARRIC parle de «troubles mentaux altérant profondément la relation du sujet tant envers lui-même qu'envers la réalité.»[7] Il serait plus judicieux de parler de psychoses au pluriel. En effet, il existe plusieurs états psychotiques à nuancer. Cependant, quelles qu'en soient leurs expressions cliniques, elles restent le diagnostic le plus grave en psychiatrie.

Malgré la diversité de la symptomatologie psychotique, il existe trois caractéristiques communes :

- La présence d'un délire : symptôme psychotique où la personne possède une conception fausse de la réalité et à laquelle elle croit fermement.

[7] J.C. CARRIC, 2001, p. 145.

- La perte partielle, voire totale, de contact avec la réalité. Celle-ci ne fait plus sens.

- La méconnaissance par le sujet du caractère pathologique de ses troubles.

Une distinction est faite selon la durée des manifestations psychotiques. Aussi distinguons-nous les psychoses aiguës, c'est-à-dire limitées dans le temps : bouffées délirantes aiguës (BDA), des psychoses chroniques : schizophrénie et délires chroniques (paranoïa, psychose hallucinatoire chronique (PHC) et paraphrénie).

Le vécu psychocorporel reste également en souffrance chez les sujets psychotiques et différentes angoisses peuvent survenir. L'angoisse se définit comme une peur sans objet. Elle est inhérente au développement psychique de l'individu, la première étant l'angoisse de l'étranger aux alentours du huitième mois. Survient ensuite l'angoisse de destruction dans le stade anal, l'angoisse de castration dans le stade phallique et l'angoisse de mort à l'âge adulte. L'angoisse devient pathologique lorsqu'elle est excessive et affecte la vie quotidienne. Dans les psychoses, il s'agit principalement d'angoisses dites archaïques. Ces dernières mettent en jeu l'intégrité corporelle : angoisse de morcellement, de liquéfaction, de possession, de putréfaction, etc. Elles surviennent également parce que la réalité extérieure ne fait pas sens avec la réalité interne du sujet.

En définitive, ce sont des pathologies où la fonction intégrative du moi est perturbée. Le sujet n'éprouve pas une unité corporelle et psychique sécurisante, hermétique et inviolable. Il est sans cesse exposé à des doutes identitaires et des menaces, car l'autre et l'environnement sont perçus comme dangereux. Ainsi dans les psychoses, la problématique du lien demeure récurrente, et ce à plusieurs niveaux : corporel, psychique, relationnel et environnemental. Le travail thérapeutique consiste notamment à tisser et développer ces liens inexistants, perdus ou fragilisés. Il s'agit d'accompagner la personne et de l'aider à se structurer corporellement, psychiquement et dans ses relations avec l'extérieur.

Je souhaite aborder plus précisément quatre pathologies appartenant au registre des psychoses : une schizophrénie, un autisme, une psychose infantile et un trouble bipolaire. Ce choix vient du fait que mes observations cliniques se sont portées sur Christophe, Kyle, Romain et Yves, quatre patients du groupe jeux vidéo. Je n'ai pas souhaité me restreindre à l'étude d'un seul patient, car le groupe et les phénomènes qu'il induit étayeront ma clinique. Actuellement, le groupe ouvert se compose de sept patients. J'ai choisi de me concentrer sur les quatre patients les plus assidus depuis le début de mon stage.

1. Une schizophrénie, l'histoire de Christophe.

Il s'agit d'une «modification durable et profonde de la personnalité»[8]. Le terme de schizophrénie vient du grec skhizein : fendre et phren : pensée et signifie étymologiquement dissociation de la personnalité.

Les symptômes se manifestent selon deux versants. Un versant négatif, caractérisé par la dissociation et l'autisme, où le sujet se coupe du monde et un versant positif porté par le délire qui permet une reconstruction du monde et de soi. Trois dimensions sont à repérer chez le schizophrène : la dissociation, le délire et le retrait autistique.

a. La dissociation :

Elle touche la pensée, l'affectivité et le comportement du sujet.

Les dissociations de la pensée :

Le discours est pauvre, stéréotypé et incompréhensible. Les idées s'enchainent de manière illogique («coq à l'âne») et le langage demeure abstrait du fait de nombreux néologismes. Une réduction verbale peut également être constatée avec une suspension de la pensée : la personne ne finit pas ses phrases. Enfin, l'attention et la concentration fluctuent durant la journée.

Les dissociations de l'affectivité :

Le patient schizophrène se caractérise par un émoussement affectif : il paraît inexpressif, perplexe, voire indifférent. L'expression des émotions reste

[8] P. ANDRE, 2013, p.84.

inappropriée par rapport au contexte : il y a une discordance entre la nature et l'intensité des émotions et ce qui les provoque. Celle-ci s'explique, entre autres, par les difficultés qu'éprouve le sujet à percevoir et à identifier ses propres émotions et celles d'autrui.

Les dissociations comportementales :

Le schizophrène adopte des attitudes étranges avec des stéréotypies gestuelles, une agitation voire une agressivité brutale. Ses mouvements sont pauvres, raides et disharmonieux. Tout cet ensemble engendre des comportements ambigus, contradictoires et souvent inadaptés à la situation. Il en ressort une impression de bizarrerie. Par ailleurs, le sujet se caractérise par une perte de l'initiative motrice, un apragmatisme[9] et un repli sur soi.

b. Le délire :

Le délire est une conception erronée que le sujet a de la réalité. Il se définit par son mécanisme c'est-à-dire le processus par lequel s'édifie l'idée délirante et ses thèmes à savoir les idées qui préoccupent le malade. Dans la schizophrénie, le délire est dit non systématisé ou polymorphe. Plusieurs thèmes s'enchevêtrent et s'articulent mal. Le sujet tient alors des propos abstraits et hermétiques.

Les mécanismes dans le délire du schizophrène sont nombreux. Ils sont principalement imaginatifs (la personne invente un monde où il joue le premier rôle : le délire est égocentré), interprétatifs (le sujet donne une explication erronée à un fait réel) et surtout hallucinatoires (la personne a des perceptions sensorielles en l'absence de stimuli). Il s'agit souvent d'hallucinations auditives où le patient entend des voix qui le commandent ou lisent ses pensées. Elles peuvent aussi être cénesthésiques, le patient a alors la sensation que sa pensée ne lui appartient plus. Nous parlons d'automatisme mental. Concernant les thèmes du délire schizophrénique, ils sont de l'ordre de la persécution et de la dépersonnalisation avec des sensations de transformations corporelles.

[9] Symptôme psychiatrique se caractérisant par une incapacité à entreprendre des actions.

c. Le retrait autistique :

Dans la schizophrénie, l'autisme se manifeste par la prédominance de la vie intérieure du sujet. Celui-ci s'enferme dans ses rêveries et n'accorde aucune importance à la réalité objective. Il en résulte une perte de contact avec la réalité, un apragmatisme, une fuite de la relation et un isolement socioprofessionnel.

Il existe différentes formes de schizophrénies. Toutefois, je ne présenterai que celle dont souffre Christophe.

Christophe est un homme de 63 ans de taille et de corpulence moyennes. Il a des cheveux courts gris foncé, des yeux bleus et un visage rond relativement figé. Christophe reste relativement inhibé signifiant un certain apragmatisme. Ses gestes sont pauvres, lents et de faibles amplitudes. Il tient un discours cohérent, mais il lui arrive de perdre le fil de la conversation. Par ailleurs, il communique peu et à voix basse. Sur le versant affectif, Christophe paraît indifférent aux évènements. Il peut exprimer certaines émotions, mais de façon discrète (léger sourire, pincement de lèvres...). Il lui arrive également de mal interpréter les émotions et les intentions des autres.

Il vient à l'hôpital de jour depuis trente-sept ans en raison d'une schizophrénie paranoïde[10]. Christophe vit seul dans un appartement. Il est autonome et ne présente pas de troubles du comportement. Cependant, il sort peu de chez lui, uniquement pour venir à l'hôpital deux fois par semaine et pour faire ses courses. Son rythme de vie s'organise autour d'activités bénévoles sur internet. Christophe a également investi dans une console de jeux vidéo depuis qu'il participe au groupe jeux vidéo.

[10] Il convient de distinguer la schizophrénie paranoïde du délire paranoïaque. Dans la première situation, le délire, nous l'avons vu, est non systématisé et incohérent. Dans la deuxième situation, le délire, souvent interprétatif, est systématisé : les idées s'enchainent de manière organisée et logique.

Nous disposons de peu d'élément quant à son enfance. Il a une grande sœur plus âgée de deux ans. Selon lui, ses parents poussaient celle-ci à travailler, mais ils ne s'occupaient pas de lui. À l'âge de ses 6 ans, il est allé dans un sanatorium[11]. Cette expérience a été vécue comme un abandon et il ne voyait sa famille qu'une fois tous les quinze jours. À sa sortie, il espérait une fête pour son retour, mais la vie familiale avait repris comme si de rien n'était.

Christophe a perdu son père en 1979 : il a alors 27 ans. Il le découvre pendu au domicile familial. À cette époque, une voix s'installera dans sa tête et ne le quittera plus. Il s'agit d'une voix féminine qui le persécute (injonctions, insultes...). La plupart du temps, cette voix reste celle d'une inconnue, mais il lui arrive quelquefois de l'associer à celle de sa mère ou de sa sœur. Il intègre l'hôpital de jour quelques mois après. Son état ne va pas cesser de se dégrader. Le psychiatre de l'établissement fait état d'un syndrome d'influence avec un automatisme mental, une dépression et un rétrécissement du champ social. Néanmoins, Christophe se dit à la fois gêné et très attaché à cette voix au point de refuser tout traitement médicamenteux. Lorsque les hallucinations auditives s'atténuent, le délire de persécution se transpose sur son voisinage : Christophe reste alors persuadé que ses voisins cherchent à l'atteindre.

En 1981, Christophe cesse toute activité professionnelle. Jusqu'à présent, il cumulait des petits emplois grâce à des entreprises d'intérim. En 1987, sa mère décède des suites d'une longue maladie. Christophe pourra dire à certains moments que sa mère lui manque. Ils avaient l'habitude de discuter ensemble tous les dimanches. En 1988, Christophe montre un comportement agressif au sein de l'hôpital de jour. Il est hospitalisé à temps plein dans une autre structure pendant deux semaines. Il reçoit un traitement sédatif qui permettra d'abaisser son angoisse et de diminuer la voix qu'il entend. Il sort à sa demande.

Aujourd'hui, l'état de Christophe est stable malgré la présence permanente de cette voix. Il vient à l'hôpital les mardis et les vendredis. Il est suivi par le psychiatre de l'établissement une fois par semaine et le psychomotricien lui propose deux rencontres autour des jeux vidéo : une en groupe les mardis et une en séance individuelle les vendredis.

[11] Etablissement médical soignant les personnes atteintes de la tuberculose.

2. Un autisme, l'histoire de Kyle.

Dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V)[12], l'autisme est considéré comme une affection neuro-développementale et est séparé des psychoses. Dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, (CIM10) et la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA), cette distinction est moins rigide. Nous trouvons d'ailleurs la catégorie «Autisme et troubles psychotiques» regroupant les différentes formes d'autismes et de manifestations psychotiques. Mon intention n'est pas de débattre sur la véracité des différentes classifications. J'ai choisi d'aborder l'autisme puisqu'il s'agit de la pathologie dont souffre Kyle, jeune patient que j'ai accompagné tout au long de mon stage au sein du groupe jeux vidéo. Toutefois, je m'appuierai sur le DSM-V, majoritairement utilisé en psychiatrie, pour présenter l'autisme.

Le DSM-V regroupe sous l'appellation de troubles du spectre autistique (TSA) l'autisme, le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement non spécifié (TEDNos).

L'autisme est un trouble neuro-développemental dont le diagnostic critériologique repose sur le constat de difficultés dans deux domaines :

- La communication et les interactions sociales, demeurant inadaptées.
- Les intérêts et comportements, respectivement restreints et stéréotypés.

Dans l'autisme, ces signes apparaissent souvent avant trois ans, mais il faudra attendre cet âge pour avoir la certitude du diagnostic.

En ce qui concerne Kyle, il vient à l'hôpital de jour depuis cinq ans en raison de troubles autistiques associés à des phénomènes d'automatismes mentaux. C'est un jeune adulte de 23 ans, grand et extrêmement mince. Il porte des vêtements larges et cache en permanence son épaisse chevelure avec une casquette. Il masque également ses yeux avec des lunettes de soleil. Les expressions de son visage sont donc difficiles à percevoir. Kyle est réservé et parle peu. Lorsqu'il ne

[12] Il existe trois classifications des pathologies en psychiatrie. Le DSM-V qui est la classification américaine, la CIM10 définit par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la CFTMEA correspondant à la classification française.

participe à aucun atelier, il s'isole et écoute de la musique. En dehors de l'établissement, il ne travaille pas et bénéficie de l'allocation adulte handicapé (AAH). Il vit avec ses deux parents et sa sœur de 22 ans. Son père est urgentiste chez les sapeurs-pompiers et sa mère secrétaire médicale. Kyle est passionné d'équitation qu'il pratique depuis ses trois ans. Il aime également faire du vélo avec son père et jouer aux jeux vidéo. Il refuse d'écrire et considère que ce n'est «qu'un petit souci».

Les parents de Kyle se sont séparés lorsqu'il avait dix mois puis se sont remis ensemble un an et demi après. Une dépression a été suspectée chez le nourrisson à la suite de cette séparation. Lorsqu'il avait onze mois, la crèche signale une hypersomnie et des troubles alimentaires. Le diagnostic d'autisme infantile est posé à 3 ans par le pédopsychiatre du Centre Médico-Psychologique (CMP). Les parents n'étant pas prêts à cette annonce, toute thérapeutique est refusée. À 6 ans, l'école remarque un retard dans l'acquisition du langage, des difficultés de coordination motrice et un retrait en classe. Kyle est maintenu en grande section de maternelle et bénéficie alors d'un suivi pédopsychiatrique et de deux séances de psychomotricité par semaine, dans le cadre scolaire, pendant trois ans. Il ira jusqu'en classe de CE1 puis il sera admis dans un établissement scolaire à la pédagogie adaptée et accueillant des enfants présentant des troubles cognitifs et mentaux. Il y restera pendant sept ans (de 1999 à 2006) ce qui lui permettra d'acquérir un niveau scolaire équivalent au CM2.

En 2004, il a alors 12 ans, une nouvelle consultation en pédopsychiatrie est organisée en vue d'adapter sa prise en charge, mais à nouveau, les parents ne donneront pas suite aux avis médicaux. Une thérapie familiale est entreprise pendant trois ans (de 2004 à 2007). Lorsqu'elle s'achève, Kyle intègre un hôpital de jour. À son entrée, le tableau clinique relate un évitement du regard et du contact, des rires défensifs, un trouble du développement avec un retard langagier (stéréotypies verbales, discours pauvre et peu expressif), un investissement sélectif dans l'équitation ainsi que des troubles des conduites alimentaires (TCA) avec un indice de masse corporelle (IMC) bas et une sélection des aliments (Kyle ne mange pas de tomates, pas de choux, pas d'entrées, pas de viande de cheval ou de lapin.) Il y restera jusqu'à l'âge de 18 ans, puis il intègrera l'hôpital de jour pour adultes psychotiques face à la persistance de sa symptomatologie invalidante.

Lors de la préadmission, ses parents répondent souvent aux questions qui lui sont adressées. Le père reconnaît être exigeant et s'agacer par moment des difficultés de Kyle. Il espère que son fils travaillera dans cinq ans. La mère est plus nuancée, mais les deux parents présentent parfois des demandes inadaptées à l'hôpital de jour en espérant que leur fils bénéficie d'une prise en charge pédagogique et professionnalisante.

Kyle ne prend aucun traitement médicamenteux. Il est suivi par un psychiatre de l'institution une fois par semaine. Durant les premiers entretiens, Kyle présente des troubles du cours de la pensée (il dit que son esprit «bug») et des phénomènes hallucinatoires intrapsychiques avec des impressions que sa conscience lui parle. Il dit ne pas être motivé pour venir à l'hôpital. Il manquera d'ailleurs plusieurs rendez-vous. Toutefois, depuis 2013, il vient plus régulièrement du lundi au vendredi et participe à divers ateliers (football, quizz, jeux vidéo).

3. Une psychose infantile, l'histoire de Romain.

Le diagnostic de psychose infantile n'existe que dans la classification française (la CFTMEA). Dans la CIM10 et le DSM V la psychose infantile équivaut respectivement aux troubles envahissant du développement (TED) ou aux TSA. Ces deux classifications s'accordent pour dire que le diagnostic de psychose reste incertain avant la puberté, car l'adolescence est une étape déterminante dans la structuration du sujet. Pour présenter la psychose infantile, je me référerai donc à la CFTMEA.

Ainsi, selon la classification française, le diagnostic de psychose infantile repose sur trois signes principaux :

- Des troubles de l'état affectif avec anxiété.
- Une altération du comportement.
- Des troubles cognitifs variables.

En outre, nous retrouvons chez le sujet un fonctionnement psychique dominé par des mécanismes psychotiques. Toutefois, ces patients gardent une capacité d'adaptation à la réalité. Les idées délirantes sont peu présentes du fait d'une imagination relativement pauvre.

