



**INSTITUT NATIONAL DE
FORMATION SOCIALE**

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail

.....
SOUS-DIRECTION DE LA FORMATION
DES CADRES SUPERIEURS DE LA
PROTECTION SOCIALE

.....
ECOLE DES EDUCATEURS
SPECIALISES

.....
CYCLE DES MAITRES D'EDUCATION
SPECIALISEE

.....
PROMOTION
2019 – 2022

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

SPORT COLLECTIF POUR LA LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT CHEZ LE DEPRESSIF STABILISE

Présenté par :

AWO JULES

Etudiant en 3^{ème} année du cycle des
Maîtres d'Education Spécialisée

Sous la direction de :

M. KOUAKOU N'GBRA
GUILLAUME CHARBEL

Inspecteur Principal option
Education,
Formateur à l'institut National
de Formation Sociale (INFS).

Septembre 2022

**SPORT COLLECTIF POUR LA LUTTE
CONTRE L'ISOLEMENT CHEZ LE
DEPRESSIF STABILISE**

SOMMAIRE

	Pages
DEDICACE	III
REMERCIEMENTS	IV
RÉSUMÉ	VII
LISTES DES SIGLES ET DES ACRONYMES	VIII
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES ANNEXES	XI
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	2
CHAPITRE 2: ELABORATION DU CADRE D'ANALYSE	15
CHAPITRE 3: METHODOLOGIE DE L'INTERVENTIO.....	33
CHAPITRE 4 : RESULTATS	53
CHAPITRE 5: PROJET DE SUIVI	74
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIES	80
TABLE DES MATIERES.....	84
ANNEXES	XVII

A

Toutes les personnes dépressives stabilisées qui s'isolent en général et en particulier celles de l'hôpital psychiatrique de Bingerville (l'HPB).

REMERCIEMENTS

Nous voudrions remercier sincèrement notre Directeur de mémoire
Monsieur KOUAKOU N'Gbra Guillaume Charbel,

Malgré vos multiples occupations, vous nous avez toujours accordé de votre temps. En effet vous avez été toujours là pour nous orienter dans l'élaboration de ce travail. La compréhension que vous avez manifestée à notre égard ainsi que vos recommandations, nous ont permis d'avancer.

Votre disponibilité, surtout votre goût prononcé pour le travail bien fait, et vos conseils avisés ont été d'un apport considérable dans la réalisation de ce projet. Vous nous avez fait bénéficier de votre savoir-faire. Auprès de vous, nous avons épousé le goût de l'effort et du travail bien fait. Grâce aux rencontres enrichissantes, l'envie d'aller plus loin est née sous le sceau de votre professionnalisme avéré.

Vous avez été intransigeant sur le respect méticuleux de la méthodologie du mémoire. Cela nous a permis de parfaire notre travail.

L'implication personnelle dont vous avez fait preuve dans l'élaboration de notre mémoire, témoigne votre détermination pour la promotion du travail fait avec tout le sérieux qui l'exige. Nous vous disons humblement merci.

Monsieur le Directeur de mémoire, l'image que nous retenons de vous, est celle d'une personne qui aime le travail bien fait. Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut. Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude.

Recevez Monsieur, notre profonde reconnaissance.

Toute notre profonde gratitude et nos sincères remerciements sont adressés également à :

- madame MONNE Valérie, notre responsable de stage pour son savoir, sa disponibilité et sa rigueur dans le travail ;
- monsieur DIOMANDE Hamadou, Directeur de l'hôpital psychiatrique de Bingerville, pour son accueil chaleureux, sa disponibilité, pour ses conseils ;
- tout le personnel du service Socio-Educatif, du service de consultation externe et de tout l'hôpital pour leurs conseils ;
- monsieur Mamadou TRAORE, Directeur de l'INFS, qui tout au long de ces trois années a contribué à faire de nous un véritable Maître d'Education Spécialisée ;
- monsieur SORO Ali, Sous-Directeur de la formation des cadres supérieurs de la protection sociale, qui a aussi contribué à faire de nous un véritable Maître d'Education Spécialisée ;
- monsieur MAHI Guina, Coordonnateur de l'Ecole des Educateurs Spécialisés, pour son savoir et sa rigueur dans le travail ;
- monsieur YEBOUA Faustin et madame KOUAME Paulette nos conseillers pour leur disponibilité et leurs conseils ;
- nos conseillers pédagogiques et formateurs de l'Ecole des Educateurs Spécialisés pour leurs conseils avisés ;
- notre père dans la foi monsieur N'GUESSAN Brou Grégoire, son épouse et ses collaborateurs pour leurs prières, leur disponibilité et les conseils prodigués ;
- notre grande famille AWO, pour son soutien moral, et tous les soins de tendresse dont elle nous gratifie ;
- notre conjointe Agnès Epouse AWO toujours dévouée pour notre bien-être ;
- nos frères et sœurs pour leur soutien et encouragement ;

- tous nos amis(es) et connaissances pour leurs conseils de marque et de sympathie tout au long de notre formation ;
- notre délégué MOUSSO Kouassi Fabrice et la 16^e promotion des Maîtres d'Education Spécialisée (MESp), pour leur solidarité ;
- tous ceux qui de près ou de loin ont participé à la rédaction de ce mémoire.

RÉSUMÉ

Dans le cadre de notre stage de formation pratique de fin de cycle, nous avons effectué un stage à responsabilité à l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Les observations faites nous ont permis d'identifier plusieurs problèmes dont celui de l'isolement chez le dépressif stabilisé. Pour résoudre ce problème, nous avons élaboré un projet éducatif dont l'objectif est de lutter contre l'isolement chez le dépressif stabilisé au moyen du sport collectif. Pour atteindre cet objectif, nous avons constitué un groupe de travail composé de quatre dépressifs stabilisés (un garçon et trois femmes) dont l'âge varie entre 24 et 41 ans. Au cours de ce projet, nous avons utilisé les instruments de recherches tels que le cahier de bord, l'entretien, la recherche de documentation ainsi que la fiche d'activité et la grille d'observation. En outre, nous avons mené cette expérimentation autour de trois activités qui sont : la danse de groupe, la course de relais et le handball. Les résultats montrent les comportements positifs qui à la première période étaient à 4/16 à l'activité 1, 13/28 à l'activité 2 et 8/24 à l'activité 3 sont passés à la seconde période à 15/16 à l'activité 1, 24/28 à l'activité 2 et 24/24 à l'activité 3. Au regard de ces résultats positifs, nous pouvons dire que notre objectif est atteint. Autrement dit, les différentes activités menées ont permis aux quatre dépressifs stabilisés de pouvoir échanger avec certaines personnes de leur entourage. Toutefois, pour consolider ces résultats, des suggestions ont été faites aux parents et aux encadreurs.

LISTES DES SIGLES ET DES ACRONYMES

	Pages
CHU : Centre Hospitalier Universitaire de Treichville.....	18
C.M.E : Centre de Métiers de l'Electricité.....	17
EMAE : Ecole des Moniteurs et d'Assistants d'Elevage.....	17
E.M.P.T : Ecole Militaire Préparatoire Technique	17
ERA-SUD : Ecole Régionale d'Agriculture.....	17
H.G : Hôpital Général	18
H.M.E : Hôpital Mère Enfant	18
H.P.B : Hôpital Psychiatrique de Bingerville	16
INFS : Institut National de Formation Social	V
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes.....	8
INS : Institut National de Statistique	17
M.E.S.P : Maître d'Education Spécialisée	VI
O.N.G : Organisation Non Gouvernementale	20
PMI : Protection Maternelle et Infantile	18
R.G.P.H : Recensement Général de la Population et de l'Habitat	17
S.S.S.U : Service de Santé Scolaire et Universitaire	18

LISTE DES TABLEAUX

		Pages
Tableau I	: Répartition des pathologies rencontrées du 21 Février au 23 Mars 2022 :	24
Tableau II	: Comportement des patients sur le plan psychomoteur :.....	25
Tableau III	: comportement des patients au plan cognitif :	26
Tableau IV	: comportement des patients au plan socio - affectif : ...	27
Tableau V	: Plan d'action du projet.....	36
Tableau VI	: Calendrier d'exécution du projet :.....	37
Tableau VII	: le plan d'exécution du projet à l'aide du tableau Gantt	38
Tableau VIII	: Caractéristiques des patients	41
Tableau IX	: historique personnel des membres du groupe de travail.....	42
Tableau X	: Evaluation des acquisitions en début de projet.....	43
Tableau XI	: synthèse des grilles d'observation de l'activité 1 à la première période.....	55
Tableau XII	: Synthèse des grilles d'observation de l'activité 2 à la première période.....	57
Tableau XIII	: Synthèse des grilles d'observation de l'activité 3 à la première période.....	59
Tableau XIV	: Synthèse des grilles d'observation de l'activité 1 à la seconde période	61
Tableau XV	: Synthèse des grilles d'observation de l'activité 2 à la seconde période	63
Tableau XVI	: Synthèse des grilles d'observation de l'activité 3 à la seconde période	65

Tableau XVII	: Tableau synoptique des résultats de l'activité 1 sur les deux périodes	66
Tableau XVIII	: Tableau synoptique des résultats de l'activité 2 sur les deux périodes	68
Tableau XIX	: Tableau synoptique des résultats de l'activité 3 sur les deux périodes	70
Tableau XX	: Evaluation des acquisitions en fin de projet.....	71
Tableau XXI	: Bilan des comportements positifs des trois activités sur les deux périodes	75
Tableau XXII	: Bilan des comportements négatifs des trois activités sur les deux périodes	76

LISTE DES ANNEXES

	Pages
ANNEXE I : FICHE TECHNIQUE D'ACTIVITE 1	II
ANNEXE II : FICHE TECHNIQUE D'ACTIVITE 2	V
ANNEXE III : FICHE TECHNIQUE D'ACTIVITE 3	IX
ANNEXE IV : FICHE D'ENTRETIEN.....	XII
ANNEXE V : IMAGES DE QUELQUES ACTIVITES.....	XV

INTRODUCTION

Dans la société, plusieurs personnes coupent toute relation sociale et communautaire avec l'environnement, traduisant ainsi un isolement de ces dernières. C'est le cas du dépressif, qui malgré la stabilité après le traitement médical, vie en marge de la société pour certaines raisons.

