

Jeu-vidéo, groupe et polyhandicap : L'exemple de *Machinarium*, un conte de fée robotique

Kévin PIQUEMAL

« [...] le travail du thérapeute vise à amener
le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer
à un état où il est capable de le faire. »
D., WINNICOTT (1975, p.55).

Jeu vidéo et polyhandicap semblent être comme deux planètes distinctes avec peu de points communs. Si nous les observons attentivement, nous pourrions dire que la première est remplie d'images, de sons, de toucher, d'aventures multiples, d'un unique mode d'interaction avec le monde. La communication est identique pour tous, clairement établie, partagée, mais rigide. La seconde, quant à elle, renvoie à un écosystème fragile, à des moyens de communication brumeux et multiples, où les modalités d'expériences sensorielles partageables s'avèrent rares et précieuses.

J'aimerais ici témoigner de la rencontre, entre ces deux mondes : la mise en place d'un groupe thérapeutique utilisant la médiation du jeu vidéo auprès de personnes polyhandicapées. C'est donc après avoir parlé de la structure, puis présenté le polyhandicap, que je développerai la réflexion ayant amené la mise en place de cet atelier, afin de le décrire et de l'illustrer.

Le polyhandicap au coeur de l'institution

Cet article a pour point de départ un remplacement en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), accueillant une cinquantaine d'adultes, principalement en internat, réparti en cinq services chacun composé d'aides-soignantes, d'agents de soins et d'un éducateur spécialisé. D'autres professionnels interviennent sur l'ensemble des services : un pôle infirmier, des postes de kinésithérapeute, psychomotricien, ergothérapeute, psychologue, complété par des temps de médecin généraliste, et les personnes aux fonctions liées à l'administration, l'entretien ou la cuisine.

Le livret de « bienvenue » définit l'institution comme « accueillant des personnes lourdement handicapées, ou polyhandicapées ». Nous allons essayer de présenter les spécificités des « résidents », en nous attachant d'abord sur le concept de polyhandicap.

Vocabulaire typiquement français, datant des années 1975, 1980 il a des définitions multiples. Légalement le Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989. (article D.312-83) nous dit « [...] handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère

ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation ». Cette définition excluait les adultes, jusqu'à la loi du 11 février 2005.

Une autre définition me semble éclairante : « Ce sont des [...] adultes atteints de déficiences graves et durables dues à des causes variées, le plus souvent pré- ou périnatales, mais aussi acquises, oubliées à des affections progressives, maladies métaboliques, et dégénératives, chez lesquels le retard mental grave ou profond (QI inférieur à 50) est associé à d'autres troubles, des troubles moteurs et, très souvent, d'autres déficiences, entraînant, une restriction extrême de leur autonomie, nécessitant à tout âge de la vie un accompagnement permanent et qualifié associant, soins, communication et socialisation. » (ANKRI J., 2005, p.16)

De là, dressons une vue d'ensemble des personnes vivant au FAM : elles ont des atteintes cognitives et motrices majeures, un accompagnement et des aides techniques spécifiques leur sont nécessaires pour réaliser des actes quotidiens de la vie (toilette, habillage, repas). Rares sont celles pouvant se déplacer par leurs propres moyens, beaucoup sont en fauteuil roulant ou alité. Certaines, ont des possibilités de communication *via* des codes (pictogrammes ou « pictos », gestes, sons...), d'autres comprennent ce qui est dit, mais leur accès au langage limite la compréhension de leur réponse par autrui, enfin, quelques-unes peuvent parler.

Sur le plan physiologique, le soin vise à ralentir, rendre supportable les divers états liés à ces conditions. Les difficultés, impossibilités de mouvements, vont créer des *spasticités* (contractions musculaires exagérées) et des phénomènes de torsion progressive, qui seront traités par le port d'orthèses et corsets. Des troubles pulmonaires sont également présents. L'alimentation est délicate, les possibilités de déglutition et/ou de mastication sont souvent limitées et la nourriture peut-être mixée. Parfois, une gastronomie est mise en place, c'est la pause chirurgicale *via* une petite ouverture de l'abdomen d'un système de sonde permettant d'injecter dans l'estomac des aliments spécifiques. L'espérance de vie est faible, cinquante ans représentent un âge avancé. Enfin, beaucoup n'ont pas de maîtrise sphinctérienne et portent des protections.