Romain est un jeune homme de 34 ans présent à l'hôpital de jour depuis 2002. De taille moyenne et de corpulence normale, c'est une personne souriante et joviale qui adopte souvent un comportement enfantin. Actuellement, il vit chez ses parents et manque d'autonomie. Il ne sait ni lire ni écrire, il a des difficultés de repérage temporo-spatial et il éprouve le besoin d'être cadré et rassuré. Romain reste encore dans la toute-puissance et apprécie lorsque tout tourne autour de lui. Il aime incarner les «méchants», mais il s'en défend aussitôt. Romain possède un faux jumeau et une sœur. Sa mère travaille en tant qu'aide-ménagère et souffre de dépression. Son père, ouvrier dans le bâtiment, est décrit comme surprotecteur, dictateur et ambivalent sur l'autonomie de ses enfants : il aime garder le pouvoir sur eux. La famille reste très en retrait et peu coopérante vis-à-vis de la prise en charge thérapeutique de Romain.

Né par césarienne, Romain présente, dès sa première année, d'importantes angoisses de séparation et il se balance pour s'endormir. À 5 ans, il développe des phobies (notamment de son ombre et des insectes). À 6 ans, Romain est un enfant mutique, excessivement timide avec des terreurs nocturnes. Lors de sa huitième année, ses parents décident de consulter dans un hôpital de jour pour enfant. Le psychiatre diagnostique une dysharmonie évolutive de l'enfance. Romain restera dans cette structure pendant six ans. À l'adolescence, il est présenté comme un jeune homme intelligent, attachant, mais dépendant, phobique et passif. Romain s'instruit énormément et se passionne pour l'Histoire. Ce surinvestissement intellectuel semble être un mécanisme de défense contre ses angoisses.

À son entrée à l'hôpital de jour pour adulte, Romain présente beaucoup d'idées persécutrices avec des peurs d'abandon, de trahison et de moqueries de la part des autres. Il est en difficulté face au moindre changement. Romain est très angoissé au quotidien et se préoccupe constamment de la mort et de la sexualité.

Treize ans après son arrivée au sein de la structure, Romain a un contact de bonne qualité, un discours structuré et cohérent, mais il alterne le puéril et le sérieux. Il reste encore préoccupé et agité avec des questionnements identitaires et des plaintes hypocondriaques.

4. Un trouble bipolaire, l'histoire d'Yves.

Il s'agit d'un trouble de l'humeur avec une «succession d'états thymiques soit dans le sens positif de l'expansion (accès maniaque), soit dans le sens négatif (dépression, accès mélancolique).»[13] L'appellation psychose maniacodépressive peut également être employée, car pendant les épisodes de modifications thymiques, la personne n'a pas forcément conscience de sa pathologie, des idées délirantes peuvent apparaître et la réalité ne fait alors plus sens.

Il existe deux formes cliniques de cette affection thymique :

- Les formes unipolaires avec des épisodes uniquement dépressifs.
- Les formes bipolaires alternant des accès dépressifs et maniaques.

Les manifestations bipolaires se divisent elles-mêmes en trois catégories. Toutes comportent des épisodes dépressifs majeurs. C'est l'intensité des épisodes maniaques qui permet de les différencier. Ainsi, il existe :

- Le trouble bipolaire de type 1 avec épisodes maniaques francs.
- Le trouble bipolaire de type 2 avec des épisodes hypomaniaques.
- Le trouble bipolaire de type 3 où les accès maniaques sont d'origine héréditaire ou iatrogène.

a. L'épisode dépressif :

Il se caractérise par une triple atteinte :

- Affective : l'individu éprouve une grande tristesse sans motif reconnu ou sans rapport de proportionnalité. Il s'associe également une anhédonie et des idées noires.

- Intellectuelle : le sujet se dévalorise. Il porte un regard négatif sur sa santé et ses compétences. Il y a une perte d'assurance et de l'estime de soi. Cette perte de confiance peut se transposer sur le monde et

[13] P. ANDRE, 2013, p.67.

l'entourage. S'ajoute à cela un ralentissement des fonctions intellectuelles (attention, concentration, jugement, raisonnement...).

- Somatique : l'épisode dépressif s'accompagne souvent d'un appauvrissement expressif traduisant une souffrance intolérable. La personne n'exprime rien, elle reste prostrée et immobile. Le sujet souffre également de trouble du sommeil avec des insomnies et de troubles alimentaires avec une anorexie ou une hyperphagie (qui reste plus rare).

b. L'accès maniaque :

Il s'agit d'une période limitée dans le temps où l'humeur est anormalement élevée pendant au moins une semaine. L'épisode maniaque est caractérisé par une exaltation du moi (mégalomanie, idées de grandeur...). À nouveau, nous retrouvons une triple atteinte :

- Intellectuelle : caractérisée par une fuite des idées. Les pensées sont énoncées à grande vitesse, sans lien les unes avec les autres (coq à l'âne) ou elles s'enchainent par jeu de mots.

- Somatique : le sujet dort peu, il réduit son temps de sommeil.

- Comportementale : la personne présente une excitation psychomotrice incessante et stérile.

Yves, souffre d'un trouble bipolaire de type 1. C'est un homme pâle de 62 ans aux cheveux grisonnants. Il porte une barbe courte et de larges lunettes recouvrent son visage et ses yeux marron. Yves semble relativement mince. Toutefois, plusieurs couches de vêtements (pull, doudoune, écharpe) dissimulent sa morphologie, et ce, quelles que soient les saisons. D'un point de vue expressif, Yves est assez spontané et très expansif. Il utilise facilement l'humour, mais ses jeux de mots peuvent s'enchainer de manière illogique tout comme peut l'être son discours à certains moments. Yves se dévalorise aussi énormément sur ses capacités. Il vient à l'hôpital de jour depuis quarante-quatre ans.

Fils unique, il a perdu son père d'un cancer de la gorge à 17 ans. Sa mère, très âgée, est décédée il y a trois ans. Nous disposons de peu d'éléments concernant les relations du patient avec ses parents. Sa mère est décrite par une infirmière comme une femme dure qui dévalorisait Yves. Celle-ci ne cessera de parler de caprices pour qualifier la maladie de son fils. Les diverses équipes soignantes ayant accompagné Yves suspecteront des carences affectives possibles.

Yves vit depuis trente-quatre ans avec sa compagne dans un appartement. Malgré un manque de complicité, le couple évoque le projet de se marier. Yves vient à l'hôpital de jour depuis l'âge de 18 ans (1971) avec une fréquence régulière sauf lors de périodes d'activités professionnelles. Yves a en effet cumulé de nombreux postes sur des durées souvent courtes.

En 1973, malgré certaines mises en garde du fait de sa fragilité, il souhaite intégrer le service militaire. Il sera réformé deux mois et demi plus tard pour cause d'immaturité affective et d'une labilité caractérielle proche de la schizophrénie. Yves ne semblera pas plus bouleversé que cela. De 1991 à 1996, il distribue les journaux deux fois par jour : à trois heures du matin et plus tard dans la journée. En 1996, au petit matin, alors qu'il attend dans sa voiture avant de travailler, Yves est témoin d'un meurtre par arme à feu. Il restera cinq heures auprès du corps et du frère de la victime, le temps de l'arrivée de la brigade criminelle. Un mois après, il participe à la reconstitution de la scène. À la suite de cet évènement traumatisant, Yves démissionne et s'isole chez lui pendant un mois. Ses amis de l'hôpital de jour viendront le chercher à son domicile afin de l'aider à revenir au sein de l'établissement.

Dans l'institution, Yves participe à différentes activités : radio, philosophie, informatique, quizz, vidéo et jeux vidéo. Il aime rester au club pour jouer aux cartes. Il a de bons contacts avec les soignants et les autres patients. Yves est admis au sein de la structure en raison d'un trouble bipolaire de type 1. À première vue, il ne présente aucun symptôme évoquant une personnalité psychotique et son humour témoigne d'un bon second degré. Toutefois, son tableau clinique décrit un discours parfois diffluent, des troubles attentionnels, une difficulté de concentration, une hypocondrie (Yves se plaint surtout de douleurs variables et d'une surdité hypothétique), et un état euthymique alternant avec des moments de grande anxiété et de nervosité.

Ses troubles ont probablement débuté lorsqu'il avait 8 ans. À cet âge, il est victime de nombreux malaises syncopaux. À 10 ans, ses amis décrivent des moments d'absences concomitants à une dégradation des résultats scolaires et une angoisse d'échouer aux examens. En entretien, le patient évoque lui-même des phases où il était fatigué, il n'arrivait plus à écouter son professeur et décrochait. Pendant l'été de sa quatorzième année, il part en Angleterre avec les scouts. À son retour, il apprend subitement son déménagement à Paris avec ses parents. Durant l'année 1969, il est hospitalisé un mois en psychiatrie pour des raisons de labilité thymique et d'une forte angoisse. Cette expérience reste traumatisante pour Yves qui évoque des souvenirs de fatigue nerveuse, d'agitation et d'enfermement. À sa sortie, il poursuit sa scolarité et obtient son certificat d'études primaires, il a alors 16 ans. Cette même année, il est inséré dans un centre de sauvegarde pour adolescents puis il est suivi en Centre Médico-Psychologique (CMP). Deux ans plus tard, il intègre l'hôpital de jour pour adultes.

Ainsi, ces quatre patients, d'âges différents et avec une problématique et des difficultés relationnelles propres à chacun, arrivent à rentrer en relation et interagir au sein du groupe jeux vidéo du mardi midi. Avant de nous intéresser davantage à cette rencontre intergénérationnelle autour des objets numériques, il me semble important de redéfinir la psychomotricité et de signifier ses spécificités.

III. LA PSYCHOMOTRICITÉ.

1. Quel champ d'action ?

La psychomotricité «intervient comme l'approche du vécu du corps et de la façon dont le sujet l'utilise pour entrer en relation avec l'autre. Elle a ainsi à faire et affaire avec le schéma corporel, l'utilisation investie du corps, l'émotion, le tonus, la perception vécue du temps et de l'espace, l'harmonie de la maturation et la relation à l'autre.[…] La richesse de cette approche est bien de considérer l'individu dans sa globalité, toujours à la fois, et ce « à la fois » est fondamental, mouvement et pensée, intelligent et affectif, comportement et conscience, biologique et psychique»[14]. Elle unifie le corps et la pensée en les considérant

[14] C. BALLOUARD, 2008, p.7-8.

interdépendants. Elle est un «regard globalisant qui percevra les interactions constantes :

- d'une part entre la motricité (variation de tonus, postures, mouvements...) et le psychisme (émotions, compréhension, imagination, intention, inconscient...);

- d'autre part entre l'individu total et le milieu extérieur»[15].

Ainsi, le psychomotricien intervient auprès des personnes en difficultés dans la relation avec eux-mêmes et/ou avec l'extérieur. Celles-ci peuvent être d'origine organique (affections qui entravent les capacités neurologiques, cognitives ou physiques) ou psychologique (troubles émotionnels, de la personnalité, de l'humeur, etc.) La spécificité du thérapeute est de considérer la personne avec son vécu, son histoire personnelle, ses capacités, mais aussi ses difficultés. Il agit par l'intermédiaire du corps. J. GOUMAS et F. LEROUX expliquent qu'en psychomotricité, «le corps peut être perçu comme :

- Le lieu d'actualisation des contenus psychiques.
- L'outil du soin psychomoteur :
    - Lieu d'expression (le corps exprime ses plaisirs, ses désirs, ses émotions, sa souffrance, sa douleur, ses difficultés).
    - Lieu d'impression (le thérapeute imprime par la médiation corporelle des expériences à vivre, à ressentir)»[16].

Le corps est, par conséquent, l'un des outils fondamentaux en psychomotricité. Il véhicule le vécu de la personne et permet de communiquer, d'échanger et d'imprimer des expériences sensori-motrices. C'est notamment grâce aux médiations que le thérapeute propose différentes expériences au patient. La médiation est un intermédiaire qui permet d'entrer en relation avec la personne. Elle introduit un support qui rend le contact moins direct et moins intrusif. En psychomotricité, il s'agit de médiations venant mobiliser le corps, le vécu corporel et la conscience corporelle.

[15] B. DE LIEVRE, L. STAES, 2012, p.11.
[16] J. GOUMAS, F. LE ROUX, 1997, p.32-36.

Ainsi, la thérapie psychomotrice consiste à contacter l'unité psychocorporelle de la personne, à la renforcer, à l'étayer pour ensuite «établir, rétablir, maintenir et 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»[17].

Voyons maintenant la place de la psychomotricité dans un contexte plus précis : celui d'un hôpital de jour psychiatrique pour adultes.

2. La psychomotricité au sein de l'hôpital de jour :

Outre les groupes de jeux vidéo, le psychomotricien propose des séances individuelles qu'il nomme «corps et parole avec le corps». Il intervient sur indication médicale, mais il peut être sollicité par l'équipe ou choisir de rencontrer un patient quand cela lui semble pertinent. Ces temps sont l'occasion pour le thérapeute de mieux connaître le fonctionnement psychomoteur des patients. Le bilan effectué complète les évaluations des autres professionnels et les observations sur le comportement et les relations du patient au sein de l'institution. Ainsi, le psychomotricien évalue différents items tels que le tonus, la représentation corporelle (schéma corporel, image du corps...), l'aisance motrice (équilibre, coordinations/dissociations, praxies...) et la structuration spatio-temporelle. Il amène le patient à un questionnement corporel en l'aidant à repérer ses singularités motrices (attitudes, postures, gestes, déplacements, tonus...). Ensemble, ils tentent de trouver une signification et/ou le contexte dans lequel ces dernières se manifestent. Cette démarche prépare le futur projet de soin en psychomotricité.

Le psychomotricien utilise essentiellement l'expressivité du corps et la relaxation psychomotrice tout en s'adaptant aux problématiques et aux objectifs thérapeutiques propres à chaque personne malade. Ces expériences sensori-motrices permettent au patient de mieux investir son corps et d'amorcer un travail d'élaboration des sensations. À travers ces médiations, le thérapeute aide le patient à transformer son vécu en éprouvé et à créer du lien entre sa pensée et son corps émotionnel et relationnel.

[17] C. BALLOUARD, 2008, p.6.

Dans les psychoses, la relation au corps est souvent biaisée par diverses angoisses compromettant l'unité corporelle. Le corps est perçu comme fragile, morcelé, voire non maîtrisé. Les séances de psychomotricité apportent des sensations ramenant le patient dans une réalité objective et actuelle. Il s'agit de l'aider à trouver une distance sécurisante vis-à-vis de son propre corps afin de mieux vivre avec sa maladie.

Ces temps sont également l'occasion d'aborder le vécu du patient au sein des activités thérapeutiques animées par le psychomotricien et notamment le groupe jeux vidéo du mardi midi.

3. Le groupe jeux vidéo :

Sa création fait suite aux grandes vacances de l'été 2012. Durant cette période, l'absence de certains soignants et patients modifie le rythme de l'institution. Le psychomotricien de l'hôpital prit l'initiative d'aménager et d'encadrer un espace jeux vidéo afin de faire découvrir cette activité aux patients. Cet atelier suscita beaucoup d'intérêt et le psychomotricien réfléchit à l'idée de proposer une telle médiation. Il présenta à l'institution son projet en exposant notamment l'importance du travail du «jouer» tant chez l'enfant que l'adulte. En septembre 2012, le groupe fut créé.

Actuellement, le groupe se compose de sept patients (que j'appellerai Christophe, Kyle, Romain, Yves, Julien, Lucas et Oscar), du psychomotricien et de moi-même. Pour la plupart, cet atelier leur a été proposé, car les jeux vidéo font partie de leur quotidien. Christophe et Yves, intéressés par la démonstration que le psychomotricien avait faite au club, ont rejoint le groupe dès sa création.

Avant d'aborder l'organisation de ce groupe, je présenterai les jeux vidéo et notamment Call of Duty, le jeu que nous utilisons en séance.

4. Les jeux vidéo :

Si je devais définir les jeux vidéo, je dirais qu'ils représentent des plateformes numériques figurant des univers plus ou moins réalistes et avec lesquels nous pouvons interagir par l'intermédiaire d'une manette. Ces

environnements virtuels nous permettent l'évasion en vivant des sensations, des émotions, des aventures, des défis, etc.

a. Quelques chiffres pour commencer :

Selon une étude menée par le Syndicat National du Jeu Vidéo (SNJV)[18], la France compte 31 millions de joueurs en 2014 avec une moyenne d'âge de 41 ans. Parmi eux, 61% se disent joueurs réguliers et un joueur sur deux s'avère être une femme. Enfin, 65% des parents-joueurs jouent avec leurs enfants.

Toujours selon le SNJV, le nombre de joueurs en France aurait triplé en dix ans. Ceci s'explique entre autres par le fait que le marché du jeu vidéo cible différents âges et par le développement des réseaux sociaux, des consoles portables, des smartphones et des tablettes facilitant l'accessibilité aux jeux vidéo. Ainsi, les jeux vidéo se pratiquent sur divers supports (ordinateurs, consoles, téléphones, tablettes, etc.)

b. Définition :

Dans son livre *Philosophie des jeux vidéo*, Mathieu TRICLOT imagine un dialogue entre Mario et Socrate pour tenter de définir ces objets numériques. Ainsi, Socrate finit par dire que le jeu vidéo est reconnu «comme une certaine forme d'expérience, une «expérience instrumentée », [...], qui a besoin de l'écran et de la machine de calcul pour se produire. [...] nous nous mettons dans un certain état, un « état ludique » qui ne ressemble à aucun autre. On doit se dire que le jeu vidéo propose une expérience spécifique, un jeu avec des univers simulés, [...], où il y a de l'habileté souvent, et puis une certaine profondeur dans la simulation»[19]. Cette définition sous-entend par les termes «d'expérience» et «d'état ludique», que les jeux vidéo suscitent un vécu et donc des émotions.