A l'hôpital psychiatrique de Bingerville, nous avons mené une étude à l'endroit des dépressifs stabilisés qui vivaient isoler. C'est dans l'optique de lutter contre le problème d'isolement que nous avons initié ce projet intitulé: « sport collectif pour la lutte contre l'isolement chez le dépressif stabilisé ». L'objectif de ce projet est de lutter contre l'isolement chez quatre dépressifs stabilisés à travers le sport collectif. L'expérimentation de ce projet s'est faite par trois activités exécutées sur deux périodes. Ce projet s'articule autour de cinq grands chapitres :

le premier chapitre intitulé problématique, permet de poser le problème à l'étude et de faire l'état des travaux antérieurs sur le sujet ;

le deuxième chapitre appelé élaboration du cadre d'analyse, nous permet de cerner le milieu d'étude et de poser le diagnostic du problème à l'étude ;

le troisième chapitre nommé méthodologie de l'intervention, présente la population d'étude et la démarche utilisée ;

le quatrième chapitre intitulé résultats, permet de présenter les résultats des activités sur deux périodes, de faire leurs synthèses et de les analyser ;

le cinquième chapitre nommé projet de suivi, est consacré au bilan des résultats.

CHAPITRE 1:
PROBLÉMATIQUE

La santé mentale et le bien-être émotionnel font partie intégrante de la santé au sens large et de la qualité de vie des individus. La santé mentale et le bien-être constituent un droit fondamental et favorisent l'apprentissage, le travail et la participation à la société. A l'inverse, les troubles de la santé mentale et la détresse psychologique ont des implications importantes à divers niveaux. Au-delà de la souffrance qu'ils engendrent chez la personne elle-même et son entourage, ils entraînent aussi souvent des complications dans les sphères de la santé physique et sociale. Ainsi, il n'est pas rare d'observer chez les personnes affectées un isolement croissant. C'est le cas du dépressif, qui malgré la stabilité après le traitement médical, vie en marge de la société.

L'isolement est la situation dans laquelle se trouve une personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger.

Ramage-Morin (2016), définit que l'isolement est associé à une diminution de la qualité de vie liée à la santé et à une augmentation des taux de morbidité et de mortalité. Pour elle, l'isolement peut être une préoccupation pour les personnes les plus âgées, notamment pour ceux touchés par des problèmes de santé qui nuisent à la création et au maintien de liens sociaux.

Bureau (2017), estime que l'isolement est réservé aux situations où les contacts sont rares et de faible qualité avec autrui. Plus précisément, l'isolement désigne l'ensemble des situations de vie marquées par des interactions limitées en nombre, en fréquence et en qualité. Bureau pense que, les contacts qu'entretient la personne isolée sont espacés dans le temps, permettent peu d'échanges mutuels et la qualité de ces contacts avec son entourage est limitée ou en déclin.

Dupuis (2018), dit que l'isolement se mesure par le nombre de contacts sociaux ; c'est la séparation d'une personne de son milieu social se traduisant par un nombre restreint de relations satisfaisantes et valorisantes. Elle explique que ce terme renferme un petit groupe de contact avec une variété de personnes y compris les membres de la famille, les voisins, les collègues.

De toutes ces définitions, il ressort que l'isolement est la séparation d'une personne de sa collectivité, de son réseau social, voire de toute activité.

Dans le cadre de notre étude, nous définissons l'isolement comme la rupture progressive ou brutale de la relation d'une personne envers son milieu de vie ; qui se traduit par une absence de communication d'avec la famille, les amis, l'entourage, les collègues.

S'il touche une part de plus en plus importante de la population, l'isolement n'est pas défini de manière stable. Il y a là un manque qui empêche de le mesurer, de prendre conscience de son niveau réel et, finalement, de le prévenir et de lutter efficacement contre son aggravation (Serres, 2017).

Pour sa part, Serres (op.cit.) l'isolement peut se manifester par la faiblesse des liens dans leur fréquence ou dans leur régularité et par l'insuffisance des relations de qualité. De cette qualité dépend la capacité des individus à s'émanciper, à vivre de façon autonome, à s'estimer mais aussi à participer et à s'intégrer dans la société. Cette qualité est insuffisante quand la relation n'apporte pas à la personne une reconnaissance, c'est-à-dire qu'elle ne lui permet pas d'être vue et reconnue comme porteuse d'une valeur sociale (« je compte pour quelqu'un »). Elle ne l'est pas non plus quand elle ne permet pas un niveau suffisant de protection, c'est-à-dire qu'elle n'apporte pas la

sécurité (« je compte sur quelqu'un »). Enfin, ces deux caractéristiques doivent avoir pour corollaire la réciprocité, c'est-à-dire un sentiment de responsabilisation (« quelqu'un compte sur moi »). La relation de qualité permet la participation, elle offre à chacun(e) la possibilité de s'impliquer, de s'engager dans sa singularité pour et avec les autres.

Une enquête conduite par Pan Ké Shon en 2003, avait l'avantage de chercher à identifier et caractériser l'isolement par des critères objectifs et mesurables. Sans limiter le champ de l'isolement aux personnes n'ayant aucun contact avec autrui, l'enquête se référait au degré d'inscription dans les réseaux de sociabilité, c'est-à-dire au nombre de contacts, sur une période donnée, avec la famille, les voisin(e)s, les collègues... Définissant ce que l'on a appelé un « isolement objectif », elle a permis d'élaborer les premières statistiques selon des principes que la Fondation de France utilise depuis dans le cadre de son « baromètre des solitudes » en France. Au niveau européen, l'institut Eurostat a fait un choix méthodologique similaire quand, dans le cadre des enquêtes européennes sur le revenu et les conditions de vie, il considère comme isolées les personnes qui ne voient jamais leur famille ni leurs ami(e)s, n'ont plus de contact personnel et ne reçoivent aucune aide en cas de besoins.

Les individus qui subissent l'isolement ont tendance à penser de manière plus déviante et à avoir plus de penser irrationnelles. Isolée, la personne a tendance à subir d'avantage ses propres vulnérabilités psychologiques. Si elle a des tendances dépressives, elle commencera à percevoir davantage du négatif (Bigot et al., 2014).

L'isolement peut survenir dans notre vie à tout moment. Ce sentiment de solitude se déclenche pour diverses causes : une période de chômage, des problèmes familiaux (une rupture amoureuse...), les problèmes

financiers, une maladie, une addiction aux réseaux sociaux... Les raisons sont multiples et ne se ressemblent pas (Aouici et al., 2019).

Le travail a perdu sa fonction intégratrice. Avant, on restait presque toute sa vie dans la même entreprise, et on ressentait une réelle appartenance à un corps de métier. Désormais, l'intérim, le développement du temps partiel, les nouveaux modes de travail (auto-entrepreneur...) sont autant de facteurs qui ont affaibli le travail dans sa fonction intégratrice. La solitude peut également survenir suite à une longue période de chômage. On finit par se sentir inutile, par tomber dans la pauvreté et la situation d'isolement devient vite insupportable (Peugny et Van de Velde, 2013).

Le rôle de la famille n'est plus le même. Monoparentalité, augmentation du célibat, desserrement des relations intrafamiliales... Les liens intergénérationnels ne sont plus toujours les mêmes et le décès du conjoint ou une séparation peut rapidement plonger une personne dans une profonde solitude qui peut aboutir à l'isolement (Mallon, 2004).

Les problèmes financiers peuvent également mener à l'isolement. Chômage, endettement... quand les moyens financiers ne suivent plus, on finit par ne plus sortir de chez soi, se sentir inutile et honteux. Les proches peuvent s'éloigner à leur tour car ils n'ont pas la force d'assumer un tel poids (Damon, 2016).

Personnes handicapées, malades ou précaires... Elles ont la sensation d'être inutiles, et même si elles sont souvent entourées (soins...), elles se sentent dépendantes et se perçoivent comme un poids pour leurs proches (Aouici et al op.cit.)

Les effets pervers des réseaux sociaux. Facebook, mails, sites de rencontres, chat, twitter, Flickr... bref, on n'a jamais autant communiqué. Chacun d'entre nous met sa vie en scène sur la toile, mais plus

personne ne se parle. Jusqu'à troquer la visite chez la grand-mère contre un envoi de photos par mail... Les liens sociaux sont virtuels mais la solitude, elle, est bien réelle. La solitude quant à elle, augmente la proportion de l'isolement (Pitaud, 2010).

A l'échelle mondiale, environ 280 millions de personnes souffrent de l'isolement. Sur le plan « quantitatif », en janvier 2021, 24% de la population en France est en situation d'isolement (14% en janvier 2020, soit 10 points de plus), c'est-à-dire qu'ils n'ont eu aucune (ou uniquement de très rares) rencontres physiques avec des membres de leur famille, des amis, voisins, collègues de travail ou via des activités associatives. La hausse de l'isolement est généralisée, mais est plus marquée chez les personnes ayant des revenus faibles, les employés, les personnes au foyer ou les 25-39 ans (Berhuet et Hoibian, 2021).

En Afrique, une étude menée en 2021 au Centre Hospitalier National psychiatrique de Thiaroye à Dakar, a montré que toutes les tranches d'âges sont touchées par la dépression, donc par l'isolement, avec un pic entre 45 et 55 ans. La prédominance féminine est notée avec plus de 72% des cas.

En Côte d'Ivoire, l'hôpital psychiatrique de Bingerville qui prend en charge les troubles psychiatriques, n'a jusqu'ici pas de chiffres officiels sur l'isolement. Cependant, les consultations en psychiatrie de 2020 à 2021 montrent que sur 2288 personnes accueillies, 1634 cas de dépression ont été détecté soit 71,42 % de personnes prédisposées à l'isolement. En outre, de janvier à juin 2022, 1044 consultations ont été enregistré et 788 cas de dépression ont été détecté soit 75,50 % de personnes prédisposées à l'isolement.

L'ampleur de l'isolement, sa généralité, imposent de s'interroger sur ses conséquences. Il génère mal-être et souffrances pour les personnes qu'il touche individuellement, affecte leur santé, leur capacité à s'insérer et à participer à la vie collective. Ce sont finalement la cohésion sociale et la vie citoyenne qui sont fragilisées.

