



**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
DU CENTRE HOSPITALIER DE L'AIGLE
Promotion 2019-2022**

Maxime HUCHON

Plonger dans le virtuel pour partager du réel

**Le jeu vidéo : objet de relation avec le patient atteint
de psychose**

Travail de Fin d'Études : Diplôme d'État en Soins Infirmiers
UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et
professionnelles
UE 3.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche

15 décembre 2021



PRÉFET DE LA RÉGION NORMANDIE

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités

Pôle Entreprise et Solidarités
Unité certification sociale et paramédicale
2, place Jean Nouzille
CS 55427
14054 Caen CEDEX 4

Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »ⁱ.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DREETS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformé-e. Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Le signature

ⁱ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ⁱⁱ Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

ⁱⁱⁱ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cet écrit de fin d'étude.

Ma guidante de mémoire, Madame DEBUCK Sarah, Cadre formatrice à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de l'Aigle, pour sa patience et ses conseils tout au long de l'élaboration de ce travail de fin d'étude.

Mon référent de formation Monsieur MENAUT Hervé, pour son accompagnement et son soutien durant ces trois années de formation.

Les professionnels de santé interrogés lors des entretiens ainsi que ceux rencontrés en lors de mes stages.

Je remercie également LE CLEZIO Charline pour sa présence, ses encouragements et sa bonne humeur durant la formation et durant l'élaboration de ce travail de fin d'étude.

Enfin et surtout ma famille pour leur accompagnement, leur soutien et leur patience tout au long de mes études et sans qui cette formation n'aurait jamais pu aboutir.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	6
1) Construction de la question de départ.....	7
1.1. Situation d'appel	7
1.2. Constats.....	8
1.3. Questionnements.....	9
1.3.1. Question de départ.....	9
2) Cadre conceptuel	10
2.1. Le jeu vidéo.....	10
2.1.1. Définition du jeu vidéo	10
2.1.1.1. Une expérience instrumentée.....	10
2.1.1.2. Des jeux traditionnels aux jeux vidéo	11
2.1.1.3. Du cinéma aux jeux vidéo.....	13
2.1.2. Psychologie du jeu vidéo.....	14
2.1.2.1. Violence et dépendance	14
2.1.2.2. Principe de présence, virtualité psychique et rapport à l'avatar	16
2.1.3. Aspect social du média	18
2.1.3.1. Population et impact culturel.....	18
2.1.3.2. Sociologie des jeux vidéo	19
2.2. Le jeu vidéo comme médiateur thérapeutique.....	20
2.2.1. La médiation thérapeutique et les activités en psychiatrie	20
2.2.2. Aspect thérapeutique de la médiation par les jeux vidéo	21
2.3. Le jeu vidéo, objet de relation	23
2.3.1. La relation thérapeutique avec le patient psychotique	23
2.3.2. Jeux vidéo au cœur de la relation thérapeutique	24
3) Approche de terrain.....	26
3.1. Choix de la population	26
3.2. Outil d'investigation.....	26
3.3. Présentation du guide d'entretien	26
4) Analyse des entretiens	29
4.1. Présentation des professionnels interrogés.....	29
4.2. La relation thérapeutique avec le patient psychotique.....	30
4.2.1. La construction de la relation thérapeutique :	30

4.2.2. Psychose, délire et relation thérapeutique :	31
4.3. Les activités thérapeutiques en psychiatrie	32
4.3.1. La place des activités en psychiatrie :	32
4.3.2. Activités thérapeutiques ou occupationnelles :	32
4.3.3. Les activités et la construction de la relation thérapeutique :	33
4.3.4. La place du soignant :	33
4.4. Le jeu vidéo comme objet de soin	33
4.4.1. Expérience personnelle du jeu vidéo :	33
4.4.2. Comportements à risques :	34
4.4.3. Le jeu vidéo comme médiateur de soin :	35
4.4.4. Rapprochement avec les autres médiateurs :	36
4.4.5. Limites et risques de la médiation vidéoludique :	36
4.5. Ouverture sur le numérique en thérapeutique	38
5) Synthèse	39
Conclusion	41
Références bibliographiques	43

INTRODUCTION

Dans le cadre des unités d'enseignements, initiation à la démarche la recherche, analyse de la qualité et traitement de données scientifiques et professionnelles, je présente mon travail de fin d'étude en Soins Infirmiers.

La pratique des jeux vidéo a connu une grande expansion au cours des deux dernières décennies et il existe aujourd'hui peu de gens n'ayant jamais fait l'expérience de ce média. J'ai fait l'expérience pendant un stage en service de psychiatrie d'une activité thérapeutique utilisant le média vidéoludique avec des patients psychotiques. Étant personnellement un joueur régulier de jeu vidéo, je me suis demandé si ma pratique personnelle pouvait m'être utile pour ma future profession. C'est cette expérience qui m'a décidé à choisir ce sujet comme travail de fin d'étude. Je souhaite donc présenter le jeu vidéo comme outil dans la construction de la relation thérapeutique.

Dans un premier temps, à partir de mes recherches et des lectures que j'ai pu faire, j'ai élaboré un cadre théorique. J'ai ainsi pu clarifier les différents concepts de ma question de départ : le jeu vidéo, les activités thérapeutiques et la relation thérapeutique avec les patients psychotiques. J'ai ensuite effectué une investigation de terrain en effectuant des entretiens avec des professionnels de la santé en service de psychiatrie. J'ai ainsi rencontré un aide-soignant et trois infirmiers ayant tous une expérience du média jeu vidéo très différentes, allant des joueurs réguliers aux joueurs inexpérimentés.

Mon mémoire est ainsi découpé en cinq parties :

La première consiste en la présentation de ma situation d'appel qui m'a permis d'élaborer des constats. A la suite, j'ai émis des questionnements en me basant sur un des constats et finalement, j'ai écrit ma question de départ sur laquelle repose la suite de ce travail.

La seconde partie est mon approche théorique, elle se compose de deux grandes parties : le jeu vidéo, dans laquelle je décris l'expérience du média et ces effets sur le sujet, et le jeu vidéo en psychiatrie, où je décris l'utilisation de la médiation thérapeutique en psychiatrie et son impact sur la relation thérapeutique, plus particulièrement avec les patients psychotiques.

La troisième partie est mon approche de terrain avec la description des outils que j'ai utilisé pour les effectuer, ainsi que la critique de mon guide d'entretien.

La quatrième partie consiste en l'analyse des entretiens effectués, la comparaison croisée de ces interviews ainsi que la comparaison avec ma situation de départ et mon approche théorique.

Enfin la cinquième et dernière partie est quant à elle une synthèse de l'analyse mais aussi des résultats obtenus en lien avec ma question de départ.

1) Construction de la question de départ

1.1. Situation d'appel

Ma situation d'appel se déroule lors de mon stage du semestre 5, je suis alors en service de psychiatrie. Le service accueil des patients au long court, il est composé à majorité de patients psychotiques en attente d'orientation appropriée.

Dans ce service, une infirmière est détachée uniquement aux activités et organise des ateliers très variés allant du tennis de table à l'atelier pâte à sel. Le mercredi après-midi, elle emmenait deux patients du service dans un bâtiment du centre psychiatrique où se trouve une pièce avec une télévision ainsi qu'une console Wii et des jeux.

Monsieur L. est un patient psychotique de 25 ans, il est en hospitalisation sous contrainte depuis plusieurs mois au Centre Psychothérapique. Il présente un fond délirant constant interprétatif à thème de persécution, il reste très fermé dans le service et refuse parfois de venir manger et même de prendre son traitement. Il joue souvent à sa console PSP¹ qu'il demande chaque après-midi et qu'il doit rendre au soignant avant le repas. Il lui arrive régulièrement d'être agressif verbalement et physiquement envers les soignants, construire une relation thérapeutique de confiance est donc très complexe avec lui.

Avant de commencer l'infirmière pose un cadre à l'activité, expliquant la durée ainsi que le déroulement du jeu. Monsieur L. était très concentré lors de nos explications et semblait impatient d'utiliser la console de jeu. Nous avons décidé de jouer au jeu Mario Kart qui est un jeu de course, pour cela la manette repose dans un support en forme de volant qui permet de mimer le geste de la conduite pour contrôler le véhicule du jeu. Après avoir allumé la télévision et la console, nous confions la manette à monsieur L et démarrons le jeu vidéo sur la console. Lorsqu'il observe la manette de jeu en forme de volant, il nous explique qu'il aimerait passer son permis. Ainsi, durant la course débute un dialogue avec monsieur L qui se montrait pourtant fermé dans le service. Il me demande ensuite si je connais ce jeu, et je lui réponds que j'y jouais lorsque j'étais plus jeune, il me raconte alors son enfance difficile avec son père et sa passion pour Dragon Ball Z² et les jeux vidéo de cette franchise. J'ai trouvé monsieur L. méconnaissable durant l'activité jeu vidéo, il ne semblait ne pas être envahit par ses délires comme j'avais l'habitude de le voir dans le service. Nous pouvions ici discuter calmement tout en jouant. Monsieur L. était par ailleurs très concentré sur sa partie et s'arrêtait parfois de parler afin de réussir à passer un endroit délicat de la course. Ma connaissance du média m'a

¹ PSP (2004), Sony Computer Entertainment : console portable.

² Dragon Ball Z (1989), TOEI Animation.

permis d'expliquer les différentes touches de la manette au patient, ainsi que le principe du jeu.

Par la suite Monsieur L. a été beaucoup plus coopératif avec moi qu'avec la plupart des soignants, il me montrait ses jeux sur sa console de jeu et venait régulièrement me parler de jeux vidéo.

1.2. Constats

Souvent la relation thérapeutique avec les patients psychotiques est difficile.

Souvent les soignants utilisent des médiateurs thérapeutiques en psychiatrie.

Souvent l'utilisation de médiateur permet au soignant d'entrer en relation avec le patient.

Parfois les activités permettent aux patients psychotiques de ne plus être envahis par leur délire.

Parfois le jeu vidéo est utilisé comme médiateur dans les services de psychiatrie.

Parfois le jeu vidéo permet au soignant de d'entrer en relation avec le patient.

Parfois participer à une activité permet au patient d'exprimer ses affects.

Souvent la connaissance du média permet de mieux appréhender l'activité thérapeutique.

J'ai choisi de retenir le constat suivant : **Parfois le jeu vidéo permet au soignant de d'entrer en relation avec le patient.**

1.3. Questionnements

En me basant sur le constat que j'ai retenu, j'ai élaboré une série de questionnements :

En quoi le jeu vidéo permet une interaction entre le soignant et le patient ?

En quoi le jeu vidéo est utile dans les soins ?

Qu'est-ce qu'un médiateur thérapeutique ?

Comment faire adhérer une activité thérapeutique à un patient ?

Quel est l'image du jeu vidéo dans la société ?

Quels sont les dangers du jeu vidéo ?

Quelles sont les limites de l'utilisation du jeu vidéo dans les soins ?

Sur quel type de patient l'utilisation du média vidéoludique est le plus cohérent ?

Mon expérience en tant que joueurs de jeux vidéo peut-elle m'être utile dans les soins ?

1.3.1. Question de départ

Ainsi j'ai choisi la direction de ma question de départ :

En quoi le jeu vidéo peut-il être un outil dans la relation entre le soignant et le patient psychotique en service de psychiatrie ?

2) Cadre conceptuel

2.1. Le jeu vidéo

Pour commencer nous allons définir un cadre à la pratique des jeux vidéo, pour ce faire, je vais commencer par définir l'expérience du jeu vidéo et enfin j'aborderais les effets psychologiques de cette pratique.

2.1.1. Définition du jeu vidéo

Comment définir l'expérience que procure le jeu vidéo ? Se rapproche-t-elle de l'expérience des jeux traditionnels, du cinéma, les deux ?

2.1.1.1. Une expérience instrumentée

Tous les écrits s'accordent à dire que les jeux vidéo ne peuvent être définis seulement par l'ensemble des jeux produits, encore moins par l'instrument qui les anime (console, ordinateur...). Alors comment définir le jeu vidéo ?

« Le jeu existe comme un état intermédiaire, à mi-chemin entre le joueur et la machine, un état plutôt qu'un objet »³ Cet état qui définit l'expérience du joueur n'existe que par l'existence d'instrument qui la nourrit. Cette expérience n'est pas nouvelle en effet, « des expériences instrumentées, le livre et la lecture, le film et la salle de cinéma, ou toutes les autres formes culturelles en produisent déjà »⁴. Pour définir cette expérience, il nous faut alors situer le lieu du jeu, cela est complexe puisqu'il ne se situe ni tout à fait du côté de l'écran ni tout à fait du côté du joueur mais entre les deux, M. TRICLOT définit ce lieu comme **un espace intermédiaire** ; un espace de jeu partagé entre le sujet et l'instrument.

Nous pouvons citer l'une des spécificités les plus séduisantes du jeu vidéo, la « capacité de contrôle immédiat des objets perçus à l'écran. (...) Cette spécificité du jeu vidéo, aucune autre forme de jeu ne régit ainsi au doigt et à l'œil, il la doit à la machine informatique »⁵. Nous remarquons alors l'importance de « **l'expérience instrumentée** » et de la relation entre le sujet et l'objet, mais cela nous permet également de voir que le jeu vidéo réalise parfaitement ce que les jeux « traditionnels » peinent à effectuer aussi efficacement : La rétribution psychique. « La précarité du jeu réciproque entre la réalité psychique personnelle et l'expérience de contrôle des objets réels »⁶, dans le cas des jeux vidéo ce contrôle est immédiat et la fascination qui en découle permet de plonger au cœur de l'expérience

³ TRICLOT M. (2011), *Philosophie des jeux vidéo*, p 16.

⁴ *Ibid.*, p. 18.

⁵ *Ibid.*, p.33.

⁶ WINNICOTT D.W. (1975), *Jeu et réalité*, p. 98.

vidéoludique et de vivre ce que l'on appelle en psychologie : **le flow**. « Le flow est un état psychique caractérisé par une perte de la sensation du temps et de la conscience de soi. La personne est très concentrée sur la tâche qu'elle exécute. Elle a des objectifs clairs et un contrôle parfait sur ses actions. Elle éprouve un grand sentiment de satisfaction pour ce qu'elle fait. »⁷.

Le jeu vidéo semble, avec cette définition être un très bon outil de médiation puisque la relation objet-sujet y est explicite. Le jeu vidéo, par la machine informatique permet de médiatiser la rencontre entre le soignant et le patient. Mais en plongeant le joueur dans un état de perte de conscience de soi, le jeu vidéo ne risque-t-il pas de couper le joueur d'un éventuel interlocuteur ? De générer une relation unique entre le patient et le jeu en occultant le soignant ? Les jeux traditionnels sont utilisés dans les soins comme médiateur thérapeutique. En quoi les jeux vidéo se rapprochent de ce média ?

2.1.1.2. Des jeux traditionnels aux jeux vidéo

Roger CALLOIS propose en 1991 une théorie des jeux, qui classe les jeux traditionnels en quatre catégories : **la compétition, le hasard, la simulation et le vertige**. « La compétition (Agôn) s'oppose sur une ligne continue au hasard (Aléa), comme la simulation (Mimicry) au vertige (Ilinx). »⁸ Ainsi par exemple, un jeu qui se base complètement sur le hasard ne peut être compétitif, tout comme un jeu qui laisse une place trop importante au vertige ne permet pas de simuler complètement l'incarnation d'un rôle. A cette classification en deux dimensions s'ajoute une ligne continue en trois dimensions, les jeux à règles d'un côté (Ludus), opposés aux jeux libres sans règles (Paidia) (voir Annexe 1.1).

M. TRICLOT vérifie alors si les jeux vidéo valident cette théorie, pour se faire il reprend les catégories de R. CALLOIS une à une : « C'est une évidence pour la dimension de la compétition dès lors que l'on songe [...] à l'existence aujourd'hui de jeux qui sont de véritables plates-formes dédiées au sport électronique »⁹, comme *League of Legends*¹⁰, qui lors de la final des championnats du monde de 2019, avait réuni plus de 15 000 spectateurs à Bercy et 3,9 millions de téléspectateurs dans le monde. L'aléatoire est aussi présente dans de nombreux jeux, « c'est le cas, par exemple, de *Tetris*¹¹, pour lequel les prochaines formes que le joueur aura à éliminer apparaissent aléatoirement. »¹². « La dimension du faire-semblant,

⁷ LEROUX Y. (2015), Comment utiliser les jeux vidéo en médiation,

⁸ TRICLOT M. (2011), p 52.

⁹ *Ibid.*, 58-59.

¹⁰ *Leagues of Legends* (2009), Riot Games.

¹¹ *Tetris* (1984), Pajitnov A.

¹² TRICLOT M. (2011), p.59.

de la mimicry, se retrouve dans la construction des univers fictionnels du jeu vidéo »¹³, nombreux sont les jeux qui proposent l'expérience d'un univers simulé cohérent de plus en plus réaliste et donc de plus en plus simulacre. Enfin concernant le vertige, Roger CALLOIS le décrit comme le fait d'éprouver « le plaisir à la panique, s'y exposer de plein gré pour tenter de ne pas y succomber, avoir devant les yeux l'image de la perte, la savoir inévitable et ne se ménager d'issue que dans la possibilité d'affecter l'indifférence »¹⁴. « Quelle meilleure définition de l'arcade ? Des jeux qui accélèrent jusqu'à devenir impossibles, et dans lesquelles ce qui compte n'est pas tant le score à atteindre que l'état de débordement dans lequel le jeu nous met »¹⁵, on peut également voir une bonne définition des jeux de tir en vue subjective où le joueur fasse à un adversaire doit faire preuve de sang-froid et de vitesse extrême afin d'aligner son viseur en une fraction de seconde sur l'ennemi. Les jeux vidéo valident la théorie des jeux, mais sont-ils pour autant seulement des jeux ?

Selon R. CALLOIS¹⁶ et M. TRICLOT¹⁷ les catégories des jeux se combinent. Il existe donc 6 combinaisons possibles avec les quatre catégories que R. CALLOIS décrit, mais si certaines combinaisons sont des plus naturelles et logiques pour les jeux traditionnels, d'autres sont selon lui, interdites. Ainsi les combinaisons de compétition et de hasard et celles de simulation et de vertiges sont les plus viables, puisque situés sur la même ligne continue. La combinaison de compétition et de simulacre et celle du vertige et du hasard est viable également. Mais vertige et compétition et simulacre et hasard sont des combinaisons interdites selon CALLOIS R.

Pourtant les jeux vidéo transgressent cette règle en associant la compétition avec le vertige, en prenant l'exemple des jeux d'arcade qui accélèrent à l'infini, ainsi la compétition s'intensifie vers le vertige quand le joueur « poussé à ses limites, conduit dans un état de concentration absolu au bord du précipice. »¹⁸.

En plus de cette combinaison qui semblait impossible pour R. CALLOIS, M. TRICLOT¹⁹ souligne l'existence d'une nouvelle association : la combinaison d'un univers simulé (mimicry) régie par des règles strictes (Ludus). Pourtant, Roger CALLOIS²⁰ explique que la simulation est du côté du pôle avec le moins de règle, le Paidia. Force est de constater que pour le jeu

¹³ *Ibid.*, p.60.

¹⁴ CALLOIS R. (1991), *Les jeux et les hommes*, p. 23.

¹⁵ TRICLOT M. (2011), p. 60.

¹⁶ CALLOIS R. (1991), p.145.

¹⁷ TRICLOT M. (2011), p. 60 – 63.

¹⁸ *Ibid.*, p.62-63.

¹⁹ *Ibid.*, p.65.

²⁰ CALLOIS R. (1991), p.152.

vidéo ce n'est pas le cas, puisque afin de créer cet univers simulé, il utilise le calcul, et donc génère une simulation réglée par la machine informatique. Nous retrouvons ici le rapport propre du jeu vidéo à la machine informatique, « dans les jeux vidéo, on joue avec une machine dont la propriété fondamentale est de pouvoir reproduire sous forme de simulation de petits univers, pour peu qu'on puisse en livrer les règles »²¹.

Cette classification permet de montrer la variété de jeux vidéo qu'un infirmier pourrait proposer en médiation, et du panel de combinaison d'émotions et d'expérience que les jeux classiques ainsi que les jeux vidéo peuvent créer. Je parlerais plus tard des types de jeux vidéo et dans quels objectifs les utiliser en médiation.

2.1.1.3. Du cinéma aux jeux vidéo

On pourrait également rapprocher le média vidéoludique du cinéma puisqu'il prend place lui aussi sur un écran. Pourtant, Mathieu TRICLOT explique que le jeu vidéo n'est pas du cinéma, il « commence au point exact où le cinéma s'arrête, avec une forme **d'image action** qui appelle le mouvement plutôt que le regard. »²². La plupart des jeux vidéo utilise donc l'image comme incitation au déplacement, à l'action de jouer. Prenons l'exemple de *Super Mario Bros*²³, le personnage de Mario est un plombier car il rentre dans des tuyaux, les tuyaux ont ce design car cela pousse notre instinct de joueur à pousser le bouton dans la direction du tuyau et ainsi entrer dedans. Les premiers ennemis de Mario sont des champignons car ils ont une forme qui nous incite à sauter dessus et cela permet de comprendre comment vaincre les ennemis dans le jeu. L'univers visuel de Mario a donc du sens seulement dans le prisme de sa manière de jouer et **incite à l'action** plutôt qu'à la contemplation.

Nous avons avec tout cela une définition partielle du jeu vidéo, une expérience vidéo et ludique inédite, située entre le joueur et la machine et incitant le sujet à l'action. Personnellement lorsque je joue à un jeu vidéo, l'expérience dépend avant tout du type de jeu, un jeu avec un scénario élaboré va rapprocher mon expérience de celui d'un film ou je souhaite connaître le dénouement, alors qu'un jeu difficile va me pousser à me surpasser et me fera le même effet que la réussite d'une performance sportive par exemple. Donner une définition du jeu vidéo me semble alors difficile, l'expérience dépendant à la fois du type de jeu mais également de la sensibilité de chacun à ce média. Le fait que le jeu vidéo incite à ce

²¹ Mathieu TRICLOT (2011), p.65.

²² *Ibid.*, p. 102.

²³ Nintendo, 1983

point à l'action en fait un médiateur tout désigné, puisqu'il pousse le patient à se saisir de la manette et ainsi à être acteur de la médiation.