Une autre définition proposée par Benoît VIROLE, pour qui 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

[18] http ://www.snjv.org/sociologie : site du SNJV. Celui-ci aide à préserver ou développer la compétitivité des entreprises de jeux vidéo.
[19] M. TRICLOT, 2011, p.6.

d'une certaine façon. À la différence de la lecture, [...] et il s'agit d'une de leurs caractéristiques fondamentales, ils permettent une interactivité directe avec le contenu ludique»[20]. Ainsi, le joueur peut agir, modifier et jouer avec les images. L'auteur souligne parfaitement une des spécificités des jeux vidéo qui est l'interaction avec le jeu en lui-même. Le joueur est donc loin d'être passif.

Les jeux vidéo impliquent l'utilisation de différents outils :

- Un support (CD-Rom ou cartouche) qui contient les fichiers du jeu vidéo.
- Une console (ordinateur, PlayStation, Xbox, Wii, téléphone, etc.) C'est elle qui lit les informations du support du jeu vidéo. Toutefois elle ne fonctionne pas de façon autonome et elle interagit avec le joueur.
- Un contrôleur (manette, souris, clavier, etc.) Il permet à l'usager de rentrer en relation avec la console, d'agir sur l'environnement virtuel et de manipuler son avatar[21].

c. Historique :

Le nom du premier jeu créé est encore discuté actuellement au sein des développeurs de jeux vidéo et dépend en partie de la conception que chacun se fait du jeu vidéo. Si nous nous référons aux définitions ci-dessus, le premier jeu vidéo à instaurer une interaction entre la machine et les joueurs reste Space War. Il a été développé par Wayne WIITANEN, Steve RUSSEL et J.M.GRAETZ en 1962[22]. Dans ce jeu, deux joueurs s'affrontent sur un écran en contrôlant chacun un vaisseau. Celui-ci peut se déplacer, pivoter et tirer des projectiles. Un soleil est également placé au centre du jeu et attire les vaisseaux vers lui. Chaque joueur essaie de tirer et détruire son adversaire tout en veillant à déplacer son vaisseau afin de ne pas être absorbé par le soleil.

Par la suite et encore aujourd'hui, le développement et l'évolution des jeux vidéo suivent sensiblement les avancées technologiques dans la conception des ordinateurs et autres consoles.

[20] B. VIROLE, 2003, p.11.
[21] Le terme d'avatar désigne le personnage numérique que contrôle un joueur. Une définition plus précise sera énoncée dans la troisième partie de cet écrit.
[22] E. E GABRIEL, 1994, p.34.

d. Classifications :

Il reste difficile d'établir une classification stricte des jeux vidéo du fait de l'évolution permanente des types de jeux et de leur appartenance possible à plusieurs catégories. Néanmoins, je me référerai à celle de Serge TISSERON, dans son livre *Qui a peur des jeux vidéo ?*, et dans lequel il propose cinq familles de jeux vidéo. Il distingue :

- Les jeux de plateforme (Mario, Prince of Persia...) : il s'agit de la classe des premiers jeux vidéo. Le joueur manipule un personnage qui bouge de plateforme en plateforme. Ces jeux sollicitent principalement la rapidité et l'adresse du joueur.

- Les jeux de simulation (Guitar Hero, Gran Turismo...) : ces jeux proposent au joueur de manipuler une machine, de piloter une voiture, un avion ou encore un bateau. Ils s'attachent à rendre l'univers du jeu vidéo le plus réaliste possible.

- Les jeux d'aventure (Ico, Journey...) : le joueur incarne un avatar avec lequel il évolue dans un univers plus ou moins fantaisiste. Il sera amené à traverser diverses épreuves et développer les compétences de son personnage virtuel.

- Les jeux de tir (Call of Duty, Counter Strike...) : l'objectif principal pour le joueur se résume à se battre avec différentes armes.

- Les jeux de stratégie (Age of Empire, Civilization...) : Le joueur gère un peuple, une ville, une armée, etc. Il est amené à faire un certain nombre de choix afin de mener à bien son entreprise.

Outre ces cinq familles, nous distinguons également les jeux offline des jeux online. Pour les premiers, le joueur joue seul contre la console ou avec des humains dans la même pièce que lui alors que les jeux online, apparus bien plus tard, permettent aux joueurs de jouer ensemble et à distance grâce à une connexion internet. Certains jeux peuvent être configurés par le joueur pour jouer en mode offline ou online.

Dans le groupe jeux vidéo auquel je participe, nous jouons essentiellement à un jeu de tir du nom de Call of Duty. Je vais maintenant présenter plus en détail le dispositif de cet atelier.

5. Le dispositif au sein du groupe jeux vidéo :

Le groupe jeux vidéo a lieu chaque mardi de 12h30 à 14h00. Il s'agit d'un groupe ouvert dont l'intégration se fait sur proposition du psychomotricien ou sur demande du patient. Dans les deux cas, le psychomotricien rencontre individuellement la personne. Un entretien préliminaire permet de mesurer, entre autres, les motivations du patient à rejoindre ce groupe et son rapport aux jeux vidéo. Ensuite, le thérapeute propose au patient un temps de jeu où il peut apprécier les réactions, mais aussi les débordements de ce dernier face aux jeux vidéo pour voir si son comportement reste compatible avec l'émulation du groupe. Plusieurs séances individuelles pourront être proposées afin que le psychomotricien puisse prendre une décision relative à l'admission du patient au sein du groupe.

Cet atelier est précédé du repas de midi où le psychomotricien et les patients-joueurs déjeunent ensemble. Ce temps permet d'échanger sur les jeux vidéo, mais aussi sur des sujets plus divers. Ce moment convivial permet, par la même occasion, d'être au courant des évènements récents qui peuvent plus ou moins affecter les patients et expliquer leur état émotionnel.

Avant de détailler une séance type, je vais vous faire part de mon expérience vécue durant cette formation.

Au début, j'ai éprouvé des difficultés à m'insérer dans le groupe. Ma place de stagiaire me mettait parfois dans l'embarras vis-à-vis des patients. Par exemple, il arrivait à Lucas de venir s'asseoir très près de moi durant les séances. Les premières fois, j'étais prise au dépourvu, ne sachant pas comment garder une distance raisonnable entre lui et moi sans l'offusquer. Le psychomotricien me suggéra de m'aider du matériel présent dans la pièce, en allant par exemple ranger une manette ou encore en posant une question générale au groupe et ainsi changer de place pour faire face aux patients. D'autre part, avec les jeux vidéo, j'avais peur de me laisser captiver par le jeu en oubliant le contexte de soin.

Le psychomotricien me conseilla de me montrer progressivement plus présente dans le groupe notamment en prenant la parole. Je devais dépasser le statut d'observatrice et me positionner en tant que future thérapeute afin de pouvoir servir de référence notamment dans l'expression de mes émotions lorsque je jouais.

À mon arrivée dans le groupe, chaque patient avait une façon personnelle de m'aborder. Par exemple, Christophe a mis longtemps à venir me parler. Souvent, il refusait de me serrer la main prétextant que la sienne était moite. Au bout d'un mois et demi, nos échanges sont devenus de plus en plus fréquents, il pouvait même parfois me conseiller spontanément lorsque je jouais. Kyle a également mis un certain temps avant de s'adresser à moi. Petit à petit, il s'est mis à répondre à mes questions sur certaines commandes du jeu. Il m'expliquait les spécificités des armes, les bugs du jeu, etc. Actuellement, il me tutoie et il est un des rares patients à employer mon prénom. Le tutoiement m'a d'abord déstabilisée. Je ne savais pas vraiment s'il fallait que je le reprenne. Le psychomotricien m'expliqua que c'était sa façon de montrer que nous partagions quelque chose. En séance, il peut venir me parler pendant que d'autres joueurs jouent. Je veille alors à ne pas rentrer dans une relation exclusive avec lui et à m'intéresser également à ce qui se vit pour les autres patients.

La relation s'est installée plus rapidement avec Romain et Yves. Romain prenait la peine de serrer la main à chacun d'entre nous quand il arrivait. Ce contact physique m'offrait l'occasion de l'accueillir avec bienveillance et de prendre de ces nouvelles. Pour Yves, nous étions les deux moins bons joueurs du groupe. Ainsi, spontanément nous nous encouragions mutuellement lorsque l'un ou l'autre jouait.

Au fil du stage, j'ai pris progressivement mes marques dans le groupe et le contact avec les patients se faisait plus facilement. Ils se montraient même attentionnés. Je l'ai constaté surtout lorsque je jouais en équipe avec l'un d'entre eux et notamment avec Christophe, Kyle ou Romain. Ils me parlaient beaucoup plus que s'ils étaient en équipe avec un autre patient. Chacune de leur phrase était ponctuée d'un «s'il vous plaît», «si vous le voulez», «si vous êtes d'accord». Un jour où Romain est venu me remplacer pour jouer avec Christophe, je constatais qu'ils communiquaient peu entre eux voire pas du tout. Christophe finit par

s'énerver en disant à Romain qu'il «restait sans rien faire». Je repris avec eux l'importance de parler à son coéquipier et je m'appuyais sur l'attitude que Christophe avait eue lorsque nous étions dans la même équipe et qu'il me proposait spontanément des stratégies.

a. Une séance type :

Chaque séance se structure en trois temps :

- L'accueil du groupe : le psychomotricien demande à chacun comment il va, notamment à ceux qu'il n'aurait pas vus lors du repas. Le groupe décide ensemble du jeu auquel nous allons jouer et la manière dont nous y participerons : en équipe ou chacun pour soi.

- Le temps de jeu : nous jouons principalement à Call of Duty : Black Ops sur Xbox 360. Il s'agit d'un jeu de tir que je présenterai plus en détail dans la partie suivante.

- La fin de séance : elle se clôture par un moment où chacun donne son avis et ses ressentis sur les évènements qui se sont déroulés au cours des parties de jeux vidéo.

b. Call of Duty :

Call of Duty (l'«Appel du Devoir» en anglais) est une série de jeux qualifiée de FPS (First Person Shooter), c'est-à-dire des jeux de tir subjectifs où le joueur voit à travers les yeux de son avatar. La série comporte onze opus sortis entre 2003 et 2014. Six d'entre eux mettent en scène des guerres historiques. Les autres reposent sur des combats fictifs. Dans le groupe jeux vidéo, nous disposons de Call of Duty : Black Ops, Black Ops II, World at War et Modern Warfare 3. Nous jouons majoritairement à Call of Duty Black Ops, je m'attarderai donc plus précisément sur ce dernier.

Call of Duty Black Ops propose plusieurs modes de jeu. Le mode campagne se joue seul. Le joueur incarne un même personnage et doit remplir un certain nombre de missions pour terminer l'histoire du jeu. Nous n'utilisons pas ce mode,

l'intérêt étant de jouer à plusieurs nous préférons le mode multijoueur qui permet de faire jouer jusqu'à quatre joueurs en même temps. Dans ce mode, il n'y a pas d'histoire. Les joueurs peuvent s'affronter sur différentes cartes. L'écran peut se scinder en deux, trois ou quatre parties[23]. Chacune correspondant au champ de vision du personnage contrôlé par un joueur grâce à une manette.

L'objectif dans ce mode n'est pas de valider des missions pour achever une histoire, mais de gagner un maximum de points en tuant ses adversaires. Le mode multijoueur comporte lui-même des sous-modes de jeux qui déterminent si les joueurs joueront en équipe ou chacun pour soi. Je présenterai uniquement les deux que nous utilisons :

- La «Mêlée générale» : chacun joue pour soi. Le vainqueur est celui qui a marqué le plus de points en tuant les autres avatars du jeu. Ce mode peut se jouer à deux, trois ou quatre joueurs humains et des bots[24] peuvent également être ajoutés sur la carte.

- Le «Match en équipe» : deux équipes s'affrontent sur une carte. Chaque équipe se compose de deux ou de quatre joueurs. Dans ce dernier cas, quatre joueurs humains affrontent quatre bots.

En outre, le jeu Call of Duty possède d'autres réglages permettant de diversifier les façons de jouer sur un même mode de jeu. Nous pouvons par exemple régler le temps des parties (entre 3 et 10 minutes), le nombre de bots, leurs niveaux de difficulté (nous distinguons du plus facile au plus difficile les niveaux recrue, seconde classe, commando et vétéran). Le nombre de vies peut également être paramétré. Ainsi, en fin d'année, nous avons testé plusieurs parties en mettant une seule vie à chaque joueur ou trois. Ceci induit un jeu plus vigilant de la part de tous afin de ne pas mourir rapidement.

Mais quel est l'intérêt d'utiliser les jeux vidéo avec des adultes psychotiques ? Pour répondre à cette question, il me paraît utile de reprendre la définition du jeu et revoir son importance tant pour l'enfant que l'adulte.

[23] Cf. Annexe 2, p.IV.
[24] Bot est le diminutif de robot et désigne les personnages exclusivement commandés par l'ordinateur. Ils ont le même rôle et les mêmes capacités qu'un avatar contrôlé par un joueur.

Deuxième partie :

JEU ET JEUX VIDÉO

I. LE JEU.

1. Définition et déclinaisons :

Le Petit Robert[25] définit le jeu 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». Je rajouterai que le jeu se déroule dans un cadre spatio-temporel propre à lui-même où l'individu peut pleinement s'exprimer sans impacter la réalité. Il est intéressant de noter que la langue anglaise possède deux termes pour qualifier les jeux : le *play* et le *game*. Le *play* correspond aux jeux libres tandis que le *game* renvoie aux jeux à règles comme les jeux de société[26].

Le sociologue Roger CAILLOIS formule six critères qui définissent le jeu[27]. Celui-ci est libre, car non contraint (le joueur choisit de jouer ou non), séparé (il possède son propre environnement spatio-temporel), incertain (l'issue du jeu reste inconnue), improductif (le jeu ne produit rien, il est gratuit), réglé (le jeu possède ses propres règles) et fictif (il instaure une réalité secondaire à la réalité objective).

Enfin, pour J. HUIZINGA, historien néerlandais, le jeu peut être considéré comme «une action libre, sentie comme fictive et située en dehors de la vie courante, capable néanmoins d'absorber totalement le joueur; une action dénuée de tout intérêt matériel et de toute utilité; qui s'accomplit en un temps et dans un espace expressément circonscrits, se déroule avec ordre selon des règles données, et suscite dans la vie des relations de groupes s'entourant volontiers de mystère ou accentuant par le déguisement leur étrangeté vis-à-vis du monde habituel»[28]. L'auteur d'Homo Ludens nous livre une juste définition du jeu à ceci près qu'il souligne son inutilité. Selon moi, le jeu demeure une activité utile et ceci à tout âge. Pour l'enfant et l'adolescent, il étaye leur développement psychomoteur, leur individuation et leur socialisation.

[25] Edition 2011.
[26] Préface de J.B PONTALIS in D.W. WINNICOTT, 1971, p.8.
[27] R. CAILLOIS, 2000, p.43.
[28] J. HUIZINGA, 2008, p.31.

Le jeu est donc une activité spontanée et bénéfique. Présent dès l'enfance, il contribue au développement psychomoteur. Selon Jean PIAGET, il est d'abord sensori-moteur (jouer pour se procurer des sensations, mais également pour apprendre à partir de ses sensations en contact avec le monde environnant) et deviendra petit à petit symbolique (vers 2 ans). En somme, le jeu participe à la construction du psychisme en permettant l'accès à la représentation. Il devient alors jeu symbolique et correspond à «la capacité d'évoquer des objets ou des situations non perçues actuellement («signifiés») en se servant de signes ou de symboles («signifiants»)»[29]. À partir de 4 ans, le jeu se veut social avec l'apparition de règles. Pour J. PIAGET, il permet à l'enfant d'intégrer la réalité puisqu'il doit respecter un cadre et des règles.

En définitive, le jeu est loin d'être une activité inutile. FREUD a écrit «L'opposé du jeu n'est pas le sérieux, mais la réalité»[30]. Donald.W. WINNICOTT va plus loin en expliquant que l'acte de jouer est spontané et non soumis. Il correspond au déroulement d'un jeu dans un espace-temps défini que l'auteur nomme aire transitionnelle[31] et qu'il définit comme un espace intermédiaire n'appartenant ni à la réalité objective ni à la réalité subjective, appartenant à la fois aux deux et à aucune. Jouer permet à l'individu d'exploiter sa créativité (au sens winnicottien) c'est-à-dire de développer différentes attitudes singulières envers la réalité objective. C'est dans le jeu que le sujet les expérimente, les adapte et les nuance.

Maintenant que nous avons défini le jeu et ses fonctions, je souhaite aborder une notion importante conçue par Fabien JOLY et indissociable de toute activité ludique : le «travail du jouer».

2. «Le travail du jouer» :

Par ces termes, F. JOLY entend «le travail psychique, psychomoteur, cognitif, social et interactif»[32] qui s'opère dans toute activité ludique. Voyons plus en détail en quoi consistent ces différents travaux. Je les exposerai en suivant notamment les évolutions du jeu selon J. PIAGET.

[29] J. PIAGET et B. INHELDER, 1966.
[30] S. FREUD (1985), L'inquiétante étrangeté et autres essais.
[31] D.W. WINNICOTT, 1971, p.30.
[32] F. JOLY,2003, p.11.

a. Le travail psychomoteur :

L'auteur parle de «carrefour psychomoteur du jouer»[33], car un sujet qui joue développe sa sensori-motricité, ses capacités intellectuelles, et entre en relation avec son corps, ses pulsions, ses émotions et ses représentations. Je me restreindrai ici à l'aspect sensori-moteur du jouer. Les autres seront abordés par la suite.