L'isolement a des conséquences négatives sur la santé. Il affecte l'état général de la personne en contribuant au relâchement de l'attention à soi, à une moins bonne alimentation... Au-delà de cet affaiblissement et de cette dégradation globale de la santé, il intervient comme facteur aggravant dans des situations de fragilité (INSEE, 2007).

L'isolement est la cause de troubles psychiques qui peuvent conduire au risque suicidaire. Les complications psychiatriques sont très souvent en lien avec l'isolement. Le plus souvent, l'isolement ne résulte pas d'un problème psychique particulier, il est la conséquence d'une somme d'habitudes, de craintes, mais aussi de pressions sociales qui peuvent conduire à des situations de repli sur soi, de distance aux autres et à terme à l'isolement de la personne. Chez les personnes atteintes de troubles psychiques, la rupture des contacts habituels, la réduction des activités, le sentiment de dévalorisation, d'impuissance ou de culpabilité peuvent s'installer durablement et constituer des facteurs de souffrance. Ces troubles psychiques plus ou moins sévères sont aussi associés à une stigmatisation sociale qui est une source de souffrance supplémentaire pour de nombreux.ses malades, de mésestime de soi, de discriminations à l'embauche, qui aggravent encore leur situation d'isolement (Hoibian, 2011).

L'isolement est également un facteur d'accélération de la perte d'autonomie chez les personnes âgées. La fragilité des personnes âgées est très largement liée à des situations de vulnérabilité sociale. Les

situations de rupture liées à l'avancée en âge (passage à la retraite, veuvage...) constituent des moments de césure dans la vie sociale de la personne qui l'amènent à distendre les liens d'entraide tissés au cours de sa vie active et donc à réduire ses capacités d'action et d'expression. L'isolement est donc clairement un facteur de réduction progressive des capacités d'autonomie des personnes âgées. Petit à petit, la solitude occasionnelle devient un isolement avéré (Docteur Aquino et al., 2013).

L'isolement est un enjeu majeur de la cohésion sociale, car il touche davantage les plus fragiles et les plus pauvres, renforçant les mécanismes d'exclusion et les risques de délitement social. L'isolement dans lequel se trouvent enfermés ceux ou celles qui perdent leur emploi ou vivent des situations de précarité, leur enlève des chances de réinsertion. La personne en situation de précarité et/ou privée d'emploi vit une forme de « mort sociale ». C'est le plus souvent après environ 9 mois d'efforts et d'activation de son réseau qu'elle commence à baisser les bras. Elle n'arrive plus à se valoriser pour convaincre un(e) employeur (euse). L'angoisse de l'échec, la perte de confiance en soi, la difficulté à se projeter prennent le pas. Le regard de la famille, des enfants, des ami(e)s, de la société contribue à sa disqualification sociale, notamment lorsque le chômage dure. On perd très vite ses relations professionnelles, puis celles avec ses proches. Hors emploi, la personne se sent comme « extérieure », sans utilité sociale. Une spirale de mise à l'écart provoque l'éloignement progressif des entourages et des solidarités primaires qu'elles apportent. Quelles que soient les ruptures ou les accidents de parcours que les personnes traversent, ce sont les mêmes processus qui sont observés. Les personnes isolées font bien souvent face, au-delà de la spécificité des difficultés qu'elles traversent, aux mêmes souffrances liées aux ruptures des relations et à la

disqualification sociale lorsque la période de difficulté dure et que l'espoir d'une sortie s'éloigne. Cette spirale vicieuse fait de la cause l'effet, puis de l'effet la cause. La précarité entraîne dans l'isolement mais l'isolement entraîne la précarisation des personnes qui disposaient pourtant de conditions de vie suffisantes. Faute de relations, elles ne trouvent plus les ressources minimum (matérielles et psychologiques) pour rebondir et trouver les capacités personnelles de récréation de lien ouvrant le chemin de la réinsertion. Les personnes victimes de l'isolement sont stigmatisées dans leur vie sociale. Les personnes disqualifiées ou stigmatisées socialement, quelle que soit l'origine de la discrimination qui les frappe (âge, apparence physique, appartenance réelle ou supposée à une ethnie, état de santé...) sont davantage que d'autres sujettes à l'isolement. Les attitudes négatives, les préjugés et les pratiques discriminatoires ont des conséquences qui peuvent conduire à une désocialisation progressive. Cette relégation dans l'isolement fonctionne comme un accélérateur de l'exclusion sociale. Les discriminations constituent un handicap social pour la personne à qui l'on renvoie un sentiment de rejet. Les conséquences sur un plan personnel sont une baisse de l'estime de soi, une déformation de l'image personnelle, un sentiment de honte, de culpabilité et d'infériorité (Serres, 2015).

A l'hôpital psychiatrique de Bingerville, certains malades présentent des variations d'humeur, des crises de colère et d'autres s'isolent. Parmi ces malades qui s'isolent, la majorité sont des dépressifs stabilisés. Ils n'ont aucun contact avec autrui et refusent de parler avec l'entourage. La plupart du temps, certains marchent d'un coin à un autre en aller-retour, les bras croisés sans mot dire. D'autres par contre, de façon régulière, sont assis dans un coin de la cour, les

bras également croisés et ne disent aucun mot. Ces comportements sont fréquents et très réguliers chez ces malades.

Toutefois, ces difficultés pourraient être un frein à l'insertion sociale de ces dépressifs stabilisés s'ils ne sont pas pris en charge. Face à l'isolement et à ses conséquences fâcheuses ; plusieurs tentatives de solution ont été proposées par des auteurs.

Selon Vandembroucke et al. (2012), pour lutter contre l'isolement chez les personnes âgées, il faudrait, tout d'abord, mieux les préparer à la vieillesse et entretenir le réseau social, ensuite, sensibiliser les enfants et petits-enfants à prendre leurs responsabilités, développer l'aide pour les tâches ménagères et les déplacements, promouvoir la solidarité intergénérationnelle et les contacts sociaux, supprimer les barrières financières et, enfin, étendre les services à domicile afin que les aînés restent le plus longtemps possible dans leur habitat ou des habitats alternatifs.

Cardinal et al. (2017) propose une approche globale et systémique pour diminuer l'isolement chez des adultes. Cette approche est basée sur le cadre proposé par Jopling (2015) qui montre que le développement des actions doit se réaliser à différents paliers et nous devons travailler en intersectorialité avec des milieux communautaires, publics et privés, et avec les citoyens, dont les aînés eux-mêmes, leurs groupes et leurs représentants.

Pitaud (2019), affirme que pour lutter contre l'isolement, il faut agir sur le lien social. Si l'isolement, la santé mentale et la santé physique sont intrinsèquement liées, les leviers d'actions le sont aussi. Ainsi, il s'agira de travailler, en cohérence avec le cadre de la promotion de la santé, sur les déterminants que sont le cadre de vie, le logement, les conditions de travail, le niveau de vie, l'éducation, l'alimentation.

Touré née Sangbeu (2021), s'est appesantie sur l'accompagnement psychoéducatif pour remédier à l'isolement chez le schizophrène stabilisé. Pour atteindre cet objectif, elle a proposé comme activités, l'échange sur l'importance de la vie collective, l'entretien sur l'importance des activités occupationnelles pour le patient et le volley-ball.

Tous ces travaux ont abouti à des résultats satisfaisants. Cependant, notre étude se démarque de leurs travaux. D'abord, notre population cible diffère de la leur. Ensuite, l'âge de nos bénéficiaires est différent de ceux de nos prédécesseurs. Enfin, l'isolement varie d'un individu à un autre. Il est donc impérieux de regarder de plus près afin d'apporter une solution spécifique. Aussi, le sport collectif ne pourrait-il pas lutter contre l'isolement chez le dépressif stabilisé ?

Le sport collectif est perçu comme un jeu d'opposition collective où l'équipe poursuit un but commun : marquer plus de points que l'équipe adverse, en respectant les règles définies.

Delignières (2006) soutient que les jeux sportifs collectifs « représentent une forme d'activité sociale organisée, une forme spécifique de manifestation et de pratique avec le caractère ludique et processuel de l'exercice physique. Pour lui, les participants, constitués en deux équipes, se trouvent dans un rapport d'adversité typique – pas hostile – (rivalité ou antagonisme sportif), rapport déterminé par la lutte pour l'obtention de la victoire sportive à l'aide du ballon (ou un autre objet de jeu) conformément à des règles pré-existantes.

Duret et Augustini (2012) soulignent que, le sport collectif est le sentiment d'appartenance à un groupe. En effet, le groupe d'appartenance est défini par ses objectifs et sa coactivité. Celle-ci n'est

pas restreinte au moment de la compétition, mais s'étend à tous les moments partagés entraînant la production de règles de vie. Ce sentiment d'appartenance s'étend au-delà des moments de jeux mais entend la création de relations fortes.

Gréhaigne (2015), définit le sport collectif comme est un jeu qui oppose des équipes entre elles, par opposition aux autres jeux où l'on est tout seul. Pour cet auteur, les règles fondent la logique du jeu dans la prise en compte systématique du rapport d'opposition entre une attaque et une défense. Les conséquences de cette conception du jeu sont considérables. Comprendre ce rapport de forces est un passage obligé pour que tous les participants investissent la singularité de l'activité ou son essence.

Nous retenons que le sport collectif est un exercice physique au cours duquel les membres partagent à la fois des objectifs communs, un destin commun à tous les joueurs à réussir ou à échouer ensemble et ont un engagement mutuel collectif qui nécessite une solidarité, une structuration et un partage des tâches.

Dans le cadre de notre projet, nous définissons le sport collectif comme une activité physique mené par les dépressifs stabilisés au cours de laquelle un membre de l'équipe peut compter sur les autres et où les interactions sont réciproques.

Le sport collectif aura des influences notables sur l'isolement car par celui-ci, notre population cible sera perçue comme des citoyens à part entière ; dès lors que ceux-ci parviendront à interagir avec ses pairs. Ainsi, ils feront fuir tous les préjugés longtemps ruminés à leur endroit. L'intérêt de la présente étude se situe à plusieurs niveaux :

Sur le plan social, la lutte contre l'isolement de notre système bénéficiaire leur permettra d'interagir avec leur pair voire de communiquer avec quiconque. Ainsi, ils seront socialisés.

Sur le plan scientifique, cette étude va servir de support pédagogique aux futurs chercheurs œuvrant dans la lutte contre l'isolement.