2.1.2. Psychologie du jeu vidéo

Après avoir tenté de définir le jeu vidéo et son expérience, nous allons maintenant entrevoir les différents aspects psychologiques de cette pratique ? Cette pratique génère-t-elle des comportements violents et de la dépendance ? Quelle différence entre la réalité, la virtualité et la virtualité psychique ? Quel est le rapport du joueur à son avatar ? Existe-t-il des phénomènes de transfert ?

2.1.2.1. Violence et dépendance

« Le massacre de Colombine en 1999 aux États-Unis a été pour beaucoup dans les polémiques sur la violence dans les jeux vidéo. Les deux adolescents qui ont massacré leurs camarades d'école avant de se suicider, jouaient en effet à un jeu vidéo de combat et de tir, le célèbre *Doom*²⁴. (...) Il paraît assez clair que la pratique des jeux n'a, dans ce cas, pas eu le caractère déterminant qu'on lui prête. On pourrait même penser que ces adolescents ont tenté de canaliser une violence préexistante, sans y réussir. »²⁵. Les jeux d'aujourd'hui ont parfois un contenu violent, à but antisocial voir illégal, et ont pour la plupart des graphismes de plus en plus réalistes. Malgré de nombreuses études sur la possible corrélation entre le fait de jouer à un jeu vidéo violent et l'émission d'un comportement violent ; les conclusions divergent, mais elles s'accordent tous à reconnaître le jeu vidéo comme une **activité particulièrement stimulante**. Une étude publiée par deux psychologues²⁶, montre que le fait de jouer à des jeux vidéo violents augmente le comportement agressif mais seulement à court terme. En effet, comme nous l'avons argumenté plus haut les jeux vidéo sont comme les jeux traditionnels et même bien plus, ainsi ils « ont les mêmes fonctions que tous les jeux. Ils sont une manière commode d'exprimer de l'agressivité, de maîtriser l'angoisse, d'accroître son expérience et d'établir des contacts sociaux. »²⁷.

Récemment, l'American Psychological Association (APA) a publié un rapport précisant qu'il n'y a pas de concordances scientifiques entre les jeux vidéo violents et les

²⁴ *Doom* (1993), id Software, Bethesda.

²⁵ VALEUR M. (2006), « L'addiction aux jeux vidéo, une dépendance émergente ? », *Enfances et psy*, no.31, p.128-129.

²⁶ ANDERSON C., DILL K. (2000), *Les jeux vidéo et les comportements, les pensées et les sentiments agressifs en laboratoire et dans la vie*,

²⁷ LEROUX Y. (2015), *Comment utiliser les jeux vidéo en médiation*, p. 8.

comportements violents. La présidente de l'APA précise également que la violence est un comportement social complexe qui fait intervenir de nombreux facteurs²⁸. Il est vrai que lors de session de jeu longue ou lors de jeu très compétitif, la frustration peut apparaître lors de défaite ou de bug du jeu. Lorsque l'on se plonge durant de longues heures dans une activité qui passionne, les obstacles aux plaisirs du jeu peuvent créer des comportements qui débordent dans la violence (jet de manette, insulte, ...). Mais je pense personnellement que cette violence est la plupart du temps canalisée dans le jeu et ne déborde pas dans des comportements plus violents dans les cas de joueurs n'ayant pas d'antécédents de violence.

En 1998 Mark GRIFFITH explique que les jeux vidéo font émerger des comportements addictifs car ils offrent aux joueurs de **fortes récompenses psychologiques**, il étudie le phénomène sous un angle comportementaliste. En 2012 il explique que la dépendance est présente lorsque six comportements s'observent chez le sujet : le repli sur soi, la modification de l'humeur, la tolérance (l'équivalent de l'augmentation du temps de jeu pour le jeu vidéo), le manque en cas d'arrêt de l'activité, la génération de conflit dans la vie du sujet (professionnels et personnels) et enfin la rechute, qui n'existe pas pour la pratique du jeu vidéo. Il explique que sur de nombreuses études réalisées depuis les années 80, très peu de personnes ont présenté des comportements rappelant la dépendance, « voler de l'argent, faire l'école buissonnière, sacrifier ses activités sociales pour jouer, présenter des signes d'irritabilité, être très anxieux, ou encore mal dormir »²⁹. Pourtant en analysant le comportement de 7000 joueurs avec les six critères cités si dessus seuls 12% présentaient au moins trois des critères mais aucun les six réunis. M. GRIFFITH en conclue alors que « la dépendance aux jeux vidéo en ligne n'existe pratiquement pas dans la réalité. »³⁰. Grâce à une quinzaine de témoignages monographiques de personnes qui sont et se reconnaissent en souffrance psychologique, Sylvie CRAIPEAU et Bertrand SEYS ont décelé des particularités concernant les problématiques d'usage des jeux vidéo. Tout d'abord « il semble que les comportements addictifs à Internet et aux jeux vidéo sont réels, mais de court terme. Nous avons rencontré des personnes qui, à un moment donné dans leur pratique se sont senties « accro » et ont pensé, sur le moment, ne plus pouvoir s'en sortir. Mais, liés au produit,

²⁸AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, *APA RESOLUTION on Violent Video Games*, Février 2020.

²⁹ GRIFFITH M. (2012). Addiction sans drogue, quand le cerveau a le goût du jeu. *Adolescence*, n°301, p.52.

³⁰ *Ibid.*, p.55.

nous n'avons pas à ce jour constaté de complussions à revenir à l'usage d'Internet ou des jeux vidéo.³¹ ».

J'ai pu observer lors de ma situation d'appel que le patient qui présentait un comportement violent n'a pas présenté de comportements violents lors de l'activité, pourtant je remarque ici que le jeu vidéo peut échouer à canaliser la violence des joueurs. En revanche concernant les comportements addictifs, la pertinence de l'utilisation du jeu vidéo chez les patients avec ce type de comportement peut être questionnée.

2.1.2.2. Principe de présence, virtualité psychique et rapport à l'avatar

Nous pouvons tout d'abord affirmer sans crainte que nous sommes toujours dans l'environnement réel, peu importe le degré d'immersion dans des environnements virtuels (livres, cinéma, jeux vidéo), nous sommes toujours encrés dans le réel. Cette présence dans le réel peut s'expliquer par deux postulats : 1) un lieu existe, 2) nous existons dans ce lieu. Ainsi spontanément nous sommes conscients de notre présence dans la réalité, pourtant pour les patients souffrants de rapport complexe avec la réalité (schizophrénie) ce postulat n'est pas forcément naturel. Un sujet psychotique peut percevoir la réalité comme irréaliste (déréalisation) mais également éprouver le sentiment de ne pas être lui-même (dépersonnalisation). C'est là qu'apparaît la dissociation. Les postulats de présence dans le réel ne sont alors pas respectés. Le réel serait alors **une construction personnelle et intersubjective**.³²

Selon P. LEVY concernant la présence dans les environnements immersifs, le corps « se déverse à l'extérieur et renverse l'extériorité technique ou l'altérité biologique en subjectivité concrète.³³ », il y aurait au moment de la virtualisation un corps plongé dans le virtuel. Contrairement à la réalité un seul des deux postulats de présence est vrai ; le lieu n'existe pas mais le sujet fait l'expérience du lieu. Concernant la possibilité pour les patients de confondre le virtuel avec leur réalité, la pratiques du jeux vidéo auprès de patient en psychiatrie « a montré que, à de rares cas près de personnes présentant des troubles psychiatriques majeurs, aucun ne confond le monde du jeu et celui de la réalité : les joueurs savent très bien que ce n'est que du jeu, que ni le risque ni la violence n'ont de conséquences réelles. »³⁴

³¹ Sylvie CRAIPEAU, Bertrand SEYS, « Jeux et internet : quelques enjeux psychologiques et sociaux », *Psychologies*, vol. 11, 2005, p.112-113.

³² NANNIPIERI O. (2017), *Du réel au virtuel. Les paradoxes de la présence*, Ed. L'Harmattan, Paris.

³³ Pierre Levy, *Qu'est-ce que le virtuel ?* 1998.

³⁴ VALLEUR M. (20 ??), L'addiction aux jeux, une dépendance émergente, *Enfances et psy*, no. 31, p. 130.

En psychanalyse le **virtuel psychique** est une réalité imaginée et anticipée qui tend à être actualisé, c'est à dire que le « cerveau bâtit sans cesse des mondes virtuels qui permettent la simulation mentale d'actes possibles, le choix des meilleures solutions et l'inhibition des actes inutiles. »³⁵. Selon Frédéric TORDO, il existe trois formes d'anticipations : « La première forme d'anticipation est dite **fondamentale**, dans la mesure où elle permet de préparer l'organisme à l'action avant même que celle-ci n'ait lieu. (...) La seconde forme est **l'anticipation cognitive**. Conceptuelle elle permet au sujet de préparer mentalement des plans d'action, sans limite de temps, pour remplir un objectif déterminé. (...) Enfin, la troisième forme est **l'anticipation fantasmatique**, c'est-à-dire une représentation d'anticipation des propres actions et/ou des propres états de subjectivité du sujet, dans une scène imaginée d'actualisation incertaine, inconsciente. »³⁶. Ces trois types d'anticipations ne sont pas toujours réalisées dans la réalité, mais le jeu vidéo permet de les actualiser : « **L'anticipation fondamentale** intervient quand il s'agit de la préservation de la survie d'une figure de pixel qui nous représente. **L'anticipation cognitive**, quant à elle, survient lorsque le sujet doit anticiper des plans d'action dans les mondes simulés-virtuels. Enfin, **l'anticipation fantasmatique** apparaît (...) en permettant l'anticipation des interlocuteurs réels derrière le masque de leur avatar, créant l'espace pour une future, et potentielle, rencontre »³⁷. Le jeu vidéo permet donc au même titre que la virtualité psychique d'anticiper ce qui est de l'ordre du possible, de se mettre en situation sans conséquence sur la réalité.

L'avatar est un personnage virtuel, un corps de substitution pour le joueur dans l'environnement virtuel selon CRAPEAU et AYES, il a comme fonction principale de représenter et d'intégrer le joueur dans l'espace du jeu, il permet au joueur d'être à la fois devant son écran et dans le monde virtuel comme l'expliquait LEVY, il peut alors être objet de projection, d'indentification et d'extension du corps physique du joueur. Avec cet avatar, l'expérience de notre corps est alors cognitive et non corporelle, l'expérience du déplacement de l'avatar dans l'environnement virtuel est ressentie au niveau mental, les perceptions et ressentie qui sont accomplis par l'avatar sont intellectualisés.³⁸

Malgré un rapport au réel pathologique, les patients psychotiques ne semblent pas avoir de problème pour distinguer leur réalité des environnements virtuels. Le jeu vidéo permettrait alors aux patients par l'intermédiaire de l'avatar, de tester des actions dans les

³⁵ TISSERON S., TORDO F. (2014), Présentation. Le virtuel, pour quoi faire ? Regards croisés, Psychologie Clinique no. 37, p. 6.

³⁶ TISSERON S., TORDO F. (2014), p.6.

³⁷ TISSERON S., TORDO F. (2014), p.6.

³⁸ Sylvie CRAPEAU, Bertrand SEYS, « Jeux et internet : quelques enjeux psychologiques et sociaux », *Psychologies*, vol. 11, 2005, p. 24 à 25.

environnements virtuels sans aucunes conséquences sur leur réalité. Comme une sorte de laboratoire du réel, cela permettrait en médiation de travailler au niveau social, sur la violence, leurs rapports à la famille, etc...

2.1.3. Aspect social du média

Nous avons évoqué les effets psychologiques sur le joueur de jeu vidéo. Mais qui sont ces joueurs ? Quelle place le jeu vidéo a dans notre société ? Quels processus sociaux se déroulent à travers ce média ?

2.1.3.1. Population et impact culturel

En 2015, le CNC IFOP réalise une enquête en ligne sur les pratiques de consommation de jeux vidéo des Français, au travers un panel de près de trois mille individus de 6 à 65 ans. Ainsi sept Français sur dix jouent aux jeux vidéo, l'âge moyen de ces joueurs est de 30 ans, la moitié joue tous les jours et leur temps de jeu moyen par session de jeu est de deux heures.³⁹

Concernant son impact culturel, « L'activité dont la diffusion a été la plus spectaculaire au cours de la dernière décennie est la pratique des jeux vidéo »⁴⁰. Malgré le fait que le jeu vidéo soit l'un des plus récents entrant dans l'industrie culturelle il est devenu un sérieux concurrent du cinéma, par exemple en 2009, *Avatar*⁴¹ le blockbuster de James Cameron a engendré 200 millions de dollars de recette lors de sa première semaine d'exploitation dans le monde en 2009. Pendant que *Call of Duty : Modern Warfare 2*⁴² atteignait les 550 millions de dollars de recette la première semaine. Selon Le Wall Street Journal⁴³, l'humanité aurait passé, si on cumule les heures, plus de 5,93 millions d'années entre 2004 et 2011 à jouer au jeu *World of Warcraft*⁴⁴. On peut citer également le phénomène *Pokémon*⁴⁵ qui a d'abord débuté sur console portable dans les années 90, avant d'être décliné en carte à jouer, en

³⁹ CNC, (2014) « *Les pratiques de consommation de jeux vidéo des Français.* ». 26 Dec. 2015.

⁴⁰ Olivier DONNAT, « Les pratiques culturelles des Français à l'ère du numérique. Enquête », *La Découverte*, 2008, p.38.

⁴¹ *Avatar* (2009), CAMERON J., 20th Century Fox

⁴² *Call of Duty: Modern Warfare 2* (2009), Activision

⁴³ MCGONIGAL J. (2011), *Be a Gamer, Save the World*, *The Wall Street Journal*, 22 Janvier 2011, p.2.

⁴⁴ *World Of Warcraft* (2004), Blizzard Entertainment.

⁴⁵ *Pokémon* (1996), Nintendo.

dessin animé, en peluche et plus récemment sur nos smartphones, en effet *Pokémon Go*⁴⁶ a fait sortir dans la rue des millions de joueurs durant l'été 2016.

Le ministère de la culture français reconnaît depuis 2004 le jeu vidéo comme un art et explique qu'il doit être reconnu en tant que tel : « **Reconnaitre explicitement le jeu vidéo comme une « œuvre de l'esprit »** au sens de l'article L. 112-2 du Code de la propriété intellectuelle (CPI) - au même titre que le livre, la composition musicale, l'œuvre cinématographique, l'œuvre de peinture ou l'œuvre logicielle. »⁴⁷ Le jeu vidéo est donc un phénomène culturel très riche érigé au rang de 10ème art après le cinéma et la bande dessinée.

2.1.3.2. Sociologie des jeux vidéo

Comment des jeux qui semblent être fait pour être utilisés en solitaire peuvent-ils être source de socialisation ? Mais nous allons ici parler de **sociabilité** qui est la forme ludique de la socialisation, « elle établit un jeu où les acteurs semblent libérés de toute contrainte »⁴⁸. Les modes de sociabilité varient selon les dispositifs de jeu et les façons de jouer.

Par exemple, des joueurs qui se rassemblent à l'adolescence de manière régulière afin de réaliser des sessions de jeux à la manière des joueurs de jeux de rôles. Ils restent pourtant amis à l'âge adulte, malgré l'arrêt de ces activités pour des raisons professionnelles ou familiales, ce sont des groupes amicaux construits par des liens ludiques. « On a là un lien social fort où des amis partagent une pratique qui les rassemble, mais aussi un univers culturel. »⁴⁹. Ainsi, tels les joueurs de jeux de rôle des années 70, les joueurs de jeux vidéo en « LAN »⁵⁰ se rejoignent pour jouer, unis par la une passion commune qui les fait vibrer.

Pour les jeux en ligne, on observe une « commutation de la sociabilité, le joueur passant du jeu solitaire face à l'ordinateur, au jeu en petit groupe d'amis, ou en organisation de guildes, sur l'espace public du jeu en ligne »⁵¹. La rencontre dans cet espace public n'est néanmoins pas la même que dans l'espace public de la réalité puisque la rencontre y est facilitée par l'utilisation de pseudonyme, l'engagement est plus faible. Sylvie CRAIPEAU considère même le jeu vidéo « comme un lieu de socialisation, en ce qu'ils offrent aux joueurs un **espace**

⁴⁶ Pokémon GO (2016), Niantic.

⁴⁷ Ministère de la culture (2012), <https://www.culture.gouv.fr/Thematiques/Industries-culturelles-et-creatives/Dossiers-thematiques/Le-jeu-vidéo>, consulté le 6 septembre 2021.

⁴⁸ DEROCHE_DUREL L., WAITER P. (2002), *La sociologie de Georges Simmel, Éléments actuels de modélisation sociale*, PUF.

⁴⁹ Sylvie CRAIPEAU, Bertrand SEYS (2005), Jeux et internet : quelques enjeux psychologiques et sociaux, *Psychologies*, vol. 11, p.115.

⁵⁰ LAN : Local area network : Jeu en réseau local.

⁵¹ Sylvie CRAIPEAU, Bertrand SEYS (2005), p.115.

d'expérimentation de leur autonomie, de leurs possibilités de parcours dans un espace social égalitaire »⁵². Le monde du jeu est donc plus simple et plus contrôlable grâce à la machine informatique, il permet donc une plus grande égalité que dans la société réelle.

Cet espace de rencontre, que cela soit dans la vie réelle ou dans l'environnement virtuel est facilité ici par le jeu vidéo. Il offre un support qui médiatise la rencontre et permet la sociabilité. Le jeu vidéo semble donc être un exemple cohérent d'objet médiateur.

2.2. Le jeu vidéo comme médiateur thérapeutique

Qu'est-ce que la médiation thérapeutique ? Quelles sont les aspects thérapeutiques de la médiation vidéoludique ? Dans quel cadre utiliser le jeux vidéo comme médiateur ?

2.2.1. La médiation thérapeutique et les activités en psychiatrie

La médiation thérapeutique est un ensemble de pratiques qui permet d'adapter les modalités de la relation thérapeutique aux problèmes psychopathologiques et à différents contextes familiaux et sociaux. Ces pratiques « peuvent permettre le rétablissement d'une image de soi positive au travers d'une production personnelle (...) (la fierté de faire), ensuite elles rendent possible un accès au plaisir et à l'évasion dans une perspective plus directement apaisante (le plaisir de faire faire). »⁵³ Voilà deux objectifs des médiations ; la **revalorisation** et le **plaisir**. Il est donc important de choisir une médiation adaptée aux centres d'intérêts ainsi que des capacités du public cible, le danger étant que le patient n'accroche pas à l'activité si elle ne lui plait pas et de le confronter à l'échec si l'activité est trop complexe pour lui. « Ces médiations se sont inscrites dans la continuité du soin car elles facilitent notablement les liens entre soignants et soignés mais aussi entre les soignants de spécificités professionnelles différentes. (...) La confiance entre soignants et soignés qui en résulte permet le transfert, la levée des résistances, la construction commune avec le patient d'un soin qui n'est pas que prescrit, souvent alors en pure perte, mais partagé pour une véritable alliance thérapeutique. »⁵⁴

Mais surtout le médiateur thérapeutique médiatise la rencontre entre le soignant et le patient, il sert **d'intermédiaire** entre les deux participants, « L'activité joue le rôle d'un **cadre**

⁵² CRAPEAU S. (2009), Les jeux vidéo, des utopies expérimentales, *Psychotropes*, vol. 15, p.63.

⁵³ MERKLING J. (2010), *Activités thérapeutiques à médiation. Rôle infirmier et soin en santé mentale*, p.244.

⁵⁴ MARCILHACY C., Dr ZANN M. (2017), Les médiations thérapeutiques. Des outils au service du soin. Ed. IN PRESS EDITIONS, p.19.

qui crée et contrôle l'interaction entre le soignant et le soigné »⁵⁵. La relation thérapeutique entre le patient et le soignant est facilitée par l'activité puisque le patient n'est pas visé directement par l'atelier.

Le décret de 1984 sur l'exercice de la profession infirmière précisait la division entre les **activités occupationnelles et à visée socio-thérapeutique** et les **activités psychothérapeutiques**. Cela veut donc dire qu'il existe des activités thérapeutiques et d'autres non, pourtant que la médiation soit purement psychothérapeutique ou non, les objectifs restent sensiblement les mêmes : créer une relation médiatisée et un espace d'observation des processus psychologiques du patient. MENAUT Hervé explique que l'on peut définir la différence entre les activités thérapeutiques et les activités occupationnelles par la théorie des soins de V. HENDERSON, ainsi les activités occupationnelles servent à se récréer et les activités thérapeutiques servent à des besoins perturbés. Lorsqu'elles sont thérapeutiques, les activités doivent avoir des objectifs liés aux projets de soins.⁵⁶

Les activités thérapeutiques sont donc un outil très efficace dans des services psychiatriques, où l'alliance thérapeutique avec les patients est complexe et où le travail psychothérapeutique peut devenir rapidement intrusif.

2.2.2. Aspect thérapeutique de la médiation par les jeux vidéo

L'intérêt du jeu vidéo en médiation thérapeutique est multiple, en effet comme nous l'avons vu plus haut, l'expérience vidéoludique s'approche à la fois de nombreux autres médias mais s'en éloigne également sur de nombreux points. En dehors de la construction de la relation thérapeutique voyons ici les différents aspects thérapeutiques que peut apporter le média jeu vidéo en médiation.

« Des personnes paranoïaques pouvaient trouver en Internet et les jeux vidéo un espace de projection de leur violence et de leur délire de persécution. Cette activité peut permettre une socialisation du sujet voire constituer un premier espace transitionnel dans un processus psychothérapeutique. »⁵⁷ Ainsi le jeu vidéo permettrait au soignant d'assister à la projection de la violence et des délires du patient et ainsi de pouvoir analyser l'apparition de ses comportements et démarrer le travail psychothérapeutique.

Stora explique aussi que « Les jeux vidéo nous apprennent à perdre. C'est par des échecs répétés qu'il est possible d'avancer. Le lien devient donc évident avec toutes les formes de psychothérapie où c'est dans la perlaboration que la solution apparaît au patient. »

⁵⁵ DI ROCCO V. (2018), *Des activités et des soins en psychiatrie*, Santé Mentale, n°226, p.28.

⁵⁶ MENAUT H. (2009), *Les soins relationnels existent-ils ? VST – Vie social et traitements*, pp.81-82.

⁵⁷ CRAIPEAU S., SEYS B. (2005), p.113.