En jouant, l'enfant vit des expériences concrètes dans lesquelles il va agir par tâtonnement et améliorer sa motricité en fonction des conséquences. Chaque mouvement, chaque action dans l'environnement vont lui donner un retour notamment à travers des flux de sensations. De cette façon, il va modifier et adapter ses gestes pour atteindre son but initial. Ce «feedback» entre action et conséquence permet progressivement à l'enfant de se représenter le geste avant de le faire et d'anticiper son acte.

b. Le travail cognitif :

En fonction des jeux, le sujet utilise certaines capacités intellectuelles comme l'anticipation et l'élaboration de stratégie, la réflexion, l'attention, la mémoire, etc. Mais jouer sollicite également sa capacité de représentation. Cette dernière amène l'enfant à se détacher de la réalité concrète. Les objets réels sont utilisés au service de sa pensée et de ses représentations. La fonction du jeu est alors symbolique.

c. Le travail psychique :

Jouer permet de projeter nos représentations sur des objets extérieurs. Ces derniers sont les reflets de nos pensées. En jouant, le sujet explore son soi. F. JOLY définit aussi le travail du jouer à travers un «corps et [...] une motricité ludique en relation comme source et comme vecteur de la vie psychique et des processus de subjectivation»[34]. Ce travail de subjectivation est renforcé par le jeu en groupe : il y a des phénomènes d'identifications et de distanciations vis-à-vis de la façon de

[33] *Ibid.,* p.11.
[34] *Ibid.,* p112.

jouer des autres. Ces évènements participent à la construction de soi en tant que sujet à part entière, unique et distinct d'autrui.

Par ailleurs, en jouant, l'enfant invente des jeux en détournant les objets réels de leur utilisation première : il développe son imaginaire et sa créativité. René Roussillon parle du jeu comme la voie d'accès privilégiée du travail de symbolisation et d'appropriation de l'expérience subjective».[35] Il ajoute que dans certains cas, le jeu médiatise une forme de relation avec soi-même. Il représente une voie à l'introjection et à l'appropriation d'expérience subjective en les créant ou recréant.

d. Le travail social et interactif :

Jouer reste un mode privilégié pour rentrer en relation avec les autres. Il permet de jouer avec l'autre et d'interagir avec lui en équipe ou en s'affrontant. En possédant ses propres règles, le jeu se veut social. Chaque joueur se doit de respecter les règles établies.

En définitive, le jeu et l'action de jouer restent primordiaux au bon développement de l'enfant. Ils se veulent expérientiels en lui permettant d'apprendre, de découvrir et de s'améliorer. Mais qu'en est-il pour l'adulte ?

3. Le jeu chez l'adulte : quel intérêt ?

Henri DANON-BOILEAU et Gérard DEDIEU-ANGLADE parlent pour l'adulte de «l'esprit de jeu» qu'ils considèrent comme «un mélange de sérieux, d'engagement et de distance, débarrassé de sa connotation péjorative du registre infantile ou du futile [...]»[36]. D.W. WINNICOTT le définit comme un état «qui ne se donne pas de but»[37] et qui est présent dès l'enfance. Finalement c'est peut-être parce qu'il est sans but qu'il tend à disparaître chez l'adulte. Souvent, ces derniers considèrent le jeu comme une perte de temps, cela n'apporte rien et cela ne produit rien. D'ailleurs, ce point de vue peut même déborder sur leurs enfants. Ainsi, durant l'un de mes stages en libéral, deux de mes prises en charge se sont arrêtées. Les parents ne comprenaient pas pourquoi nous passions par le jeu. Ils souhaitaient que

[35] R. ROUSSILLON, « le jeu et la fonction symbolisante » in F. JOLY, 2003, p.22.
[36] F. JOLY, 2003, p.223.
[37] *Ibid.*, p.223.,

nous abordions directement les difficultés scolaires de leurs enfants (écriture, mathématiques...) par des exercices pratiques. D'une manière générale, il est important d'expliquer aux parents le rôle du jeu dans le développement de l'enfant. Il s'agit d'un espace où l'enfant multiplie les expériences et les apprentissages à son rythme. Mais ce terrain expérientiel ne doit pas se limiter à l'enfance et garde tout son intérêt à l'âge adulte.

H. DANON-BOILEAU et G. DEDIEU-ANGLADE soulignent deux principes fondamentaux et indissociables de l'esprit de jeu chez l'adulte. Il s'agit de la «gratuité» et du «plaisir»[38]. Le jeu est gratuit, car c'est le sujet qui choisit de jouer. Il joue pour lui et décide de la finalité de son jeu. Concernant le plaisir il est motivé par la quête de valorisation narcissique (gagner, découvrir ses capacités, se surpasser...), du souhait de maîtrise (contrôler son pion, être maître de son jeu...) et de la possibilité de choisir (choisir un jeu, une stratégie...).

Le jeu représente également un moyen pour l'adulte de s'évader de sa vie quotidienne, et d'entrer dans un espace où sa créativité peut pleinement s'exprimer. Il est un lien entre l'enfant que le sujet était et l'adulte qu'il est devenu. Finalement dans le jeu de l'adulte, une double mise à distance s'effectue. Une distanciation vis-à-vis de soi entre l'enfant qu'il était et l'adulte qu'il est. Ces deux personnalités coexistent dans le jeu que l'adulte crée et la tension qui les oppose disparaît. La deuxième distanciation se fait vis-à-vis de l'environnement. À travers le jeu, l'adulte se soustrait un temps aux devoirs et obligations imposées par sa vie socioprofessionnelle. En jouant, il rentre dans un espace dépourvu de toute contrainte et se soulage des tensions de la réalité objective sans culpabilité. Nous verrons que les jeux vidéo répondent notamment à ces attentes tout en enlevant l'aspect infantilisant du jeu.

Mais si le jeu a toute sa place dans la vie de l'adulte, en est-il de même pour des adultes psychotiques où la confusion entre fiction et réalité reste possible ?

[38] *Ibid.,* p.224.

4. Jeu et psychoses : «un truc de fou!»

Pour D.W WINNICOTT, «c'est sur la base du jeu que s'édifie toute l'existence expérientielle de l'homme».[39] Il permet au sujet de s'engager pleinement dans un travail de découverte à la fois de soi et de l'environnement. Il encourage le sujet à s'exprimer verbalement, mais aussi corporellement et à mettre en scène des aspects de sa personnalité. L'aire transitionnelle dans laquelle il se déroule contient les mises en acte du joueur, elle reçoit les projections de son vécu et de sa réalité intérieure. Une mise à distance de son fonctionnement psychique s'opère et l'individu peut ensuite analyser ce qu'il perçoit, expérimente et éprouve.

Les patients psychotiques sont tiraillés par la maladie, car leur réalité se heurte à la réalité objective. F. JOLY parle d'aire paradoxale[40] qu'il définit comme un espace où la réalité interne du sujet s'oppose à la réalité externe. Finalement dans les psychoses, les malades se trouvent quotidiennement dans cet espace paradoxal puisque la réalité objective ne fait pas sens tant ils peuvent être absorbés par leurs croyances. Pour eux, jouer peut s'avérer difficile, car la frontière entre jeu et réalité demeure fragile. D.W. WINNICOTT qualifie le jeu de situation précaire altérable, entre autres, par un débordement d'angoisse, d'émotions ou d'affects. Pour autant, cela ne signifie pas qu'il faille éviter de jouer avec cette population. Au contraire, le bon déroulement du jeu passera par un dispositif solide, contenant et sécurisant. Nous aborderons ce point de façon plus concrète avec le cadre thérapeutique du groupe jeu vidéo.

Dominique OBERLÉ écrit : «le jeu se dévoile comme une activité de liaison, de symbolisation qui permet le dégagement progressif d'un vécu purement imaginaire, car il exige qu'un mode de figuration, partagé avec d'autres, soit trouvé»[41]. Le jeu offre un espace transitionnel que le malade n'arrive pas à se créer lui-même et permet de soulager la tension et le poids de sa maladie. Ainsi pour Christophe, le temps de jeux vidéo est le seul moment où les voix qu'il entend s'arrêtent. En outre, l'aire transitionnelle du jeu peut se partager et se vivre à plusieurs. Des contacts se créent et sortent les patients de leur isolement. Je me rappelle de ma toute première séance, Kyle était arrivé en retard. Il portait sa casquette et ses lunettes de soleil. Je lui dis bonjour, mais il m'ignora totalement.

[39] D.W WINNICOTT, 1971, p.126.
[40] F. JOLY, 2003, p.147.
[41] D. OBERLE, 1989, p.188.

Il s'assit dans la salle et ne quitta pas ses lunettes. Cela me déstabilisa et je n'osais pas me présenter. Finalement, le psychomotricien me suggéra de poursuivre. Je repris donc ma présentation en regardant Kyle qui continuait de paraître totalement indifférent à ma parole. Maintenant, ce joueur vient en séance sans lunettes et se montre beaucoup plus ouvert. Le groupe jeux vidéo est le seul temps où il quitte cette «seconde peau vestimentaire». Lorsque l'un des autres patients ou moi-même posons des questions sur le fonctionnement du jeu, Kyle répond facilement en donnant même spontanément des détails ou des astuces supplémentaires pour nous permettre d'améliorer notre jeu.

Ainsi, la capacité de jouer ne doit pas se limiter à l'enfance. Être capable de jouer c'est s'autoriser à jouer avec soi, avec ses pensées et ses représentations. C'est aussi mettre à distance la part de souffrance en soi. Comment alors raviver cette capacité de jouer chez des personnes qui l'ont oubliée avec le temps ou lorsque la pathologie a pris le dessus ? C'est justement ce que recherche le psychomotricien que j'ai suivi durant mon stage avec son groupe jeux vidéo. Intéressons-nous maintenant aux caractéristiques qui permettent de considérer les jeux vidéo comme des jeux et donc des supports au travail du jouer.

II. LES JEUX VIDÉO : DES JEUX AVANT TOUT.

1. Une expérience sensori-motrice :

Rappelons que l'une des spécificités du jeu vidéo est de pouvoir interagir avec la console et manipuler les images par l'intermédiaire d'une manette. Tout comme S. TISSERON, je pense qu'une personne qui joue pour la première fois à un jeu vidéo est comparable à un nouveau-né.

À la naissance, le nourrisson vit des expériences sensori-motrices c'est-à-dire qu'il reçoit des flux sensoriels internes et externes qu'il soit immobile ou actif. Au départ, il traite chaque information séparément puis petit à petit il va corréler certaines informations entre elles. Ces expériences vont lui permettre de découvrir son propre corps, d'anticiper les conséquences des stimuli connus et de s'adapter à son environnement dans le but d'avoir une meilleure relation avec ce dernier.

Au même titre que le nourrisson qui vient de naître, le joueur qui joue aux jeux vidéo est plongé dans des expériences sensori-motrices. Il reçoit des flux sensoriels (visuels, auditifs, tactiles, proprioceptifs...) encore méconnus. Il découvre l'environnement du jeu et son personnage qu'il ne maîtrise pas encore. Il cherche à interagir avec l'environnement virtuel, à se rassembler pour se concentrer, déchiffrer les informations que le jeu lui fait parvenir, coordonner sa motricité, etc. Il s'en suit alors une véritable expérience sensori-motrice. Le joueur doit découvrir son personnage virtuel : comment il se déplace, ses capacités gestuelles, etc., mais également l'univers dans lequel il se trouve. Le joueur reçoit, intègre et interprète les différentes stimulations transmodales émanant du jeu c'est-à-dire les flux visuels, sonores et tactiles (vibration de la manette) et réagit en conséquence : un véritable dialogue s'instaure entre les objets virtuels et le joueur. Chacun agit et réagit en fonction de ce que l'autre envoie comme information. De cette manière, le joueur découvre, apprend et s'adapte aux possibilités du jeu. S. TISSERON écrit «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»[42]. L'enjeu, lorsque nous débutons sur un jeu vidéo, est de donner du sens aux informations que nous recevons afin de les utiliser pour pouvoir jouer et se concentrer pleinement sur le jeu.

Au sein du groupe, j'ai eu l'occasion de jouer à Call of Duty. Je connaissais uniquement ce jeu par sa renommée, mais je n'y avais jamais joué. Lors de mes premières parties, j'étais totalement perdue. Je devais me concentrer sur mon écran, me repérer sur la carte, mais aussi repérer mes adversaires. Je devais en plus déplacer mon avatar afin de me mettre rapidement en sécurité. Sur la manette, la vue est dissociée des jambes. Ainsi un joystick[43] permet de modifier notre vision, comme si nous tournions la tête, et une autre permet d'avancer, de reculer, de tourner et de courir. Il y a donc toute une coordination à découvrir et à s'approprier. S'ajoutait à cela le fait que je ne connaissais pas les touches. Je devais parfois quitter mon écran des yeux afin de chercher les boutons sur la manette. Sans surprise, je me faisais rapidement repérer et tuer. Ce qui était d'ailleurs assez frustrant, car je n'avais pas le temps de découvrir tous les boutons

[42] S.MISSONNIER, M. STORA, S. TISSERON, 2006, p.10.
[43] Cf. Annexe 2, p.II.

et les actions possibles. Il m'a fallu un certain nombre de parties avant de réussir à me repérer et diriger mon avatar. Cette expérience m'a fait prendre conscience que la toute première capacité à acquérir lorsque nous débutons sur un jeu vidéo est la coordination visuo-manuelle c'est-à-dire celle de notre œil avec notre main. Ceci n'est pas sans rappeler le nourrisson qui acquière comme première compétence sensori-motrice la coordination oculo-manuelle. Celle-ci lui permet ensuite d'être actif dans la découverte de son environnement.

Pour Romain et Yves, l'orientation dans le jeu reste encore difficile. Romain a tendance à se réfugier dans les espaces qu'il connaît et ne plus en bouger. Yves ne se repère pas du tout. Il peut parfois se tromper d'écran et regarder celui d'un autre joueur. Il est également en difficulté pour bouger son personnage. Il lui arrive de le déplacer avec la vue dirigée au sol, de se bloquer dans les murs, etc. Lorsqu'ils sont totalement perdus, les autres patients, alors spectateurs, peuvent intervenir afin de les aider en leur donnant des points de repère (la couleur d'une maison, la place d'une voiture, etc.)

Ainsi, le jeu vidéo demande une certaine concentration afin d'intégrer les informations sensorielles et de les interpréter. Leur mise en sens permet ensuite de bien jouer c'est-à-dire de contrôler son avatar afin qu'il agisse selon nos intentions. Pour Yves, sa difficulté à se repérer dans l'espace virtuel et à déplacer son personnage s'explique principalement par son incapacité à maîtriser son propre corps. Quand il joue, un recrutement tonique et de nombreuses syncinésies apparaissent. Ainsi ses pieds et ses bras peuvent partir dans des mouvements amples et désordonnés. Il perd ainsi tout contrôle à la fois de son corps et de son avatar. Pour Romain, il s'agit surtout d'un manque de sécurité interne. Romain se réfugie dans ce qu'il connaît : il positionne son avatar dans les espaces des cartes connus et établit toujours la même stratégie. Mais lorsqu'il se fait tuer et que son personnage réapparaît aléatoirement sur un endroit de la carte qu'il ne connaît pas, il est alors désorienté.

Tout comme le bébé apprend par l'action afin de pouvoir adapter sa motricité et l'ajuster pour qu'elle corresponde à ses intentions, le joueur doit répéter ces expériences afin de se familiariser avec l'univers du jeu.

2. Le symbolisme :

S. TISSERON écrit «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 !»[44]. Avant d'expliquer comment les jeux vidéo donnent accès au symbolisme, il me paraît important de présenter la distinction entre les termes réel, actuel et virtuel.

Il est fréquent de qualifier les jeux vidéo de mondes virtuels, que les concepteurs matérialisent sous la forme d'images (et de sons) dans lesquelles le joueur est invité à évoluer. Cet aspect virtuel est très souvent mis en opposition avec le réel, mais de façon erronée. En effet, le réel correspond à ce qui existe dans la réalité, tandis que le virtuel apparaît comme une potentialité qui pourrait éventuellement advenir. Aristote est le premier à avoir proposé une définition du virtuel, le considérant comme ce qui était «en puissance» ou «en devenir»[45]. Dans le Petit Robert, nous trouvons la définition suivante: «qui existe en puissance, qui est à l'état de simple possibilité dans un être réel». S. TISSERON prend l'exemple de la graine et de l'arbre[46] pour illustrer ce terme : il existe dans la graine un arbre virtuel qui pourrait devenir actuel dans le cas où les conditions favorables à la germination seraient réunies. Ainsi, le virtuel est un réel en devenir. Une forme de représentation du réel, de «pré-réel».

Le véritable antonyme du mot virtuel n'est donc pas le réel, mais l'actuel c'est-à-dire ce qui est concret, ce qui est déjà. Toutefois avec l'apparition du numérique, cette définition est devenue erronée. En effet, dans la métaphore de l'arbre, le virtuel peut devenir réel. Avec les technologies numériques, le virtuel peut survenir à tout moment et s'actualiser dans la réalité. S. TISSERON rajoute «Sur mon ordinateur, mes programmes et mes jeux sont là, invisibles, et il suffit d'un «clic» de ma part pour les faire apparaître aussitôt»[47]. Par conséquent, le virtuel actualise un objet absent dans un niveau de représentation constitué de certaines données concrètes et dans certaines conditions.

[44] S. MISSONNIER, M. STORA, S. TISSERON, 2006, p.91.
[45] S. TISSERON, 2012, p.35.
[46] MISSONNIER, STORA, TISSERON, *op cit.,* p.93.
[47] *Ibid*, p.93.