Sur le plan personnel, cette étude nous a permis de nous familiariser de plus près avec l'isolement sur lequel nous avons eu tant de préjugés. Elle nous a également permis de renforcer nos capacités pratiques en matière de prise en charge des dépressifs.

Cette étude vise surtout à lutter contre l'isolement chez le dépressif stabilisé au moyen du sport collectif.

Pour orienter ce projet, il apparaît opportun de faire des investigations sur notre cadre institutionnel afin de mieux cerner les problèmes. D'où la nécessité de l'élaboration du cadre d'analyse.

CHAPITRE 2 :
**ELABORATION DU
CADRE D'ANALYSE**

Le présent chapitre s'articule autour de deux grands axes qui traitent respectivement de l'analyse du cadre d'intervention et du diagnostic.

2.1 ANALYSE DU CADRE D'INTERVENTION :

La structure qui nous accueille pour notre stage à responsabilité est l'hôpital psychiatrique de Bingerville (L'HPB).

Bingerville est une ville du sud de la Côte d'Ivoire qui fait partie des treize communes du District Autonome d'Abidjan. Avec une superficie de 10 200 hectares soit 10,2 km², elle est limitée au Nord par la ville d'Anyama, au Sud par la lagune Ebrié qui la sépare de la commune de Port-Bouët et celle de Grand-Bassam, à l'Est par la ville d'Alépé et à l'Ouest par la commune de Cocody.

Autrefois, village de pêcheurs appelé « Alobhé », la ville de Bingerville fut créée le 15 Novembre 1900 par l'autorité coloniale qui avait décidé de délocaliser la capitale de la Côte d'Ivoire, de Grand-Bassam à Bingerville. Cela à la suite des épidémies successives de peste et de fièvre jaune qui décimaient la population européenne de la colonie. En hommage au premier gouverneur de la Côte d'Ivoire, Louis Gustave Binger, cette localité fut baptisée Bingerville. Pour plus d'informations, Alobhé était le nom d'un colon blanc, collecteur d'impôt ; déformé en Ebrié. Ce nom fut proposé par le commandant HOUDAILLE (1858 – 1916) qui dirigea une importante mission vers les années 1898 sur la demande du ministère des colonies. Elle fut ravie par son titre de capitale au profit d'Abidjan en 1934, puis par ricochet elle sera érigée en commune en 1985, conformément à la loi n°890-1180 du 17 Octobre 1980 Modifié par la loi n°85-1085 du 16 Octobre 1985 portant création de 98 communes.

Elle a été jusqu'à présent dirigée par quatre (04) Maires à savoir :

- ETIENNE AHIN de 1986 à 1990
- BATLO AKA JEANNE de 1990 à 2001
- BEUGRE DJOMAN de 2001 à 2018
- YSSOUF DOUMBIA depuis Décembre 2018.

La population de Bingerville est estimée à 204656 habitants selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2021, effectué par l'Institut National de Statistique (l'INS). La population de Bingerville est donc hétérogène. Elle est composée d'autochtones Atchan (Ebriés), principal peuple qu'on trouve surtout dans les villages, auxquels s'ajoutent les allochtones (Abbey, Baoulé, Dida, Malinké, Sénoufo...) Et des peuples issus pour la plupart des pays de la sous-région (Bénin, Burkina Faso, Guinée, Mali, Niger, etc.). Cette population n'est pas exempte des problèmes sociaux tels que la pauvreté, le chômage, la toxicomanie, les conflits familiaux qui sont parfois à la base des troubles dépressifs.

Bingerville abrite diverses institutions scolaires et des centres de formations professionnelles.

L'on y trouve un démembrement de l'Université Félix Houphouët Boigny de Cocody et de l'Ecole Nationale Supérieure Agronomique. Aussi, l'on y trouve le Centre des Métiers de l'Electricité (CME), l'Ecole Régionale d'Agriculture (ERA-SUD), l'Ecole des Arts Appliqués (désignée souvent sur le nom de l'Ecole de Sculpture Combes), l'Ecole des Moniteurs et d'Assistants d'Elevage (EMAE), une Ecole Anglaise Morning Glory international School et l'enseignement Militaire polyvalent représenté par l'Ecole Militaire Préparatoire Technique (EMPT).

Nous notons également l'existence de nombreux établissements secondaires tels que le lycée de Garçons GNALEGA Mémé Jérémie, le lycée de Jeunes Filles Mamie Houphouët Fétai, le lycée Moderne Mixte de Bingerville et plusieurs écoles primaires. Ces établissements favorisent l'instruction et l'éducation pour les enfants du personnel et ceux des patients des établissements sanitaires, au rang duquel l'hôpital psychiatrique de Bingerville.

Pour renforcer et assurer le bien-être physique et mental de la population, la commune de Bingerville est dotée de plusieurs structures sanitaires publiques et privées. Ce sont, le Service de Santé Scolaire et Universitaire (SSSU), la Protection Maternelle et Infantile (PMI), l'Hôpital Général (HG), l'Hôpital Mère-Enfant (HME), quatre Centres de Santé (Gbagba, Abatta, Adjamé Bingerville, Akandjé), des Infirmieries, des cliniques privées, des pharmacies, et l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville qui présente un intérêt particulier pour notre étude. L'HPB est situé dans le quartier Blanchon A, entre l'Hôpital Mère-Enfant et le SSSU. Il est bâti sur une superficie de 1,5 hectares.

L'histoire révèle que cette structure, avant sa délocalisation à Treichville, était annexe de l'hôpital central du Plateau et on le connaissait sous le nom de Cabanon. Il faut rappeler qu'à cette époque, les malades étaient hospitalisés dans l'actuel emplacement du service des maladies infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville, c'était le système asilaire qui prévalait (enfermés et isolés). Alors les autorités décidèrent de transférer les usagers sur un site éloigné vu qu'Abidjan est devenu la nouvelle capitale et que Treichville s'y trouvait en plein cœur. Le choix fut porté sur Bingerville, un cadre reposant donc favorable à la stabilisation du malade mental. L'HPB a été inauguré le 28 février 1962 avec pour responsable le Docteur SANSAN

Abhé Antoine qui était l'un des premiers psychiatres ivoiriens. Il fut le premier Directeur et le médecin-chef jusqu'au 31 décembre 1981. Ensuite plusieurs directeurs lui ont succédé et depuis 2018, l'actuel directeur se nomme Docteur DIOMANDE Hamadou.

L'hôpital psychiatrique de Bingerville a pour mission, l'accueil, la prévention et le traitement de la maladie mentale et des troubles psychiques. Cette mission recouvre plusieurs objectifs :

- Aider les malades à se rétablir et se prendre en charge afin de faciliter leur réinsertion sociale ;
- Procéder à la recherche scientifique sur les pathologies mentales dans le contexte socioculturel africain, permettant ainsi le dépistage et la prévention des maladies mentales ;
- Assurer la formation du personnel médical et paramédical pour poursuivre la relation d'aide et d'assistance psychologique et sociale envers les usagers présents et futurs.

L'HPB, compte aujourd'hui 105 lits fonctionnels au lieu de 250 au départ. Il totalise 06 unités de soins répartis en 04 pavillons dont 02 affectés aux femmes. Par ailleurs, il compte en son sein une clinique d'une capacité de 11 lits pour les malades d'une condition sociale plus aisée.

En plus de ces unités de soins, L'HPB dispose aussi d'un service de consultation externe pour les malades non hospitalisés. Ces consultations se font en ambulatoire avec les infirmiers spécialisés en psychiatrie. A L'HPB, le patient est conduit en général par la famille, les organisations caritatives, les ONG, les services de santé, les forces de l'ordre, les mairies et l'auto placement.

Le mode d'hospitalisation se fait sous trois formes :

- L'hospitalisation à la demande d'un tiers (les malades accompagnés par leurs parents ou amis) ;
- L'hospitalisation libre (le malade prend l'initiative de se rendre à L'HPB pour être interné) ;
- L'hospitalisation d'office (le malade est admis sur demande d'une structure sanitaire, d'une autorité judiciaire ou policière).

L'HPB reçoit des malades adultes âgés de 16 ans et plus. Les hospitalisations dans cet établissement se font sur avis des médecins psychiatres. Les frais d'hospitalisations gérés par le bureau des entrées, chargé du recouvrement de toutes les consultations, des hospitalisations et de gérer les dossiers des patients internés, s'élèvent à 30 000 frs pour le séjour qui est de 21 jours et à 8000f /jour pour la clinique. La durée moyenne de séjour est de 21 jours selon le rapport de gestion de l'hôpital. Toute admission donne droit aux trois repas quotidiens. Cependant, tous les soins médicaux sont à la charge de la famille du malade.

Deux types de financements permettent à l'hôpital psychiatrique de Bingerville de fonctionner :

- Le budget annuel alloué par l'Etat ;
- L'appui matériel, logistique, financier des partenaires, des ONG, les personnes de bonnes volontés, les religieux et d'autres structures de bienfaisance.

Le service d'éducation spécialisé notre milieu spécifique, est compétent dans le rétablissement, la rééducation, et la réinsertion sociale des patients. Ce service s'occupe de la prise en charge, de l'accompagnement thérapeutique et socio-éducatif des malades

mentaux. Par ailleurs, ces patients bénéficient en plus des soins médicaux d'une action psychosociale et affective qui se traduit par des activités comme les entretiens de groupe et les entretiens individuels. En effet, ce service a pour mission de rendre le séjour du malade agréable pendant son hospitalisation, par l'organisation et l'animation des activités occupationnelles comme les activités d'ergothérapie et les activités sociothérapeutiques.

Une analyse diagnostique permettra de mieux appréhender la population fréquentant l'Institution et le service de consultation.

2.2 DIAGNOSTIC

Le diagnostic permet de justifier la pertinence du problème en rapport avec les bénéficiaires. Pour y arriver, notre démarche a consisté :

D'une part, à mener des observations générales ;

D'autre part, à effectuer des observations spécifiques qui nous ont permis de relever les comportements de nos bénéficiaires.

Par la suite, nous avons procédé à une analyse de ces observations afin de mettre en évidence les problèmes rencontrés par nos bénéficiaires.