⁵⁸. Il nous incite également à penser la médiation thérapeutique comme la médiation théâtrale, un « **psychodrame virtuel** », un transfert de la réalité psychique en figuration scénique ou virtuelle pour le jeu vidéo.

Yann LEROUX, Docteur en psychologie, est l'un des premiers à avoir utilisé le jeu vidéo en médiation thérapeutique, il décrit dans ses écrits les différents types de jeux qu'il utilise et dans quels intérêts thérapeutiques. Il sépare les jeux vidéo en cinq types de jeu qu'il considère comme intéressant en médiation :

- **Les FPS** (First Person Shooter), dans lesquels le joueur incarne un soldat en vue subjective (la caméra prend la place des yeux du personnage, arme à la main).
 - o Exemples de jeux FPS : Call Of Duty, Halo.
 - o Domaines en thérapeutique : Agressivité, compétition, relations sociales.
- **Les Jeux de rôle**, évolution numérique des jeux de rôle papier comme Donjon & Dragon ou le joueur part à l'aventure et fait évoluer ses capacités en fonction des points d'expériences gagnés. Un genre des jeux de rôles très populaire est le MMORPG qui fait évoluer les joueurs dans un monde qui existe et qui évolue même lorsque le joueur ne joue pas, il rassemble des milliers de joueurs en ligne.
 - o Exemples de jeux de rôle : World of Warcraft, Skyrim.
 - o Domaines en thérapeutique : Relations sociales, mythologie collective et individuelle.
- **Les jeux de simulation**, comme je l'ai déjà abordé plus haut dans la classification des jeux, les jeux de simulation permettent aux joueurs de se mettre dans la peau d'un pilote d'avion, d'un chef de guerre ou même d'un sportif.
 - o Exemples de jeux de simulation : Age of Empire, Civilisation, Sims City.
 - o Domaines en thérapeutique : Mémoire, planification, exécution.
- **Les jeux bac-à-sable** sont des jeux qui laissent une très grande liberté au joueur.
 - o Exemples de jeux bac-à-sable : Minecraft, Les Sims.
 - o Domaines en thérapeutique : Créativité, focalisation, concentration.
- **Les casual games** sont des jeux simples d'accès et non stressants, ils sont représentés par des jeux sur mobiles la plupart du temps.
 - o Exemples de casual games : Tetris, Candy Crush Soda, Plantes contre zombies.
 - o Domaines en thérapeutique : Cohésion de groupe, renforcement des liens, concentration. ⁵⁹

⁵⁸ STORA M. (2009), Rêve et réalité : une clinique du jeu vidéo comme médiation thérapeutique.

⁵⁹ LEROUX Y. (2015), *Comment utiliser les jeux vidéo en médiation*, pp.4-14.

Ainsi les genres de jeux vidéo sont vastes et on peut y explorer un grand nombre de domaines avec le patient. Ils peuvent permettre aux soignants d'observer avec un œil extérieur l'expérience de jeu et demander ainsi aux patients ses propres enjeux, ses ressentis, les points qu'il apprécie et ceux qu'il n'aime pas dans le jeu. Mais également de travailler avec le patient sur des processus psychopathologiques de protection (dénie, refoulement, clivage, ...). Durant mes lectures j'ai pu remarquer que la plupart des lectures abordant l'utilisation du jeu vidéo comme médiation thérapeutique sont écrits par des psychologues qui les mettent en place pour de la psychothérapie. Néanmoins, ils existent d'ores et déjà des formations sur l'utilisation du numérique en thérapeutique, ouvert à tous les professionnels de santé. Les utilités de la médiation par le jeu vidéo semble seulement limitées par la façon dont le soignant l'aborde en thérapeutique, que cela soit pour l'observation du patient, pour un travail psychothérapeutique ou comme nous allons le voir pour renforcer la relation thérapeutique.

2.3. Le jeux vidéo, objet de relation

Comment se construit la relation thérapeutique entre le soignant et le patient en psychiatrie ? Comment le jeux vidéo peut-il aider à construire cette alliance thérapeutique ?

2.3.1. La relation thérapeutique avec le patient psychotique

La relation thérapeutique entre le patient et le soignant est une des conditions de la construction de **l'alliance thérapeutique**, en effet comment espérer que le patient nous fasse confiance concernant son traitement si la relation thérapeutique est inexistante. Cette alliance est pourtant primordiale puisqu'elle peut, si elle est inefficace démotiver le patient à poursuivre les traitements. « La construction d'une bonne relation est la condition nécessaire à tout travail éducatif ou psychothérapeutique. »⁶⁰

Il existe de nombreux types de relation mais celle que l'on cherche en thérapeutique est la relation d'aide thérapeutique, elle est basée sur quatre points essentiels : **l'empathie**, la **congruence**, le **non-jugement** et **l'écoute active**.⁶¹

MORASZ explique que pour que la relation soit thérapeutique, elle « requiert : formation, réflexion, temporalité et collaboration. »⁶². Ainsi elle n'est pas innée et doit être réfléchi et elle

⁶⁰ LEROUX Y. (2015), *Comment utiliser les jeux vidéo en médiation*, p. 4.

⁶¹ SFAP (2008) *Relation d'aide en soins infirmiers*, p. 28

⁶² MORASZ, L. (2012), PERRIN-NIQUET, Annick. Et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie*, p. 98

se construire avec le patient, avec tous les acteurs de l'équipe soignante et surtout sur la durée.

Mais comme l'explique TORDEURS, ZDANOWICZ et REYNAERT, « Que ressentez-vous devant l'inattendu, l'inexplicable, l'imprévisible, l'étrangeté... ? (...) Un certain malaise parfois, un sentiment d'étrangeté souvent. Notre monde émotionnel et sensitif est bouleversé »⁶³. En effet, face à des patients en psychiatrie, il est parfois difficile d'avoir le « regard positif inconditionnel » dont parle Carl ROGERS⁶⁴, l'empathie est également compliquée à obtenir, car comprendre les ressentis de certains patients n'est pas simple. On peut également citer la notion de juste distance qui est très importante dans la prise en charge relationnelle du soin, cette distance est de prime abord peu simple à atteindre de manière juste mais « dans le soin psychique, la distance qui me sépare de sa perspective est pourtant déjà incommensurable et mon regard attentif est parfois vécu comme une intrusion, un envahissement des limites d'un corps déjà précaire. »⁶⁵.

« Face à un délire, on éprouve du désarroi et du refus ; le délire est peut-être l'exemple le plus éclatant de la façon dont on peut utiliser la parole pour ne pas dire et pour ne pas communiquer (...) c'est une solide et épaisse trame interposée entre celui qui parle et celui qui écoute »⁶⁶. BENEDETTI montre ici que le délire apparaît la plupart du temps comme une barrière entre le sujet délirant et celui qui écoute. Cette écoute du délire, le sujet qui l'entend « s'en défend habituellement ou en n'écoutant pas ou en disant qu'il n'y a rien à comprendre. »⁶⁷. Mais l'absence de tentative de compréhension ou même d'écoute saboterait la relation thérapeutique entre un patient délirant et le soignant. BENEDETTI explique donc qu'il faut essayer de comprendre le délire et d'y participer de façon logique, un « **délire lucide** »⁶⁸ qui permettra au patient délirant d'arriver à critiquer son propre délire sur le long terme.

2.3.2. Jeux vidéo au cœur de la relation thérapeutique

Comme nous l'avons déjà vu la relation thérapeutique est une chose compliquée à obtenir, surtout en psychiatrie, elle doit se construire sur la durée, et le jeu vidéo peut servir cette cause, il faut « laisser du temps au temps, laisser sa chance au jeu et au **transfert** qui

⁶³ TORDEURS D., ZDANOWICZ N., REYNAERT C. (2007), *De la complexité dans la relation thérapeutique : l'approche autopoïétique*, Cahiers de psychologie clinique, p.34.

⁶⁴ SFAP (2008) Relation d'aide en soins infirmiers

⁶⁵ GOZÉ T. (2019) Comment penser la relation soignante ? Santé mentale, n°234.

⁶⁶ BENEDETTI G. (1998), La psychothérapie du délire comme modèle de la relation avec le malade mental, Le sujet emprunté, p 207.

⁶⁷ Ibid. p 207

⁶⁸ Ibid. p 215.

se crée entre patient et soignant, accompagner... Voilà peut-être quelques ingrédients d'un dosage subtil pour contribuer, sans vouloir la contrôler, à l'alchimie relationnelle à chaque fois singulière qui s'élabore. »⁶⁹

Yann LEROUX explique, à propos du jeu vidéo et de son utilisation en thérapeutique : « Le jeune et le professionnel s'accordent ainsi à faire des jeux vidéo un objet de relation en le mettant au centre de leurs échanges. Un **objet de relation** est un objet pouvant être utilisé par deux personnes en même temps de manière différente. L'objet de relation médiatise la rencontre, la concentre et aide à son élaboration »⁷⁰. La pratique du jeu vidéo, si elle est considérée comme activité thérapeutique, permet de médiatiser la rencontre comme tout autre objet de relation. Il est « désormais potentiellement au cœur de la relation psychothérapique. (...) À partir d'un échange sur sa position (celle du joueur) sur ces jeux, le clinicien recueillera des informations capitales sur son interlocuteur. Si c'est un pratiquant, un dialogue sur la fréquence et la durée de cette activité, ses titres de prédilection, ses héros favoris, cet intérêt dans ses contacts sociaux (...) permettra d'accéder à la complexité de son fonctionnement cognitif, affectif et fantasmatique. »⁷¹, « Utilisés comme **objet de relation**, les jeux vidéo permettent au jeune de parler authentiquement de lui, de ses plaisirs, de ses interdits, et des difficultés qu'il rencontre »⁷² Le jeu vidéo pourrait alors en plus de l'utilisation en médiation thérapeutique, permettre au soignant de mieux connaître le patient, à condition que le patient et le soignant soit joueur afin d'avoir des connaissances sur le média (choix du jeu, héros favoris ...).

⁶⁹ LE BIHAN E. (2014), *Le jeu vidéo, un objet de soin ? César ou le passage du jeu vidéo aux jeux collectifs*, Cliniques, n°7, p 113.

⁷⁰ LEROUX Y. (2015), *Comment utiliser les jeux vidéo en médiation*, p. 4.

⁷¹ MISSONNIER S. (1999), Les jeux vidéo en question, *Carnet Psy*, no. 47.

⁷² LEROUX Y. (2015), *Comment utiliser les jeux vidéo en médiation*, p. 4.

3) Approche de terrain

3.1. Choix de la population

J'ai décidé d'aller interroger des professionnels de terrain travaillant en contact des patients psychotiques. Pour ce faire, il m'a semblé le plus logique de m'entretenir avec des soignants en psychiatrie. J'ai au départ pensé interroger seulement des soignants qui jouaient aux jeux vidéo dans leurs vies personnelles mais par la suite avoir aussi l'avis des professionnels non-utilisateurs de jeux vidéo m'a paru être une bonne idée afin de recueillir l'avis de personne extérieure à cet univers. J'ai donc été effectué des entretiens avec un aide-soignant, un infirmier et deux infirmières, travaillant en psychiatrie que ce soit en service fermé, d'entrée ou en hôpital de jour. Les soignants interrogés ont tous l'expérience de la relation avec des patients atteints de psychose.

3.2. Outil d'investigation

J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs individuels, afin d'avoir l'avis personnels des infirmiers sans qu'ils soient influencé par la dynamique de groupe.

Évidemment, le peu de professionnel interrogé ne permet pas de représenter la totalité des soignants et l'analyse qui en découle doit avant tout servir de base pour une réflexion sur les activités à visée thérapeutique.

3.3. Présentation du guide d'entretien

J'ai décidé de ne pas suivre exactement l'ordre de mon cadre théorique pour élaborer mon guide d'entretien afin de commencer par la relation thérapeutique en général pour finir par l'utilisation du jeu vidéo pour construire cette relation. L'entretien guidé dans cet ordre me permet ainsi de parler de l'utilisation de médiateur et d'activité en psychiatrie plus généralement avant d'évoquer le médiateur vidéoludique.

Avant de commencer l'entretien, j'explique le caractère anonyme de cet échange, je me présente et je explique le thème de mon mémoire. Et enfin de demander au professionnel de se présenter afin d'avoir connaissance de son parcours professionnel et par conséquent de faire des liens avec les différents thèmes abordés dans mon entretien.

Question 1 : Selon votre expérience comment se construit la relation thérapeutique avec un patient psychotique ?

Cette question me permet de définir les spécificités de la relation thérapeutique avec un patient psychotique du point de vue des professionnels et ainsi de pouvoir comparer avec

mon cadre théorique et ma situation d'appel. Quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent dans la construction de l'alliance thérapeutique avec cette population ? Quel est le rapport au réel des patients psychotiques et comment cela influence la relation avec les soignants ?

Question 2 : Selon vous, quelle est la place des activités en soins psychiatriques ?

L'une de mes intentions de recherche principale pour l'écriture de ce mémoire est de démontrer l'importance des activités en soins psychiatriques. Je souhaite alors par cette question connaître le positionnement des professionnels sur ces pratiques. Existe-t-il une différence entre une activité thérapeutique et occupationnelle ? Une activité psychothérapique prescrite par le psychiatre a-t-elle plus de valeur qu'une activité spontanée proposée par un soignant ? Quelle place ont les médiateurs dans la prise en charge du patient en psychiatrie ?

Question 3 : En quoi l'utilisation de médiateur peut aider à renforcer la relation thérapeutique avec le patient psychotique ?

Je souhaite ici connaître la place des médiateurs et des activités thérapeutiques dans la construction de la relation avec un patient psychotique. Cela me permet aussi de comparer la définition et les objectifs de la médiation thérapeutique des soignants avec celle de ma partie théorique. De connaître la place du soignant dans l'activité thérapeutique et peut être d'avoir des exemples de médiation thérapeutique.

Question 4 : Comment décririez-vous votre expérience personnelle vis-à-vis des jeux vidéo ?

Cette question est centrale, elle me permet à la fois d'introduire l'utilisation du jeu vidéo comme médiateur, mais également de connaître les enjeux personnels du soignant concernant l'utilisation du jeu vidéo. Le soignant est-il un joueur ? Si oui à quelle fréquence ? Pour quelle raison ? Depuis quand ? Et si la réponse est non, dans son entourage ? Cela me permet également de connaître son avis sur les comportements à risque qui entourent ce média (addictions, violence, ...). Je pourrais par la suite comparer le profil des soignants vis-à-vis des jeux vidéo avec les réponses aux autres questions de l'entretien.

Question 5 : Selon vous, la pratique du jeu vidéo peut-elle être une activité thérapeutique en psychiatrie ?

La réponse à cette question peut être très fermée et devenir soit un oui soit un non. Mais elle me permet de rebondir sur une explication du soignant si la réponse est négative. En quoi le jeu vidéo ne peut être une activité à visée thérapeutique selon lui. Et si la réponse est positive je pose alors la question 6.

Question 6 : En quoi le jeux vidéo peut-être un objet de relation avec le patient psychotique ?

Je souhaite connaitre avec cette question les raisons qui poussent le soignant à affirmer que le jeu vidéo peut être une activité thérapeutique et un objet de relation. Peut-on rapprocher le jeu vidéo avec d'autres formes de médiation ? En évoquant aussi la place du plaisir du jeu mais aussi le risque d'échec de la médiation et également la mise en échec du patient (jeu trop difficile, frustration...).

4) Analyse des entretiens

J'ai donc effectué quatre entretiens qui ont duré entre vingt-cinq et trente minutes chacun. Je devais rencontrer une autre infirmière mais malheureusement cela a été annulé car nos emplois du temps ne le permettaient pas.

A la suite de cela, j'ai retranscrit un de mes entretiens (voir annexe 2.2) et classé les dires des professionnels lors des entretiens dans un tableau (voir annexe 2.3) en trois thèmes et des sous-thèmes.

4.1. Présentation des professionnels interrogés

Professionnels	Année de diplôme	Expérience professionnelle	Expérience personnelle des jeux vidéo
Aide-soignant (AS 1)	2015	Service de psychiatrie d'entrée	Joueur régulier
Infirmier (IDE 1)	2010	BTS négociation et relation commerciale, Service d'hospitalisation de psychiatrie de nuit, Hôpital de jour	Joueur régulier
Infirmière (IDE 2)	2019	Cadre dans l'industrie pharmaceutique, service de suite en psychiatrie, Hôpital de jour	Rarement mais son fils est un joueur régulier
Infirmière (IDE 3)	2007	Service d'entrée en psychiatrie, service de soins de suite en psychiatrie, réhabilitation psychosociale, service au long court de psychiatrie	Joueuse occasionnelle sur console familiale

4.2. La relation thérapeutique avec le patient psychotique

4.2.1. La construction de la relation thérapeutique :

Les quatre soignants expriment l'idée que la relation thérapeutique se construit sur la **durée** et exprime la longueur de la mise en place de cette alliance : « *ça viendra avec le temps* » « *il va petit à petit te faire confiance* », « *on ne brusque pas les patients* », « *y aller avec douceur* », « *c'est quelque chose qu'on peut travailler* », « *quand on passe 15 ans dans un endroit on commence à connaître pas mal de monde* ». Trois des professionnels de santé considèrent que la relation thérapeutique doit se construire sur la **confiance** : « *Sur la confiance de base* », « *il va petit à petit te faire confiance et te laisser un petit peu plus de place, en tout cas dans sa prise en soin* ». L'IDE 2 insiste même sur le fait de ne « *surtout pas leur mentir* » pour ne pas briser cette confiance que l'on cherche à construire. La confiance sur la durée semble donc être la composante essentielle de la construction de la relation thérapeutique, comme l'explique MORASZ, elle doit se construire avec « *temporalité* »⁷³, et le soignant doit être congruent pour espérer gagner la confiance du patient.

Concernant la relation thérapeutique à l'hôpital de jour l'IDE 2 explique qu'elle est « *non asymétrique* ». L'IDE 2 donne ici une notion que je n'avais pas expliquée dans mon cadre théorique, celle du rapport du patient à la blouse. Les soignants à l'hôpital de jour sont habillés en civil comme les patients, ils « *sont complètement au courant qu'on est infirmier* », mais elle suppose que la relation est moins asymétrique dans ce sens puisque la blouse renvoie au statut du soignant et du patient.

L'AS 1 explique que certains soignants vont être plus ou moins cadrants avec des patients et que cela entraîne « *des clivages* » avec les différents soignants car certains vont préférer être soignés par des professionnels « *plus sympa qu'un autre* ». Il ajoute que la solution se trouve dans le cadre, « *dans l'idéal, tant qu'on respecte le cadre et que (...) tous les soignants respectent le même cadre, il peut pas y avoir plus d'affinité avec un patient d'un soignant à un autre* ». On voit ici que la relation thérapeutique n'est pas une construction innée et instinctive contrairement à la plupart des relations, elle doit être réfléchie en équipe et construite avec des outils spécifiques, « *les entretiens* » ... Comme le souligne l'IDE 3, la relation commence par la recherche d'information auprès de l'équipe soignante et du dossier de soin. Cela renvoie à la description que présentait MAURASZ L. concernant la construction

⁷³ MORASZ, L. (2012), PERRIN-NIQUET, Annick. Et al. L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie, p. 98.

de cette relation thérapeutique, elle « requiert : formation, réflexion, temporalité et collaboration. »⁷⁴.

L'IDE 2 et 3 expliquent que les patients psychotiques doivent être traités dans leur **globalité**, et qu'ils doivent être considérés « *comme si c'était une personne lambda sans pathologie* », que l'on parle « *parle d'un adulte à un adulte* ». L'IDE 2 rajoute que, en aucune façon on doit réduire les personnes à leurs pathologies. Que les troubles existent bel et bien mais que la prise en charge doit être globale.

4.2.2. Psychose, délire et relation thérapeutique :

Trois des professionnels de santé expliquent qu'il ne faut en aucun cas essayer de démontrer au patient que ma réalité « *est meilleure que la sienne* », que « *si on veut trop encre dans la réalité* », la nôtre cela risque de compliquer la relation thérapeutique. L'AS 1 ajoute qu'« *il ne faut pas rentrer dans son délire* » mais qu'il ne faut pas « *essayer de l'en écarter complètement* ». L'IDE 3 quant à elle ne joue pas sur le délire, elle « *essaie de la faire revenir (...) dans la réalité* », mais explique aussi que si la personne n'est pas répondante elle n'essaie pas plus. Contrairement à ce qu'expliquait BENEDETTI G. les soignants ne cherchent pas à interpréter les délires, ni à entrer dans le délire, la plupart ne cherche pas à jouer dessus pour construire la relation. L'IDE 1 et 2 s'accordent à dire que la réalité du patient atteint de psychose « *est très différente de la nôtre* », mais qu'en aucun cas elle n'est pas réelle, « *c'est ça réalité* » et que le soignant doit « *prendre conscience que ce qu'il vit lui (le patient) est réel* » pour commencer le travail relationnel. Cela correspond à mes recherches théoriques sur la présence dans la réalité, qui serait une **construction personnelle** et **intersubjective**.

L'IDE 1 insiste également sur le fait que la psychose se caractérise par une méconnaissance des troubles par le patient, « *mettre une relation de soin quand la personne ne se considère pas malade c'est compliqué.* ». Il ajoute que c'est quelque chose que le soignant doit travailler avec le patient, lui faire prendre conscience de ses troubles pour que la relation soit thérapeutique et donc par définition soignante.

⁷⁴ Ibid. p.98.

4.3. Les activités thérapeutiques en psychiatrie

4.3.1. La place des activités en psychiatrie :

Les infirmiers 1 et 2 travaillent tous deux en hôpital de jour, il explique que dans ce service la place des activités est très importantes, « *en hôpital de jour c'est juste énorme* », « *le gros du travail pour moi à l'hôpital de jour c'est les activités, les médiateurs de soin* ». De son côté l'AS 1 considère qu'en tant qu'aide-soignant cela « *représente peut-être 70%* » de son travail, il rajoute également qu'il planifie des activités « *quasiment quotidiennement* », mais que cela dépend surtout du service et des pathologies des patients, « *il y a des patients qui prennent beaucoup de place et du coup on n'a pas trop le temps de faire des activités* ». On retrouve cette idée chez l'IDE 3 qui exprime son mécontentement et qui explique que les activités ne sont pas assez exploitées à l'hôpital à cause du manque de ressource humaine, elle estime que les remplacements qu'elle doit effectuer et qui l'empêche de faire son travail classique d'infirmière d'activité se font au « *détriment des activités* ».