Cheminement théorique

Pour René KAËS (1987, p.2), l'institution met une partie de notre soi « hors soi ». Cette partie primitive nous expose tant à la folie qu'à la créativité. Ainsi, il est essentiel d'évoquer une partie de mon cheminement émotionnel et professionnel vers la création de cet atelier. Pour passer de « l'extraterrestre » à l'humain, il m'a fallu identifier en moi le rejet, l'impuissance et la culpabilité réveillés par la vue des corps déformés appareillés, parfois odorant, avec des bruits étranges. Ces représentations de « corps monstrueux » (ANCET P., 2006) traversent également les professionnels et la famille, souvent de manière inconsciente et avec des conséquences sur les modalités de lien comme l'évoque Simone KORF-SAUSSE (2001).

Le rôle du psychologue était aussi de mettre au travail ces affects signifiant une partie du pacte dénégatif (KAËS R., 1987). Leur fonction est de maintenir du lien, mais ils se déposent dans l'inconscient par leurs aspects irréprésentables, influant la qualité de celui-ci dans ce qu'il peut avoir d'aliénant.

L'égide de la situation d'extrême dépendance a nécessité une approche clinique poussée, tenant compte du niveau cognitif, des capacités de discriminations des *stimuli* et des capacités de communication. Les bruits du corps, les sons, les agitations motrices, les mouvements, les mots sont autant de données sensorielles naissantes, de productions psychiques peu subjectivées venant surprendre et dont on ne connaît pas vraiment l'origine : éléments *alpha*, (BION W., 1962). Il s'agit pour le psychologue de tenter de les transformer en matériel de pensées, éléments *béta*, et en même temps, de les traduire avec d'autres mots, sons, gestes, pour les prêter à la personne, proposant une interprétation, une historisation « il faut que d'après les indices échappés il devine, ou, plus exactement, il construise ce qui a été oublié » (FREUD S., 1937, p.272).

L'atelier jeu-vidéo : un groupe à médiation thérapeutique

L'atelier permettait d'introduire une rythmicité, une temporalité, dans un temps estival marqué par un roulement du personnel, l'arrêt des groupes à médiations réguliers et de certaines prises en charge.

Penser le groupe au regard du polyhandicap évoque un moi-peau fragilisé (ANZIEU D., 1975). Le groupe propose une enveloppe groupale venant mettre en travail l'enveloppe individuelle, en offrant une possibilité d'introjection des fonctions contenantantes et des possibilités de dépôt, voir de transformations des affects bruts et des fantasmes, là où famille et institution sont prises par d'autres enjeux.

L'utilisation du jeu-vidéo nécessite d'évoquer les images. Serge TISSERON (1999) évoque l'idée que celles-ci déclenchent des résonances sensorielles en lien avec notre histoire. Michael STORA (2002), développe un parallèle entre l'exploration du monde par le nourrisson et le comportement du joueur de jeu-vidéo. Le nourrisson, à quelques mois, ne peut se mouvoir, mais sa première

Bibliographie

- Amanita Designe, 2009, Machinarium
ANZIEU D., (1975). *Le groupe et l'inconscient*, Dunod, Paris, 1999.
ANCET P. (2006). *Phénoménologie des corps monstrueux*, PUF, Paris.
ANKRI J. et al. (2006). *Congrès polyhandicap 2005*, édition CTNERHI.
BOWLBY J. (1969). *Attachement et Perte I : L'attachement*, PUF, Paris.
FREUD S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*, Payot, Paris, 2010.
FREUD S. (1937). « Constructions dans l'analyse », in *Résultats, idées, problèmes, II*, 1921-1938, PUF, Paris, 1985.
KAËS R. (1987). « Réalité psychique et souffrance dans les institutions », in *L'institution et les institutions*, Dunod, Paris, pp.1-46
KORF-SAUSSE S. (2001). *Le miroir brisé : l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Payot, Paris.
STORA M. (2002). « La marche dans l'image une narration sensorielle » [En ligne] page consultée le 15/05/2015, <http://www.rap5.org/dossiervirtuel/p23.htm>
TISSERON S. (1999). « Jeux-vidéo la triple rupture », in *Carnet psy* n° 47, pp.23-30.
WINNICOTT D.W. (1971). *Jeu et Réalité*, Gallimard, Paris, 1975.