Il s'avère que l'être humain possède un virtuel psychique. Il est à distinguer de l'imaginaire renvoyant «à un objet qui n'existe pas, alors que le virtuel [psychique] 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 représentations, et un pôle actuel nourri des perceptions liées au contact concret avec l'objet. Le virtuel numérique prend en relais notre virtuel psychique»[48]. Le virtuel psychique se retrouve dès les premières interactions mère-enfant. Le nourrisson possède des besoins qu'il ne peut satisfaire seul. La mère, d'abord dans un état de préoccupation maternelle primaire, répond de manière suffisamment bonne aux besoins de son enfant dès qu'ils se manifestent. Puis progressivement, elle quitte cet état et une attente se crée entre la manifestation des besoins du bébé et leur satisfaction. Afin de supporter cette attente, le nourrisson se représente l'objet de satisfaction, pour le moment absent. Toutefois, les représentations qu'il s'en fait peuvent ne pas correspondre à la réalité. Par exemple, le bébé peut appeler sa mère et c'est le père qui arrivera avec une façon différente de prendre soin de lui.

Pour gérer cette frustration, l'enfant va chercher un autre moyen de répondre à ses besoins : l'imaginaire. Avec l'imaginaire, l'enfant trouve une source de plaisir indépendante de la réalité contrairement au virtuel psychique qui anticipe la réalité. Cette dernière, lorsqu'elle surviendra, actualisera à son tour le virtuel psychique. Ceci est une des raisons pour lesquelles les technologies numériques se développent. L'homme 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»[49].

Les jeux vidéo sont donc des supports pour recevoir les représentations du joueur. Mais comment le joueur peut ensuite symboliser ce qu'il projette dans le jeu vidéo ? Voyons d'abord ce qu'est la symbolisation.

Yann LEROUX propose une définition qui me paraît intéressante : «La symbolisation est le processus qui permet de transformer un événement interne en l'installant à l'intérieur de soi et en en faisant quelque chose de partageable avec

[48] J-F. BACH, O. HOUDE, P. LENA, S. TISSERON, 2013, p.49.
[49] *Ibid.*, p.101.

d'autres, sans que cela soit préjudiciable à la personne concernée ou aux autres. Elle figure des éléments de la vie psychique»[50]. Par éléments internes, l'auteur entend les sensations, les émotions et le vécu éprouvés par le sujet.

Le joueur par l'intermédiaire de la manette, contrôle son avatar et agit dans le monde virtuel. Le jeu vidéo lui renvoie aussitôt un retour de ses actions : son avatar bouge et l'environnement du jeu réagit aux actes de son personnage. Ainsi, le joueur possède un double statut : il est à la fois acteur et spectateur de son propre jeu. En tant qu'acteur, il extériorise son monde interne, il projette ses pensées et ses représentations sur le monde virtuel. En tant que spectateur, il introjecte le retour que lui fait le jeu vidéo sur sa manière de jouer. Y. LEROUX explique qu'en jouant aux jeux vidéo, «la personne se met sous les yeux des éléments de son fonctionnement psychique»[51]. De plus, le joueur lui-même gère le rythme de ce processus de symbolisation en décidant de continuer le jeu ou de le reprendre plus tard.

Le jeu vidéo est donc un moyen pour le joueur de manipuler et jouer avec ses propres représentations. Ceci nous rappelle la notion d'objet médium malléable de René ROUSSILLON. Il explique que certains objets transitionnels, de par leurs caractéristiques, peuvent se transformer au gré des impulsions données par le sujet qui les manipule. Ainsi, ils représentent concrètement l'activité représentative de l'individu. Ils «symbolisent la symbolisation»[52]. Il en est de même pour les jeux vidéo. S. TISSERON les qualifie de «pâte à modeler numérique :[53] le jeu vidéo offre au joueur l'occasion de figurer ses angoisses, ses craintes, ses fantasmes, son agressivité, etc. Concrètement, le jeu vidéo met en image les éprouvés du joueur et l'aide à mettre du sens pour mieux les intégrer.

Ainsi, pour Lucas, il lui arrive souvent lorsqu'il tue un adversaire de continuer à tirer sur l'avatar. Il s'avère que Lucas est en difficulté pour gérer ses émotions. Il n'arrive pas à les identifier et se laisse facilement déborder par celles-ci. Il peut donc passer d'une émotion forte à une autre et se retrouver, par exemple, extrêmement bouleversé puis euphorique dans la minute qui suit. Avec les jeux vidéo, il trouve un espace où il peut décharger ses éprouvés. En continuant

[50] Y. LEROUX, 2012, p.65.
[51] *Ibid,* p. 66.
[52] R. ROUSSILLON, 2008, p.85.
[53] S. MISSONNIER, M. STORA, S. TISSERON, 2006, p.14.

à tirer sur l'avatar déjà mort, il vide son arme et se retrouve en manque de cartouches. Il se rend compte qu'il a gaspillé des balles. Le psychomotricien l'aide à s'interroger sur la raison qui l'a amené à tirer sans s'arrêter et Lucas pourra dire qu'il était par exemple content d'avoir marqué un point ou alors soulagé, car il était difficile pour lui de réussir à fraguer[54] son adversaire.

Concernant Christophe, jouer aux jeux vidéo et notamment à Call of Duty lui permet de jouer avec sa maladie. Rappelons que Christophe souffre d'une schizophrénie avec un délire paranoïaque. Il se sent persécuté en permanence et pense que les autres vont lui reprocher, voire se venger, de ses moindres faits et gestes. Dans Call of Duty, le but est de marquer des points en fraguant ses adversaires. Le jeu vidéo lui permet de prendre de la distance vis-à-vis de ses idées persécutrices et il peut ainsi jouer avec plaisir sans se sentir menacé.

3. Le gameplay :

Le *gameplay* est un mot emprunté à la langue anglaise et désigne la jouabilité d'un jeu vidéo. Il est intéressant de remarquer que ce terme réunit les mots *game* et *play*. Nous retrouvons les deux termes winnicottien pour distinguer respectivement les jeux à règles et les jeux libres. Le *gameplay* définit les règles délimitant le cadre ludique du jeu vidéo tout en autorisant au joueur une certaine liberté au sein même de ce cadre.

Trois types de *gameplay* peuvent être définis :[55]

- Le *gameplay* dit accidentel : il apparaît chez les joueurs qui exploitent le jeu vidéo dans les moindres détails et qui ont découvert des failles dans le cadre ludique. Ce *gameplay* augmente la liberté du joueur dans le jeu. C'est ainsi que Kyle, qui joue depuis longtemps à Call of Duty, connaît par cœur chaque carte, chaque caractéristique des armes, etc. Avec ses connaissances, il peut ainsi adapter son jeu comme il le souhaite en fonction de ses adversaires (choisir une arme qui se prêtera le mieux à sa stratégie

[54] Fraguer est un terme spécifique aux jeux vidéo, notamment aux jeux de tir. Il signifie marquer des points en tuant un ennemi. Il est préférable d'utiliser ce terme à celui de tuer car la mort dans les jeux vidéo reste provisoire : le personnage pouvant réapparaître dans le jeu.

[55] http ://www.socritique.fr/le+jeu+dans+le+jeu+++le+gameplay+emergent-a39.html : Site proposant des réflexions sur divers sujets de l'actualité. L'article cité traite du gameplay.

par exemple). Il crée son propre jeu et combine à sa façon les différents ingrédients du jeu vidéo pour gagner. Il exploite également les «bugs» des cartes, et sait ainsi les murs qui laissent ou non traverser les balles.

- Le *gameplay* visé : il s'agit du *gameplay* créé par les développeurs du jeu vidéo. Ces derniers décident des libertés qu'ils donnent au joueur afin de lui laisser exploiter sa créativité et des restrictions qui cadrent le jeu vidéo.

- Le *gameplay* contrôlé : il s'agit d'une nuance entre les deux *gameplay* précédents. Le jeu vidéo possède une intelligence artificielle suffisamment développée pour amener le joueur à créer ses propres stratégies afin de finir le jeu. Le joueur est libre de choisir ses stratégies, mais cette liberté reste contrôlée par le jeu vidéo. Par exemple dans Call of Duty, si nous jouons avec le mode match à mort par équipe, le but est de fraguer une équipe adverse. Chaque binôme doit établir une stratégie pour vaincre ses adversaires. Cette stratégie résulte du seul choix des joueurs et non des développeurs. Mais celle-ci reste confinée aux limites de la carte créée par les développeurs et sur laquelle se déroule la partie.

Par conséquent, le *gameplay* permet l'interaction entre la console et le joueur. Ce dernier fait face à différentes situations proposées par la console. Il y répond par l'intermédiaire de son avatar et de la manette. Chaque réponse du joueur est analysée par la console et entraine une nouvelle proposition de sa part. Le *gameplay* instaure un dialogue entre le joueur et le jeu vidéo.

4. Le fair-play :

Ce terme vient de l'anglais *fair* qui veut dire «franc, clair, honnête, sans tricherie» et de play signifiant «jeu». Ainsi fair-play se traduit littéralement par le franc-jeu. Il porte la dimension sociale des jeux vidéo en définissant les règles générales de bonnes conduites des joueurs.

Y. LEROUX écrit : «jouer à un jeu vidéo, c'est être en lien avec d'autres»[56]. Ce lien peut être un lien de coopération : jouer en équipe ou de compétition. Mais au-delà de la partie de jeu, il y a également un lien de groupe qui se crée par le

[56] Y. LEROUX, 2012, p.88.

fait de jouer à un même jeu vidéo. Le groupe parle un langage commun et se comprend. Les joueurs échangent autour du jeu vidéo, partagent leurs connaissances et s'entraident. Ainsi, dans le groupe Call of Duty, les joueurs les plus expérimentés comme Kyle ou Christophe peuvent conseiller ou aider des joueurs en difficulté. Une dynamique s'instaure entre les joueurs et les spectateurs. L'attention conjointe du groupe pour la partie en cours permet de faire un retour collectif sur le jeu des patients qui viennent de jouer. Cet intérêt commun renforce les relations au sein du groupe qui perdurent au-delà des parties de jeu vidéo.

Ainsi, nous retrouvons dans les jeux vidéo l'aspect sensori-moteur, symbolique et social (représenté par le gameplay et le fair-play) des jeux décrits par Piaget. Mais quelle place occupe le corps au sein de cette expérience numérique ?

5. La place du corps :

Pour moi, le corps en mouvement et en relation représente l'une des spécificités de notre métier. Dès le début de mon stage, je me suis interrogée quant aux expériences corporelles qu'offraient les jeux vidéo. À première vue, celles-ci se réduisent à la motricité fine des doigts sur la manette. Mais au fil des séances, je me suis aperçue que les expériences corporelles ne se limitent pas aux mouvements des mains, mais s'élargissent aux aspects sensoriels et émotionnels.

a. Des expériences sensorielles :

Michael STORA parle de «narration sensorielle»[57] qu'il définit comme l'engagement du corps dans une image qui raconte une histoire. À travers les flux sensoriels, les jeux vidéo provoquent corporellement le joueur. Par exemple, il arrive que Romain se plaigne souvent d'avoir les yeux larmoyants. Le psychomotricien rappelle alors qu'il est important de penser à cligner des yeux lorsque nous regardons l'écran. De même, Yves peut se plaindre de douleur après une partie, car il est resté trop longtemps dans une même position ou alors il a pu être crispé par la tension et l'enjeu de la partie. Cette perception corporelle dans

[57] M, STORA, 2009, p.146.

l'après-coup permet de développer la conscience corporelle des patients en les confrontant à leurs sensations.

Cette prise de conscience corporelle est également importante avant et pendant la partie. Lors du jeu, il y a un engagement corporel du joueur : il doit être bien installé, savoir contrôler son corps et maîtriser ses gestes pour pouvoir bien jouer, interagir avec le jeu vidéo et faire les actions souhaitées au bon moment. Cette bonne installation passe par un aller et retour entre sensations et adaptation. Chaque joueur choisit à quelle distance il place sa chaise de l'écran pour ne pas avoir mal aux yeux, l'intensité de la lumière est décidée collectivement, etc. Ce temps d'installation et de pré-jeu est donc important et conditionne en partie le bien-être corporel des joueurs.

b. Des expériences émotionnelles :

Je me rappelle, lors d'une de mes premières séances avec le groupe Call of Duty, que Romain avait très fortement réagi à un changement de musique alors qu'il jouait. Il avait exprimé la peur qu'il ressentait quand il l'entendait. Cela m'avait interpellée, car en tant que spectatrice, je n'avais pas du tout prêté attention à cette musique avant que Romain ne la souligne. En observant Romain, je remarquais qu'il était tendu, mais il souriait. Il contrôlait aisément son avatar et marquait des points lui permettant d'occuper la deuxième place sur les quatre joueurs qui jouaient. J'avais l'impression que cette peur ménageait Romain dans le jeu. Je le voyais vivant, vif, expressif alors que d'ordinaire il est plutôt hypotonique, réservé et timide. Il manque d'assurance et s'excuse facilement. Ainsi, par les stimulations visuelles, auditives et tactiles, le jeu vidéo anime le joueur. Il lui propose un vécu riche au niveau sensoriel et émotionnel: une même situation peut provoquer diverses émotions selon que le joueur gagne ou perd, selon qu'il gagne haut la main ou qu'il gagne de justesse.

Un jour où je jouais en équipe avec Christophe, nous étions placés dans une maison et nous sécurisions chacun une entrée afin de pouvoir défendre notre position. Nous avions marqué assez de points pour que mon personnage puisse utiliser une option du jeu qui permet de conduire une voiture télécommandée. Cette dernière possède une bombe avec un minuteur. Une fois la voiture actionnée, il faut rapidement l'éloigner de son personnage, mais aussi de son

coéquipier et idéalement la faire exploser près d'un adversaire. Lorsqu'un joueur actionne cette voiture, il ne peut plus défendre son avatar. Il est donc préférable de cacher son personnage avant de conduire la voiture. Ce jour-là, j'utilisais la voiture pour la première fois. Au moment où j'allais l'actionner, Christophe s'est aperçu que mon avatar était debout devant une fenêtre. Il était donc facile pour l'équipe adverse de le viser au sniper[58] et de le fraguer à distance. Christophe, pris de panique, a donc tenté de me prévenir pour que je déplace mon avatar avant de conduire la voiture, mais il était trop tard. Finalement, nous avons eu de la chance, car nos adversaires n'ont pas eu le temps de nous trouver sur la carte. Mais Christophe, qui d'ordinaire reste dans une attitude très contenue avec des mimiques à peine perceptibles, s'est retrouvé dans un élan d'émotion qu'il a pu extérioriser et exprimer spontanément. À la fin de la partie, Christophe a parlé de sa joie d'avoir gagné, mais aussi du stress qu'il a ressenti lorsque je conduisais la voiture.

Ainsi, il n'est pas nécessaire d'engager le corps entier dans le mouvement pour qu'il soit mis en jeu en thérapie psychomotrice (d'autres médiations le prouvent comme certaines méthodes passives de relaxation par exemple). Les jeux vidéo sollicitent le corps des joueurs avec des musiques, des images ou toute autre stimulation sensorielle suscitant des réactions tonico-émotionnelles propres à chaque joueur.

En définitive, le jeu vidéo soutient la capacité de jouer par le concret qu'il apporte. Le joueur y trouve un support où il peut mettre en jeu ses désirs conscients et inconscients, ses émotions, ou encore ses éprouvés. Ces projections sont une matière à jouer, que le joueur est invité à découvrir ou redécouvrir, à manipuler et à explorer dans un cadre contenant. Mais comment induire, accompagner et soutenir ce processus dans la pathologie et notamment auprès d'adultes souffrant de problématiques psychotiques ?

[58] Fusil de tireur d'élite.

Troisième partie :

UNE THÉRAPIE LUDIQUE

I. L'IMPORTANCE DU DISPOSITIF.

1. Un cadre sécurisant :

L'élaboration du cadre, son application et sa pérennité sont indissociables de toute séance psychomotrice. C'est un repère qui développe la relation de confiance entre le thérapeute et chaque patient, mais aussi entre les patients lorsqu'il s'agit d'une séance en groupe. Ce dispositif représente une armature solide sur laquelle reposent les objectifs thérapeutiques. Ces derniers tiennent compte des problématiques personnelles, mais aussi des vécus et phénomènes de groupe. Ma réflexion portera sur la rencontre thérapeutique dans un dispositif précis : l'utilisation des jeux vidéo avec des adultes souffrant de problématiques psychotiques.

Nous l'avons vu, dans les psychoses, les fonctions intégratives du Moi sont fragilisées. Les sujets se sentent menacés dans leur intégrité psychocorporelle. En thérapie, l'un des objectifs principaux est d'aider les patients à se rassembler, à se contenir et à éprouver leurs limites psychocorporelles, bases d'une sécurité interne. Ceci passe notamment par le cadre. Celui-ci doit être garant de la sécurité de chaque membre et du groupe entier. Il doit contenir et résister à ce que chaque patient ou le groupe entier produit.

Ainsi, dans le groupe Call of Duty, un certain nombre de règles ont été définies avec les patients, dès sa création.

a. Les règles :

Le groupe distingue les règles s'appliquant en dehors du jeu et les règles spécifiques aux temps de jeux vidéo.

Les règles hors du jeu vidéo :

- Arriver à l'heure et saluer le groupe.
- Respecter chaque membre du groupe.
- S'écouter les uns et les autres et respecter le point de vue de chacun.

- Interdiction d'insulter un membre du groupe ou de faire preuve d'une quelconque forme de violence à son égard.
- Se désinfecter les mains avec le manu-gel avant de toucher le matériel de jeu.