L'IDE 2 indique aussi que « *les entretiens sont importants* » également et que la prise en charge est globale malgré la part importante des activités à l'hôpital de jour. Les activités « *font l'objet d'une prescription médicale, d'une discussion en équipe, derrière il y a des objectifs bien ciblés pour le patient. Il peut y avoir des objectifs globaux également* », le choix de l'activité est réfléchi en équipe selon les **objectifs globaux et individuels**.

Selon les IDE 2 et 3, les activités thérapeutiques ont également une autre place dans la prise en charge du patient en psychiatrie, « *c'est de l'accompagné au maximum vers une sortie* ». Ainsi en organisant des activités, les soignants vont juger les difficultés que pourraient rencontrer le patient à domicile, voir si « *ils sont capables* », « *le but c'est vraiment de toute façon de les préparer à un retour à l'extérieur* ».

4.3.2. Activités thérapeutiques ou occupationnelles :

Selon les trois infirmiers, se qui sépare une activité thérapeutique d'une activité occupationnelle, « *c'est l'objectif que le soignant met* », dans une activité a visé « *thérapeutique il y a vraiment un cadre, des objectifs derrière* ». L'IDE 2 réfute l'existence de l'occupationnel en psychiatrie, puisque les soignants ne sont « *absolument pas là pour occuper le patient* ». Les autres le définissent comme des activités pour « *passer le temps* », lorsque l'on a « *un peu de temps* ». Mais tout s'accorde à dire que toutes les activités peuvent avoir un intérêt thérapeutique, « *il y a toujours un but à ce qu'on fait* » « *peut toujours voir des choses, c'est pas inutile* », « *il y a plein de chose à voir* ». Les professionnels pointent un point essentiel des activités en psychiatrie, l'**observation** du patient par le soignant.

4.3.3. Les activités et la construction de la relation thérapeutique :

Concernant l'impact des activités thérapeutiques sur la relation thérapeutique tous les soignants s'accordent à dire qu'ils la facilitent. « *En utilisant un médiateur de soin les patients se livrent aussi, parlent de leur ressentis, on peut voir si la personne elle est angoissée et donc de là on peut amorcer un discours avec la personne* ». Le **partage** d'une activité permet selon eux de construire la relation, « *on partage quelque chose avec lui tout simplement, on partage un moment* ».

Tous les soignants pensent tisser un lien de confiance avec les patients avec qui ils partagent une activité, ils cherchent alors à le « *mettre en confiance* ». La notion de **sécurité** est également abordée « *il s'est senti en sécurité avec nous* », « *il est rassuré parce que il est avec son soignant* », « *les patients se sentent plus à l'aise et ils vont un peu plus aller vers le soignant, il se sentent plus en sécurité* », en effet si le patient ne se sent pas en sécurité avec le soignant, comment construire une relation thérapeutique ?

L'IDE 1 évoque le médiateur comme « *un support* » pour ne « *pas se focaliser sur nous* », comme LEROUX Y. l'explique, un **objet de relation** médiatise la rencontre entre le patient et le soignant, il empêche le patient de subir de face le soignant. L'IDE 1 utilise une image que je trouve très parlante de la médiation : « *deux personne côte à côte (...) face à l'objet. (...) On est assis dans la même voiture et la voiture c'est le médiateur* »

4.3.4. La place du soignant :

Selon l'AS 1 et l'IDE 3 le soignant peut être acteur et parfois accompagnateur seulement, « *Ça dépend un petit peu du style d'activité, l'objectif aussi* », si l'objectif du soignant est de savoir comment se débrouille le patient sans lui alors il ne sera qu'accompagnant. Toujours dans le but de « *les préparer à un retour à l'extérieur* », « *de se séparer des soignants* » selon trois des soignants.

4.4. Le jeu vidéo comme objet de soin

4.4.1. Expérience personnelle du jeu vidéo :

Deux des quatre professionnels interrogés ont une pratique régulière des jeux vidéo, tous deux expriment l'importance de l'aspect social que leur apporte cette pratique. En effet nous avons vu dans l'approche théorique que le jeu vidéo apporte une **sociabilité** nouvelle, un moyen de garder contact avec des amis ou même de se créer un tout nouveau réseau amical. Comme l'explique l'AS 1, « *C'est un moment que je peux partager avec des amis parce que je joue en ligne avec des potes, (...) et pour moi les jeux vidéo c'est un moyen de*

garder aussi un lien social ». La manière dont l'IDE 1 exprime l'évolution de sa pratique des jeux vidéo : « *j'étais beaucoup jeu je pense très individuel (...) Aujourd'hui (...) c'est surtout un moyen d'être avec tout le monde parce que (...) Maintenant on peut arriver à se détendre et jouer, en même temps, partager un moment avec les autres et aujourd'hui les jeux solo j'y joue jamais maintenant c'est très rare et je suis très jeu multijoueur* » ressemble au phénomène de **sociabilisations** dont parlait Sylvie CRAIPEAU et Bertrand SEYS une sorte de « *commutation de la sociabilité, le joueur passant du jeu solitaire face à l'ordinateur, au jeu en petit groupe d'amis, ou en organisation de guilde* »⁷⁵. L'aspect **compétitif** est également abordé par les deux professionnels comme justification de leurs pratiques, comme la classification « *Agôn* »⁷⁶ de CALLOIS, le jeu vidéo comme les jeux classiques ont leur part d'aspect sportif mais ils sont toujours évoqués par les professionnels comme des moyens de jouer avec des partenaires de jeux, ainsi ils sont mis en avant par les deux professionnels comme des moyens de « *s'améliorer* » et de « *gravir les échelons ensemble* ». Le travail en **coopération** comme le décrivent les deux soignants est une caractéristique importante du travail des professionnels de santé.

Pour l'une des infirmières, la pratique du jeu vidéo est seulement occasionnelle et sur des consoles familiales. Enfin pour la dernière infirmière cette pratique est rare, parfois sur son téléphone portable pour par exemple faire « *passer le temps* » dans une file d'attente. Son fils est un joueur de jeu vidéo et « *aime beaucoup jouer avec des amis sur des plateformes en lignes* ».

4.4.2. Comportements à risques :

Concernant les comportements à risques que peuvent amener la pratique des jeux vidéo, les avis divergent. Les deux professionnels qui jouent régulièrement aux jeux vidéo défendent l'idée que le jeu vidéo n'a pas le monopole de l'accès à des images violentes et à « *la télé c'est la même chose* », « *il y a des films violents* ». Ils approuvent bien que certains jeux vidéo peuvent être violents mais soulignent également qu'il n'y a « *pas besoin de jouer aux jeux vidéo pour se retrouver face à la violence* ». L'IDE 1 explique que la présence de violence dans les médias s'explique par le fait que les médias se sont « *adapté à la société* » et qu'aujourd'hui « *tout est vachement plus sombre* », et que si l'« *on devient violent c'est qu'il y déjà des problèmes autres part* » et que le jeu vidéo va « *révéler quelque chose qui existe déjà* ». Cela correspond à l'approche de M. VALLEUR sur l'effet des jeux vidéo sur les comportements violents que j'ai cité dans mon cadre théorique, le jeu vidéo servirait alors de

⁷⁵ Sylvie CRAIPEAU, Bertrand SEYS (2005), Jeux et internet : quelques enjeux psychologiques et sociaux, *Psychologies*, vol. 11, p.115.

⁷⁶ CALLOIS R. (1958), *Les Jeux et les hommes. Le masque et le vertige*.

canalisateur de la « *violence préexistante* »⁷⁷, voir révélateur de comportements violents mais n'en serait pas la cause. L'IDE 2 explique que lorsque son fils parle de sa pratique des jeux vidéo, elle « *sent une agressivité* » de sa part.

Pour l'addiction, trois des professionnels interrogés s'accordent sur l'aspect « **chronophage** » de la pratique du jeu vidéo, l'IDE 2 illustre même avec le fait que son fils passe « *plus de quinze heures sur les écrans* » et que cela cause un « *repli sur soi* ». Elle évoque aussi l'**isolement** que procure la pratique du jeu vidéo, particulièrement sur son téléphone, « *on parle à personne, on est tout seul* ». L'IDE 2 dit que peu importe l'activité, si le sujet passe le plus clair de son temps à la pratiquer et qu'il ne « *fait pas autre chose* » là, l'addiction est présente mais elle peut apparaître pour d'autres pratiques, cela est corroboré par l'approche comportementale de l'addiction aux jeux vidéo comme l'explique GRIFFITH M., de « *sacrifier le travail pour le jeu* »⁷⁸. L'AS 1 dit aussi que certains jeux vidéo nous poussent à « *toujours aller plus loin* », et incitent au « *recommencement perpétuel de partie* », comme Mark Griffith l'explique ils offrent aux joueurs de **fortes récompenses psychologiques**, ce qui favorise le comportement addictif.⁷⁹

Pour finir l'IDE 2, qui ne joue pas aux jeux vidéo exprime que, pour elle « *prendre un bon bouquin c'est mieux* », cela fait échos aux dires de l'AS 1 qui explique que les « *gens qui n'y joue pas.* » (*Aux jeux vidéo*), « *sont souvent sur d'anciennes valeurs, lire des bouquins des choses comme ça* ».

4.4.3. Le jeu vidéo comme médiateur de soin :

Tous les soignants s'accordent à dire que la pratique des jeux vidéo en psychiatrie permet d'explorer de nombreux domaines en thérapeutique : « *se concentrer sur un moment* », « *moteur et d'attention et de concentration* », « *la concentration, les réflexes, s'adapter à une situation* », observer la réaction « *à la frustration* », « *la victoire, le jeu en coopération, le jeu individuel, le fait de manger l'autre.* », « *travailler la préhension, l'équilibre avec la caméra de mouvement pour la motricité* » travailler « *au niveau de la finesse* ». De nombreux domaines évoqués par les professionnels interrogés sont les mêmes que ceux décrit par LEROUX Y. dans son écrit que je citais dans mon cadre théorique.

Les soignants ont remarqué que le jeu vidéo peut avoir un **impact social**, c'est « *jouer avec les autres qui peut représenter un intérêt* », on peut « *jouer en équipe* » pour observer

⁷⁷ VALEUR M. (2006), « L'addiction aux jeux vidéo, une dépendance émergente ? », *Enfances et psy*, no.31, pp.128-129.

⁷⁸ GRIFFITH, M. (2010). Does video game addiction really exist? *Education Today: Quarterly Journal of the College of Teachers*. N°60

⁷⁹

« les interactions sociales », cela va alors favoriser « la **relation soignant-soigné** » mais également « **soigné-soigné** ». Dans mon cadre théorique, j'ai évoqué l'impact sur la relation thérapeutique mais je ne me suis pas attardé sur la relation entre patient lors d'activité en coopération.

L'IDE 2 voit l'activité jeu vidéo comme un moyen de réaliser une activité qu'ils n'ont « pas l'occasion avec le Covid d'aller faire une vraie partie de bowling », ou bien lorsqu'ils ne peuvent « pas sortir en extérieur parce qu'il pleut ». Les activités sportives simulées dans la Wii seraient alors un moyen de patienter avant de pouvoir réaliser l'activité dans la vie réelle. L'IDE 1 reprend cette idée aussi « ça rapproche de ce qu'on va aller faire plus tard c'est à dire aller dans une vraie salle de bowling ».

4.4.4. Rapprochement avec les autres médiateurs :

L'IDE 1 compare le jeu vidéo avec les jeux de société, « Pour moi un jeu vidéo et un jeu de société c'est quasiment la même chose sauf que vous avez l'aspect ou l'imagination peut être transposé sur l'écran » Il considère donc que l'on peut utiliser le jeu vidéo pour les mêmes raisons que la médiation par les jeux de société, « il y a la frustration de perdre, la victoire, le jeu en coopération, le jeu individuel, le fait de manger l'autre ». Il existe de nombreux types de jeux de société comme il existent de nombreux types de jeux vidéo et chacun peut apporter un domaine à travailler en thérapeutique.

L'AS 1 quant à lui rapproche certains jeux vidéo à des activités créatrices comme les jeux de construction, il explique alors qu'« il y a des jeux qui peuvent être très créatifs ». Selon lui « il n'y a pas de différence entre jouer à des Lego ou jouer à Minecraft ». Minecraft est un jeu de survie cubique, il laisse une grande liberté au joueur et l'agencement de cube permet de créer tout ce que l'on souhaite. Cela contredit les dires de l'IDE 2 qui expliquait qu'entre jouer au bowling en vrai et sur une console n'avait rien à voir. Alors peut-on considérer que faire une activité simulée dans un jeu équivaut à la réaliser dans la vraie vie ?

4.4.5. Limites et risques de la médiation vidéoludique :

L'AS 1 et l'IDE 2 lorsque l'on parle des limites de la médiation, tiennent un discours similaire, pour eux le problème est avant tout financier. Mais pour l'AS 1 le coût est trop important pour les structures soignantes : « le problème c'est le budget, (...) c'est encore un petit peu réservé à des structures qui ont de l'argent », il explique également que les budgets ne seront jamais alloués à des projets comme celui des médiations par le jeu vidéo. Quant à l'IDE 2, elle explique que les patients sont « des gens parfois qui ont peu de moyen (...) ils n'ont pas le matériel et pas les moyens de l'acheter ni les moyens cognitifs de reproduire et donc ça serait aussi les mettre en difficulté ». C'est une notion que je n'aborde pas dans mon

cadre théorique, en effet certaines personnes n'ont pas les moyens de d'acheter le matériel nécessaire pour la pratique du jeu vidéo.

L'IDE 1 évoque quant à lui, les joueurs réguliers de jeux vidéo qu'il pourrait éventuellement prendre en charge, et pense que jouer contre ces joueurs pourrait créer de « *la compétition avec le soignant* », le « je t'ai battu ». Certains patients cherchent ce genre de conflit avec le soignant. L'infirmier pense que dans ces cas-là, la **collaboration** est une bien meilleure approche.

Comme d'autres médiations du même genre l'IDE 2 pense que le risque de faire jouer des patients aux jeux vidéo entre eux est qu'ils se sentent « *persécuté par les autres parce qu'ils gagnent* », et que cela soit source de tension. Elle évoque également que le jeu vidéo n'est qu'une simulation de la réalité et qu'elle « *préfère aller vraiment au bowling, parce que on les confronte à la réalité, on les confronte aux bruits et à d'autres personnes qui jouent en même temps qu'eux* ». On retrouve encore une fois un questionnement récurant de mon travail, le jeu vidéo a-t-il les mêmes impacts que la réalité ? L'IDE 2 soutient son avis en expliquant que le but des activités et souvent de confronter le patient à des situations qu'il va vivre réellement (le bruit, la foule). Mais comme je l'ai évoqué dans ma partie théorique avec les écrits de TORDO, le jeu vidéo permet d'anticiper ce qui est domaine du possible, comme un fantasme ; sauf il permet d'agir sans qu'il y ait de conséquence sur la réalité.

Deux soignants évoquent comme difficultés, la méconnaissance du média par les patients pris en charge. Ainsi l'IDE 3 dit que cela « *pose une petite difficulté quand ils ne connaissent pas* », mais l'IDE 1 ne partage pas ce point de vue pour lui les patients « *savent très bien ce que c'est* ». Et en effet comme l'étude du CNC l'a démontré, sept français sur dix jouent aux jeux vidéo, la pratique est donc très répandue et chez tous les âges et de toutes les origines sociales.⁸⁰

Concernant l'utilisation de jeu vidéo potentiellement violent, l'IDE 1 explique qu'ils ne peuvent pas les utiliser en psychiatrie, en effet ils ne peuvent pas « *pas véhiculer la violence à l'hôpital* », il ajoute que « *sur des personnes psychotiques* » le problème « *c'est de voir des jeux trop réels qui pourraient les renvoyer à des choses* ». Son inquiétude semble fondée, pourtant nous avons vu dans mon cadre conceptuel que même avec des pathologies psychiatriques sévères « les joueurs savent très bien que ce n'est que du jeu, que ni le risque ni la violence n'ont de conséquences réelles »⁸¹. Les patients ne semblent pas confondre la

⁸⁰ CNC, (2014) « *Les pratiques de consommation de jeux vidéo des Français.* ». 26 Dec. 2015.

⁸¹ VALLEUR M. (2006), *L'addiction aux jeux vidéo, une dépendance émergente ?* Enfances et Psy, n°31.

réalité avec le virtuel, mais des images pourraient éventuellement déclencher des comportements inadaptés auprès de certains patients.

4.5. Ouverture sur le numérique en thérapeutique

J'ai terminé chacun de mes entretiens en demandant aux professionnels quels était leurs prévisions sur l'évolution de l'utilisation du numérique en thérapeutique.

Deux des professionnels ont tout de suite évoqué la **réalité virtuelle** et son potentielle sur les patient atteint de névrose, pour les soins palliatifs, la douleur, les phobies sociales et les troubles anxiodépressifs : « *la réalité virtuelle ça pourrait être utilisé je pense pour des gens qui ont des phobies sociales ou des syndromes anxiodépressifs je pense que ça, ça pourrait être utilisé* », « *Sur les névrosés je trouve que c'est extraordinaire, en soin palliatif ça marche super bien* ». Mais ils émettent tous les deux une réserve pour utilisation de la réalité virtuelle sur des patients atteints de psychose « *qui sont tellement agressé par la vraie réalité je me dis, ils ont du mal à se détendre alors avec un casque de réalité virtuelle* », « *pour les psychotiques par contre je pense que c'est compliqué, déjà eux leurs réalités est perturbé, je pense que ça les mettrait en difficulté* ».

L'IDE 2 est inquiète sur son utilisation en thérapeutique, elle ne souhaite pas que l'on donne « *forcément une tablette* » au patient parce que cela ferait nous diriger vers de « **l'individualisation** » au lieu de la « **socialisation** » elle souhaite que le numérique « *reste un médiateur de soins comme on la aujourd'hui, ponctuel* ».

Enfin pour l'AS 1, la future utilisation du numérique en thérapeutique est avant tout perturbée par le coût de ce média, il remarque que le numérique est encore « *réservé à des structures qui ont de l'argent* ». Et que la plupart des institutions sont trop réticentes à allouer un budget pour ce genre de projet.

5) Synthèse

Pour la dernière partie de mon mémoire, je vais désormais apporter des éléments de réponses à ma question de départ, qui était : **En quoi le jeu vidéo peut-il être un outil dans la relation entre le soignant et le patient psychotique en service de psychiatrie ?**

La première chose que l'on peut ressortir de ces entretiens est la place importante de la prise en charge relationnelle en psychiatrie. Les **soins relationnels** (dont les activités font partie) font partie intégrante de la construction de la relation thérapeutique en soin et connaître les caractéristiques de la construction de cette alliance est primordiale. Ainsi les caractéristiques qui sont les plus importantes sont la **confiance** et la **durée**. Les interviews m'ont également apporté une réflexion supplémentaire sur ma manière de construire la relation thérapeutique avec les patients psychotiques, à rechercher un équilibre entre la compréhension de la réalité interne du patient et la volonté de soulager sa souffrance psychique. Cet équilibre complexe doit être réfléchi et construit en équipe ce qui fait de la capacité de construire la relation thérapeutique une compétence à part entière du métier d'infirmier.

On peut également souligner l'importance des activités en psychiatrie, qu'elles soient à visé **thérapeutiques** ou **occupationnelles**, elles permettent toujours de favoriser la **rencontre** entre le soignant et le patient la concentrant non pas sur le patient mais sur le médiateur. En plus d'aider à construire l'alliance entre le soignant et le soigné, les activités sont un moyen très efficaces de confronter le patient à la réalité extérieure. Elles permettent à la fois au patient se sentir en **sécurité** lors de l'activité et qu'il puisse la réaliser par la suite sans les soignants, mais aussi pour le soignant de savoir si le patient est préparé pour certaines situations. Ainsi le jeu vidéo semble être un médiateur tout trouvé pour cette dernière fonction puisqu'il simule des situations et les actions du joueur, qui n'ont aucun impact sur la réalité.

Cet écrit m'a montré le potentiel de l'utilisation du jeu vidéo en médiation mais également ses limites et risques. Comme toutes les médiations, elles doivent être réfléchies en fonction des patients qu'elles visent mais également des **objectifs** mis en place. Ainsi toutes médiations pourraient être intéressantes du point de vue thérapeutique si l'on trouve des objectifs cohérents. N'importe quelle activité peut avoir des intérêts thérapeutiques, reste aux soignants de les trouver et de tirer quelque chose de ces moments. Le jeu vidéo est donc un outil dans la relation avec le patient du fait de son statut de médiateur thérapeutique, en tant qu'activité il médiatise la rencontre, il favorise le **partage**.

Enfin, ce travail de fin d'étude m'a fait me rendre compte que la pratique infirmière ne cesse d'être ajustée. L'apparition de nouvelles technologies, l'évolution des lois et de la société, la création de traitement et même l'apparition de maladie font du soin **une pratique en constante évolution**.

CONCLUSION

Étant un joueur régulier de jeu vidéo et ayant vécu une situation de stage utilisant la pratique des jeux vidéo comme médiateur de soin, j'ai décidé d'effectuer mon mémoire sur ce sujet. Mon travail de fin d'étude avait pour but de comprendre en quoi le jeu vidéo pouvait être un objet de relation avec les patients en psychiatrie.

Mes recherches théoriques m'ont permis d'identifier les caractéristiques de la relation thérapeutique. J'ai pu voir que le jeu vidéo est un médiateur pertinent dans les soins psychiatriques aussi bien pour observer les comportements des patients que pour médiatiser la rencontre entre le soignant et le soigné. Il permet également de faire travailler le patient sur des domaines très variés (concentration, préhension, ...).

Mais c'est lors de la réalisation de mes entretiens que j'ai pu ressortir le plus d'apprentissage, en effet j'ai pu constater que la place de la relation thérapeutique dans la prise en charge en psychiatrie est très importante et que la construction de cette alliance est avant tout une question de confiance et de temps. J'ai également pu constater la part importante que prenait les activités thérapeutiques dans la prise en charge du patient en psychiatrie. Qu'elles permettaient d'appréhender la réalité à laquelle les patients pouvaient être confrontés à l'extérieur des institutions. Je pensais avoir de la réticence de la part des soignants concernant l'utilisation des jeux vidéo en médiation, mais tous ont accueilli l'idée avec intérêt et bienveillance. J'ai toujours eu l'image d'une société qui avait une mauvaise image des jeux vidéo et j'ai pu me rendre compte que ce n'était pas ou du moins plus le cas. J'ai également remarqué que j'avais idéalisé le jeu vidéo et minimisé les risques qu'induisent sa pratique, les professionnels m'ont donc fait remarquer que comme toutes les médiations il y a des limites et des risques à leurs utilisations. Cela m'invite aujourd'hui à me questionner sur ma pratique infirmier et sur l'intérêt de chaque médiateur de soin que j'aurais l'occasion d'utiliser. Ce travail d'écriture m'a fait me rendre compte que la pratique infirmier n'a de cesse d'évoluer, en tant que infirmier cela m'oblige à ne surtout pas être fermé aux nouvelles pratiques, cela me pousse à faire des formations, affiner mes compétences et ainsi améliorer ma pratique soignante.