2.2.1 Observations générales

L'observation générale consiste à décrire les comportements avec nos organes de sens sans interaction, ni instrument. Nos observations portent sur les comportements des bénéficiaires à différents moments de la journée au sein de la structure.

Chaque matin, nous constatons que les usagers arrivent de part et d'autres au sein de la structure. Certains se dirigent vers une porte au-dessus duquel on lit: BUREAU DES ENTREES. Tandis que d'autres

sont assis sur des bancs avec un papier en main sur lequel l'on lit carnet de santé. Quelques-uns disent « bonjour docteur » pendant que la majorité reste silencieuse sans mot dire.

Dans la cour, l'on aperçoit certaines personnes qui marchent d'un coin à un autre et reviennent à leur position de départ de façon répétée. D'autres par contre, au cours de cette marche, traînent les pieds par terre. Quelques-uns rient, chantent puis dansent et d'autres encore sont assis dans un coin de la cour, les bras croisés sans mot dire. Par moment, nous entendons des paroles comme « sorcier, je t'ai fait quoi et puis tu m'en veux ? ».

Après, nous voyons certaines personnes qui fument dans un coin de la cour, pendant que d'autres par moment se lèvent puis s'asseyent et disent : « laissez-moi, je ne veux rien ».

Sur l'espace vert, nous voyons certaines personnes faire la lessive sans aide tandis que d'autres, le linge en main, tremblent puis le laisse tomber par terre.

Dans un bâtiment, nous observons des personnes en blouse blanche échanger avec d'autres personnes. L'on entend certaines personnes dirent : « si je suis ici, c'est la faute à mon père qui ne me prête pas attention » pendant que d'autres disent : « ma tête, ma tête, ma tête ». Quelques-uns restent sans mot dire.

Dans une salle, nous entendons l'homme en blouse blanche dire : « tu dors bien ? tu manges bien ? est-ce que ça va ? où sommes-nous ? etc. ». Pendant que certaines personnes répondent aux questions de l'homme en blouse blanche, d'autres fuient les regards de celui-ci et ne disent rien. L'on entend souvent des paroles comme : « plus rien ne m'intéresse ».

Quelques fois, certaines personnes prennent des notes. Parmi elles, certaines écrivent sans difficultés tandis que d'autres n'y parviennent pas. Elles tremblent le stylo à la main. Aussi, elles laissent tomber le papier sur lequel est écrit carnet de santé que l'homme en blouse blanche leur tend. A la fin de l'échange, certaines personnes prennent appui sur la chaise pour se lever pendant que d'autres se lèvent sans difficulté.

Au cours du déjeuner, la majorité des personnes mangent tout ce qui leur est servi et en réclament. Tandis que d'autres, ne finissent pas leurs plats. Ils se baladent dans la cour, le plat en main.

Après le repas, certaines personnes dorment pendant que d'autres s'asseyent le long des allées de la structure. L'on entend : « mon papa est le premier ministre et ma maman est la première dame » ; « j'ai plus envie de vivre ». Quelques instants, l'on entend des pleurs.

A 14 heures, c'est la reprise des échanges. Nous entendons certaines personnes dire : « je ne dors pas bien ! » ; « je n'ai pas l'appétit » ; « j'entends des voix » ; « j'ai des visions » et « je n'ai pas la force pour faire mes toilettes » tandis que d'autres disent : « ici est l'école de mon fils » ; « aujourd'hui est l'anniversaire de mon fils » ; « aujourd'hui est le 18 juin 2020 ».

Après avoir observé le comportement des personnes, il nous revient maintenant d'observer de façon spécifique nos bénéficiaires.

2.2.2 Observations spécifiques

L'observation spécifique se fait à l'aide d'instruments pour plus d'objectivité. Elle vient renforcer et conforter ce qui a été observé plus haut.

Pendant la période du 21 Février au 23 mars 22, nous avons pu avoir 20 entretiens. Les bénéficiaires reçus sont de différentes couches socioprofessionnelles. Ainsi les diagnostics enregistrés sont les cas de dépression, de schizophrénie, de toxicomanie, de troubles névrotiques, de troubles organiques, de troubles de comportements et d'épilepsie. Le service de consultation externe reçoit en moyenne 25 patients par jour.

Le tableau ci-dessous est un récapitulatif des affections mentales relevées à cette période.

Tableau I : Répartition des pathologies rencontrées du 21 Février au 23 Mars 2022 :

Pathologies	Nombre de malades	Pourcentage
Troubles dépressifs	150	26,69%
Schizophrénie	90	16,01%
Toxicomanes	10	3,68%
Trouble névrotique	8	1,42%
Troubles organiques	8	1,42%
Troubles de Comportement	4	0,71%
Épilepsie	2	0,35%
Nombre de malades reçu : 272		

Source : registre de consultation

Ce tableau présente les maladies diagnostiquées au sein du service de consultation. En un mois nous avons dénombré 150 cas de troubles dépressifs suivi de 90 cas de schizophrénies, qui sont élevés pendant que le taux d'épilepsie est le plus bas.

Nos observations spécifiques ont porté sur les comportements au niveau psychomoteur, socio-affectif et cognitif de vingt personnes adultes. L'âge de ces adultes varie entre dix-huit et quarante-cinq ans. Ces observations ont été faites dans la cour du centre et pendant les séances de consultations. Les informations ont été collectées pendant des entretiens et à l'aide des dossiers médicaux de nos bénéficiaires.

Pour mieux cerner les difficultés de ces bénéficiaires, nous les avons présentées dans un tableau.

Tableau II : Comportement des patients sur le plan psychomoteur :

DOMAINE	CATEGORIES	COMPORTEMENTS OBSERVES	RATIO
Psychomoteur	Motricité fine	Saisit le carnet de santé avec les doigts	15/20
		Tient l'outil scripteur entre le pouce, l'index et le majeur	15/20
	Motricité large	Marche sans difficultés en direction du praticien	17/20
		Prend appui sur la chaise pour se lever	03/20

Source : observations

A la lecture de ce tableau, nous remarquons que 15 personnes sur 20 bénéficiaires parviennent à saisir le carnet de santé avec les doigts et à tenir l'outil scripteur entre le pouce, l'index et le majeur. Par contre, 3 personnes sur 20 bénéficiaires seulement prennent appui sur la chaise pour se lever. Il faut également noter que 17 personnes parviennent à marcher sans difficultés en direction du praticien.

Il ressort de ce tableau qu'au niveau de la motricité large, la majorité des bénéficiaires n'ont pas de problème. Cependant, s'agissant de la motricité fine, quelques-uns de nos bénéficiaires éprouvent des difficultés. Ils ne parviennent pas à tenir l'outil scripteur entre le pouce, l'index et le majeur, puis ils ne parviennent pas non plus à saisir le carnet de santé avec les doigts.

Tableau III : comportement des patients au plan cognitif :

DOMAINE	CATEGORIES	COMPORTEMENTS OBSERVES	RATIO
Cognitif	Orientation spatio-temporelle	Dit la date du jour	15/20
		Reconnait les lieux (l'hôpital psychiatrique de Bingerville, la cour etc.)	15/20
	Attention	Soutient le regard de son interlocuteur durant 02 minutes	12/20
	Expression orale	Parle spontanément	12/20

Source : observations

Notons que 15 bénéficiaires sur 20 personnes disent la date du jour et reconnaissent les lieux (l'hôpital psychiatrique de Bingerville, la cour

etc.). En outre, 12 sur 20 parviennent également à soutenir le regard de son interlocuteur durant 2 minutes et à parler spontanément.

A la lecture de ce tableau, nous pouvons dire qu'il y a tout de même un bon nombre de nos bénéficiaires qui sont confrontés à des problèmes liés à la communication verbale. Ils ont des difficultés à parler spontanément. Toutefois, quelques-uns ont un problème d'attention et d'orientation spatio-temporelle. Ils ne parviennent pas à soutenir le regard de leur interlocuteur durant 2 minutes et à dire la date du jour et ne reconnaissent pas les lieux (l'hôpital psychiatrique de Bingerville, la cour etc.)

Tableau IV : comportement des patients au plan socio - affectif :

DOMAINE	CATEGORIES	COMPORTEMENTS OBSERVES	RATIO
Socio- affectif	Autonomie	Mange sans l'aide de quelqu'un	13/20
		Fait ses toilettes avec insistance	07/20
	Sociabilité	Exécute les activités sociales habituelles	07/20
		Se tient à l'écart des autres	13/20
		Echange avec les autres	07/20

Source : observations

Ce tableau nous révèle d'abord que 13 bénéficiaires sur 20 personnes mangent sans l'aide de quelqu'un et se tiennent à l'écart des autres. Ensuite, 7 bénéficiaires seulement sur 20 personnes font leurs

toilettes avec insistance, exécutent les activités sociales habituelles et échangent avec les autres.

Au niveau socio-affectif, nous constatons qu'un bon nombre de nos bénéficiaires ne sont pas sociables. Ils n'échangent pas avec les autres, se tiennent à l'écart et n'exécutent pas les activités sociales habituelles. Certaines personnes manquent d'autonomie. Elles ne peuvent pas manger sans l'aide de quelqu'un et ne parviennent pas à faire leurs toilettes sans insistance.

2.2.3 ANALYSE DES OBSERVATIONS :

L'analyse des observations est une phase de la recherche qui permet de mieux appréhender les problèmes que les patients rencontrent.

Les usagers qui arrivent de part et d'autre au sein de la structure sont des malades souffrant de pathologies psychiques, de la liste duquel les psychoses, les névroses, les cas de toxicomanie, et divers troubles tel que les troubles dépressifs.

Les personnes retranchées dans leur coin, qui s'élèvent et s'asseyent, qui ne communiquent pas, qui pleurent incessamment en disant pour la plupart des paroles telles que : « Ma tête, ma tête, sorcier, je t'ai fait quoi et puis tu m'en veux, laissez-moi, je ne veux rien » ; « je ne dors pas bien ! » ; « je n'ai pas l'appétit » ; « j'entends des voix » ; « j'ai des visions » ; « je n'ai pas la force pour faire mes toilettes » ; « j'ai plus envie de vivre » ; « ici est l'école de mon fils » ; « aujourd'hui est l'anniversaire de mon fils » ; « aujourd'hui est le 18 Juin 2020 » ; sont des malades atteints de dépression majeure. Cela est certainement dû aux facteurs biologiques (hérédité), facteurs psycho-sociaux (le stress, l'événement de vie, traumatismes divers,

alcoolisme, drogues etc.) Ces patients manifestent une vive inquiétude qui les amènent à s'isoler, même pendant leur période de stabilité.