compétence sensori-motrice est la coordination main-oeil, lui permettant de vivre des expériences de transmodalités et de proprioception. Celles-ci ouvrant respectivement sur l'idée d'un monde unifié, cohérent et sur la certitude d'être l'auteur de ses actes, amenant jubilation pour le nourrisson qui évolue de la passivité motrice et vitale des premiers mois, vers la découverte d'une position active.

En jouant, le joueur, comme dans sa prime-enfance, ose découvrir un Nouveau Monde et l'explorer avec sa vision et ses mains, interagissant avec l'image. Il met ou remet en scène, des expériences transmodales et proprioceptives de même nature que l'expérience du nourrisson et il est potentiellement renarcissisé par les encouragements du spectateur non-joueur.

Le lien est fait avec le jeu de la bobine décrit par FREUD (1920). Le bébé se retrouve par la bobine, un actif metteur en scène de ses propres enjeux de vie et de mort. Dans le jeu-vidéo, le corps du joueur se sublime devenant acteur d'un spectacle dont il est aussi le spectateur : « SpectaCteur » et où il met en scène ses enjeux.

De mon point de vue, dans le cadre de la personne polyhandicapée, les expériences transmodales et proprioceptives dans la découverte de l'interaction avec le monde, sont potentiellement traumatiques pour elle et ses proches. Quand l'origine du handicap est précoce, la coordination main-oeil n'est pas toujours possible et doit trouver d'autres chemins. Si le développement a pu se faire classiquement, puis qu'un accident advient, il y a une nécessité à réapprendre des modes d'interaction avec le monde, dans le contexte du passage vers le polyhandicap.

Ainsi mettre la personne polyhandicapée en position de joueur, viendrait comme une possibilité de réactualisation de ces événements.

J'ajoute que le polyhandicap place la personne adulte dans une passivité motrice et vitale proche de celle du nourrisson. Là où la difficile mobilisation du corps, aux différents âges de la vie a pu freiner le jeu, le jeu-vidéo va permettre d'être dans une position active en faisant agir un personnage virtuel.

De plus, on peut aisément supposer l'influence négative du handicap et des risques vitaux associés sur la qualité *sécure* du lien durant l'enfance, (BOWLBY J., 1969), freinant les capacités d'explorations. Dans le cadre de notre atelier, le joueur va expérimenter d'être « SpectaCteur » et d'être vu, soutenu et rassuré dans son exploration virtuelle par deux professionnels, homme et femme, qui vont renforcer l'impact de renarcissisation *via* les imagos parentales qu'ils incarnent dans le groupe, tout en rappelant la position de « care-giver » à même de proposer un lien *sécure*.

Enfin, ordinateur et jeu-vidéo sont investis socialement. Les utiliser c'est faire un peu comme tout le monde, c'est créer du semblable, favorisant d'autres représentations mentales que « la figure du monstre ». D'ailleurs, cela n'a pas été sans réveiller quelques défenses institutionnelles et familiales en lien avec des éléments de pacte dénégatif.

L'atelier

Dispositif

Ergothérapeute et psychologue ont pensé et animé l'atelier. Dans une salle dédiée, un ordinateur envoyait l'image du jeu-vidéo sur un vidéo-projecteur. Des aides techniques adaptées ont été utilisées pour assurer le déplacement du curseur et le clic souris. Le groupe était semi-ouvert. Il y avait huit séances d'une heure, deux fois par semaine, pendant quatre semaines. Il y eu, deux groupes distincts, composés de cinq à six personnes. Le dispositif s'adressait aux résidents ayant une capacité de mouvement d'une partie du corps (la main ou autre : pied, coude, tête) et une certaine conscience de l'environnement qui les entourait. Chacun a été préparé, en amont, avec l'ergothérapeute par une visite de la salle et des séances pour évaluer les capacités et permettre une familiarisation avec le matériel.