Pour améliorer mon travail, je pense que réaliser un plus grand nombre d'entretien aurait été intéressant afin d'avoir un échantillon plus représentatif. Interroger un professionnel utilisant le jeu vidéo en psychothérapie, aurait pu également m'apporter plus de matière à analyser.

Enfin, si je devais continuer cet écrit je me pencherais sur la réalité virtuelle, en effet comme l'ont souligné certains professionnels, cette activité semble avoir un grand potentiel

en thérapeutique. Les applications sont multiples et aussi je ne me limiterais pas à la psychiatrie mais explorerais d'autres domaines, la douleur, les soins palliatifs, la gériatrie...

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, *APA RESOLUTION on Violent Video Games*, Février 2020.
- BENEDETTI G. (1998), La psychothérapie du délire comme modèle de la relation avec le malade mental, *Le sujet emprunté*, p.205- 220.
- BRIENT P. (2007), *Du regard à la parole : la relation soignant-soigné en psychiatrie*, Cahiers de psychologie clinique, n°28.
- CAILLOIS R. (1958), *Les Jeux et les hommes. Le masque et le vertige*, Edition revue et augmentée (1967), Ed. Gallimard, Paris.
- CRAIPEAU S. (2009), *Les jeux vidéo, des utopies expérimentales*, Psychotropes, n°15.
- CRAIPEAU S., SEYS B. (2005), *Jeux et internet : quelques enjeux psychosociaux*, Psychotropes, n°11.
- CNC, (2014) « *Les pratiques de consommation de jeux vidéo des Français.* ». 26 Dec. 2015.
- DE FOY T. (2010), *Les malheurs de la vertu*, Cahier de psychologie clinique, n°35.
- DEROCHE-GUREL L. et WAITER P. (2002), *La sociologie de Georges Simmel. Éléments actuels de modélisation sociale*, PUF.
- DI ROCCO V. (2018), *Des activités et des soins en psychiatrie*, Santé Mentale, n°226.
- GOZÉ T. (2019) Comment penser la relation soignante ? Santé mentale, n°234.
- GRIFFITH M. (2012). Addiction sans drogue, quand le cerveau a le goût du jeu. *Adolescence*, n°301.
- JANSSEN C., TORTOLANO S. (2010), *Mondes virtuels et capacités d'illusion : les avatars du lien*, Cahier de psychologie clinique, n°35.
- LE BIHAN E. (2014), *Le jeu vidéo, un objet de soin ? César ou le passage du jeu vidéo aux jeux collectifs*, Cliniques, n°7.
- LEROUX Y. (2015), *Comment utiliser les jeux vidéo en médiation*.
- MANOUKIAN A. (2008), *La Relation soignant-soigné*, Ed. Lamarre.
- MERKLING J. (2010), *Activités thérapeutiques à médiation. Rôle infirmier et soin en santé mentale*, Ed. Masson.

- MCGONIGAL J. (2011), *Be a Gamer, Save the World*, *The Wall Street Journal*, 22 - Janvier 2011.
- MENAUT H. (2009), *Les soins relationnels existent-ils ? VST – Vie social et traitements*, n°101.
- MINASSIAN H. Ter, RUFAT S., COAVOUX S. (2012), *Espaces et temps des jeux vidéo*, Ed. Questions Théoriques, Paris.
- Ministère de la culture (2012), <https://www.culture.gouv.fr/Sites-thematiques/Industries-culturelles/Dossiers-thematiques/Le-jeu-vidéo>, consulté le 6 septembre 2021.
- MORASZ L. et Coll. (2005), *L'infirmière en psychiatrie*, Ed. Masson.
- NANNIPIERI O. (2017), *Du réel au virtuel. Les paradoxes de la présence*, Ed. L'Harmattan, Paris.
- SFAP (collectif) *Relation d'aide en soins infirmiers* éd. Masson 2008.
- STORA M. (2009), *Rêve et Réalité : une clinique du jeu vidéo comme médiation thérapeutique*, *Dialogues*, n°186.
- STORA M. (2016), *Médiation par les jeux vidéo : cadre et aspects thérapeutiques*, *Cliniques*, n°11.
- TORDEURS D., ZDANOWICZ N., REYNAERT C. (2007), *De la complexité dans la relation thérapeutique : l'approche autopoïétique*, *Cahiers de psychologie clinique*, n°28.
- TORDO F., TISSERON S. (2010), *Présentation. Le virtuel, pour quoi faire ? Regards croisés*, *Psychologie clinique*, n°37.
- TREMEL L. (2001), *Les « jeux vidéo » : un ensemble à déconstruire, des pratiques à analyser*, *Revue française de pédagogie*, n°136.
- TRICLOT M. (2011), *Philosophie des jeux vidéo*, Ed. La Découverte, Paris.
- VALLEUR M. (2006), *L'addiction aux jeux vidéo, une dépendance émergente ?* *Enfances et Psy*, n°31.
- WILLO G. (2010), *Le virtuel, pouvoir d'une négativité ?* *Cahier de psychologie clinique*, n°35.
- WINNICOTT D. (1971), *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Ed. Gallimard Paris.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1. Cadre théorique.....	46
Annexe 1.1. Classifications des jeux selon CALLOIS R.	46
Annexe 2. Phase exploratoire	47
Annexe 2.1. Guide d'entetien.....	47
Annexe 2.2. Retranscription d'un entretien.....	48
Annexe 2.3. Tableau d'analyse des entretiens	60

Annexe 1. Cadre théorique

Annexe 1.1. Classifications des jeux selon CALLOIS R.

TABLEAU I
RÉPARTITION DES JEUX

	AGÛN (compétition)	ALEA (chance)	MIMICRY (simulacre)	ILINX (vertige)
PAIDIA vacarme agitation fou rire cerf-volant solitaire réussites mots croisés LUDUS	courses luttes etc. athlétisme boxe escrime football compétitions sportives en général	non réglées billard dames échecs par roulette loteries simples composées ou à report	comptines pile ou face imitations enfantines jeux d'illusion poupées, panoplies masque travesti théâtre arts du spectacle en général	« tournis » enfantin manège balançoire valse volador attractions foraines ski alpinisme voltige

N.B. – Dans chaque colonne verticale, les jeux sont classés très approximativement dans un ordre tel que l'élément *paidia* décroisse constamment, tandis que l'élément *ludus* croît constamment.

Tableau de classification des jeux selon CALLIOS R.

Source : CALLOIS R. (1958), *Les Jeux et les hommes. Le masque et le vertige*, Edition revue et augmentée (1967), Ed. Gallimard, Paris.

Annexe 2. Phase exploratoire

Annexe 2.1. Guide d'entretien

HUCHON Maxime, IFSI de L'AIGLE, promotion 2019 – 2022

Guide d'entretien

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours professionnel ?

- Année du diplôme, qualifications spécifiques
- Expérience professionnelle

Question 1 : Selon votre expérience comment se construit la relation thérapeutique avec un patient psychotique ?

- Difficultés rencontrées
- Rapport au réel

Question 2 : Selon vous, qu'elle est la place des activités en soins psychiatrique ?

- Thérapeutique ou occupationnel ?
- Spontanée ou psychothérapique ?

Question 3 : En quoi l'utilisation de médiateur peut aider à renforcer la relation thérapeutique avec le patient psychotique ?

- Définition et objectifs de la médiation
- Place du soignant
- Exemple

Question 4 : Comment décririez-vous votre expérience personnelle vis-à-vis des jeux vidéo ?

- Utilisation personnelle (types de jeux, fréquence, raisons...) ou entourage
- Comportements à risque (violence, addiction)

Question 5 : Selon vous, la pratique du jeu vidéo peut-elle être une activité thérapeutique en psychiatrie ?

- Si non, pourquoi ?
- Si oui, question 6.

Question 6 : En quoi le jeux vidéo peut-être un objet de relation avec le patient psychotique ?

- Rapprochement avec d'autres formes de médiation
- Plaisir du jeu
- Risque de mise en échec

Ouverture : Pour finir, selon vous comment va évoluer l'utilisation du numérique en thérapeutique ?

Dr Breck Sarah
Coche formatrice
le 6/11/2022
Institut de Formation
en Soins Infirmiers
Centre Hospitalier
BP 189 - 61305 L'AIGLE GÉREX

Annexe 2.2. Retranscription d'un entretien

Afin de préserver l'anonymat du professionnel interrogé, son identité sera exprimée par l'abréviation **AS** et je serais désigné par la lettre **M**.

M1 : « *Pour commencer est ce que tu peux te présenter ainsi que ton parcours professionnel* »

AS1 : « *Bien sûr, alors du coup, euh ... je suis aide-soignant depuis 6 ans en psychiatrie, euh... là ça fait 3 ans que j'ai commencé ma formation d'IDE pour poursuivre en fait tout simplement mes études et puis renforcer ma formation en psy parce que je compte retourner en psychiatrie après* »

M2 : « *D'accord, et tu as travaillé dans quels types de services en psychiatrie ?* »

AS2 : « *Euh... en service d'entrée, fermé du coup avec chambre d'iso et puis euh... tout ce que ça comporte, donc le service vraiment fermé avec des patients sous contrainte la plupart du temps* »

M3 : « *D'après ton expérience personnelle euh... comment se construit la relation thérapeutique avec un patient psychotique ?* »

AS3 : « *Alors c'est très compliqué, parce qu'il y a énormément de facteurs qui peuvent rentrer en jeu, déjà il y a, bah lui son état de santé à son entrée, parce que déjà quand il arrive il n'a pas forcément euh... (souffle) les pieds dans la réalité (rire) si on peut dire. Du coup euh... je sais que fin... de mon point de vue et avec l'expérience que j'ai moi en tout cas en psy, je me suis rendu compte que... il peut y avoir des bons objets et des mauvais objets parmi les soignants et en fait ça c'est au choix du patient, des fois ta tête peut juste pas lui convenir et du coup bah construire quelque chose avec lui ça va être compliqué d'entrée de jeu. Donc du coup on est obligé de... de se tenir au cadre déjà, alors c'est le gros souci en psychiatrie, c'est que on va avoir des collègues qui vont être plus ou moins cadrant et du coup ça peut entraîner par moment*

des clivages en fait avec les différents patients parce que il y en a qui vont dire que tel soignant est plus sympa qu'un autre du coup je préfère bah moi être soigné par celui-ci plutôt que l'autre. Du coup en fait c'est vraiment dépendant au patient en fait, après nous on a des choses à mettre en place bien sûr comme je le disais il y a un cadre à respecter, tant qu'on respecte le cadre ... dans l'idéal, tant qu'on respecte le cadre et que les patients, euh... tous les soignants respectent le même cadre, il peut pas y avoir plus d'affinité avec un patient d'un soignant à un autre. Du coup à partir de là en fait c'est vraiment toi, ta façon de bosser qui va aider ou pas le patient, par les entretiens et puis par les moments que tu vas passer avec lui quoi. »

M4 : « *Et du coup tu considères qu'un patient qui te voit euh... qui te considère comme un mauvais objet comme tu disais euh... c'est un patient avec lequel tu ne pourras pas établir une relation de confiance optimale ? »*

AS4 : « *Ah bah de toute façon si d'entrée de jeu oui il t'apprécie pas euh...alors que tu lui as rien fait c'est très compliqué après de construire quelque chose avec lui, alors ça peut venir, ça viendra avec le temps, par des ... comment dire..., par des moments où tu vas le mettre plus ou moins en confiance et où il va petit à petit te faire confiance et te laisser un petit peu plus de place en tout cas dans sa prise en soin, mais oui c'est vraiment dépendant de lui en grande partie, mais je pense que si il y a quand même moyen de faire quelque chose même si ça part mal d'entrée de jeu en fait euh... à force de persévérance et puis de construction avec lui, ouais essayer de construire quelque chose, une bonne relation de soin et ben on arrive quand même à faire quelque chose »*

M5 : « *Pour revenir au patient psychotique, est ce que tu penses que par le rapport un peu particulier qu'ils peuvent avoir avec la réalité, on peut parfois se confronter à cette difficulté pour construire la relation ? »*

AS5 : « *A bah oui, de toute façon oui, euh...déjà ça dépend de lui dans quel état je disais de santé il est au niveau de sa santé mentale. Si par exemple il a un délire ou quoi que ce soit déjà de base euh... si tu ... alors déjà il ne faut pas rentrer dans son*

délire ça c'est sûr mais il ne faut pas non plus essayer de l'en écarter complètement sinon tu vas euh... foutre en l'air ta relation soignant-soigné. Mais euh... je pense que si tu arrives quand même déjà à comprendre son délire tu peux mettre de coté déjà certain piège qui risque de tout foutre en l'air avec lui. Du coup en fait il faut déjà comprendre lui quelle est la nature de son délire, et après tu peux commencer à travailler des choses avec lui. Pour moi c'est important. »

M6 : « Selon toi quelle est la place des activités en soins psychiatriques ? »

AS6 : « Alors pour moi c'est super important, bah déjà en temps qu'aide-soignant euh... bah ça représente peut-être 70% de mon taff. Du coup euh... quand je suis au boulot je sais que moi les activités j'en planifie quasi quotidiennement, après ça dépend bien sûr du service en lui-même, des pathologies aussi des autres patients parce que il y a des patients qui prennent beaucoup de place et du coup on a pas trop le temps de faire des activités, mais la plupart du temps moi j'en fais relativement quotidiennement parce que ben c'est ... ça permet de créer déjà un lien avec lui autour d'une activité et c'est à partir de cette activité là qu'on commence vraiment à faire des observations en fait euh... pour le patient quoi. »

M7 : « Est-ce-que tu fais une différence entre des activités qui seraient thérapeutiques et des activités qui seraient occupationnelles ? »

AS7 : « Ouais... oui, oui (rire) bien sûr, les activités occupationnelles ça va vraiment être euh... en fait pour moi chaque activité occupationnelle peut avoir un intérêt thérapeutique mais tout dépend en fait comment on les met en place. Moi je sais que quand je travaille euh... je vais prendre un groupe de patient en essayant de cibler certaines pathologies en fait ou certains comportements de patients, qui me permette de mettre en place déjà une activité avec eux. Après le caractère thérapeutique de l'activité en fait il va se retrouver euh... par exemple, un exemple très très simple euh... je me souviens d'une activité que j'avais planifiée alors euh... sur peut être deux semaines parce qu'il y avait beaucoup de chose à préparer. Mais en gros j'avais emmené un groupe de patients, donc on était 6 patients pour 2 soignants, c'était moi

qui avais préparé l'activité, on devait les emmener à la plage, pour manger une glace., pour euh... aller à la place et tout. Ça c'est ce qu'on pourrait dire une activité occupationnelle mais en fait l'intérêt thérapeutique c'est que le groupe de patient que j'avais choisi, c'était que des patients euh... en dépressions, du coup qui avait beaucoup de mal à se confronter au monde extérieur, ils subissaient le regard des autres et compagnie. Donc déjà c'était une espèce de stress test pour les mettre en situations en fait, les amener justement dans un endroit où il y a du monde ce qui était le cas ce jour-là, voir un petit peu leurs comportements, comment ils réagissaient à la foule tout ça, et après évaluer aussi leurs capacités à prendre des décisions. Par exemple arrivé à la plage on a demandé euh... qu'est-ce que vous voulez faire. Alors déjà de base le dépressif, enfin le patient dépressif, il a beaucoup de mal à prendre des décisions par lui-même donc euh... même ce qui d'ordinaire devrait lui plaire et l'aider bah... malheureusement il a tendance à... l'oublier quoi, il a du mal en fait à se rappeler des choses qu'il aime et à y retrouver de l'intérêt. Du coup ce genre d'activité là pour moi ça a un intérêt thérapeutique parce que justement on va les remettre dans une situation avec des moments qui peuvent leurs plaire, genre boire un café en terrasse, écouter le bruit des vagues tout ça, mettre les pieds dans l'eau. » (Silence)

M8 : « Des choses qui de l'extérieur ne vont pas sembler thérapeutique. »

AS8 : « C'est ça de prime abord on peut se dire, ... bah super ils vont à la plage ... alors que non il y a vraiment un intérêt thérapeutique derrière ça parce que eux ça leur permet de justement se confronter à tout ça et au retour nous justement insister sur le fait que ça s'est bien passé finalement ou alors au contraire bah là vous avez eu des difficultés mais vis-à-vis de quoi est-ce que vous pouvez m'en parler un petit peu plus. Et en fait à partir de là on voit un petit peu, on peut juger le niveau entre guillemet, où est ce qu'ils en sont au niveau de leur dépression, est ce que, ils sont très bas et rien ne leur plait, rien n'arrive à les motiver, il n'y a pas de petites étincelles dans leurs yeux ou quoi que ce soit quand il arrive à la plage, ou au contraire il y en a certains que ça va carrément débloquer. Je me souviens d'un patient que ça avait débloqué la faire de sortir, aller à la plage et tout, ça lui avait donné vachement de confiance en lui, parce

qu'il se disait, bon bah finalement ça va cette journée-là elle s'est bien passée alors que je la redoutais énormément et après il a été plus enclin à faire plus d'activité. »

M9 : « *Et en lien avec ces activités pour revenir sur la relation thérapeutique euh... en quoi l'utilisation des activités, des médiateurs va aider à renforcer cette relation ? »*

AS9 : « *Bah on partage quelque chose avec lui tout simplement, on partage un moment qui peut paraître anodin mais ça a quand même un intérêt du coup thérapeutique et au niveau de la relation c'est vachement important parce que on crée un lien avec lui, un lien de confiance où il s'est senti en sécurité avec nous justement sur quelque chose qui pouvait déjà lui faire peur et comme ça c'est bien passé bah .. il nous fera plus confiance par la suite et du coup il sera peut-être un petit peu plus ouvert à la discussion et au soin. »*

M10 : « *Et inversement ? Si le cadre n'est pas forcément adapté ou sécurisant. »*

AS11 : « *Exactement ! A oui ça peut complètement faire l'inverse bien sûr. Là je pars du principe que moi ça s'est bien passé. Sur l'activité du coup c'était bénéfique mais c'est vrai qu'il y a des moments par contre où euh... par exemple on choisit les mauvais patients à mettre ensemble pour l'activité, bah si il y a conflit pendant l'activité et ben ça va se répercuter sur notre relation soignant-soigné avec eux »*

M12 : « *D'accord, le moindre aspect négatif pourrait... »*

AS12 : « *Bah oui parce que pour eux ça va être de notre faute en fait, on les a mis ensemble alors qu'on est sensé savoir qu'ils ne peuvent pas cohabiter quoi. »*

M13 : « *Et toi tu prends quelle place dans ces activités, en tant que soignant ? Euh ... tu es l'accompagnateur, l'organisateur ? »*

AS13 : « *Alors ça dépend des activités, il y en a où je vais organisateur de l'activité, d'autre où je vais juste accompagner parce que c'est à eux de faire l'activité et dans*

ce cas-là moi je ne prends pas part. Mais il y a des moments aussi où je participe aux activités, sur des duos, ça peut être euh... rien qu'une partie de Ping-Pong par exemple, je sais qu'il y a des collègues qui vont les laisser euh... échanger entre eux des balles quoi, alors que moi j'aime y participer justement. Parce que par exemple il y a certains patients qui vont être intolérant à la frustration, ils sont partis dans l'idée qu'ils vont gagner, ils sont dans la toute puissance et tout... c'est moi le plus fort, c'est moi le machin... moi j'arrive et si je sais que je peux les battre, bah je vais pas prendre de gants et je vais les battre. Je vais leur montrer que non, ils sont pas... voilà. Alors des fois ça peut être mal vu parce que ils vont dire c'est quoi l'intérêt de le frustrer tout ça. Mais en même temps quand il va être confronter à la réalité dehors quand il va sortir, la moindre petite frustration si jamais déjà il n'y a pas été confronté pendant sa période de soin, d'hospitalisation, et ben ça va partir euh... bah malheureusement très mal quoi et ça risque de repartir sur une hospitalisation. Le but c'est vraiment de toute façon de les préparer à un retour à l'extérieur une fois qu'ils commencent à être stabilisé. Et c'est là que les activités pour moi elles entrent en jeu et que c'est vachement important. »

M14 : « *Elles n'entrent pas en jeu avant ça ?* »

AS14 : « *De toute façon un patient entrant, à son arrivée il peut pas faire d'activité, ... il est pas disposé à en faire, il est pas en capacité déjà de comprendre l'intérêt thérapeutique. Il faut déjà qu'il soit un minimum stabilisé pour pouvoir après l'emmener sur des activités, lui apprendre bah voilà toute ces choses, la frustration, la récompense tout ça* »

M15 : « *Qui l'amèneront potentiellement vers une sortie ?* »

AS15 : « *C'est ça* »

M16 : « *Comment décrirais-tu ton expérience personnelle par rapport au jeu vidéo ?* »

AS16 : « Ah bah moi ça prend une part importante (rire) on va dire dans ma vie. Après euh là je suis en période de cours donc c'est très compliqué pour moi de trouver du temps, de dégager du temps pour le faire. Mais je sais que ça me manque quand même entre guillemet parce que pour moi c'est ... bon déjà c'est un loisir, ça on est bien d'accord là-dessus. C'est un moment que je peux partager avec des amis parce que je joue en ligne avec des potes, et euh... je sais que mon planning me permet pas de faire des soirées euh... de voir à l'extérieur mes amis en fait et pour moi les jeux vidéo c'est un moyen de garder aussi un lien social avec eux quoi, partager quelque chose, un activité du coup, et oui j'en ai besoin quand même.