Concernant les personnes qui marchent d'un coin à un autre en aller-retour et celles qui traînent les pieds lors de la marche, ce sont les pensionnaires de l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Cette marche est mise au compte de l'inactivité et du manque d'occupation de ces patients stabilisés solitaires qui préfèrent vivre isoler des autres ; d'où le besoin de divertissement. Les internes qui traînent les pieds lors de la marche sont ceux qui ont un handicap moteur.

A l'espace vert, certaines personnes font la lessive sans aide tandis que d'autres, le linge en main, tremblent puis le laisse tomber par terre. Ces patients font la lessive pour s'occuper. Ceux qui n'y arrivent pas présentent un problème de motricité dû aux effets secondaires des médicaments. Les mouvements sont au ralenti, ils ont des lourdeurs et des tremblements. Le constat est aussi fait chez quelques patients venus en consultation, qui ne parviennent pas à saisir le carnet de santé remis par le praticien, et qui n'arrivent pas à tenir l'outil scripteur entre le pouce, l'index et le majeur.

Les pensionnaires qui se mettent à l'écart pour fumer, qui refusent de parler, qui accusent les parents qui ne leur prête pas attention, sont les usagers de la drogue qui ont connu une période de dépression. En effet quelques-uns avouent avoir consommé la drogue, qui selon eux, leur permettent de s'évader pour oublier les soucis. Cela bien au contraire va les conduire dans un mauvais tableau psychiatrique. Quant à ceux qui sont assis dans un coin de la cour, les bras croisés sans mot dire, ce sont les patients dépressifs stabilisés.

L'homme en blouse blanche est l'infirmier major spécialiste en psychiatrie. En effet les entretiens et les investigations menés par ce dernier, nous montrent que quelques patients ne fixent pas du regard et ne disent rien. Cela pourrait s'expliquer par un manque d'attention ou un problème de concentration. En d'autres termes, cette situation pourrait être la conséquence des problèmes que vivent ces personnes en famille.

A l'heure du déjeuner, la majorité des personnes mange tout ce qui leur est servi et en réclament. Tandis que d'autres ne finissent pas leurs plats. Elles se baladent dans la cour, le plat en main. En effet après les échanges avec certains praticiens, il s'avère que les personnes qui finissent leurs plats, sont en général les dépressifs stabilisés tandis que les dépressifs non stabilisés se promènent avec leurs plats dans la cour.

Après le repas, certains usagers racontent des choses infondées telles que : « mon papa est le premier ministre », « ma maman est la première dame », Tout cela est justifié dans leurs dossiers médicaux. Ils souffrent d'une pathologie nommée accès maniaque. La manifestation de cette pathologie s'explique aussi par le fait que par moment, l'on entend des rires, des chants et des pleurs puis ses personnes dansent après.

L'analyse de ces différentes observations mettent en évidence les problèmes suivants :

- Problème d'interaction sociale ;
- Problème d'instabilité ;
- Problème de motricité (fine et large) ;
- Problème d'attention ;
- Problème d'isolement.

Parmi tous les problèmes recensés, celui relatif au problème de l'isolement est le plus fréquent chez la plupart de nos bénéficiaires.

En effet la question de l'isolement est fortement présente chez le patient dépressif stabilisé. Sa résolution permettra de le faire sortir du trou sans issu.

A ce problème se dégage les besoins suivants :

- **Besoin de se relaxer**

La relaxation avec un groupe de danse permettra au dépressif stabilisé de se détendre, d'évacuer le stress et l'anxiété, de renforcer la concentration ou l'attention chez le bénéficiaire.

- **Besoin d'interagir avec l'autre**

Se mettre ensemble pour pratiquer le sport permettra au bénéficiaire d'échanger avec le groupe. En effet à partir de la course de relais, le patient pourra communiquer avec ses coéquipiers.

Ainsi, cette activité va contribuer à favoriser la communication avec l'autre.

- **Besoin de sport collectif.**

Le dépressif stabilisé a tendance à se mettre à l'écart des autres. Cette manière de faire, rend difficile les relations de ce dernier avec son entourage. Pour que le concerné renoue avec la société, il serait important de faire recours à un sport collectif qui lui permettra de se rapprocher des autres en vue de rétablir les relations sociales.

Au regard de ces différents besoins, nous pouvons dire que le besoin de sport collectif est le besoin idoine pour lutter contre l'isolement chez nos bénéficiaires.

De ce qui précède, nous nous proposons d'initier un projet intitulé : « sport collectif pour la lutte contre l'isolement chez le dépressif stabilisé ».

En somme, l'élaboration du cadre d'analyse nous a permis d'appréhender notre milieu d'étude, de connaître notre institution d'accueil, d'y relever le problème prioritaire, d'identifier les besoins qui en découlent et de dégager le thème à l'étude. Il nous revient dans le chapitre suivant, de montrer les méthodes et les techniques mises en œuvre pour exécuter les actions éducatives.

CHAPITRE 3 :

**METHODOLOGIE DE
L'INTERVENTION**

La méthodologie est l'ensemble des techniques et des méthodes utilisées par le chercheur pour construire son travail. Elle permet à ce dernier d'avancer dans la réalisation de son étude. La méthodologie regroupe cinq points essentiels à savoir : la présentation du projet d'intervention, la présentation de la population bénéficiaire, les matériels et instruments de la recherche, l'expérimentation et les difficultés.

3-1. PRÉSENTATION DU PROJET D'INTERVENTION

Un projet est un processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées, comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, telles que des contraintes de délais, de coûts et de ressources. Il existe plusieurs types de projet que sont : le projet pédagogique, le projet politique, le projet événementiel, le projet économique, le projet social, le projet éducatif etc.

Dans le cadre de notre étude, c'est le projet éducatif qui retient notre attention. Ce projet éducatif intitulé « sport collectif pour la lutte contre l'isolement chez le dépressif stabilisé » a pour objectif à lutter contre l'isolement chez le dépressif stabilisé au moyen du sport collectif.

En effet, le projet éducatif est un outil stratégique permettant de définir et de faire connaître à la communauté d'un établissement les orientations, les priorités d'action et les résultats attendus pour assurer la réussite éducative de tous les jeunes et adultes.

Pour Reverdy (2013), « le projet éducatif est un ensemble de méthodes artistiques et scientifiques qui a pour but de développer les qualités morales, intellectuelles et physiques que possède une personne. Il ne vise pas à modifier la nature du bénéficiaire mais aide à se développer harmonieusement dans son milieu ».

Quant à Boutet (2016), le projet éducatif est une démarche méthodique qui permet de diriger, de faciliter le développement, la formation, le déroulement ou l'épanouissement d'une vie humaine dans sa totalité biologique, psychologique et sociale.

A la suite de ces différentes définitions, il ressort que le projet éducatif est toute démarche ou tout processus caractéristique d'organisation utilisé par un individu ou groupe d'individus visant à atteindre un objectif précis.

Dans le cadre de notre recherche, nous définissons le projet éducatif comme l'ensemble des techniques et stratégies pédagogiques élaborées en vue de lutter contre l'isolement chez le dépressif stabilisé.

Pour atteindre notre objectif, nous avons retenu trois activités qui sont :

- La danse de groupe pour permettre au dépressif stabilisé de se relaxer ;
- La course de relais pour favoriser la communication du patient avec les autres membres du groupe ;
- Le handball pour permettre au dépressif stabilisé de se rapprocher des autres en vue de rétablir les relations sociales.

Pour mener à bien notre projet éducatif, nous avons défini d'une part, un plan d'action et d'autre part, un plan d'exécution.

3.1.1 Plan d'action du projet :

Il s'agit ici, de définir les actions opérationnelles qui permettent d'atteindre les objectifs fixés. Le plan d'action de notre projet contient différents éléments qu'il convient d'énumérer. Ce sont le domaine taxonomique, les objectifs, les stratégies, les activités, les moyens, l'échéancier, le lien et les résultats.

Le plan d'action a été représenté sous forme de tableau comme suit :

Tableau V : Plan d'action du projet

Domaine	Objectifs	Stratégie	Activités	Moyens			Echéancier	Lieu	Résultats attendus
				Humains	Matériels	Financier			
Socio-affectif	Etant donné cinq chansons rythmées, le dépressif stabilisé doit être capable de danser avec son cavalier jusqu'à la fin de l'activité.	Présentation Explication Démonstration Mise en situation	La danse de groupe	Encadreurs Stagiaire Patients	Un appareil De sonorisation Des étiquettes Du nom codé	210000frs	Première période : Du 11 Avril au 30 Mai 2022	Dans la salle d'activités	Le patient danse avec son cavalier jusqu'à la fin de l'activité.
	Etant donné la course de relais, le dépressif stabilisé doit être capable d'interagir avec les autres membres du groupe.	Présentation Explication Démonstration Mise en situation	La course de relais	Encadreurs Stagiaire Patients	Un sifflet Des balles De l'amidon Des étiquettes	10000frs		Sur le terrain de l'hôpital psychiatrique de Bingerville.	Le patient interagit avec les autres membres du groupe.
	Etant donné le match de handball, le dépressif stabilisé doit être capable de jouer en équipe avec ses coéquipiers.	Présentation Explication Démonstration Mise en situation	Le handball	Encadreurs stagiaire Patients	Un sifflet Des jeux de maillots Un ballon Des étiquettes du nom codé Chaussures de sport	10000frs	Deuxième période : Du 2 Juin au 29 Juillet 2022	Sur le terrain de l'hôpital psychiatrique de Bingerville.	Le patient joue en équipe avec ses coéquipiers.

Source : fiche d'activité et cahier de bord

3.1.2. Plan d'exécution du projet :

Le plan d'exécution du projet est le plan élaboré dans lequel figurent les différentes étapes du projet et leur période de réalisation.

Nous avons cité dans un chronogramme d'activités notre plan d'exécution du projet dans le tableau ci-dessous.