L'ergothérapeute a également créé un *picto* pour identifier l'atelier. Affiché à l'entrée de la salle, il était aussi dans les plannings des services. En appui sur le *picto* et pour proposer un cadre *sécure*, le même rituel se mettait en place : les animateurs du groupe allaient chercher chaque participant en lui donnant son *picto* et en rappelant le contexte avec des mots clefs « atelier jeu vidéo, petit robot, ordinateur ». Le trajet se faisait en groupe, puis chacun était installé à une place définie. Lorsqu'une séance se terminait, le *picto* était récupéré pour marquer la fin. Bien évidemment, il était rappelé que nous n'allions pas raconter ce qui se passe à l'extérieur du groupe.

Réalisé par Marie DE HARO,
ergothérapeute



Le jeu

Il s'intitule « Machinarium ». Nous avons sélectionné des passages de ce « conte de fée robotique interactif » pour pouvoir construire une histoire qui se termine. On pourrait la résumer ainsi : « Un petit robot se retrouve éjecté d'une ville. Il atterrit en plusieurs morceaux, dans une décharge. Il doit récupérer ses membres pour retourner en ville. Il veut aider une fille robot, kidnappée par des brigands qui veulent faire exploser une bombe. Sur sa route, le héros va aider différents personnages, piéger les brigands, désamorcer la bombe, sauver la fille robot et quitter la ville avec elle ». On voit facilement toute la symbolique derrière ce récit, autour de l'identification au héros, du rejet, de l'agressivité, des problématiques oedipiennes, de la mise dans une position d'aide à autrui, etc.

Ce jeu est un « point n' click » très simple d'utilisation (déplacer le curseur puis cliquer). Chaque niveau est comme un tableau dans lequel le joueur fait se déplacer le héros pour résoudre des énigmes et avancer dans l'histoire. En moyenne, un tableau correspond à une séance. Le jeu propose des musiques soignées, créant une ambiance sonore. Les dialogues sont sous forme de bruits, présentant l'intérêt d'être simple d'accès. Le héros ne meurt pas, il dit « non », refusant que le joueur le mette en danger. Enfin, dans les moments d'inaction, des bulles apparaissent, montrant à l'écran souvenirs et pensées du héros.

Rôles

Lors d'une séance, tous ont la possibilité de jouer pendant un temps limité. Selon les capacités certains s'occupent du clic, d'autres du déplacement du curseur. Il y a donc toujours deux personnes pour effectuer les actions du robot. Chacun est libre d'arrêter ou de ne pas participer. Les animateurs sont sans attente rééducative ou de résultats. On note que 90 % des déplacements et actions ont été réalisés par les participants.

L'ergothérapeute était là en soutien dans les mouvements, prenant soin de se positionner dans le champ visuel des personnes afin de ne pas les surprendre. Elle soutenait et orientait la réflexion pour favoriser la résolution des énigmes montrant par exemple des objets à l'écran.

En tant que psychologue, j'étais face à tout le monde à côté de l'écran. J'essayais de mettre du sens en racontant ce que pouvait vivre le héros et le groupe, tout en modulant ma voix selon les situations pour donner comme une illustration sonore du jeu-vidéo.

Après chaque séance, les animateurs prenaient un temps de reprise et de notes.

Vignettes

Tout au long de l'atelier, les éléments cliniques ont été très riches. Pour en transmettre un fragment, le choix s'est porté sur ces deux niveaux situés au milieu des séances.



Après être arrivé en ville, le héros est capturé et se réveille en prison. Pour la première fois, la majorité de l'image est noire. L'effet sur le groupe est celui d'une sidération. Il y a peu de bruit, les joueurs ne déplacent pas le héros. Il faut du récit pour nommer ce qui peut se passer autour de la peur ressentie par le robot et le groupe, tout en rappelant le cadre « ici, on ne risque rien ».