M17 : « Et euh... est-ce que tu pourrais décrire un peu les raisons pour lesquelles tu apprécies jouer ? »

AS17 : « Oui bien sûr. Bah après euh... ça dépend j'ai des périodes je sais qu'il y a des moments où j'aime bien jouer a des jeux solos pour euh... ça peut être pour un scénario, ça peut être pour la musique qui va avec le jeu, ça peut être pour l'ambiance du jeu ... là je suis sur un jeu honnêtement , le gameplay, la façon de jouer est très basique, mais le scénario la musique, l'univers me plaît tellement que ouais ca me fait voyager ça me fait sortir un petit peu des fois (silence) bah de la réalité, du stress, les examens, le quotidien tout ce qu'on peut avoir du côté perso tout ça. Et c'est vachement important du coup. »

M18 : « Avec ce genre de jeu on pourrait presque comparer l'expérience à un film en fait, comme tu dis jouer pour le scénario. »

AS18 : « Ah oui bien sûr, bien sûr, bah du coup ouais c'est ça, je compare même complètement ca a un film parce que du coup, en plus c'est encore mieux parce que c'est un film dont on est le héros. En fait on prend part à l'histoire, c'est nous qui décidons comment ça va évoluer et euh... ouais moi c'est vraiment ce qui m'intéresse, alors après ça c'est les jeux solos mais je joue beaucoup en multijoueur avec mes pote (silence) enfin je jouais (rire). Et du coup oui là c'est encore plus intéressant parce que y a une espèce de challenge de plaisir à se confronter à des gens qui sont souvent

plus fort que nous euh... pour s'améliorer aller toujours plus fort dans les efforts justement pour nous bah gagner en... comment dire... »

M19 : « *En niveau ?* »

AS19 : « *Oui voilà c'est ça* »

M20 : « *Il y a une espèce de comparaison avec un aspect compétitif, sportif presque.* »

AS20 : « *Bah bien sûr, en gros c'est ça la plupart des jeux auxquels je joue quand je joue avec mes amis de toute façon c'est compétitif, on joue en équipe contre d'autres équipes, et on gravit des échelons ensemble, on s'entraide ensemble, c'est ça qui est intéressant justement.* »

M21 : « *Pour continuer dans les jeux vidéo, comment tu décrirais ton avis sur les comportements à risque concernant les jeux vidéo ? Tout ce qui est violence et addiction notamment.* »

AS21 : « *Alors (silence), ça c'est un sujet qui est compliqué parce que pour moi en fait tout ce qui est violence et addiction c'est euh... pour moi c'est une façon un petit peu de diaboliser le jeu vidéo pour des gens enfin par des gens qui n'y jouent pas. Qui ne savent pas forcément comment ça se passe, qui n'ont jamais en fait ressenti le besoin de jouer, ils sont souvent sur d'anciennes valeurs, lire des bouquins des choses comme ça, enfin bon il y a des bouquins très violents aussi. Euh... Rien que la télé, le cinéma ça on en parle pas mais il y a des films violent tout le temps, l'accès à internet permet aussi que ce soient des enfants ou des adultes de trouver du contenu violent. Enfin je veux dire ils ont pas besoin de jouer aux jeux vidéo pour se retrouver face à la violence. Et... alors je suis conscient qu'il y a des jeux bien sûr qui sont violent, mais c'est comme un film en fait, on vous oblige pas à y jouer et il n'y a pas que ça, au contraire il y a des jeux qui peuvent être très créatifs comme Minecraft par exemple, je sais que sur des enfants le fait de faire de la construction... enfin je veux dire pour moi il n'y a pas de différence entre jouer à des Lego ou jouer a Minecraft »*

M22 : « D'accord donc pour toi ça serait surtout une méconnaissance du média qui engrange ce genre de vision que les gens peuvent avoir. »

AS22 : « Bien sûr, et puis il y a toute la connotation aussi, c'est jouer sur des écrans, ils sont déconnectés du monde réel. Enfin, moi j'ai un petit quand il joue dans sa chambre avec ses dinosaures ou quoi que ce soit, il est complètement déconnecté aussi du monde réel, il joue il se fait des histoires et tout. C'est pas une mauvaise chose de se déconnecter, au contraire. Quand on est dans certains jeux vidéo il y a un aspect créatif qui justement n'est pas freiné par les contraintes du réel en fait, c'est ça le truc, ça nous donne des outils supplémentaires pour être encore plus créatif. Prenons un dessinateur va avoir une certaine créativité il vont le faire sur du papier et compagnie, et ceux qui utilisent une interface graphique par des ordinateurs ou des tablettes graphiques et qui à partir de là, font des trucs complètement fou aussi, c'est pas l'écran qui va poser problème et les empêcher d'être créatif, c'est un outil supplémentaire pour. De toute façon avec notre société on est obligé d'utiliser de écrans, ça nous donne un outil supplémentaire avec des contraintes en moins. »

M23 : « et concernant l'addiction ? »

AS23 : « Pour moi il n'y a pas de contraintes dans les jeux vidéo mais il y a des risques bien sûr, la dépendance et l'addiction c'est vachement important parce qu'il y a des jeux comme Fortnite avec des systèmes ou il n'y a pas de fin au jeu vidéo ou ça va être un recommencement perpétuel de partie pour toujours monter plus haut, c'est l'aspect compétitif bien sûr. Moi je joue à des jeux compétitifs, il peut y avoir bien sûr une dépendance dans le sens ou on veut toujours aller plus loin et quand on se retrouve face à des gens beaucoup plus forts que nous et ben on veut s'entraîner pour monter toujours toujours plus haut, ça demande du temps, c'est chronophage on est d'accord. Après libre à chacun d'utiliser son temps comme il veut. »

M24 : « Et du coup par rapport à cette pratique euh... est-ce que tu penses que la pratique du jeu vidéo peut être une activité thérapeutique en psychiatrie ? »

AS24 : « Alors oui, potentiellement oui, parce que comme je le disais tout à l'heure il y a vraiment un rapport avec les autres en psychiatrie qui est assez compliqué pour certain patient et euh... le fait de se mélanger en fait avec d'autre patient ça peut les effrayer, ils peuvent se sentir mal à l'aise, inconfortable d'être entouré d'autre patient. C'est le fait de ne pas faire une activité seule mais de pouvoir jouer avec les autres qui peut représenter un intérêt. Après tout le côté créatif permet aussi des fois d'exprimer ce qu'ils ressentent d'une autre façon. Je sors du cadre des jeux vidéo mais par exemple l'art thérapie qui va emmener le patient à développer sa créativité pour exprimer ce qu'il ne peut pas dire à l'oral, et des fois on peut retrouver sa dans certains jeux vidéo, je sais qu'à l'hôpital de jour on utilisait pas mal la Wii pendant un moment, bon après les contraintes budgétaires font qu'on peut pas non plus avoir toutes les consoles. Mais pour moi il y a un intérêt, c'est pas juste de l'occupationnel après tout dépend aussi du cadre, il faut un cadre derrière tout ça pour que ça puisse avoir un intérêt thérapeutique. Choisir les bons patients pour pouvoir y participer et rechercher l'intérêt thérapeutique derrière ça. »

M25 : « Mais il n'y a pas un risque euh... de mise en échec par rapport à des patients qui ne seraient pas à l'aise avec ce genre de média ? »

AS25 : « Alors si, mais de toute façon les activités c'est un peu sur des volontariats aussi, un patient va avoir le droit aux activités on va proposer des activités, mais si il veut pas on va pas le forcer à en faire non plus. Donc si il se sent à l'aise et si il se sent capable en tout cas de jouer à la console... si il la connaît ou quoi que ce soit de toute façon oui il sera surement d'accord pour en faire mais bon. »

M26 : « Est-ce que tu penses que ton utilisation personnelle des jeux vidéo ça peut être un avantage pour l'utilisation en psychiatrie ? »

AS26 : « Alors oui, parce que justement comme je le disais par rapport au média et compagnie tout à l'heure, je sais de quoi je parle et la connaissance que j'ai dans les différents jeux vidéo qu'on peut rencontrer justement permet de trouver un intérêt

thérapeutique derrière ça a la limite, je parlais de Minecraft parce que c'est de la construction euh... je pense que quelqu'un qui ne connaît pas le jeu va pas aller proposer ce genre de jeu-là, il va proposer un jeu que tout le monde a entendu parlé un Mario un truc comme ça, y'aura sûrement un intérêt aussi peut être sur les réflexes, la concentration, par exemple un patient schizophrène qui a des hallucinations auditives peut se retrouver à faire des barrages par moment et à couper toute concentration parce qu'il étend des voix à côté de lui. Justement le fait de jouer à un jeu vidéo, peut soit l'aider à se concentrer sur un moment et puis essayer de mettre de côté toutes les voix et le moment où on le voit ne plus réagir ou ne plus être concentrer sur le jeu vidéo bah on peut se dire tient la justement il a des épisodes d'hallucinations auditives et du coup le notifier et puis c'est quelque chose qui peut être redit aux transmissions, que pendant l'activité on a observé des moments où il y a eu des barrages et que même si il disait par exemple qu'il n'a plus de voix bah nous on sait que c'est un mensonge par ce qu'on l'a observé. »

M27 : « *Pour finir comment tu penses que l'utilisation du numérique va évoluer en thérapeutique ?* »

AS27 : « *(Silence) Alors ça, alors pour moi en fait le problème c'est le budget, je pense que le numérique peut avoir une place importante dans les soins que ce soit au niveau des jeux vidéo, de la télé ou même euh... je voyais tout ce qui est casque de réalité virtuelle, on en entend parler depuis des années et tout. Et c'est encore un petit peu réservé à des structures qui ont de l'argent, c'est ça le problème et c'est dommage qu'on puisse pas justement l'utiliser dans les soins parce que je sais qu'il y a des centres hospitaliers qui peuvent l'utiliser alors je sais plus exactement dans quel cadre exactement (silence). »*

M28 : « *Alors moi dans mes lectures, j'ai pu voir l'utilisation de la réalité virtuelle pour lutter contre la douleur par exemple pendant des pansements de grands brûlés ou le pansement est long et douloureux, euh... du coup avec un casque de réalité virtuelle on va pouvoir les emmener entre guillemets ou ils le souhaitent et favoriser par exemple l'utilisation de l'hypnose. »*

AS28 : « Ça c'est intéressant, mais oui ça c'est un coût et malheureusement en fait on est capable de dépenser au niveau de l'hôpital beaucoup d'argent pour (silence) beaucoup de choses qui malheureusement seront pas forcément utilisées (rire) et je sais que ça c'est un budget qu'on mettra pas dans les jeux vidéo parce que ça reste encore d'ancienne mentalité. (Silence) D'ailleurs le casque de réalité virtuelle je me rappelle c'est dans les maisons de retraite que j'ai vu. Donc voilà et je pense que les gens qui dirigent les hôpitaux et allouent les budget c'est pas des gens qui sont au fait de l'évolution euh... du numérique et qui se rendent pas compte de l'intérêt que ça peut représenter d'un point de vu thérapeutique du coup pour moi c'est malheureusement pas un budget qu'on aura, et pour moi c'est dommage. »

M29 : « Merci beaucoup pour cet entretien. »

AS29 : « Eh bien de rien, de rien. Merci à toi »

Annexe 2.3. Tableau d'analyse des entretiens

Entretien 1 : Aide-soignant (AS)

Entretien 2 : Infirmier (IDE1)

Entretien 3 : Infirmier (IDE2)

Entretien 4 : Infirmier (IDE3)

Thèmes	Entretiens avec les professionnels
Présentation du professionnel et de son parcours professionnel	<p>« Je suis aide-soignant depuis 6 ans en psychiatrie, euh... là ça fait 3 ans que j'ai commencé ma formation d'IDE pour poursuivre en fait tout simplement mes études et puis renforcer ma formation en psy parce que je compte retourner en psychiatrie après (...) en service d'entrée, fermé du coup avec chambre d'iso et puis euh... tout ce que ça comporte, donc le service vraiment fermé avec des patients sous contrainte la plupart du temps »</p> <p>« infirmier depuis 2010, j'ai travaillé avant dans un BTS en négociation et relation commercial, j'ai fait pas mal de service d'intra, j'ai fait de la nuit et en ce moment je suis en hôpital de jour. »</p> <p>« Je suis infirmière depuis 2009, diplômée de la croix rouge en reconversion professionnelle complète, j'ai été 20 ans cadre dans l'industrie pharmaceutique, j'ai fait 10 mois en intra dans un service de suite en psychiatrie et depuis 1 an j'ai intégré l'hôpital de jour à ma demande. »</p> <p>« Je suis IDE depuis 2007, en psychiatrie depuis 2007 également et toujours là, mon parcours j'ai fait 7 ans en service d'entrée, service de soins de suite, j'ai fait un petit peu de réhabilitation psychosociale et je suis en service de long cours de psychiatrie depuis septembre 2019, où je fais des activités. »</p>

Relation thérapeutique avec le patient psychotique

<p>La construction de la relation</p>	<p>: « Alors c'est très compliqué, parce qu'il y a énormément de facteurs qui peuvent rentrer en jeu, déjà il y a, bah lui son état de santé à son entrée, parce que déjà quand il arrive il n'a pas forcément euh... (souffle) les pieds dans la réalité (rire) si on peut dire. Du coup euh... je sais que fin... de mon point de vue et avec l'expérience que j'ai moi en tout cas en psy, je me suis rendu compte que... il peut y avoir des bons objets et des mauvais objets parmi les soignants et en fait ça c'est au choix du patient, des fois ta tête peut juste pas lui convenir et du coup bah construire quelque chose avec lui ça va être compliqué d'entrée de jeu. Donc du coup on est obligé de... de se tenir au cadre déjà, alors c'est le gros souci en psychiatrie, c'est que on va avoir des collègues qui vont être plus ou moins cadrant et du coup ça peut entraîner par moment des clivages en fait avec les différents patients parce que il y en a qui vont dire que tel soignant est plus sympa qu'un autre du coup je préfère bah moi être soigné par celui-ci plutôt que l'autre. Du coup en fait c'est vraiment dépendant au patient en fait, après nous on a des choses à mettre en place bien sûr comme je le disais il y a un cadre à respecter, tant qu'on respecte le cadre ... dans l'idéal, tant qu'on respecte le cadre et que les patients, euh... tous les soignants respecte le même cadre, il peut pas y avoir plus d'affinité avec un patient d'un soignant à un autre. Du coup à partir de là en fait c'est vraiment toi, ta façon de bosser qui va aider ou pas le patient, par les entretiens et puis par les moments que tu vas passer avec lui quoi. (...) Ah bah de toute façon si d'entrée de jeu oui il t'apprécie pas euh... alors que tu lui a rien fait c'est très compliqué après de construire quelque chose avec lui, alors ça peut venir, ça viendra avec le temps, par des ... comment dire..., par des moments où tu vas le mettre plus ou moins en confiance et où il va petit à petit te faire confiance et te laisser un petit peu plus de place en tout cas dans sa prise ne soin, mais oui c'est vraiment dépendant de lui en grande partie, mais je pense que si il y a quand même moyen de faire quelque chose même si ça part mal d'entrée de jeu en fait euh... à force de persévérance et puis de construction avec lui, ouais essayer de construire quelque chose, une bonne relation de soin et ben on arrive quand même à faire quelque chose »</p>
---------------------------------------	---

« Sur la confiance de base, à partir de la confiance sur la durée euh... surtout après rapport au traitement euh... l'honnêteté voilà bah ça va avec la confiance, les difficultés c'est chez tous les psychotiques c'est la méconnaissance des troubles, c'est difficile de leur faire parfois entendre qu'ils peuvent être malade, donc à partir de la mettre une relation de soin quand la personne ne se considère pas malade c'est compliqué. Heu... et puis après c'est quelque chose qu'on peut travailler voilà lui faire prendre conscience de tout ça heu... les traitements vont aider et après nous on a un rôle à côté des traitements. »

« Alors à l'hôpital de jour je la trouve non asymétrique, de part déjà le port d'uniforme de blouse ça peut déjà créer une relation asymétrique avec le patient, on lui renvoie bah moi je suis infirmier ... même si ils sont complètement au courant qu'on est infirmier et tout ça, qu'on est là pour le soin mais on essaie de les réhabiliter vers un extérieur et la relation en fait euh... il faut y aller avec douceur avec euh... oui on a des objectifs pour que le patient aille mieux, mais on y va avec ce qu'il est au jour même. Parce qu'un jour ça peut aller et le lendemain c'est très compliqué. Donc on ne brusque pas les patients, on n'essaie pas non plus ... surtout pas leur mentir parce que de toute façon la relation serait vouée à l'échec. Que ce soit un patient psychotique ou un patient euh... en soin somatique bah il est traité de la même façon. Après on prend la personne dans sa globalité et enfin ... j'aime pas quand on réduit les personnes à leurs pathologies en fait, c'est pas le psychotique c'est la personne qui souffre de psychose et qui est à l'hôpital pour ça. Mais en aucune façon je réduis les personnes à leurs pathologies, ça c'est une règle et je pense que si on prend la personne dans sa globalité avec ce qu'elle est, ses hallucinations si elle en a. (...) La relation forcément elle est très prenante quand vous êtes dans un centre depuis 5-6 ans et bah oui les soignants tournent tous les 4 ans mais, quand ça fait 4 ans que vous avez les mêmes soignants forcément il y a un lien qui se fait, même si c'est la relation soignant-soigné euh... voilà il y a ce lien qu'il faut essayer de garder bah je dirais pas trop envahissant ni pour le soignant dans la vie du patient mais il faut pas que le patient soit envahissant dans la vie du soignant. »

	<p>« Déjà moi quand j'ai un nouveau patient qui arrive que je ne connais pas déjà je vais m'enquérir de son dossier informatisé, déjà... après si on peut avoir un retour du médecin c'est bien, après c'est vrai qu'ici c'est des patients que je connais tous la plupart depuis un certain temps on va dire même des patients qui arrivent après quand on passe 15 ans dans un endroit on commence à connaître pas mal de monde. (...) Déjà ce qu'il faut se dire c'est que c'est des adultes, c'est pas parce qu'ils sont malades qu'il faut les traiter différemment, donc moi (...) Voilà moi je lui parle d'un adulte à un adulte, je lui parle de ce qu'il a envie de parler, souvent c'est des gens qui ont même des connaissances tout ça, donc si ils veulent me parler de certaines choses moi voilà. Et puis je pense que la relation elle se fait comme ça quoi, comme je dis ce sont des adultes avec un parcours avec une maladie qui s'est déclarée, moi je les prends vraiment comme si c'était une personne lambda sans pathologie. »</p>
<p>Délire et relation thérapeutique</p>	<p>« A bah oui, de toute façon oui, euh... déjà ça dépend de lui dans quel état je disais de santé il est au niveau de sa santé mentale. Si par exemple il a un délire ou quoi que ce soit déjà de base euh... si tu ... alors déjà il ne faut pas rentrer dans son délire ça c'est sur mais il ne faut pas non plus essayer de l'en écarter complètement sinon tu vas euh... foutre en l'air ta relation soignant-soigné. Mais euh... je pense que si tu arrives quand même déjà à comprendre son délire tu peux mettre de côté déjà certain piège qui risque de tout foutre en l'air avec lui. Du coup en fait il faut déjà comprendre lui quelle est la nature de son délire, et après tu peux commencer à travailler des choses avec lui. Pour moi c'est important. »</p> <p>« Alors non, si on accepte que ce qu'il vit lui c'est réel en fait, voilà si d'un coup nous on se dit bah non ce que vous voyez ce n'est pas vrai etc. bah là forcément ça marche pas parce qu'on ne le croit pas, par contre si on arrive à prendre conscience que ce qu'il vit lui est réel, c'est pas notre réalité mais c'est pas grave, ce qu'il vit lui est réel heu... déjà la relation de confiance ce fait. C'est juste que je pense que si on fait trop directement dire ; non ce que vous dite c'est pas vrai etc. si on veut trop encrer dans la réalité ... Enfin la nôtre heu... ça va être beaucoup plus compliqué d'entrer en relation avec lui oui. (...) Nous on a notre réalité et lui il a la sienne heu... enfin ce que</p>

	<p>psychiquement il a quoi. Pour lui c'est réel, et nous on va lui dire non non c'est pas vrai bah si c'est réel pour lui et il souffre de ça enfin je veux dire c'est ne souffrance pour lui, et quand on est infirmier il faut partir de la souffrance du patient de ce que vit le patient, donc bon bah lui il souffre et ce qu'il vit pour lui est réel. Après les traitements feront que ça le sera plus mais... »</p> <p>« On essaye de démontrer ce qu'il entend, ce qu'il voit parce que clairement lui il se construit avec ça et ça pourrait lui faire peur que je lui dise que ça n'existe pas. (...) alors leur réalité est très différente de la nôtre mais c'est très objectif hein... deux personnes lambda qui ne sont pas atteints de psychose vont déjà avoir une différenciation enfin... on n'aborde pas les choses de la même façon avec une personne souffrant de psychose bah ça va être la même chose. Après lui c'est ça réalité donc ça sert à rien que j'essaie de lui démontrer que la mienne est meilleure que la sienne parce que c'est absolument pas sa réalité à lui, donc derrière j'aurais pas d'adhésion au soin. Après on sait que quelqu'un qui a des hallucinations quelles qu'elles soient et tout, elles peuvent être à bas bruit mais il faut qu'elles soient là parce que la personne lui ça l'englobe et ça ne fait qu'un tout avec lui et si jamais par les traitements on enlève ses hallucinations bah les personnes peuvent être perdues et la y'a plus d'adhésion aux soins. »</p> <p>« Je sais que si la personne est délirante par exemple, pour moi le délire je joue pas dessus, j'essaie de la faire revenir des fois dans la réalité mais si il n'y a pas de répondant je laisse faire. (...) Moi j'y fait attention, mais ça ne va créer aucune barrière avec moi, ça n'empêchera pas la relation qui peut s'établir. »</p>
<p>Place des activités thérapeutiques en psychiatrie</p>	<p>Activité thérapeutique en psychiatrie</p> <p>« Alors pour moi c'est super important, bah déjà en temps qu'aide-soignant euh... bah ça représente peut-être 70% de mon taf. Du coup euh... quand je suis au boulot je sais que moi les activités j'en planifie quasi</p>

quotidiennement, après ça dépend bien sûr du service en lui-même, des pathologies aussi des autres patients parce que il y a des patients qui prennent beaucoup de place et du coup on a pas trop le temps de faire des activités, mais la plupart du temps moi j'en fait relativement quotidiennement parce que ben c'est ... ça permet de créer déjà un lien avec lui autour d'une activité et c'est à partir de cette activité là qu'on commence vraiment à faire des observations en fait euh... pour le patient quoi. »