Tableau VI : Calendrier d'exécution du projet :

Etape du projet	Périodes d'exécution
Etude du milieu	Du 21 Février au 15 Mars 2022
Elaboration du cadre d'analyse	Du 16 Mars au 27 Mars 2022
1 ^{er} regroupement	Du 28 Mars au 08 Avril 2022
Evaluation formative 1 ^{ère} supervision	29 Avril 2022
Evaluation sommative 2 ^{ème} supervision	07 Juillet 2022
2 ^{ème} regroupement	Du 13 Juin au 24 Juin 2022
Méthodologie de l'intervention	Du 11 Avril au 29 Juillet 2022
Date de dépôt des mémoires	Du 2 Septembre au 16 Septembre 2022
Examen du diplôme d'Etat	06 Septembre 2022
Soutenance	Du 27 Septembre au 10 Octobre 2022

Tableau VII : le plan d'exécution du projet à l'aide du tableau Gantt

Mois	Février				Mars				Avril				Mai				Juin				Juillet				Août				Septembre				Octobre			
Phase du projet	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4
Etude du milieu			●	●																																
Activité 1 Activité 2 Activité 3																																				
Evaluation1 Evaluation2																																				
Elaboration du document			●	●																																
Dépôt de Mémoires																																				
Soutenance																																				

Source : ● — ● Etudiant

Légende : S1 : première semaine ; S2 : deuxième semaine ; S3 : troisième semaine ; S4 : quatrième semaine ; période : évaluation

Période d'évaluation ● — ● ●

Ce tableau met en évidence les différentes étapes d'exécutions du projet et l'élaboration du mémoire.

Après le plan des différentes étapes du projet, il est important de présenter la population d'étude et le groupe de travail.

3.2. POPULATION D'ETUDE ET GROUPE DE TRAVAIL

3.2.1. Population d'étude

Dans le cadre de notre projet, notre population d'étude est l'ensemble des personnes ayant connu un épisode dépressif, particulièrement le dépressif stabilisé.

Ce projet qui s'adresse à tous les dépressifs stabilisés, vise singulièrement ceux qui se soignent à l'hôpital psychiatrique de Bingerville.

Nous avons défini des critères dans le but de constituer notre groupe de travail.

3.2.2. Groupe de travail

L'hôpital psychiatrique de Bingerville est notre lieu de stage où nous avons fait des observations pendant une période donnée. Ainsi les observations spécifiques faites, nous permet de définir les critères que doivent remplir les membres de notre groupe d'activité.

3.2.3. Critère de choix

Pour faire partir de ce projet éducatif, il faut :

- Être un patient interné à l'hôpital psychiatrique de Bingerville

Notre intervention se faisait uniquement à l'hôpital psychiatrique de Bingerville et sur des patients âgés de 24 à 41 ans.

- Être un dépressif stabilisé

Comme l'indique l'intitulé de notre thème, ce projet s'adresse aux dépressifs stabilisés. En effet, pour résoudre tout problème chez un

dépressif, il convient de stabiliser le malade. Nous avons retenu 20 dépressifs stabilisés après entretien.

- Vivre isolé

Pour lutter contre l'isolement, il va falloir que nos bénéficiaires présentent des signes de l'isolement notamment être triste, avoir des contacts peu fréquent avec leur entourage. Nous avons retenu 15 dépressifs stabilisés qui s'isolent.

- Etre âgés de 24 à 41 ans

Nous avons opté pour ce choix parce que le centre psychiatrique de Bingerville ne reçoit que des adultes; ainsi nos bénéficiaires réguliers sont des adultes âgés de 24 à 41 ans. Nombre retenu 04.

Les critères susmentionnés permettent d'avoir un groupe de travail constitué de trois femmes et un homme qui sont des dépressifs stabilisés, présentant un isolement et dont l'âge varie entre 24 et 41 ans.

3.2.4. Caractéristique du groupe de travail

Les caractéristiques sont les éléments permettant d'identifier l'individu. Par souci de clarté et de confidentialité, nos quatre patients sont désignés par des codes : patient 1 : KA, patient 2 : TO, patient 3 : CU et patient 4 PE. Leurs caractéristiques vont être présentées dans ce tableau ci-dessous.

Tableau VIII : Caractéristiques des patients

Caractéristiques Noms codés	Genre	Age	Rang dans la fratrie	Niveau d'études	Type de pathologie
KA	F	37 ans	3 ^e /4	3 ^e	Dépression
TO	F	32 ans	4 ^e /6	CE2	Dépression
CU	F	41 ans	2 ^e /4	BTS	Dépression
PE	M	24 ans	4 ^e /4	2 nd	Dépression

Source : dossiers des patients et entretien avec les parents.

Légende : M = Masculin.

F = Féminin

Ce tableau montre que les patients de notre groupe de travail au nombre de 4 sont de sexe différent. Nous avons trois femmes dont l'âge varie entre 32 à 41 ans et un homme de 24 ans. Ils présentent tous un problème d'isolement. Pour une meilleure prise en charge de ces bénéficiaires, nous avons besoin de certaines informations à savoir :

Les antécédents médicaux, leurs comportements à la maison et à l'hôpital.

Nous avons consigné ces informations dans le tableau de l'anamnèse

Tableau IX : historique personnel des membres du groupe de travail

Noms codés Renseignements	KA	TO	CU	PE
Histoire personnelle	Elle vivait une vie de couple jusqu'à ce qu'un problème de santé survienne et que le mari se sépare d'elle.	La bénéficiaire fait ses activités de coiffeuse à Bouaké, laquelle vécu une triste histoire à Abidjan.	Après le BAC français obtenu au Nigeria, elle alla en France pour la suite des études. C'est là qu'elle tomba malade.	Vivant avec son père et sa mère, il ne supportait pas l'ambiance de la maison. C'est ce qui a tout déclenché.
Antécédents médicaux	Après l'accouchement et sevrage de l'enfant, elle est tombée malade. Détection de fièvre typhoïde et d'une dépression.	Elle avait fait auparavant une dépression.	Elle a connu plusieurs épisodes de dépression en France.	Il était dépressif et il a fait plusieurs rechutes.
Comportement en famille	Elle exécute à peine les activités domestiques, ne communique pas assez et s'isole de ses proches.	Elle est assez calme, communique peu, mais vie en parfaite entente avec son oncle maternel.	Elle ne reconnaît pas être malade, difficile à vivre, impulsive, réservée et reste toujours seul dans son coin.	Mésentente, discussions, s'isole des autres et n'aime pas s'asseoir avec la famille pour échanger.
Comportement à l'hôpital	Elle n'échange pas assez de paroles avec les autres patients et est toujours dans son coin.	Elle suit les prescriptions du médecin, mais la bénéficiaire communique peu et s'isole des autres patients.	Au début, elle suivait difficilement les prescriptions du médecin traitant. Elle ne cause avec personne, et s'isole assez.	Il suit les prescriptions du médecin traitant, mais n'aime pas communiquer.
Difficultés	Elle prend ses médicaments avec insistance. Ne communique pas, s'isole	Ne communique pas S'isole .	Elle n'aime pas communiquer et ne s'intéresse à rien.	Problème de communication et d'isolement.
Conduite éducative	L'amener à interagir avec son groupe d'activité afin de se socialiser	L'amener à communiquer à travers les activités de groupe afin d'entrer en relation avec les autres	L'amener à interagir avec les membres de son groupe pendant les activités en vue de rétablir les relations sociales	L'amener à communiquer à travers les activités de groupe pour se socialiser

Source : Entretien et dossier médical

3.2.5. Evaluation des acquisitions en début de projet :

Tableau X : Evaluation des acquisitions en début de projet

Domaine	Constats en début de projet	Activités menées	Objectifs	Résultats attendus
Socio-affectif	Les quatre patients sont anxieux.	La danse de groupe.	Etant donné cinq chansons rythmées, le dépressif stabilisé doit être capable de danser avec son cavalier jusqu'à la fin de l'activité.	Les quatre patients dansent ensemble.
	Les quatre patients ont des difficultés à communiquer avec leur entourage	La course de relais.	Etant donné la course de relais, le dépressif stabilisé doit être capable d'interagir avec les autres membres du groupe.	Les quatre patients interagissent ensemble.
	Les quatre patients ont des difficultés à se rapprocher de l'autre.	Le handball	Etant donné le match de handball, le dépressif stabilisé doit être capable de jouer en équipe avec ses coéquipiers.	Les quatre patients jouent en équipe.

La lecture de ce tableau nous renseigne sur les difficultés qu'éprouvent les patients. En effet, anxieux, ils rencontrent des difficultés à communiquer avec leur entourage et à se rapprocher des autres. Ainsi, pour pallier ce problème, trois (3) activités ont été proposées, à savoir : la danse de groupe, la course de relais et le handball. A la fin de ces activités, les patients doivent être capables de danser, d'interagir ensemble et de jouer en équipe.

3.3. MATERIEL ET TECHNIQUE DE LA RECHERCHE

Pour collecter des données nécessaires à la mise en place de notre projet, nous avons utilisé certains matériels et techniques.

Il est important de faire la connaissance de tous ces outils et techniques d'investigation.

3.3.1. Matériel et Technique de collecte des données

C'est l'ensemble des procédés par lesquels les informations ont été recueillies afin d'aboutir à la réalisation de ce projet. Il s'agit de l'observation, de l'entretien et de la recherche documentaire.

- Observation

Nous avons mené deux types d'observations à savoir l'observation générale et l'observation spécifique.

L'observation générale consiste à décrire les comportements avec nos organes de sens sans interaction, ni instrument. Nos observations portent sur les comportements des patients à différents moments de la journée au sein de la structure. Elles ont été mentionnées dans le cahier de bord.

L'observation spécifique se fait à l'aide d'instruments pour plus d'objectivité. Elle vient renforcer et conforter ce qui a été observé plus haut. Nos observations spécifiques ont porté sur les comportements au niveau psychomoteur, socio-affectif et cognitif de vingt patients au service de psychiatrie. L'âge de ces patients varie entre 18 et 45 ans. Ces observations ont été faites dans la cour du centre et pendant les consultations. Les informations ont été collectées pendant des entretiens et à l'aide des dossiers médicaux.

- L'entretien

C'est une technique d'échange par laquelle l'intervenant cherche à obtenir des informations auprès de l'utilisateur à propos du problème précis. L'entretien avec nos maîtres de stage nous a permis d'avoir des informations sur le cadre d'intervention.