L'ergothérapeute rapporte la présence d'un autre personnage avec le héros, petit à petit les joueurs déplacent le héros pour aller lui parler. L'autre robot demande de l'aide pour fumer. Plusieurs personnes dans le groupe manifestent alors un « non » qu'il soit verbal, en code langagier ou corporel, surprenant les animateurs.



Mais les joueurs déplacent le robot cherchant les ingrédients d'une cigarette, l'éloignant du point de départ, vers d'autres personnages, d'autres pièces. L'image s'éclaircit au fur et à mesure. Au moment d'offrir la cigarette, le groupe manifeste « non », rires, petits cris et mouvements corporels. L'ergothérapeute et moi-même sommes traversés par un sentiment de honte adolescente et complice. « On dirait que donner une cigarette ça fait vivre des choses. En vrai c'est interdit de fumer, mais dans le jeu-vidéo on a le droit ».

Une fois les énigmes résolues, il est temps de quitter le niveau. Les joueurs font faire des aller-retour au robot entre le nouveau tableau et l'actuel. Une sorte de jeu dans le jeu-vidéo s'installe surprenant les animateurs, sans laisser le groupe. « Peut-être que vous n'avez pas envie que le petit robot laisse les autres personnages ». Certaines personnes vocalisent de manière triste, d'autres ne disent rien. Nous leur disons « au revoir », la séance se termine sur ce passage. C'est à la séance suivante qu'il est possible de franchir le couloir.



Le héros arrive dans une salle dont la sortie est bloquée par un brigand. Il refuse d'aller plus loin, trop dangereux. Le « non » parfois difficilement audible ailleurs est régulièrement testé dans le groupe en appui sur le héros et respecté par les animateurs. Pour avancer, il va falloir voler les billes, les jeter à terre et faire tomber le brigand. Il va être possible de jouer l'agressivité, la transgression (voler, attaquer). Le groupe semble être intimidé, effrayé. Il y a même certains mouvements de refus. Avec l'accompagnement des animateurs, l'action se poursuit. « J'ai l'impression que le robot n'ose pas l'attaquer ? Dans le jeu c'est permis on ne risque rien ». L'enjeu semble être : comment s'autoriser à ressentir un mouvement agressif, à transgresser, quand il y a une relation de grande dépendance avec autrui ?

Dans ce niveau, il a fallu réaliser les actions avec un rythme soutenu, amenant à recommencer et générant une frustration, parfois inhibante pour les joueurs, accueillie et transformée par le groupe en se passant le relais. D'ailleurs, comme animateurs nous avons dû canaliser notre propre désir de réussir. Il pouvait transparaître dans notre intonation ou nos formulations. Il a fallu trouver un ton « suffisamment soutenant » pour que les joueurs puissent s'y appuyer sans être envahi.

Plus globalement, il est à noter une influence positive sur la motricité de certaines personnes durant les séances, faisant des mouvements beaucoup plus amples et souples qu'en séance de rééducation.

Sur le plan des limites de l'atelier, une personne avec des troubles auditifs n'a pas pu bénéficier de l'aspect contenant de la mise en mots. Elle a pu comprendre l'action via le clic, mais semblait perdue, lorsqu'elle ne jouait pas. Une autre personne semblait surtout intéressée par l'idée de laisser une marque sur l'écran par le déplacement de la souris et l'action que cela pouvait créer, chose davantage réalisable avec un autre logiciel.

Conclusion

Je tiens à remercier Marie DE HARO, l'ergothérapeute ayant soutenu ce projet. D'ailleurs, au retour de la psychologue remplacée, elles ont débuté un autre atelier jeu-vidéo avec un logiciel différent.

La où le jeu-vidéo permet à tout à chacun de vivre des aventures extraordinaires, j'espère avoir pu montrer qu'il prend tout son sens lorsque l'ordinaire n'est pas possible. Là où le corps paralyse, la médiation jeu-vidéo est un support pour oser vivre une aventure sur le chemin de la pensée.

Kévin PIQUEMAL
Psychologue clinicien.