« Alors vu que je suis en hôpital de jour (rire) c'est juste énorme, euh... en fait on le fait indirectement parce que quand il y a les repas thérapeutique, on le fait déjà euh... quand euh... tout est un peu activité parce que même quand il font leur toilette des fois on est à coté on est pas en train de faire à leur place, on se sert de quelque chose... en fait le terme activité c'est juste ce servir de n'importe quoi pour entrer en contact avec le patient, si c'est juste un accompagnement ça reste quelque chose de thérapeutique. Et résultats le fait de pouvoir faire des activités que ça soit par le jeu, que ça soit par n'importe quoi ça peut être faire un pilulier etc. ça permet justement de créer autre chose avec le patient, (...) Nous ont fait que ça, alors pas que ça parce qu'il y a des moments où il n'y a pas d'activité après faut savoir que les activités c'est un temps limité (...) chez les névrosés ça marche bien, les patients psychotiques c'est un peu plus compliqué parce que forcément on ne sait pas ce que ça peut renvoyer, après ça dépend quelles activités aussi. »

« Alors, pour moi c'est une prise en soin globale, les entretiens sont importants, mais le gros du travail pour moi à l'hôpital de jour c'est les activités, les médiateurs de soins, ils sont pas choisi au hasard, ils font l'objet d'une prescription médicale, d'une discussion en équipe, derrière il y a des objectifs bien ciblé pour le patient. Il peut y avoir des objectifs globaux également, un patient peut être orienté à l'hôpital de jour pour des soins d'hygiène par exemple, et à côté de ça on va travailler tout ce qui est angoisse et tout ça par d'autre médiateur. Après chaque patient a ses objectifs individualisés, y en a des globaux mais y en a des individualisés aussi et euh... une activité poterie va pas correspondre à toutes les personnes. Donc ça s'est vraiment discuté, par contre c'est notre travail à 100%, on est

dans l'entretien, parce que même en utilisant un médiateur de soin les patients se livrent aussi, parlent de leur ressenti, on peut voir si la personne elle est anxieuse et donc de là on peut amorcer un discours avec la personne et puis voilà pour moi c'est je dirais à 80% 85% du travail, les activités... sinon il n'y aurait pas d'hôpital de jour. »

« Pour moi c'est pas assez exploité, je pense qu'on pourrait faire encore plus, moi je vois rien qu'ici une époque on était trois infirmières d'activités et aujourd'hui il y a plus que moi. C'est dommage, parce qu'à travers les activités on peut euh... alors ça peut être thérapeutique, occupationnel, on a des patients qui sont complètement transformés des fois, certaine fois ça les poses pendant un temps, on arrive quand même à travailler beaucoup la concentration, la mémorisation euh... la relation soignant-soigné, la relation soigné-soigné aussi. Pour moi mon vécu actuellement c'est pas assez exploité, bah je bouche les trous ce matin il manquait quelque chose dans un service, on m'a dit bah vas-y, actuellement par exemple j'aimerais faire des choses pour Noël mais j'ai pas le temps, on me laisse pas le temps de le faire. C'est dommage parce que je pense que à travers ces activités on pourrait avoir plein de chose, à un moment donné j'arrivais à faire des repas thérapeutiques ou une fois par mois des gâteaux, bah je peux plus, on ne me donne plus le droit et on me dit pas pourquoi. Alors que il y a un mois et demi on a pu faire un repas thérapeutique avec un patient qui dici peu devrait retourner dans son domicile, et on voulait savoir si il en était capable quoi, ça fait trois ans et demi qu'il est hospitalisé, avec un passage dans le coma aussi, et aujourd'hui il est sortant sûrement en début d'année prochaine, ou il en est ? Eh bien à travers ça on a pu voir qu'il était largement capable de se faire à manger, de gérer ses achats de nourriture, donc ça a permis des choses. Et puis pour d'autres aussi, ça va être pour des patients assez pragmatiques par exemple, qui passent leur temps dans leur lit à rien faire, et bien à l'activité j'ai pu voir qu'ils étaient capables de faire la vaisselle ou de prendre le balai, on voit alors qu'ici on leur en fait trop, ils sont capables mais comme on leur fait bah ils font pas plus et ils ont raison. Donc voilà, alors j'entends c'est compliqué au niveau des ressources humaines, mais pourquoi au détriment des activités ? Alors qu'on voit plein de choses à travers les activités, hier matin j'étais en activité avec un patient qui est hospitalisé depuis 5 ans et demi, qui psychologiquement ne bouge pas et bien hier on a fait une activité dans laquelle on le sentait encore sur la réserve même

	<p>après la dixième séance, donc on faisait de l'ergothérapie, c'était sur la politique et bien c'était très intéressant pour lui parce qu'il me la dit, mais moi aussi derrière j'ai pu voir qu'il était très très délirant. (...) les patients sont demandeur d'activité, je dis pas tous hein... mais il y en a certain qui vont me demander on fait quoi aujourd'hui, ou ah vous n'étiez pas là hier. »</p>
<p>Activités thérapeutiques ou occupationnelles</p>	<p>« Ouais... oui, oui (rire) bien sûr, les activités occupationnelles ça va vraiment être euh... en fait pour moi chaque activité occupationnelle peut avoir un intérêt thérapeutique mais tout dépend en fait comment on les met en place. Moi je sais que quand je travaille euh... je vais prendre un groupe de patient en essayant de cibler certaines pathologies en fait ou certains comportements de patients, qui me permette de mettre en place déjà une activité avec eux. Après le caractère thérapeutique de l'activité en fait il va se retrouver euh... par exemple, un exemple très très simple euh... je me souviens d'une activité que j'avais planifié alors euh... sur peut être deux semaines parce qu'il y avait beaucoup de chose à préparer. Mais en gros j'avais emmené un groupe de patients, donc on était 6 patients pour 2 soignants, c'était moi qui avais préparé l'activité, on devait les emmener à la plage, pour manger une glace., pour euh... aller à la plage et tout. Ça c'est ce qu'on pourrait dire une activité occupationnelle mais en fait l'intérêt thérapeutique c'est que le groupe de patient que j'avais choisi, c'était que des patients euh... en dépressions, du coup qui avait beaucoup de mal à se confronter au monde extérieur, ils subissaient le regard des autres et compagnie. Donc déjà c'était une espèce de stress test pour les mettre en situations en fait, les amener justement dans un endroit où il y a du monde ce qui était le cas ce jour-là, voir un petit peu leurs comportements, comment ils réagissaient à la foule tout ça, et après évaluer aussi leurs capacités à prendre des décisions. Par exemple arrivés à la plage on a demandé euh... qu'est-ce que vous voulez faire. Alors déjà de base le dépressif, enfin le patient dépressif, il a beaucoup de mal à prendre des décisions par lui-même donc euh... même ce qui d'ordinaire devrait lui plaire et</p>

l'aider bah... malheureusement il a tendance à... l'oublier quoi, il a du mal en fait à se rappeler des choses qu'il aime et à y retrouver de l'intérêt. Du coup ce genre d'activité là pour moi ça a un intérêt thérapeutique parce que justement on va les remettre dans une situation avec des moments qui peuvent leur plaire, genre boire un café en terrasse, écouter le bruit des vagues tout ça, mettre les pieds dans l'eau. (...). C'est ça de prime abord on peut se dire, ... bah super ils vont à la plage ... alors que non il y a vraiment un intérêt thérapeutique derrière ça parce que eux ça leur permet de justement se confronter à tout ça et au retour nous justement insister sur le fait que ça s'est bien passé finalement ou alors au contraire bah là vous avez eu des difficultés mais vis-à-vis de quoi est-ce que vous pouvez m'en parler un petit peu plus. Et en fait à partir de là on voit un petit peu, on peut juger le niveau entre guillemet, où est ce qu'ils en sont au niveau de leur dépression, est ce que, ils sont très bas et rien ne leur plaît, rien n'arrive à les motiver, il n'y a pas de petites étincelles dans leurs yeux ou quoi que ce soit quand ils arrivent à la plage, ou au contraire il y en a certains que ça va carrément débloquer. Je me souviens d'un patient que ça avait débloqué le fait de sortir, aller à la plage et tout, ça lui avait donné vachement de confiance en lui, parce qu'il se disait, bon bah finalement ça va cette journée-là elle s'est bien passée alors que je la redoutais énormément et après il a été plus enclin à faire plus d'activité. »

« L'objectif qu'on y met, si c'est thérapeutique c'est qu'on a un objectif, si c'est occupationnel c'est juste pour passer le temps et heu... j'ai du mal à me dire qu'il n'y a que de l'occupationnel parce que même si on fait une activité qui a l'air de rien, il y a toujours quelque chose à observer donc heu même si on dit tient on fait une partie de carte bah on va observer plein de choses quand même, comme la concentration le fait de rester avec nous, comment il rentre en contact avec les autres heu... ça peut être tout bête, ça marche aussi dans les jeux qu'autre choses si on joue aux petits chevaux et ben il faut attaquer l'autre personne il faut manger le cheval de l'autre etc. et du coup il y a plein d'interaction donc il y a plein de chose à voir. Occupationnel du coup je suis pas trop sûr que ça existe en psychiatrie après à l'extérieur oui mais il y a toujours un but à ce qu'on fait, enfin moi je pense. Après si on fait une

	<p>activité avec le patient et qu'on n'en tire rien bah ça reste de l'occupationnel si par contre on se met à observer pendant l'activité la ça devient thérapeutique. C'est l'objectif que le soignant met. »</p> <p>« L'Hôpital de jour, c'est pas de l'occupationnel ça c'est sur... voilà après certes il y a des patients pour qui c'est très compliqué de se poser en activité, là on est pas dans de l'occupationnel on est dans de a sociabilisations et aussi pour le soulagement de certaine famille. Mais on est absolument pas là pour occuper le patient, on est là pour du soin, on va utiliser de la poterie, euh... on a une activité marché donc forcément tes personnes indiquées à l'hôpital de jour pour cette activité là c'est pas des personne a qui aller faire leur course ça pose aucun problème, on a des personnes qui ne sortent plus de chez elles qui ont peur de la foule, qui n'ont plus de liens sociaux du tout, donc nous on essaie pas cette activité la euh... de leur redonner envie de faire des choses, un élan, reprendre confiance en eux, les remercier. Mais voilà on prend pas quelqu'un pour dire aller on va au marché ça va nous occuper. »</p> <p>« Alors on va dire que l'occupationnel c'est, tiens j'ai un peu de temps, j'ai deux trois patients qui s'ennuient et bien je vais les installer pour faire un jeu de carte. Alors que le thérapeutique il y a vraiment un cadre des objectifs derrière globaux et aussi par patient, alors que l'occupationnel même si derrière on a toujours des objectifs, on peut toujours voir des choses, c'est pas inutile. »</p>
<p>Activité thérapeutique pour renforcer la relation</p>	<p>« Bah on partage quelque chose avec lui tout simplement, on partage un moment qui peut paraître anodin mais ça à quand même un intérêt du coup thérapeutique et au niveau de la relation c'est vachement important parce que on créer un lien avec lui, un lien de confiance où il s'est sentie en sécurité avec nous justement sur quelque chose qui pouvait déjà lui faire peur et comme ça c'est bien passé bah... il nous fera plus confiance par la suite et du coup il sera peut-être un petit peu plus ouvert à la discussion et au soin. (...) ça peut complètement faire l'inverse bien sûr. Là je pars du principe que moi ça s'est bien passé. Sur l'activité du coup c'était bénéfique mais c'est vrai qu'il y a des</p>

moments par contre où euh... par exemple on choisit les mauvais patients à mettre ensemble pour l'activité, bah si il y a conflit pendant l'activité et ben ça va se répercuter sur notre relation soignant-soigné avec eux »

« Je pense que voilà par rapport au sujet je pense que les activités peuvent vraiment service d'outils dans la relation thérapeutique il n'y a pas que les traitements qui vont aider, elles vont permettre de mettre en confiance le patient à travers un médiateur entre nous deux. (...) Parce qu'on va rechercher une activité qui lui plait heu... donc déjà il sera peut-être un peu plus sensible et il aura moins de mal à venir à nous heu... parce que c'est peut-être une activité aussi qui ne mettra pas en difficulté le patient parce que si on choisit une activité qui le met en difficulté bah ça sera encore plus compliqué de rentrer en contact avec lui. Et puis parce que des fois on a besoin d'un support pour se dire bah ça va pas être nous directement il va pas se focaliser sur nous il va se servir de ce qu'on va lui apporter et au final nous on va être avec lui quoi ... mais ça sera pas une confrontation ça sera quelque chose qu'on fait ensemble. (...) Alors moi je dirais comme deux personnes qui seraient assise à cotes face a quelque chose, pour l'image que ça représente pas face à face avec l'objet au centre mais deux personne cotes a cotes qui sont en train de faire quelque chose. On est assis dans la même voiture et la voiture c'est le médiateur heu... voilà. »

« parce que même en utilisant un médiateur de soin les patients se livrent aussi, parlent de leur ressenties, on peut voir si la personne elle est angoissé et donc de là on peut amorcé un discours avec la personne (...) Forcément le patient va nous voir dans un autre cadre, donc il y a les murs, il y a le cadre, alors certain patients ont besoin d'un cadre, mais d'aller avec le patient dans d'autre lieu comme un centre commercial et tout, il est rassuré parce que il est avec son soignant entre guillemet, mais il fait comme tout à chacun, on essaie de tendre a une vie normal, la normalité est très subjective euh... qu'il essaie de se débrouiller sans l'hôpital de jour mais voilà ça se fait petit à petit, des personnes peuvent être la pendant 15 ans et après on va travailler a qu'ils aillent vers d'autre activité comme le CATTp mais toujours dans un cadre de soin au CMP. »

	<p>« A travers c'est activité on a certain patient qui sont complètement transformé vis-à-vis de ce qu'il peuvent être dans le service, des fois ca les poses et donc on va parler un petit peu, déjà on est beaucoup moins que dans un service où ils sont 26, c'est cadré, on choisit aussi les patients selon les pathologies, selon l'état du moment et puis bah souvent dans des petits groupes comme ça les patients se sentent plus à l'aise et il vont un peu plus aller vers le soignant, il se sentent plus en sécurité ».</p>
<p>Place du soignant</p>	<p>« Alors ça dépend des activités, il y en a ou je vais organisateur de l'activité, d'autre ou je vais juste accompagner parce que c'est à eux de faire l'activité et dans ce cas-là moi je ne prends pas part. Mais il y a des moments aussi où je participe aux activités, sur des duos, ça peut être euh... rien qu'une partie de Ping-Pong par exemple, je sais qu'il y a des collègues qui vont les laisser euh... échanger entre eux des balles quoi, alors que moi j'aime y participer justement. Parce que par exemple il y a certains patients qui vont être intolérants à la frustration, ils sont partis dans l'idée qu'ils vont gagner, ils sont dans la toute puissance et tout... c'est moi le plus fort, c'est moi le machin... moi j'arrive et si je sais que je peux les battre, bah je vais pas prendre de gants et je vais les battre. Je vais leur montrer que non, ils sont pas... voilà. Alors des fois ça peut être mal vu parce que ils vont dire c'est quoi l'intérêt de le frustrer tout ça. Mais en même temps quand il va être confronter à la réalité dehors quand il va sortir, la moindre petite frustration si jamais déjà il n'y a pas été confronté pendant sa période de soin, d'hospitalisation, et ben ça va partir euh... bah malheureusement très mal quoi et ça risque de repartir sur une hospitalisation. Le but c'est vraiment de toute façon de les préparer à un retour à l'extérieur une fois qu'ils commencent à être stabilisés. Et c'est là que les activités pour moi elles entrent en jeu et que c'est vachement important. »</p>

« Le rôle du soignant c'est de l'accompagner au maximum vers une sortie parce qu'on ne peut rester à vitam aeternam dans un hôpital de jour, l'accompagnement peut se faire sur des mois, quand la personne rentre on a très peu d'objectifs de durée, c'est au bout d'un certain temps qu'on va voir l'évolution et qu'on va se dire tient cette personne là il y a un mieux ça serait bien de l'accompagner, de se séparer des soignants. (...) A l'hôpital de jour on ne fait jamais une activité tout seul, on est toujours deux, même si on a trois patients, un service de 20 patients quand on a que du soin somatique c'est gérable en psy c'est pas gérable, parce que potentiellement à tout moment ils peuvent ne pas être bien et avoir besoin d'une écoute active tout de suite. »

« Ça dépend sur une session d'une dizaine de séance on va dire sur les premières séances on est assez acteur et puis des fois au bout d'un moment on l'est un peu moins, on est plus accompagnateur. Ça dépend un petit peu du style d'activité, l'objectif aussi. Même lors d'une séance je peux commencer actrice et finir accompagnatrice. »

Expérience personnelle du jeu vidéo

Expérience de joueur

« Ah bah moi ça prend une part importante (rire) on va dire dans ma vie. Après euh là je suis en période de cours donc c'est très compliqué pour moi de trouver du temps, de dégager du temps pour le faire. Mais je sais que ça me manque quand même entre guillemet parce que pour moi c'est ... bon déjà c'est un loisir, ça on est bien d'accord là-dessus. C'est un moment que je peux partager avec des amis parce que je joue en ligne avec des potes, et euh... je sais que mon planning ne me permet pas de faire des soirées euh... de voir à l'extérieur mes amis en fait et pour moi les jeux vidéo c'est un moyen de garder aussi un lien social avec eux quoi, partager quelque chose, une activité du coup, et oui j'en ai besoin quand même. (...)j'ai des périodes je sais qu'il y a des moments où j'aime bien jouer à des jeux solos pour euh... ça peut être pour un scénario, ça peut être pour la musique qui va avec le jeu, ça

peut être pour l'ambiance du jeu ... là je suis sur un jeu honnêtement, le Gameplay, la façon de jouer est très basique, mais le scénario la musique, l'univers me plaît tellement que ouais ça me fait voyager ça me fait sortir un petit peu des fois (silence) bah de la réalité, du stress, les examens, le quotidien tout ce qu'on peut avoir du côté perso tout ça. Et c'est vachement important du coup. (...) je compare même complètement ça a un film parce que du coup, en plus c'est encore mieux parce que c'est un film dont on est le héros. En fait on prend part à l'histoire, c'est nous qui décidons comment ça va évoluer et euh... ouais moi c'est vraiment ce qui m'intéresse, alors après ça c'est les jeux solos mais je joue beaucoup en multijoueur avec mes potes (silence) enfin je jouais (rire). Et du coup oui là c'est encore plus intéressant parce que y a une espèce de challenge de plaisir à se confronter à des gens qui sont souvent plus forts que nous euh... pour s'améliorer (...) la plupart des jeux auxquels je joue quand je joue avec mes amis de toute façon c'est compétitif, on joue en équipe contre d'autres équipes, et on gravit des échelons ensemble, on s'entraide ensemble, c'est ça qui est intéressant justement. »

« Euh ... moi j'y joue pas mal quand même (rire) j'y joue pas mal surtout le soir dans un... plutôt dans la détente et heu j'étais beaucoup jeu je pense très individuel à une époque parce que on avait pas le choix il y avait pas internet tout ça. Aujourd'hui si je dois ... si je dois lui donner une position c'est surtout un moyen d'être avec tout le monde parce que maintenant on est un peu à des kilomètres différents voilà avant on pouvait juste s'appeler je pense que maintenant on peut arriver à se détendre et jouer, en même temps partager un moment avec les autres et aujourd'hui les jeux solo j'y joue jamais maintenant c'est très rare et je suis très jeu multijoueur, parce que voilà heu ... j'aime bien parler avec les autres... mais je suis un gros gros consommateur de jeu vidéo quand même. (...) Alors une partie de plaisir, toujours la recherche de performance un petit peu... mais j'aime bien le principe de dire on va travailler en équipe et puis on va faire quelque chose. J'aime bien la compétition et la coopération en même temps, le fait de se dire j'ai fait une belle action après qu'il y ait concrétisation ou pas c'est pas grave ... mais voilà un objectif qu'on

	<p>réussit mais qui est fait n'importe comment ça m'intéresse pas quoi... peu importe le jeu j'aime l'action collective, je vais citer une chanson mais (rire) ce qui compte c'est pas l'arrivée c'est la quête. »</p> <p>« Alors les jeux vidéo euh... jamais tenue une manette, à l'époque nous c'étaient les petites consoles Donkey Kong et c'est tout ce qu'on avait, il y a une dizaine d'années il y a eu les Nintendo, donc les enfants avaient une Nintendo donc, moi je faisais beaucoup de jeu de mémoire dessus après jeu vidéo oui il y en a sur les téléphones donc ça m'arrive de faire un scrabble et tout ça. »</p> <p>« Alors moi j'ai eu une Gameboy (rire), la Gameboy en couleur euh... sinon on va dire je connais la Wii, je connais la Switch, un petit peu la PlayStation. »</p>
<p>Comportements à risque</p>	<p>« Alors (silence), ça c'est un sujet qui est compliqué parce que pour moi en fait tout ce qui est violence et addiction c'est euh... pour moi c'est une façon un petit peu de diaboliser le jeu vidéo pour des gens enfin par des gens qui n'y jouent pas. Qui ne savent pas forcément comment ça se passe, qui n'ont jamais en fait ressenti le besoin de jouer, ils sont souvent sur d'anciennes valeurs, lire des bouquins des choses comme ça, enfin bon il y a des bouquins très violents aussi. Euh... Rien que la télé, le cinéma ça on en parle pas mais il y a des films violent tout le temps, l'accès à internet permet aussi que ce soient des enfants ou des adultes de trouver du contenu violent. Enfin je veux dire ils ont pas besoin de jouer aux jeux vidéo pour se retrouver face à la violence. Et... alors je suis conscient qu'il y a des jeux bien sûr qui sont violents, mais c'est comme un film en fait, on vous oblige pas à y jouer et il n'y a pas que ça, au contraire il y a des jeux qui peuvent être très créatifs comme Minecraft par exemple, je sais que sur des enfants le fait de faire de la construction... enfin je veux dire pour moi il n'y a pas de différence entre jouer à des Lego ou jouer à Minecraft (...) il y a toute la connotation aussi, c'est jouer sur des écrans, ils sont déconnectés du monde réel. Enfin, moi j'ai un petit quand il joue dans sa chambre avec ses dinosaures ou quoi que ce soit, il est complètement déconnecté aussi du monde réel, il joue il se fait des histoires et tout. C'est pas une mauvaise chose</p>

de se déconnecter, au contraire. Quand on est dans certains jeux vidéo il y a un aspect créatif qui justement n'est pas freiné par les contraintes du réel en fait, c'est ça le truc, ça nous donne des outils supplémentaires pour être encore plus créatif. Prenons un dessinateur va avoir une certaine créativité ils vont le faire sur du papier et compagnie, et ceux qui utilisent une interface graphique par des ordinateurs ou des tablettes graphiques et qui à partir de la font des trucs complètement fous aussi, c'est pas l'écran qui va poser problème et les empêcher d'être créatif, c'est un outil supplémentaire pour. De toute façon avec notre société on est obligé d'utiliser de écrans, ça nous donne un outil supplémentaire avec des contraintes en moins. (...) Pour moi il n'y a pas de contraintes dans les jeux vidéo mais il y a des risques bien sûr, la dépendance et l'addiction c'est vachement important parce qu'il y a des jeux comme Fortnite avec des systèmes ou il n'y a pas de fin au jeu vidéo ou ça va être un recommencement perpétuel de partie pour toujours monter plus haut, c'est l'aspect compétitif bien sûr. Moi je joue à des jeux compétitifs, il peut y avoir bien sûr une dépendance dans le sens ou on veut toujours aller plus loin et quand on se retrouve face à des gens beaucoup plus fort que nous et ben on veut s'entraîner pour monter toujours toujours plus haut, ça demande du temps, c'est chronophage on est d'accord. Après libre à chacun d'utiliser son temps comme il veut. »