Les règles propres aux jeux vidéo :

- Accepter de tourner régulièrement afin que chacun bénéficie sensiblement du même temps de jeu.
- Autorisation d'exprimer sa joie, sa frustration, sa colère ou toute autre émotion par des gestes ou des paroles du moment qu'elles ne sont pas dirigées envers un humain.
- Autorisation de dire des grossièretés et d'insulter un avatar ou un bot, mais pas une personne humaine.

Ces règles favorisent une expression libre tout en maintenant une frontière entre l'aire transitionnelle du jeu et la réalité objective. Les patients peuvent se reposer dessus pour bien distinguer les moments de jeu et les moments de parole. Par ailleurs, le thérapeute est garant de leur respect. Il les rappelle dès que nécessaire et veille à leur application.

Les séances pendant lesquelles j'ai encadré le groupe seule m'ont permis de prendre conscience de l'importance à maintenir un cadre ferme et sécurisant tout en alimentant l'atmosphère ludique suscitée par le jeu vidéo. J'ai ainsi été confrontée à certaines tentatives de débordement du cadre notamment par Kyle.

En effet, un jour où nous avions convenu de jouer à deux contre deux, Kyle s'imposait en choisissant les cartes et en constituant lui-même les équipes et ce malgré mes directives. J'ai dû à deux reprises lui demander de recommencer la partie soit pour changer de carte soit pour refaire les équipes. Le reste de la séance se déroula plutôt bien. Les patients se montrant même attentionnés : ils souhaitaient la plupart du temps que je choisisse les cartes et je devais insister pour que chacun donne son avis.

Lors d'une autre séance, l'organisation des parties s'est avérée plus difficile. Nous avions l'habitude que ce soit le jour désigné qui paramètre les

parties à l'écran notamment pour définir le temps de jeu et la carte. Alors que j'avais sollicité un joueur pour le faire, Oscar, pressé de jouer, s'empressait de faire les réglages ou de lancer une partie alors qu'il ne devait pas toucher sa manette. A de nombreuses reprises, nous avons dû quitter le jeu afin de régler correctement le jeu vidéo. Certains patients ont été agacés et en ont fait part durant le temps de parole à la fin de la séance. Ainsi, Christophe expliqua au psychomotricien que lorsque le «grand chef n'est pas là certains n'écoutent pas la stagiaire et nous perdons du temps dans les réglages».

b. L'espace de jeu : concrétiser l'aire transitionnelle.

L'espace est aménagé de deux façons différentes. C'est une manière supplémentaire de différencier les temps de jeux et les temps de non-jeux. Ainsi, quand les patients arrivent dans la salle ou pour le temps de parole avant la fin de séance, nous disposons les chaises en cercle de façon à pouvoir échanger tous ensemble. Lorsque vient le moment de jouer, quatre chaises sont disposées face à l'écran, les autres sièges font également face à la télévision, mais derrière celles des joueurs. Cette disposition favorise l'attention conjointe de chaque membre du groupe pour l'écran, la partie en cours et le jeu de chaque joueur.

2. Un cadre contenant :

La sécurité du cadre repose également sur la capacité du thérapeute à recevoir et canaliser le vécu de chaque patient notamment quand celui-ci reste désorganisé et non élaboré. Catherine POTEL explique que «la capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique ».[59]Ainsi, le psychomotricien s'appuie sur ses propres ressentis et son vécu interne afin de mettre du sens sur ce qu'il reçoit des patients pour ensuite les aider à intégrer à leur tour ses sensations élaborées.

En séance, il peut arriver que Lucas soit pris de fous rires démesurés par rapport au contexte. Le psychomotricien met alors le jeu sur pause et reprend avec lui les raisons qui le mettent dans cet état. Dans le cas où Lucas n'arrive toujours pas à reprendre son sérieux, le psychomotricien peut lui demander de sortir un moment en lui expliquant qu'il a le droit de rire, mais que cela peut déranger les

[59] C. POTEL, 2010, p.324.

autres joueurs. Par ce choix, le psychomotricien assure également une fonction de pare-excitation en contenant les émotions susceptibles de désorganiser le groupe.

Il peut aussi arriver qu'un patient ressente un vécu de dépersonnalisation, qu'il y ait un dérapage, une collusion entre réalité intérieure et extérieure. L'aire transitionnelle, dans laquelle se déroulait le jeu, se fragilise. Un jour, Christophe s'est fait fraguer. À la fin de la partie il décrit un sentiment de sidération le temps que son personnage réapparaisse: «j'étais sidéré» dit-il, «mon cerveau était totalement déconnecté de mon corps. Je ne suis pas aussi rapide que Kyle qui réagit vite quand on le touche». Le psychomotricien lui a alors expliqué que ce temps de réapparition du personnage est un temps qui pouvait être déstabilisant, car il modifie subitement des repères : le personnage met quelques secondes à réapparaître à un endroit aléatoire sur la carte. Il faut donc attendre le retour de son avatar et prendre également un temps pour pouvoir s'orienter sur la carte. S'ajoute à cela le fait que parfois nous ne voyons pas forcément d'où venait l'adversaire qui a tiré sur nous. En reprenant en détail cet évènement, le psychomotricien contient le vécu angoissant de Christophe et y met du sens. Christophe a ainsi pu rejouer et se faire fraguer à nouveau sans éprouver cette sidération. Ainsi, le psychomotricien de par sa fonction de contenance et de pare-excitation veille à préserver l'aire transitionnelle dans lequel se déroule le jeu.

D.W. WINNICOTT a écrit «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».[60] Aussi, une fois le cadre clairement établi, le thérapeute va, par l'intermédiaire des jeux vidéo, amener les patients à vivre différentes expériences ludiques.

II. UN TERRAIN DE JEU LIBRE.

1. L'expression du vrai-self :

Le self est un terme utilisé par D. W. WINNICOTT pour parler du soi. L'auteur distingue le vrai-self du faux-self. «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

[60] D.W. WINNICOTT, 1971, p.84.

n'ont plus accès à leur vrai self et leur capacité à jouer en est réduite»[61]. Pour D.W. WINNICOTT, l'expression du self est rendue possible dans l'aire transitionnelle c'est-à-dire «l'aire où se construit la symbolisation, où se fabrique le moi et le non-moi.»[62] Or dans les psychoses, il y a souvent des problématiques identitaires. Le self, fragilisé, est protégé par des mécanismes de défense.

Ainsi, Romain pourra se satisfaire de son score alors qu'il se retrouve dernier au classement. Il dira qu'il s'est bien battu et qu'il a quand même sauvé l'honneur. Par ces paroles, Romain nie l'échec et cherche à éviter la frustration de perdre. Il peut également demander de rejouer s'il a perdu un duel afin de ne pas rester sur une défaite. Dans ces moments, le jeu de Romain se trouve limité. Il ne joue pas pour le plaisir de jouer, mais cherche à tout prix une revalorisation.

Le psychomotricien doit donc permettre au jeu de se dérouler librement notamment en privilégiant l'expression du vrai-self des patients. Ceci passe entre autres par la mise en place d'un cadre contenant et sécurisant clairement identifiable par les patients. Ce cadre et la présence du thérapeute assurent la sécurité du groupe. Au fur et à mesure des rencontres, une confiance s'installe entre les patients. La méfiance du début peut alors faire place à de véritables moments de jeu où les patients peuvent ne plus être sous l'emprise de leur maladie. Christophe exprima un jour «ici je ne suis pas fou, je peux jouer comme je veux sans qu'on me le reproche».

2. <u>Le jeu créatif et spontané :</u>

D.W WINNICOTT écrit «la soumission entraîne chez l'individu un sentiment de futilité, associé à l'idée que rien n'a d'importance»[63]. Pour lui, le jeu fait vivre une expérience créative qui renforce le sentiment d'exister. Il rajoute: «c'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre son soi»[64]. Rappelons que par créativité, l'auteur entend l'ensemble des attitudes singulières du sujet face à la réalité. Elles sont notamment à l'origine du sentiment d'exister.

[61] R. BAILLY, 2001, p.44
[62] I. PASCAL-CORDIER «les jeux incertains d'Antigone», in F. JOLY, 2003, p154.
[63] D.W. WINNICOTT, 1971, p.127.
[64] Ibid, p.110.

Cette créativité, le psychomotricien la sollicite chez les patients notamment lorsqu'il les incite à adopter d'autres stratégies ou à jouer sur des cartes qu'ils connaissent moins. Par exemple, pour Christophe et Romain, le thérapeute pourra leur demander de chercher leurs adversaires plutôt que de les attendre en se cachant. Avec Kyle, le psychomotricien lui demandera de collaborer avec son coéquipier et de faire un jeu à deux plutôt que de rester dans une stratégie individuelle.

En développant et en soutenant ce potentiel créatif les patients s'autorisent à jouer de façon moins stéréotypée et à tester de nouvelles actions. Romain se promène plus facilement sur la carte. Il peut même monter sur des bâtiments et exposer son avatar pour chercher l'adversaire, lui qui au début de l'année aurait préféré se cacher dans des édifices.

Cette spontanéité du jeu rend chaque partie plus dynamique. L'issue incertaine (il peut arriver qu'un match nul ou un frag de dernière minute puisse renverser les scores) anime les patients. Christophe expliqua à la fin d'une partie : «ce qu'il y a de bien avec Call of, c'est que je ne suis pas obligé de prendre mon agenda pour regarder si je suis disponible tel jour pour lancer une roquette. Dans le jeu, je suis libre de faire ce que je veux quand je veux».

En outre, les jeux vidéo sont une médiation qui selon moi propose un certain nombre de rencontres. Celles-ci sont permises entre autres grâce à la stabilité et la fiabilité du cadre. Il m'apparaît important de les détailler car chacune d'entre elles se veulent thérapeutique.

III. DES RENCONTRES :

1. Se rencontrer soi : se découvrir.

Les jeux vidéo représentent une occasion de se percevoir et de se rencontrer dans sa façon d'être, d'agir et de réagir tant cognitivement que corporellement et émotionnellement.

Cognitivement, car les jeux vidéo mettent à l'épreuve l'adresse, l'habileté oculo-manuelles et des capacités intellectuelles du joueur (stratégie, réflexion, mémoire, anticipation, etc.) Évelyne Esther GABRIEL parle d'«expérimentation active» : lorsque le joueur joue, il «se place dans une position active, dans une démarche de recherches et de découverte»[65]. Dans le groupe Call of Duty, les joueurs apprennent à progresser avec leur avatar sur la carte, à se repérer, à développer des réflexes offensifs ou défensifs, etc. Pour Christophe, qui reste d'ordinaire relativement apragmatique et ralenti par sa schizophrénie, sa volonté de gagner dans le jeu vidéo remobilise ses capacités cognitives. Y. LEROUX parle du «besoin de compétence»[66] : le joueur ne cherche pas seulement à bien jouer, il vise le dépassement de ses potentialités. Il recherche une valorisation narcissique. Ainsi, quand il perd, Christophe sera frustré et va chercher les erreurs qu'il a commises ou comment il peut s'améliorer. Le psychomotricien le pousse également à changer de stratégie car il fait partie des bons joueurs du groupe. Lorsqu'il joue contre des patients moins expérimentés ou sur des cartes qu'il connaît, le thérapeute l'encourage à faire le jeu, à chercher son adversaire et ne pas attendre que ce soit l'autre qui vienne à lui.

Corporellement, car le jeu vidéo, en tant qu'expérience sensori-motrice, provoque le corps des joueurs. Or le sujet psychotique ressent des angoisses corporelles entrainant des phénomènes de dépersonnalisation plus ou moins intenses : angoisse de morcellement, asomatognosie, syndrome de Cotard, angoisse de liquéfaction, etc. La représentation corporelle se trouve mise à mal et le patient ne perçoit pas son corps comme une unité solide, stable et fiable.

Dans les jeux vidéo, le joueur doit se rassembler pour pouvoir se concentrer dans l'interaction avec le jeu. Ainsi, dans Call of Duty, il est important de ne pas se disperser, de contrôler son propre corps afin de pouvoir faire avancer son personnage et coordonner plusieurs actions (viser et tirer, avancer et tirer, etc.) Lorsqu'Yves joue, il a conscience que son corps et surtout ses jambes bougent dans tous les sens. Il pourra l'exprimer en disant qu'il ne sait pas jouer tout en faisant des gestes dans tous les sens avec ses mains. Mais finalement, l'objectif n'est pas tant qu'il sache tirer, mais qu'il s'aperçoive que sa motricité est dispersée. Une

[65] E.E GABRIEL, 1994, p.65.
[66] Y. LEROUX, 2012, p.54

fois cette prise de conscience effectuée, il peut alors se concentrer afin de chercher à canaliser et maîtriser ses gestes pour gagner en précision.

Par ailleurs, avec les flux multi-sensoriels, le jeu vidéo entraine des manifestations tonico-émotionnelles chez le joueur. Le jeu envoie des informations sensorielles qui font réagir le patient. Celui-ci répond à ces informations par l'intermédiaire de la manette et de son avatar. Les actions du joueur entraineront d'autres flux sensoriels du jeu vidéo qui provoqueront une nouvelle réponse de la part du patient. La présence du psychomotricien est alors essentielle pour apporter du sens à ces réactions tonico-émotionnelles. Avec son œil clinique, il observe ce qu'induit corporellement le jeu vidéo chez le patient et la réponse proposée en retour par ce dernier. Il accompagne la mise en mot des sensations qu'il perçoit ou que le patient exprime de lui-même.

Enfin, émotionnellement car de ces sensations naissent des émotions qui seront plus ou moins bien identifiées par le malade psychotique. Les jeux vidéo confrontent le joueur à son vécu émotionnel. Ils sont utilisés comme «régulateurs [...] pour évacuer la colère, le stress ou s'évader des soucis du quotidien»[67]. Les jeux vidéo offrent un espace où le joueur expérimente et joue avec ses sensations et ses émotions en toute sécurité. Par exemple, Kyle, considéré comme le meilleur joueur du groupe, déteste perdre. S'il se fait fraguer dans le jeu, il revient rapidement tuer l'avatar du joueur qui l'a touché. Les rares fois où il perd une partie, Kyle cherche un prétexte pour expliquer les raisons de sa défaite. Il peut dire que c'est la faute d'un patient qui a parlé ou bougé ou encore qu'il a délibérément choisi de perdre. Le psychomotricien intervient alors pour faire comprendre à Kyle que perdre n'est pas grave et que nous avons tous des jours où nous jouerons mieux que d'autres. Il explique que Call of Duty est un jeu frustrant et que d'une manière générale il est frustrant de perdre, mais cela permet aussi de voir les failles de nos stratégies et donc d'améliorer notre jeu.

Outre cette remobilisation cognitive, corporelle et émotionnelle, le jeu vidéo, avec les émotions qu'il réveille, peut venir contacter l'enfant que l'adulte a été. Pour Christophe et Yves, les doyens du groupe, ces objets numériques n'existaient pas encore durant leur enfance. Il leur arrive parfois de parler des jeux

[67] *Ibid,* p.48.

auxquels ils jouaient étant petits et de les comparer avec des parties de jeux vidéo.

Personnellement, lorsque je joue ou que j'observe une partie de Call of Duty, j'ai l'impression d'assister à un jeu de cache-cache pour adulte. Quel que soit le nombre de joueurs sur la carte, il y a toujours ceux qui se cachent et ceux qui cherchent l'adversaire. Pour ma part, j'ai souvent tendance à me positionner dans un endroit et attendre qu'un adversaire apparaisse pour tirer. Mais j'ai également pris du plaisir à chercher des joueurs et les surprendre dans leurs cachettes. Cela peut prendre aussi la forme d'une chasse, d'un jeu de chat et de souris ou de policier et de voleur. Certains patients vont en provoquer d'autres. Ainsi, Kyle pourra dire à Romain «bouge pas mon Roro, j'arrive» et Romain pourra répondre «je suis caché, tu ne me trouveras pas» Les joueurs s'en amusent, ils blaguent et surtout prennent du plaisir. Une fois, Christophe a comparé ce temps de jeu du mardi midi aux récréations qu'il avait à l'école quand il était petit. Il a rajouté «ici c'est pareil, on fait une pause pour s'aérer la tête».

Enfin, le jeu vidéo permet d'aborder la représentation corporelle. Dans les psychoses, le lien corps-psyché est fragile, voire rompu. Or le jeu vidéo offre un espace où les patients éprouvent des émotions. Le temps de parole qui suit leur permet de revenir sur leurs éprouvés en se remémorant leurs sensations et leurs réactions corporelles.

Ce travail, qui s'effectue plus ou moins en différé, renforce l'intégration des sensations corporelles et la représentation corporelle au niveau psychique. David LE BRETON écrit : «L'individu ne prend conscience de soi qu'à travers le sentir, il éprouve son existence par les résonances sensorielles et perceptives qui ne cessent de le traverser»[68]. En cela, le jeu vidéo offre un travail de conscience corporelle dans lequel les patients expérimentent leur continuité d'être : ils éprouvent des émotions plus ou moins intenses sans être détruits en retour. Un jour en fin de séance, alors que le psychomotricien avait demandé aux patients pourquoi ils aimaient jouer à Call of Duty, Romain avait répondu qu'il aimait jouer avec ses émotions. Il avait rajouté «Call of me donne de l'adrénaline, j'aime bien, j'aime bien jouer avec, car je me sens vivant.

[68] D. LE BRETON, 2008, p.158.

Par conséquent, les jeux vidéo offrent une expérience où le sujet se rencontre corporellement et émotionnellement. Dans la psychose, ce retour sur soi permet d'éprouver une unité psychocorporelle. Mais les jeux vidéo reflètent aussi la manière d'être du joueur notamment à travers l'avatar et amorcent un travail intérieur tout aussi important.

2. Rencontrer son avatar : se réfléchir.

Avant d'aller plus loin dans ma réflexion, je me dois de définir plus précisément la notion d'avatar. D'après le Petit Robert, ce mot trouve son origine dans la religion hindouiste. Il vient du sanskrit *avatara* désignant les différentes incarnations du dieu Vishnu. Dans la langue française il est synonyme de métamorphose, transformation. Dans les jeux vidéo, l'avatar renvoie au personnage que contrôle le joueur. Il «représente le joueur dans le monde numérique»[69]. M. STORA le compare à «une coquille vide dans laquelle je [le joueur] me glisse»[70].

S. TISSERON lui attribue cinq fonctions [71] :

- Une fonction de véhicule permettant de voyager dans les mondes virtuels.
- Une fonction d'outil pour interagir avec le jeu vidéo.
- Une fonction de communication avec soi-même.
- Une fonction de communication avec les autres joueurs.
- Une fonction de support dans lequel s'incarnent les désirs et attentes narcissiques du joueur.

L'auteur précise qu'elles ne sont pas toutes systématiquement exploitées et certaines ne le sauront peut-être jamais.

Ainsi, l'avatar représente une «seconde peau»[72] permettant au joueur de se déplacer dans un monde virtuel. En jouant avec son personnage, le joueur se l'approprie et peut décider de ce qu'il en fait dans le jeu. En psychiatrie, il est intéressant de créer un avatar personnalisé pour chaque joueur. Cela renforce

[69] Y. PERRON, 2012, p.47.
[70] S. MISSONNIER, M. STORA, S. TISSERON, 2006, p.152.
[71] S. TISSERON, 2012, p.114.
[72] *Ibid*, p.115.

l'identification à l'avatar. Dans le groupe Call of Duty, Christophe, Kyle, Romain et Yves ont eu l'occasion durant une séance de créer leur propre avatar. À l'époque, je n'étais pas encore en stage. Chacun a pu choisir une peinture de guerre pour son personnage et un nom. Christophe a appelé son personnage Badog, Kyle l'a appelé Krak, Romain l'a surnommé Delta1 et Yves a choisi le nom d'Invisible.

Cette identité virtuelle leur redonne un sentiment de maîtrise qui peut être absent dans leur quotidien du fait de leur maladie. Ils peuvent se sentir agis par leur pathologie. Les angoisses archaïques et corporelles augmentent ce sentiment de ne plus contrôler leur corps, leur pensée et leur vie. Dans le jeu vidéo, ils ont l'occasion de retrouver une certaine maîtrise et décident du destin de leur personnage. Ainsi, Kyle aime parfois tuer de lui-même son propre avatar. Ce suicide virtuel lui donne l'assurance de garder le contrôle sur son jeu et son personnage.

J'ai souvent remarqué que lorsque Romain tirait en rafale sur un adversaire, tout son corps se mettait à sautiller comme si celui-ci encaissait réellement les à-coups de la mitraillette que tenait son personnage. Je me suis alors demandée si le lien corps-psyché, que la psychomotricité cherche tant à étayer, demeurait toujours présent du fait de cette identification à un corps virtuel ?

S. TISSERON explique que «tout comme le stylo prolonge la main pour permettre d'écrire, l'avatar prolonge le joueur pour lui permettre d'agir à distance, dans des lieux où il n'a pas la possibilité de se déplacer, en l'occurrence à l'intérieur de l'écran de son ordinateur ou de sa console. [...] il représente une personne de chair et d'os, de la même façon que la photo d'identité d'un passeport figure son propriétaire. Ainsi, il autorise le joueur à s'inscrire dans une certaine situation sans le moindre contact corporel, c'est-à-dire sans que son corps physique soit engagé. Mais le fait que l'avatar soit une sorte d'hybride, mi-objet mi-image, ne lui interdit pas pour autant de traduire des émotions. C'est ce qui fait toute sa richesse et son originalité»[73].

En incarnant son personnage virtuel, le joueur trouve dans celui-ci un support pour projeter, expérimenter et exprimer des représentations de soi dans

[73] S. TISSERON, 2008 (a), p.84-85.

une totale sécurité. En psychomotricité, la notion de représentation de soi traverse deux notions essentielles : le schéma corporel et l'image du corps.

Le schéma corporel correspond à la connaissance que chacun a de son corps. «Il spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce»[74]. Il se construit dès la naissance jusqu'à l'âge de 7 ans environ et «forme l'image d'un corps complet et organisé dans l'espace»[75]. Toutefois, comme le souligne E. E. GABRIEL, il est peu sollicité dans les jeux vidéo et se réduit à l'action des mains et des doigts sur la manette[76].

L'image du corps correspond à l'image que l'on se fait de soi dans la relation à l'autre. «Elle est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles».[77] Elle est propre à chacun et en perpétuel remaniement suivant notre vécu. C'est donc l'image du corps du joueur qui sera essentiellement sollicitée dans les jeux vidéo notamment dans la façon dont le joueur «appréhende les objets informatiques, ses rapports à l'espace du jeu et les actions qu'il entreprend»[78].

Ainsi, le joueur trouve dans les jeux vidéo un miroir qui va refléter ce qu'il choisit de projeter. L'avatar et a fortiori le jeu vidéo représentent «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 !»[79]

C'est ainsi que Kyle préfère majoritairement le sniper à toute autre arme. Cette arme lui permet de viser et tirer en étant relativement loin de son adversaire. Si toutefois il se retrouve proche d'un joueur, il aura tendance à le surprendre dans le dos. Ceci reflète sa difficulté à rentrer en relation avec d'autres personnes d'autant plus lorsqu'il ne les connaît pas. Le sniper figure la grande distance qu'il garde au quotidien entre lui et les autres notamment en portant des lunettes de soleil et un casque de musique.

Romain, lui, veille toujours dans le jeu à garder une échappatoire pour son personnage. Lorsqu'il se sent en danger, il a souvent tendance à se cacher ou fuir

[74] F. DOLTO,1984 ,p.22.
[75] C. POTEL, 2010, p.144.
[76] E.E. GABRIEL, 1994, p.136.
[77] DOLTO, *op. cit.*, p.22.
[78] GABRIEL, *op. cit.*, p.137.
[79] S. TISSERON, 2008 (a), p.87.

par les fenêtres. Dans la vraie vie, il est extrêmement angoissé et souffre de nombreuses phobies. Il s'excuse énormément de peur d'attiser la colère des autres comme il peut s'excuser dans le jeu dès qu'il tire sur quelqu'un.

Quant à Christophe, il commence souvent une partie en sécurisant son avatar dans un bâtiment du jeu. Ce n'est qu'au bout de quelques minutes qu'il se décidera peut-être à sortir pour trouver ses adversaires. Dans son quotidien, Christophe évite au maximum le contact avec les autres et s'isole chez lui tout comme il isole son avatar au début du jeu.

Enfin lorsqu'Yves déplace son avatar, il oscille entre des moments où il arrivera à le guider et des moments où son avatar partira dans toutes les directions. De par sa maladie, Yves connaît lui-même une grande instabilité émotionnelle et corporelle. De la même façon qu'il peut apparaître calme et posé, il peut d'un coup se montrer expansif et dispersé ce que reflètent les déplacements de son avatar.

Ces différentes vignettes soulignent la fonction exutoire des jeux vidéo comme terrain ludique permettant de projeter des parties de soi. C'est notamment pour cela qu'ils peuvent être utilisés dans un dispositif thérapeutique : les patients peuvent exprimer une partie de leur vécu psychocorporel et de leurs souffrances sur lesquelles le thérapeute s'appuiera pour les accompagner.

En outre, les jeux vidéo médiatisent également des relations ludiques et tout aussi thérapeutiques avec le groupe et les autres avatars.

3. Rencontrer le groupe : le jeu côte à côte.

Selon le nombre de joueurs, deux ou quatre chaises sont disposées côte à côte face à l'écran. Cet aménagement favorise un contact entre les joueurs sans être intrusif puisqu'il est indirect. Dans les psychoses, l'autre peut être perçu comme dangereux, menaçant. Cette disposition évite ainsi les vécus angoissants que pourraient provoquer des jeux en face-à-face. Christophe, par exemple, hésitera à s'asseoir dans le cercle pendant les temps de réunion avant et après le jeu. Souvent il lui arrive de rester debout ou alors il acceptera de s'asseoir, mais son visage laissera transparaître une certaine anxiété. Il pourra même exprimer sa

hâte de jouer ou de partir s'il s'agit de la fin de séance. Le regard de l'autre est pour lui difficile à soutenir et persécutant. Par contre, côte à côte, Christophe paraît plus serein et peut pleinement profiter du jeu qu'il soit joueur ou spectateur.

Concernant les spectateurs, ils se placent derrière les joueurs, toujours face à la télévision. Ainsi, la relation du groupe entier, c'est-à-dire entre les joueurs et les spectateurs est médiatisée par un objet tiers : l'écran et plus précisément le jeu affiché à l'écran. Cette disposition induit une attention conjointe pour le jeu vidéo. Les joueurs doivent regarder l'écran de leurs adversaires pour mieux le localiser tandis que les spectateurs observent la partie en cours et peuvent conseiller les joueurs. Les patients qui ne jouent pas pourront aussi apprendre du jeu de l'autre pour en tirer avantage lorsqu'ils joueront à leur tour : ils pourront anticiper les réactions de leurs adversaires et développer des stratégies plus complexes. Chacun montre donc de l'intérêt pour le jeu des autres patients.

Ainsi, le groupe a bien remarqué que Romain se cache dès qu'il a marqué un point ou reste à proximité d'une fenêtre ou d'une porte afin de fuir rapidement si l'adversaire le trouve.

Une séance m'a particulièrement marquée. Nous testions le mode de jeu «Mêlée générale» avec trois vies limitées par joueur. Christophe, Lucas, Kyle et Yves jouaient. Christophe et Yves avaient déjà été fragué trois fois et ne pouvaient plus jouer. Il restait donc Kyle, le meilleur joueur de Call of Duty contre Lucas, débutant sur le jeu. Kyle avait encore trois vies et Lucas une. Kyle ne bougeait plus, car il avait tué les deux autres joueurs. Il avait donc marqué plus de points que Lucas et se considérait comme victorieux quoiqu'il advienne. Le psychomotricien décida de changer les objectifs pour les deux joueurs. Comme Kyle était le meilleur des deux, il expliqua que c'était à lui d'aller chercher Lucas. Pour Lucas, le challenge était de survivre jusqu'à la fin de la partie. S'il réussissait alors il remporterait la victoire.

Je me suis alors mise à observer chaque patient. Kyle, était concentré dans son jeu, d'ordinaire il parle beaucoup surtout lorsqu'il est assuré de gagner. Mais ce changement d'objectif l'avait pris de court, il ne lui restait que peu de temps pour remporter la victoire. Lucas était très tendu, il était crispé sur sa manette

qu'il tenait près de son buste. Son corps suivait les directions de son avatar : par exemple, il se penchait à gauche lorsque son personnage tournait à gauche. Romain avait les yeux pétillants, il affichait un large sourire, la mâchoire serrée et une main à sa bouche. Julien fixait l'écran, la bouche ouverte il se cramponnait à lui-même en serrant ses bras contre lui. Oscar, sa canette de coca à la main, s'était arrêté de boire. D'ordinaire fatigué notamment à cause de son traitement, il s'était redressé sur son siège et suivait avec attention la fin de la partie. Quant à Yves, il tirait nerveusement quelques poils de sa barbe et Christophe, malgré une attitude corporelle hypotonique et figée, regardait l'écran avec attention. Il prévenait régulièrement du temps qu'il restait avant la fin de la partie tout en encourageant Lucas. Moi-même, je ressentais une tension extrême, je retenais mon souffle et j'avais l'impression de vivre la situation de Lucas. J'avais envie qu'il réussisse à survivre et qu'il gagne la partie.

En les regardant à tour de rôle, j'avais l'impression de regarder un tableau représentant une scène de vie, d'émotions partagées. À ce moment-là, nous nous trouvions dans une aire transitionnelle commune forgée par chaque membre du groupe, tenus en haleine par l'enjeu de la partie, pris par le plaisir de jouer ou de regarder et bien loin de la maladie et du soin.

Finalement, Kyle finit par fraguer Lucas dans les dernières secondes. À la fin de la partie, j'ai ressenti la tension générale se relâcher avec une reprise de la parole et du mouvement pour chacun. Kyle serra la main de Lucas tout en lui disant «bien joué». Certains patients s'étiraient, se frottaient les yeux quand d'autres s'exclamaient «belle partie» ou encore «c'était serré !» mais tous félicitèrent les deux joueurs. Lucas était frustré d'avoir perdu. Le psychomotricien lui fit remarquer qu'il avait survécu presque une manche entière de 5 minutes contre un joueur confirmé. Il s'agissait donc d'une belle performance.

Le thérapeute mit le jeu en pause et interrogea le groupe sur la partie qui venait de se dérouler. Chacun exprima avec ses mots le suspens dans lequel ils avaient été tenus. Romain était encore tout amusé de ce qu'il venait de vivre, il ponctua son ressenti d'un «c'était excellent, c'était Dien Bien Phû !» (Romain est passionné d'histoire. Il lui arrive lorsqu'il prend plaisir à jouer ou regarder une partie assez serrée au niveau des scores de la comparer à des noms de batailles célèbres).

Dans les psychoses où chaque patient possède une réalité qui lui est propre et qui reste plus ou moins en décalage avec la réalité objective, il n'est pas toujours évident d'entretenir une discussion avec d'autres personnes. Le jeu vidéo propose une situation propice à la création d'une aire transitionnelle qui va s'enrichir par le jeu de chaque joueur. Ces derniers trouvent ici le moyen de laisser de côté leur réalité, leur maladie et les diverses angoisses qu'ils peuvent éprouver. Tous partagent un même langage, un même objectif et chacun tente d'y arriver à sa manière.

Cet intérêt commun pour les jeux vidéo crée une véritable relation entre les patients. Généralement dans les psychoses, les communications verbale et non verbale demeurent pauvres ou inappropriées. L'accès au second degré reste difficile et les mots sont pris au pied de la lettre. Ce sont donc toutes les interactions sociales qui en pâtissent. J'ai remarqué qu'en séance, il y a moins d'incompréhension entre les joueurs. Le jeu vidéo possède son propre vocabulaire et il réunit autour d'un même objectif qui peut être individuel ou collectif : gagner. Pour atteindre ce but en coopération, les partenaires doivent communiquer, comprendre et être compris. En cela, le jeu vidéo rassemble.

Je me souviens d'une séance où Romain et Kyle jouaient ensemble. Avant de commencer, Romain avait lancé à Kyle «Kyle tu es mon leadership[80] !» Kyle et Romain avaient su communiquer entre eux : Kyle conseillait Romain en lui expliquant par exemple de surveiller une zone, d'utiliser sa claymore[81], etc. Nous assistions à un véritable moment de complicité entre les deux patients.

Le dispositif en côte à côte favorise donc les relations entre les patients en respectant les distances personnelles de chacun. Des échanges se créent sans être intrusifs. Mais ce dispositif instaure aussi indirectement des relations en face-à-face.

[80] Personne qui dirige une équipe ou un groupe.
[81] Dans Call of Duty, il s'agit de mines à détecteur de mouvements

4. Rencontrer les avatars : le jeu en face-à-face.

Dans les psychoses, le sujet malade présente des difficultés pour adapter ses distances relationnelles. Il peut être dans une fusion quasi totale avec l'autre ne sachant pas se différencier ou être totalement indifférent de la présence d'autrui. Il oscille entre des extrêmes et arrive difficilement à modérer ses distances. Nous avons vu que jouer ensemble sur un même écran favorise l'attention conjointe. Les patients portent de l'intérêt pour le jeu des autres et tiennent compte de la présence de l'autre. Mais les joueurs se rencontrent également dans le jeu par l'intermédiaire de leur avatar. Il y a donc une confrontation, mais moins directe, car médiatisée par le jeu vidéo.

Cette rencontre en face-à-face peut se présenter sous deux formes différentes : soit un jeu de confrontation comme le propose le mode «Mêlée générale», où chacun joue pour soi, soit un jeu de coopération avec le mode «Match en équipe» avec une équipe de quatre joueurs face aux bots ou des binômes qui s'affrontent. Au début de mon stage, j'ai constaté que, quel qu'était le mode utilisé, les patients avaient tendance à éviter le conflit avec les autres avatars.

Dans le mode «Mêlée générale», les patients, notamment ceux qui ne connaissent pas bien le jeu, ont souvent tendance à chercher chacun un endroit pour se cacher. C'est une façon pour eux de refuser le contact et de ne pas se mettre en danger. Dès lors, il se passe parfois une bonne minute, sans qu'aucune action ne soit entreprise par les patients, chacun attendant dans un coin de la carte. Pour éviter au maximum ce genre de situation, le psychomotricien a instauré une nouvelle règle. En cas de match nul, cette stratégie trop passive sera considérée comme une défaite pour les joueurs les plus forts. De cette façon, les joueurs qui connaissent bien le jeu, et savent donc mieux se repérer, sont incités à se déplacer sur la carte et à chercher les adversaires pour gagner.

Actuellement, certains patients peuvent prendre des risques plus facilement et tenter des stratégies offensives comme Christophe. Ce changement de position reste intéressant à souligner, car dans son quotidien, Christophe se sent continuellement persécuté par les autres et notamment ses voisins. Dans le jeu, il trouve l'occasion de changer de rôle et s'autorise à se confronter aux autres sans

avoir peur des représailles. L'utilisation du mode «Mêlée générale» en duel a aussi permis de favoriser un jeu de compétitivité entre les joueurs. Certains patients peuvent demander à faire un duel contre un joueur sensiblement de même niveau par souhait d'améliorer son jeu tant dans la manière de combattre que dans la façon de se déplacer ou de se repérer sur la carte. Toutefois, pour d'autres patients, le combat reste difficile. C'est le cas de Romain qui propose encore très souvent des alliances aux autres joueurs.