« Par rapport à la violence, je pense que ça a rien à voir, je l'écarte tout de suite parce que dans ce cas-là on peut mettre les films, les séries etc.... et quand on voit l'évolution des séries et des films heu... j'ai toujours l'image des super héros en collants et puis les super héros d'aujourd'hui ou tout est vachement sombre, les jeux vidéo c'est la même chose ça c'est juste adapté à la société, dans ce cas-là on a qu'à allumer la télé c'est la même chose. euh.. donc non les jeux vidéo après on va dire que les jeux vidéo c'est plus subjectif dans le sens ou on incarne les personnes mais je pense qu'à un moment donné si on devient violent c'est qu'il y déjà des problèmes autre part et c'est pas le jeu vidéo ... en fait le jeu vidéo va juste révéler quelque chose qui existe déjà. (...) Concernant l'addiction, pour moi c'est un peu la même chose si on fait une addiction au jeu vidéo on peut la faire pour autre chose enfin je veux dire heu... alors évidemment les jeux vidéo ça a une image un peu clichée dans la société qui dit Ah lui il joue aux jeux vidéo toute la journée, je vois pas comment il va pouvoir travailler, oui mais bon je sais pas, il fait des

	<p>constructions d'allumettes toute la journée il travaillera pas plus quoi... Donc heu... non si à un moment donner on joue 15h par jour au jeu vidéo on fait pas autre chose ... alors si on a la possibilité de faire autre chose et qu'on le fait pas là je me dit ... je suis pas trop concerné par ça moi c'est vrai que je peux avoir une semaine sans jouer ça me gêne pas, mais après contre faut faire autre chose a côté. »</p> <p>« Je trouve qu'on s'isole en fait euh... on fait une partie sur son téléphone on parle à personne, on est tout seule, alors certes quand on attend dans une file d'attente bah ça fait passer le temps mais pour moi prendre un bon bouquin c'est mieux. (...) L'addiction elle est réelle, j'ai un fils de 22 ans qui est très manga, donc euh... passer beaucoup de temps au confinement déjà sur ses cours sur ordi en prépa, son temps libre c'était lecture de manga sur téléphone et il aime beaucoup jouer avec des amis sur des plateformes en lignes et tout ça, toujours avec des gens qu'il connaissait et en écoutant des podcasts de Twitch ou je sais pas, de chose d'actualité mais en jouant en même temps. On s'apercevait que dans une journée si on enlevait son temps de sommeil, il pouvait être plus de quinze heures sur les écrans, alors on avait beau lui dire fait attention parce que nous on trouve que c'est beaucoup, alors il dit qu'il lit, il lit sur téléphone mais il lit, il va aussi sur ses cours, mais on sentait dans sa façon de nous parler tout ça, on sent une agressivité quand même. Et pour moi c'est un repli sur soi parce qu'en fait il sort pas il voit personne, après c'est aussi sa personnalité qui est comme ça mais ça ne l'aide pas, alors il joue avec ses copains même s'il les voit pas mais ça reste à travers l'écran et pour moi il ne fait rien sans écran. »</p>
	<p style="text-align: center;">Le jeu vidéo, activité thérapeutique</p>
<p>Médiateur vidéoludique</p>	<p>: « Alors oui, potentiellement oui, parce que comme je le disais tout à l'heure il y a vraiment un rapport avec les autres en psychiatrie qui est assez compliqué pour certain patient et euh... le fait de se mélanger en fait avec d'autre patient ça peut les effrayer, ils peuvent se sentir mal à l'aise, inconfortable d'être entouré d'autre patient. C'est le fait de ne pas faire une activité seule mais de pouvoir jouer avec les autres qui peut représenter un intérêt. Après tout le côté créatif permet aussi des fois d'exprimer ce qu'ils ressentent d'une autre façon. Je sors du cadre des jeux vidéo</p>

mais par exemple l'art thérapie qui va emmener le patient à développer sa créativité pour exprimer ce qu'il ne peut pas dire à l'oral, et des fois on peut retrouver ça dans certains jeux vidéo, je sais qu'à l'hôpital de jour on utilisait pas mal la Wii pendant un moment, bon après les contraintes budgétaires font qu'on peut pas non plus avoir toutes les consoles. Mais pour moi il y a un intérêt, c'est pas juste de l'occupational après tout dépend aussi du cadre, il faut un cadre derrière tout ça pour que va puisse avoir un intérêt thérapeutique. Choisir les bons patients pour pouvoir y participer et rechercher l'intérêt thérapeutique derrière ça. (...), par exemple un patient schizophrène qui a des hallucinations auditives peut se retrouver à faire des barrages par moment et à couper toute concentration parce qu'il étend des voix au côté de lui. Justement le fait de jouer à un jeu vidéo, peut soit l'aider à se concentrer sur un moment et puis essayer de mettre de côté toutes les voix et le moment où on le voit ne plus réagir ou ne plus être concentrer sur le jeu vidéo bah on peut se dire tient la justement il a des épisodes d'hallucinations auditives et du coup le notifier et puis c'est quelque chose qui peut être redit aux transmissions, que pendant l'activité on a observé des moments où il y a eu des barrages et que même si il disait par exemple qu'il n'a plus de voix bah nous on sait que c'est un mensonge par ce qu'on l'a observé. »

« Et oui, nous on le fait ... alors on le fait mais peut être avec des jeux vidéo pas heu... nous on a parlé des jeux vidéo des jeux de tire etc... Ça on fait pas trop parce que on sait pas ce que ça peut renvoyer le fait pour la personne de tuer quelqu'un, le fait de de se faire tuer aussi ça peut être compliqué. Donc généralement ça reste des choses heu... nous on est resté sur tout ce qui est Nintendo Wii par rapport au jeu de sport, aux jeux d'agilités, de motricité etc... Mais on peut être bien aussi ne pas être dans le réel, moi j'ai connu une patiente qui était à fond sur le seigneur des anneaux alors on pourrait se dire au niveau du délire elle doit partir dans des choses ... incroyable, et pas du tout. Ce qui pourrait me gêner moi sur des personnes psychotiques c'est de voir des jeux trop réels qui pourraient renvoyer à des choses .. Voilà. Mais si ça peut leur servir d'exutoire pourquoi pas mais heu ... nous c'est plus sur des choses ... on peut pas véhiculer la violence à l'hôpital, donc on passe par des jeux qui sont plus classiques et heu ... et on va dire (silence) bah... moins violents tout simplement mais c'est pas parce qu'on veut pas c'est parce

que par rapport à la population qu'on a et à l'hôpital il y a des choses que l'on ne peut pas véhiculer. On ne peut pas mettre un jeu de guerre à l'hôpital par contre on peut mettre un jeu de tir à l'arc, là sa marche, il n'y a pas d'image associée, mettre un fusil dans les mains c'est autre chose mettre un arc dans les mains ça gêne pas, donc on la déjà fait nous on a fait avec le tir à l'arc le kayak, le bowling ça marchait toujours très bien heu... parce qu'en plus ça rapproche de ce qu'on va aller faire plus tard c'est à dire aller dans une vraie salle de bowling et faire un vrai bowling... mais on sollicitait des choses plutôt moteur et d'attention et de concentration. Après ça c'est sur la Wii sur autre chose ça peut être sur la concentration, les réflexes, s'adapter à une situation parce que les jeux vidéo ça évolue enfin c'est pas comme un film qu'on subit, c'est quelque chose qu'on fait évoluer, et après... doit y avoir d'autre chose mais ça dépend vraiment des personnes en fait, parce que quand c'est un jeu multijoueur ça peut être les interactions sociales ça peut être comment il réagit à la frustration, comment il réagit au fait de perdre. (...)

« Alors on utilise la Wii à l'hôpital de jour, alors pas toutes les semaines, parce que les patients aiment bien se dire on fait une partie de bowling sur la Wii, quand il fait mauvais qu'on a pas l'occasion avec le Covid d'aller faire une vraie partie de bowling, d'aller faire du bowling ou de faire un jeu de fléchette et tout ça sur Wii, oui ils aiment bien. Après voilà ça reste cadré. (...) Souvent c'est quand on est en objectif réduit ou qu'on ne peut pas sortir en extérieur parce qu'il pleut, et ça permet aussi de voir la personne au niveau de la finesse parce que quand on doit jouer au bowling y a des conseils y en a qui les écoutes d'autres non et comment il s'intègre au sein d'un groupe aussi, parce qu'on joue à plusieurs on peut aussi jouer en équipe, voir les interactions euh... c'est pas toujours les mêmes qui jouent ensemble voilà on essaie de mixer un peu et voir les interactions qu'il peut y avoir les uns avec les autres. »

« Moi je l'utilise un petit peu la Wii avec quelques patients donc avec certain c'est compliqué le rapport à... parce que la médiation c'est la console vidéo/ l'écran et chez certain psychotique c'est compliqué. La première séance il faut qu'il regarde ce qu'il se passe et au fur et à mesure il commence à connaître l'objet, certain ne savent même pas

	<p>ce que c'est une console, je dis pas tous hein ! On a un jeune patient qui vient d'arriver, il a une petite trentaine lui il a une Switch voilà, mais la plupart des autres patients ils ne connaissent pas. (...) nous c'est une Wii qu'on utilise y a le jeu des sports donc souvent on prend tennis ou bowling des choses assez simple et ça va. Au niveau des objectifs qu'on va chercher déjà la relation, ils sont deux donc on les fait jouer à deux, donc la relation soigné-soigné, soignant-soigné aussi, la concentration c'est surtout sur ça qu'on travail et puis par exemple je vois pour un patient il était demandeur d'avoir une console pour Noël et finalement quand on a fait un essai on a vu eu ça allait pas le faire. J'ai utilisé le jeu vidéo en RPS aussi, je pense d'ailleurs que la Wii vient de là. On l'utilisait au niveau de l'équilibre et je sais que chez les ergo ils utilisent la Kinect de la Xbox pour travailler la préhension, l'équilibre avec la caméra de mouvement pour la motricité et tout ça. »</p>
<p>Rapprochement avec d'autres médiateur de soin</p>	<p>« Comme les jeux de société, parce que on en fait beaucoup à l'hôpital de jour, et ça permet une sociabilisations parce que voilà ils ne se parlent pas ils sont assis à un coin de table et ils attendent que l'activité vienne. Et maintenant ils arrivent à prendre un jeu pour pouvoir jouer ensemble et ça c'est important parce que généralement c'est des personnes qui sont seules au domicile qui n'ont aucun contact avec l'extérieur hormis l'hôpital de jour et euh... moi de les voir prendre un jeu et de le partager ensemble, je kiff, je me dis si on a réussi ça c'est bon. »</p> <p>« Pour moi un jeu vidéo et un jeu de société c'est quasiment la même chose sauf que vous avez l'aspect ou l'imagination peut être transposée sur l'écran que sur un jeu de société si vous avez pas l'imagination qui va avec vous allez rien faire et heu... donc voilà mais c'est pareil y a la frustration de perdre, la victoire, le jeu en coopération, le jeu individuel, le fait de manger l'autre y en a pour qui c'est gênant de battre une personne donc ils font exprès de rater pour ne pas gagner, on l'a vue ça, avec les petits chevaux, je ne veux pas manger l'autre petit</p>

	<p><i>cheval. Ou alors les cartes dans les jeux de société ou on peut mettre une pénalité à l'autre, bah non ils ne veulent pas l'utiliser. »</i></p> <p><i>« au contraire il y a des jeux qui peuvent être très créatifs comme Minecraft par exemple, je sais que sur des enfants le fait de faire de la construction... enfin je veux dire pour moi il n'y a pas de différence entre jouer à des Lego ou jouer à Minecraft »</i></p>
<p>Risque et limites de la médiation vidéoludique</p>	<p><i>« Les activités c'est un peu sur des volontariats aussi, un patient va avoir le droit aux activités on va proposer des activités, mais si il veut pas on va pas le forcer à en faire non plus. Donc si il se sent à l'aise et si il se sent capable en tout cas de jouer à la console... Si il la connaît ou quoi que ce soit de toute façon oui il sera surement d'accord pour en faire mais bon. »</i></p> <p><i>« Pas plus qu'ailleurs, je pense que la vie est bien plus dure que les jeux vidéo surtout maintenant, on m'aurait dit les jeux vidéo il y a 30 ans j'aurais dit ok, mais maintenant c'est quand même assez facilitant, la plupart des gens y joue. Les gens qui sont schizophréniques aujourd'hui ils ont minimum 18 ans, ils y ont déjà joué depuis très longtemps donc non, il y a quelques années j'aurais dit non ils sont pas habitués, mais là ils ont tous des jeux vidéo, ils savent très bien ce que c'est. Après c'est une évaluation avec les angoisses de chacun. Je suis pas sûr pour des joueurs réguliers pour la compétition avec le soignant peut être avec d'autre patient mais pas en duel parce que on commencerait dans quelque chose d'un peu bizarre de je t'ai battu... et y en a qui cherche ça en plus la compétition, alors que la coopération c'est quand même pas mal, ou alors faut jouer en compétition mais a plusieurs dans un groupe et sur quelque chose ou on est pas sûr d'écraser la personne tout le temps parce que si elle le vie mal ca n'a pas d'intérêt.(...) Après le principal c'est que ça les angoisse pas, si on voit que ça les angoisse pas il n'y a pas de</i></p>

	<p><i>raison de pas faire mais si on voit qu'il y a une angoisse on peut se dire bon ok ca c'est pas pour lui mais ça sera peut-être pour quelqu'un d'autre. »</i></p> <p><i>« Je dirais si on joue 45 minutes c'est bien, on n'ira jamais au-delà, et on ne leur laisse pas le matériel à disposition. Parce que voilà on peut aussi s'apercevoir que si on n'y arrive pas ça peut énerver, quelqu'un qui peut se sentir persécuté par les autres parce qu'ils gagnent et tout enfin ça peut vite partir en sucette et euh... bah derrière il faut gérer la crise. (...) Si demain on me disait tous les vendredis on joue à la Wii avec les patients, moi j'ai pas d'intérêt à jouer à la Wii avec les patients, oui une fois de temps en temps, mais je préfère aller vraiment au bowling, parce que on les confronte à la réalité, on les confronte aux bruits et a d'autres personnes qui jouent en même temps qu'eux et c'est aussi leur dire vous voyez ce que vous êtes capable de faire, vous avez le droit à ça aussi. (...) il faut aussi revenir à la réalité c'est des gens parfois qui on peut de moyen, leur dire vous voyez ça c'est facile c'est faisable mais qu'on sait qu'ils n'ont pas le matériel et pas les moyens de l'acheter ni les moyens cognitifs de reproduire et donc ça serait aussi les mettre en difficulté »</i></p> <p><i>« Au départ ça pose une petite difficulté quand ils ne connaissent pas. (...) Moi souvent quand je commence un cycle avec deux patients je fais sur une série de six séances, si je vois qu'au bout de la deuxième séance ça marche pas je change de patient, je vais pas continuer ça sert à rien. »</i></p>
<p>Ouverture</p>	
<p>Évolution du numérique en thérapeutique</p>	<p><i>« Alors ça, alors pour moi en fait le problème c'est le budget, je pense que le numérique peut avoir une place importante dans les soins que ce soit au niveau des jeux vidéo, de la télé ou même euh... je voyais tout ce qui est casque de réalité virtuelle, on en entend parler depuis des années et tout. Et c'est encore un petit peu réservé à des structures qui ont de l'argent, c'est ça le problème et c'est dommage qu'on puisse pas justement l'utiliser dans les soins (...) c'est un coût et malheureusement en fait on est capable de dépenser au niveau de l'hôpital beaucoup</i></p>

d'argent pour (silence) beaucoup de chose qui malheureusement seront pas forcément utilisées (rire) et je sais que ça c'est un budget qu'on mettra pas dans les jeux vidéo parce que ça reste encore d'ancienne mentalité. (Silence) D'ailleurs le casque de réalité virtuelle je me rappelle c'est dans les maisons de retraite que j'ai vu. Donc voilà et je pense que les gens qui dirigent les hôpitaux et allouent les budget c'est pas des gens qui sont au fait de l'évolution euh... du numérique et qui se rendent pas compte de l'intérêt que ça peut représenter d'un point de vu thérapeutique du coup pour moi c'est malheureusement pas un budget qu'on aura, et pour moi c'est dommage. »

« Donc on va partir sur la réalité virtuelle ? Ça va être ça je pense, alors ça je sais pas trop comment faire, je ... J'ai un gros doute sur les psychotiques et la réalité virtuelle. L'avantage des jeux vidéo aujourd'hui c'est que il a une manette dans les mains mais il a quand même son environnement qui existe autour de lui. La si on passe avec un casque de réalité virtuelle y a plus d'environnement en fait et là je me dis peut y avoir une angoisse qui arrive. Ça ça me fait peur, alors c'est une réserve personnelle ça veut pas dire que c'est pas bien, je ne sais pas. Sur les névrosés je trouve que c'est extraordinaire, en soin palliatif ça marche super bien mais parce qu'ils ont conscience que c'est un casque de réalité virtuelle, mais il y a déjà des psychotiques qui sont tellement agressés par la vraie réalité je me dis, ils ont du mal à se détendre alors avec un casque de réalité virtuelle je sais pas comment ils réagiraient, ça dépend peut être du jeu vidéo aussi si c'est quelque chose de relaxant je sais pas, après snoezelen marche bien donc pourquoi pas. »

« J'espère évoluer dans le bon sens et ne pas donner forcément une tablette, enfin voilà ça serait pousser à l'extrême mais là on n'irait pas vers une sociabilisations mais vers une individualisation et je pense qu'aujourd'hui les patients n'ont pas besoin de ça. Faut que ça reste un médiateur de soins comme on la aujourd'hui, ponctuel, ponctuel avec des objectifs globaux et pas individuels. »

« Moi je pense que tout ce qui est réalité virtuelle ça pourrait être utilisé je pense pour des gens qui ont des phobies sociales ou des syndrômes anxiodépressifs je pense que ça, ça pourrait être utilisé. Moi je fais partie du

comité de lutte contre la douleur et on aimerait utiliser musique care alors c'est pas vraiment du numérique mais on aimerait utiliser ce genre de choses et pourquoi pas des casques de réalité virtuelle pour la douleur psychique et physique. (...) pour les psychotiques cependant je pense que c'est compliqué, déjà eux leurs réalités est perturbées, je pense que ça les mettrait en difficulté, je pense que c'est mieux plus pour des névroses. »

DROITS D'AUTEURS



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 2.0 France** » disponible en ligne <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Plonger dans le virtuel pour partager du réel**Le jeu vidéo : objet de relation avec le patient atteint de psychose**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Caen

Résumé : Le ministère de la culture française reconnaît depuis 2004 le jeu vidéo comme un art et explique qu'il doit être reconnu en tant que tel, au même titre que la peinture, la musique ou même le cinéma. Mais comme ces derniers, le jeu vidéo peut-il être une activité thérapeutique en psychiatrie ? Tantôt décrié par les médias, tantôt adulé par les joueurs, j'ai essayé de démêler les véritables effets du jeu vidéo. L'élaboration de mon cadre conceptuel m'a amené vers l'un des intérêts principaux des activités en psychiatrie : la construction de la relation entre le soignant et le patient. Cette alliance est d'autant plus complexe à créer pour les patients atteints de psychose. Cela m'a également permis de comprendre les éventuels aspects thérapeutiques du jeu vidéo et du potentiel de l'activité vidéoludique en psychiatrie. Dans le but d'approfondir mon cadre conceptuel, j'ai effectué des entretiens avec des professionnels travaillant en psychiatrie, qui m'ont permis de comparer mes recherches théoriques à la véritable pratique. Ainsi d'après l'analyse de l'expérience des soignants sur la pratique des activités à visées thérapeutiques, j'ai compris l'intérêt de celles-ci mais aussi leurs limites. Alors quel est le véritable potentiel du jeu vidéo comme activité thérapeutique ?

Mots clés : Jeux vidéo, Médiation thérapeutique, Relation thérapeutique, Psychose.

Abstract : The French Ministry of Culture has recognized since 2004 the video game as an art and explains that it must be recognized as such, as painting, music or even cinema. But as this last, can video games be a therapeutic activity in psychiatry? Sometimes decried by the media, sometimes adored by gamers, I will try to unravel the true effects of video games. The elaboration of my theoretical writing has led me to one of the main interests of activities in psychiatry: the construction of the relationship between the carer and the patient. The construction of this alliance is even more complex for patients with psychosis. This also allowed me to understand the possible therapeutic aspects of video games and the potential of video game activity in psychiatry. In order to deepen my conceptual writing, I conducted interviews with professionals worker in psychiatry, which allowed me to compare my theoretical research with the actual practice in psychiatry. Thus, based on the analysis of carer's experience of therapeutic activities, I understood the interest of these activities but also their limits. So, what is the real potential of video games as a therapeutic activity ?

Keywords : Video Games, Therapeutic mediation, Therapeutic relation, psychosis