Ainsi, le mode «Mêlée générale» propose une rencontre dans un «face-à-face sur le mode d'un côte à côte»[82] puisque les joueurs sont assis l'un à côté de l'autre. Mais cette rencontre peut aussi être initiée par un jeu de coopération : cette fois-ci, il s'agit de faire face avec l'autre.

Le jeu en équipe est intéressant, car il incite les joueurs à se parler pour pouvoir gagner. J'ai remarqué dans le groupe qu'il était difficile pour les patients de communiquer entre eux. En effet, cela implique d'élaborer une stratégie avec son partenaire. Souvent, c'est au joueur le plus expérimenté de prendre les décisions et de guider son partenaire, mais ce n'est pas toujours évident.

Pendant les séances, Kyle et Yves jouent beaucoup ensemble. Étant relativement autonome, Kyle a beaucoup de mal à guider Yves : souvent, il le laisse dans un coin de la carte et l'utilise même comme appât pour attirer l'équipe adverse, Yves étant plus facile à avoir que Kyle. Lors d'une séance, j'ai proposé que les deux joueurs novices de chaque binôme essaient de marquer des points et que les deux joueurs les plus forts se cantonnent uniquement à défendre leur coéquipier. Kyle et Yves étaient ensemble face à Christophe et Lucas. Kyle et Christophe devaient donc protéger respectivement Yves et Lucas. Cette distribution des rôles n'a pas tenu longtemps et Kyle reprit très vite sa position d'attaquant, laissant Yves seul de son côté.

Pour ma part, j'ai souvent fait équipe avec Christophe. Au début, nous ne parlions que très peu entre nous. J'essayais d'instaurer le dialogue en demandant à Christophe quelle stratégie il voulait mettre au point, si nous sécurisions plutôt un endroit ou si nous tentions un assaut. Je lui demandaiscampagnc également de me conseiller sur ma position lorsque je devais garder une entrée afin de voir l'ennemi

[82] J.B CLAIS, M. ROUSTAN, 2003, p.41.

arriver tout en étant suffisamment protégée. Au début, il me répondait souvent «on verra bien» pour la stratégie ou il me disait de ne pas le suivre et de me déplacer de mon côté pour ne pas être tués tous les deux en même temps. D'autres fois encore, il me disait d'attendre à un endroit et qu'il reviendrait plus tard.

Puis au fil des séances, Christophe m'a de plus en plus conseillé. Je me suis mise aussi à le suivre en restant assez loin. Je le prévenais en lui disant que je n'étais pas loin derrière lui au cas où et que je pouvais le couvrir. Maintenant il nous arrive même d'élaborer une stratégie lorsque nous savons que nous jouerons à la prochaine manche. Un jour après plusieurs défaites, Christophe me dit «il faut que nous nous trouvions chacun un rôle, que nous décidions qui attaque et qui couvre». Les parties suivantes, Christophe partait en avant et je protégeais ses arrières. Nous ne gagnions pas à chaque fois, néanmoins nous étions satisfaits de notre coopération qui s'améliorait.

Cette difficulté à jouer en équipe peut révéler aussi une autre problématique récurrente chez les sujets psychotiques. Il s'agit de la difficulté à dire «je», à se positionner comme un sujet pensant, entier et distinct de l'autre. Le jeu vidéo crée des situations où chaque patient est amené à faire des choix : choisir la carte sur laquelle il veut jouer, choisir son rôle au sein d'une équipe (défendre son coéquipier, attaquer...), définir une stratégie (se cacher ou aller chercher l'adversaire). Il s'agit de choisir, mais aussi de tenir sa position. Ainsi, lorsque nous demandons à Christophe sur quelle carte il veut jouer, il répond souvent «je choisis comme les autres» Nous devons parfois insister pour qu'il émette sa préférence. Quant à Romain, il se laissera souvent guider par son coéquipier et lui imposera rarement un choix de stratégie. Si par hasard, il se retrouve séparé de son partenaire, il aura souvent tendance à se cacher et attendre.

Depuis quelque temps, Romain arrive parfois à prendre des initiatives au sein de l'équipe, mais celles-ci restent soudaines et peu réfléchies. Il pourra dire «on tente le tout pour le tout» alors que la partie vient de commencer et qu'il dispose de suffisamment de temps pour localiser l'équipe adverse et discuter d'une stratégie avec son équipier.

Que ce soit avec ou contre l'autre, le jeu vidéo permet aux patients de partager des expériences ludiques et authentiques leur permettant de quitter la réalité de leur pathologie. Abordons maintenant une dernière rencontre essentielle au bon déroulement de ces expériences, celle avec le thérapeute.

5. Rencontrer le thérapeute :

B. VIROLE développe le phénomène «d'action conjointe» qu'il définit comme «le moment où l'adulte joue avec l'enfant et participe aux actions proposées par le logiciel». Pour lui l'attention conjointe[83] et l'action conjointe sont deux phénomènes nécessaires à l'instauration d'un cadre thérapeutique «remarquable et prometteur»[84]. De la même façon qu'il est nécessaire pour l'adulte de jouer avec l'enfant, je pense qu'il est tout aussi indispensable que le psychomotricien joue avec les patients aux jeux vidéo. Le fait que tous partagent cette expérience ludique permet de réduire la distance soignants-soignés sans pour autant l'effacer. Nous retrouvons d'ailleurs le principe de la psychothérapie institutionnelle.

En thérapie, le psychomotricien représente une référence pour les patients lorsque l'alliance thérapeutique est installée et fiable. Ainsi, en jouant aux jeux vidéo, le thérapeute accompagne les patients dans l'aire transitionnelle. Ces derniers retrouvent ce repère à la fois dans et hors du jeu.

Jouer avec le groupe, c'est aussi pour le psychomotricien la nécessité de s'engager dans le jeu et de partager cette expérience ludique collective. Il devient plus à même de comprendre le vécu de chaque patient. Ceci reste un aspect non négligeable de la thérapie puisqu'il est là pour favoriser les éprouvés, mais également les canaliser lorsqu'ils deviennent disproportionnés vis-à-vis du contexte. Il doit pour cela conserver un certain recul sur ce qu'il se déroule dans et hors du jeu.

Eric W. PIREYRE souligne que «l'engagement corporel du psychomotricien a valeur de langage»[85]. Ainsi, en jouant, le psychomotricien n'hésite pas à exprimer ouvertement ses émotions afin, une fois encore, de renforcer son statut de

[83] Situation de partage où plusieurs sujets portent leur intention sur un même objet.
[84] B. VIROLE, 2003, p.64.
[85] E.W. PIREYRE, 2011, p.22.

référence pour les patients. Quand il perd, il manifestera sa déception. Inversement quand il gagne il laissera transparaître sa joie. De cette façon, il donne également aux patients des repères émotionnels. Lorsque viendra le moment de s'exprimer, les patients pourront mieux percevoir et comprendre si ce qu'ils ressentent s'apparente plus à de la joie, de la colère, de la déception ou encore de la frustration. Ceci donne un premier point de départ pour aider les malades dans l'élaboration de leurs émotions au fil des séances.

Mais le psychomotricien n'est pas seulement un soutien pour exprimer le vécu après le jeu, il aide également les patients pendant la phase de jeu. Il veille à ce que les éprouvés de tous (qu'il soit joueur ou spectateur) restent gérables pour eux-mêmes ainsi que pour le groupe, et se réserve le droit de mettre le jeu sur pause voire de le stopper à tout moment. La parole très présente du psychomotricien m'avait d'ailleurs frappée durant mes premières séances. J'ai rapidement compris qu'il était important de ne pas laisser les patients seuls dans leur vécu et que la thérapie avec cette médiation reposait aussi sur la qualité de l'accompagnement verbal du thérapeute.

Cependant, il est important de souligner que même si le psychomotricien joue avec les patients, il doit aussi rester attentif et ne pas rentrer pleinement dans le jeu. Il lui faut donc prendre de la distance avec les jeux vidéo et ne pas jouer comme il pourrait le faire dans un autre contexte non thérapeutique. Là est donc toute difficulté : le thérapeute doit suffisamment rentrer dans le jeu pour le porter, le soutenir et l'étayer tout en gardant un certain recul pour garantir la stabilité de la rencontre thérapeutique groupale.

CONCLUSION

Jouer c'est expérimenter, apprendre, imaginer et créer. C'est aussi se découvrir, s'ouvrir, partager et communiquer. Mais jouer c'est avant tout prendre du plaisir.

Pour l'adulte, jouer lui permet de se distancer, un moment, de ses obligations quotidiennes et de s'exprimer librement. Ce stage, mais aussi mon expérience personnelle de joueuse, m'amènent à penser que les jeux vidéo répondent à ces attentes en permettant à l'adulte de jouer, notamment au sens du *play* winnicottien, sans que cela soit vécu par lui comme infantilisant.

Les jeux vidéo offrent l'occasion de vivre des expériences ludiques. Ils permettent aux joueurs de se rencontrer et de se tester dans d'autres univers. Mais leur utilisation trouve également des intérêts en thérapie.

Mon stage m'a permis de découvrir des nouvelles facettes des jeux vidéo notamment dans leurs utilisations avec des adultes malades. J'ai pu prendre part à une rencontre ludique et intergénérationnelle, en accompagnant aussi bien pendant les temps de jeu qu'en dehors du jeu, des patients atteints de diverses problématiques.

Dans les psychoses, le sujet se retrouve en permanence plongé dans une insécurité existentielle. Avec les jeux vidéo, il s'agit de remobiliser les patients tant corporellement que psychiquement, de les rassembler dans leurs éprouvés et de créer du lien entre leurs pensées et leurs sensations corporelles. Le thérapeute en fait un support sur lequel les patients peuvent projeter leur vécu et se le réapproprier. C'est également une occasion pour eux de se confronter aux autres, d'ordinaire perçus comme dangereux.

Ce travail de réflexion et les expériences vécues en stage ont renforcé mon intérêt pour l'utilisation des jeux vidéo en thérapie. Ces nouvelles technologies dissimulent certainement d'autres atouts à utiliser en tant que médiation thérapeutique. Ma réflexion est donc loin de s'achever à ce jour et je dois l'approfondir dans le but de pouvoir utiliser les jeux vidéo dans ma future pratique.

BIBLIOGRAPHIE

Œuvres et articles :

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

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 », *Enfance et Psy*, n°15, p41-45.

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

CARRIC J.C, 2001, Lexique du psychomotricien, Paris Vernazobres-grego.

CAILLOIS R. (1967), *Les jeux et les hommes*, Paris, Gallimard, 2000.

DE LIEVRE B., STAES L. (2012), *La psychomotricité au service de l'enfant, l'adolescent et l'adulte*, Louvain-la-Neuve, de boeck.

DELION P. (2001), «Thérapeutiques institutionnelles», *EMC- Psychiatrie*, n°10, p.1-19.

DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Editions du seuil.

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

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

GOUMAS J., LE ROUX F., (1997) «Le corps en gériatrie : une approche psychomotrice» *Soins Gérontologie* n°9, p.32-36.

HUIZINGA J. (1951), *Homo ludens*, Paris, Gallimard, 2008.

INHELDER B., PIAGET J. (1966), *La psychologie de l'enfant*, Paris, PUF 2012.

JOLY F. (2003), *Jouer... le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Clamecy, In Press.

LE BRETON D. (2008), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF.

LEROUX Y. (2012), *Les jeux vidéo, ça rend pas idiot*, Limoges, FYP édition.

MICHAUD G. (1977), *Laborde...Un pari nécessaire. De la notion d'institution à la psychothérapie institutionnelle*, Paris, Gauthier-Villars.

MISSONNIER S., STORA M., TISSERON S. (2006), *L'enfant au risque du virtuel*, Paris, Dunod.

PERRON Y. (2012) *Vocabulaire du jeu vidéo*, Office québécois de la langue française.

PIREYRE E.W. (2011), *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Paris, Dunod.

POTEL C. (2010), *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*, Paris, Erès.

OBERLE D. (1989), *Créativité et jeu dramatique*, Paris, Méridiens Klincksieck.

OURY J. (1976), *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Lecques, les éditions du Champ social, 2001.

ROUSSILLON R. (2008), *Le jeu et l'entre-je(u)*, Paris, PUF.

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* n°3 p.133-149.

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 (2012), *Rêver, fantasmer, virtualiser. Du virtuel psychique au virtuel numérique*, Paris, Dunod.

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

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

WINNICOTT D. W. (1971), *Jeu et réalité*, Malesherbes, Gallimard, 2002.

ANNEXES 1 : LEXIQUE DU MONDE DES JEUX VIDÉO.

Avatar : Personnage numérique qui représente le joueur dans le monde virtuel. Dans Call of Duty, l'avatar peut être personnalisé dans son apparence et ses attributs (armes, grenades...).

Bot : Bot est le diminutif de robot et désigne les personnages exclusivement commandés par l'ordinateur. Ils ont le même rôle et les mêmes capacités qu'un avatar contrôlé par un joueur.

Campagne : Mode de jeu dans lequel le joueur suit une histoire et doit achever un certains nombres de missions pour finir.

Carte : Les cartes représentent les différents environnements virtuels existant dans un jeu vidéo. Call Of Duty Black Ops en propose quatorze plus ou moins grandes.

Console de jeu : Machine électronique conçue pour les jeux vidéo et dans lequel s'insère le support informatique contenant le jeu.

Écran scindé : Mode d'affichage qui divise l'écran en plusieurs parties selon le nombre de joueurs. Ces derniers peuvent ainsi jouer sur le même écran.

Fair-play : Ce terme vient de l'anglais *fair* qui veut dire «franc, clair, honnête, sans tricherie» et de play signifiant «jeu». Ainsi fair-play se traduit littéralement par l'honnête-jeu. Il porte la dimension sociale des jeux vidéo en définissant les règles générales de bonnes conduites des joueurs.

Fraguer : Terme spécifique aux jeux vidéo, notamment aux jeux de tir. Il signifie marquer des points en tuant un ennemi. Il est préférable d'utiliser ce terme à celui de tuer car la mort dans les jeux vidéo reste provisoire : le personnage pouvant réapparaître dans le jeu.

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

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.

Monde virtuel : Environnement artificiel, plus ou moins fantaisiste, créé par ordinateur, dans lequel l'avatar interagit. Il peut être en deux dimensions (l'avatar se déplace uniquement de droite à gauche et de haut en bas) ou en trois dimensions (l'avatar se déplace également dans la profondeur).

Multijoueur : Mode de jeu qui permet à plusieurs joueurs de jouer ensemble, en équipe ou non. Les joueurs peuvent jouer en local (ils sont tous présents dans la même pièce) ou en réseau grâce à une connexion internet (les joueurs n'ont alors pas besoin d'être réunis dans la même pièce).

Monde virtuel : Monde en deux dimensions ou trois dimensions, créé artificiellement par l'ordinateur. Le joueur peut interagir dans cet univers par l'intermédiaire de son avatar.

Vue objective : Le joueur voit l'action et le personnage d'un point de vue extérieur. Il voit son avatar en entier sur l'écran.

Vue subjective : Le joueur voit l'action du point de vue du personnage comme s'il était à sa place. Le joueur ne voit pas le corps de son avatar excepté les parties corporelles qui se retrouvent dans son champ de vision. Dans Call of Duty, le joueur voit uniquement les mains de son avatar.

ANNEXE 2 : CALL OF DUTY EN IMAGES.



Ecran d'accueil de Call of Duty



Vue subjective



Ecran scindé

RÉSUMÉ

Les psychoses font parties des diagnostics les plus graves en psychiatrie. Pour Christophe, Kyle, Romain et Yves, leur quotidien est en grande partie dicté par leur maladie qui les plongent dans diverses angoisses et les amènent à s'isoler. Pourtant chaque mardi, malgré leur problématique personnelle et leur différence d'âge, ils se retrouvent au groupe Call of Duty. Celui-ci est animé par un psychomotricien dans un hôpital de jour qui repose sur le principe de la psychothérapie institutionnelle. Ce groupe propose un temps où les patients se rassemblent, éprouvent et partagent ensemble le plaisir de jouer. Les jeux vidéo leurs permettent d'une part de se remobiliser psychiquement, corporellement et émotionnellement et d'autre part de rentrer en relation avec l'autre dans un cadre contenant et sécurisant. Ainsi, ce dispositif thérapeutique induit une véritable rencontre intergénérationnelle, ludique et thérapeutique.

Mots clés : Psychoses – Adultes – Psychothérapie institutionnelle - Psychomotricité – Jeu – Jeux vidéo – Rencontre thérapeutique.

SUMMARY

From a diagnostic standpoint, psychoses are probably among the most serious psychiatric illnesses. For Christophe, Kyle, Romain and Yves, their everyday life is marked by their mental illness, making them anguished and withdrawn. Nonetheless, despite their personal problems and the difference in their ages, they meet every Tuesday in the "Call of Duty" group. Based on institutional therapy, the meetings take place in a day care centre with a psychomotrician. On these occasions, the group's attendees can get together and enjoy playing videogames with other people. Through video games, patients learn first to focus on themselves psychically, physically and emotionally but also to interact with other people in a secure environment. Consequently, this therapy provides a framework for intergenerational, playful and curing meetings.

Key words : Psychosis – Adult – Institutional therapy - Psychomotricity - Playing – Video Game – Therapeutic meeting.