Nous avons procédé à l'entretien directif. Celui-ci nous a permis de recueillir des données qui sont enregistrées dans le cahier de bord.

- **Recherche documentaire**

C'est une technique de recherche qui consiste à consulter divers documents pour obtenir des informations liées à notre population d'étude.

Nous avons à cet effet eu recours à des ouvrages spécialisés, à des travaux antérieurs, des mémoires ainsi que l'internet.

Cette technique nous a permis d'avoir des informations sur l'isolement chez le dépressif stabilisé.

3.3.2. Matériel et technique d'expérimentation

Pour mener à bien notre étude, nous avons utilisé des outils qui ont servi de support à l'étude. Ce sont le cahier de bord, la fiche technique d'activité, la grille d'observation et le guide d'entretien.

- **Cahier de bord**

C'est un document dans lequel nous avons inscrit toutes les informations journalières, les analyses, les critiques et les solutions proposées. Cet outil de travail a été d'une aide considérable, car nous nous sommes chaque fois ressourcé pour les informations nécessaires.

- **Fiche technique d'activité**

C'est un support pédagogique indiqué pour décrire la façon dont va se mener l'activité du jour, par rapport aux objectifs qui sont définis. Elle précise entre autres le titre, le lieu, le matériel, la période, le moment et la durée de l'activité. Nous avons successivement utilisé des stratégies pour amener nos patients à communiquer, puis les évaluer après, à travers une grille d'observation.

- Grille d'observation

C'est le complément de la fiche technique d'activité. Elle est le suivi, l'évaluation de chaque séance et le niveau d'acquisition par rapport à l'objectif fixé. Grâce à elle, nous avons su adapter les conduites éducatives aux besoins du patient.

- Le guide d'entretien

C'est une fiche sur laquelle est consigné le schéma directeur qui doit nous guider lors de nos entretiens. Les informations sur la population bénéficiaire et le groupe de travail sont recueillies à partir de ce guide.

3.3.3. Matériels de suivi et d'évaluation

Dans le cas de notre projet éducatif, nous avons opté pour l'évaluation formative. C'est un système qui permet d'évaluer les acquis de nos bénéficiaires au cours des différentes séances d'activités. Elle permet de corriger progressivement le problème de l'isolement avant l'activité suivante. Nous avons opté pour la méthode active qui motive les bénéficiaires et accroît leur intérêt à interagir avec le groupe.

L'éducateur joue dans ce cas, le rôle de modérateur et superviseur en vue de résoudre le problème d'isolement chez le dépressif stabilisé.

3.4. EXPERIMENTATION

L'expérimentation consiste en la réalisation de nos différentes activités du projet. Il s'agit de mettre en pratique les différentes phases d'exécution du projet de façon concrète.

Ainsi, sur deux périodes allant du 11 Avril au 30 Mai 2022 et du 2 Juin au 29 Juillet 2022, nous avons mené nos activités les matins.

Toutefois, notre responsable de stage nous assistait pendant le déroulement des activités et nous encourageait en donnant des

orientations à suivre. Le choix des activités s'est fait par élimination jusqu'à retenir celles qui conviennent en la réalisation de notre projet.

Ainsi, nous avons commencé par l'activité 1 (danse de groupe), ensuite l'activité 2 (course de relais) et enfin l'activité 3 (le handball).

Chaque activité est programmée pour une durée de 30 minutes.

Pour la réussite de toutes ces activités nous avons élaboré pour chacune une fiche technique suivie d'une grille d'observation. Nous faisons référence à nos encadreurs quand besoin est, en vue de nous améliorer dans le travail.

Pour mener à bien ces activités, nous avons eu à faire la phase de sensibilisation et la phase pratique.

3.4.1. Phase de sensibilisation

Il s'agit de toutes les séances de sensibilisation qui concourent à la réussite du projet.

- La responsable du service de l'éducation spécialisée

Nous lui avons expliqué le bien fondé de notre étude qui prend en compte quatre dépressifs stabilisés de l'hôpital psychiatrique de Bingerville.

Ainsi, pour mener à bien notre projet, nous lui avons présenté nos différentes activités et avons signifié l'importance de ce choix. Son accord et son appui ont été indispensables.

- Les parents

Nous leur avons expliqué le but de notre projet qui est centré sur leur proche. En effet le sport collectif qui favorise l'envie d'échange avec le groupe, la famille, l'entourage permettra aux patients de rompre avec la solitude et l'isolement.

- **Le bénéficiaire**

Nous nous sommes familiarisé avec eux. Ensuite nous leur avons expliqué le bien fondé des activités, en leur faisant comprendre qu'on ne peut pas vivre seul, on a toujours besoin de l'autre, et que l'homme ne peut pas vivre en dehors de la société ; son implication est indispensable pour son épanouissement et pour sa contribution au développement de la collectivité.

- **Le Directeur de mémoire**

Après les observations générales et spécifiques, ses orientations et ses critiques ont été utiles dans l'élaboration des activités.

3.4.2. Phase pratique

C'est la phase pratique d'exécution des activités retenues dont la réalisation doit apporter une réponse au problème d'isolement du dépressif stabilisé.

Les activités exécutées au cours de ces périodes sont les suivantes :

Activité 1 : la danse de groupe

Cette activité consiste à danser en groupe pour évacuer le stress et l'anxiété en vue du bien-être physique et mental.

Nous avons choisi cette activité parce qu'elle contribue à favoriser chez le bénéficiaire l'estime de soi, l'intérêt à se mettre dans un groupe pour les loisirs, la détente, afin de couper progressivement avec l'isolement.

Cette activité sportive permet au patient de prendre soins de lui-même.

Objectif Spécifique Terminal : Etant donné cinq chansons rythmées, le dépressif stabilisé doit être capable de danser avec son cavalier jusqu'à la fin de l'activité.

L'activité se fait avec quatre patients. Ainsi l'éducateur explique qu'il y a deux groupes de deux patients. Chaque patient doit danser avec son partenaire. Après il présente l'activité lorsqu'il dit : « chacun doit saluer son partenaire de danse. Arrivée sur la piste de danse, chacun doit entrer en scène avec son cavalier. Après chacun doit exécuter des pas de danse avec son cavalier au son du rythme de la musique.

Enfin, chacun doit aller jusqu'au terme de l'activité.

Intérêt pédagogique : Cette activité permet aux bénéficiaires de se relaxer pour évacuer le stress et l'anxiété.

Voir la fiche technique d'activité en annexe 1

Activité 2 : la course de relais

Cette activité consiste à interagir avec le groupe.

Nous avons choisi cette activité parce que la course de relais qui est un sport collectif favorise le contact, la coopération, la solidarité et surtout la communication entre les membres d'une équipe.

Cette activité permet aux bénéficiaires d'interagir entre eux en vue de la résolution du problème de l'isolement.

Objectif Spécifique Terminal : Etant donné la course de relais, le dépressif stabilisé doit être capable d'interagir avec les autres membres du groupe.

Pour réaliser l'activité.

L'éducateur forme deux équipes de 4 patients. Dans chaque équipe on retrouve 2 membres de notre groupe d'activité et deux autres patients stabilisés de pathologies différentes venus donner de l'engouement à l'activité. Dans ce jeu il est question de déposer les balles prises dans notre camp ; à la fin du jeu l'équipe qui a plus de

balles est la gagnante. Après il explique que le premier de chaque équipe doit courir vers le cercle, prendre une balle, et courir avec la balle vers ses coéquipiers. Le suivant de chaque équipe doit tendre la main afin de permettre à son coéquipier en action de taper dans sa paume. Puis ce dernier doit se mettre à son tour en action. Ensuite l'éducateur fait la démonstration de l'activité sportive à l'aide de deux chants d'encouragement : « ça va chauffer on va voir qui va gagner et petit piment, petit piment, on n'est pas beaucoup on est fort ». Il leur explique que chacun doit entonner ces chants appris pour encourager celui qui est en action. Enfin l'éducateur insiste sur les échanges et la motivation entre eux pour créer les conditions de communication.

Intérêt pédagogique : Cette activité contribue à favoriser les échanges avec les autres.

Voir la fiche technique d'activité en annexe 2

Activité 3 : le handball

Cette activité consiste à favoriser le rapprochement et les mouvements collectifs des membres d'une équipe.

Nous avons porté notre choix sur cette activité sportive parce qu'elle est un moyen pour susciter chez le patient l'attention, l'esprit d'équipe et la communication.

En plus, cette activité réunit les éléments qui peuvent permettre au bénéficiaire de sortir de sa réserve.

Objectif Spécifique Terminal : Etant donné le match de handball, le dépressif stabilisé doit être capable de jouer en équipe avec ses coéquipiers.

Pour ce jeu il y a deux équipes de 4 patients. Dans chacune de ces équipes se trouvent deux membres de notre groupe de travail. Cette activité consiste pour le patient à se mettre avec ses coéquipiers pour jouer contre l'équipe adverse. Il est donc question de dribbler avec le ballon ou de faire une passe à un coéquipier afin de marquer le plus de but possible dans le camp adverse. Nous avons donc commencé par la présentation de chaque bénéficiaire, ensuite des exercices d'échauffement et d'étirement, nous leur avons expliqué le déroulement du jeu, ainsi que les consignes à respecter pour le bon déroulement du match. Pour bien exécuter les consignes nous avons procédé par imitation afin de permettre aux patients de réussir l'activité. La pratique de ce jeu doit les amener à se rapprocher en se faisant des passes et à employer des expressions comme (à toi la balle, lance la balle dans le but adverse, attrape la balle, laisse...je prends).

Intérêt pédagogique : Cette activité permet aux dépressifs stabilisés de se rapprocher et communiquer entre eux afin de rompre avec l'isolement.

Voir la fiche technique d'activité en annexe 3

3.5. DIFFICULTES

Toutes recherches scientifiques supposent des difficultés sur lesquelles butte le chercheur.

Dans la réalisation de notre projet, nous avons rencontré des difficultés. En effet, au cours des séances d'activités, nous étions confrontés au problème d'humeur des malades qui refusent de travailler en groupe. Ainsi nous étions obligé de suspendre chaque fois les séances pour quelques minutes. Ce qui perturbait notre programme.

Cependant, étant un travailleur social, nous redoublons d'effort pour assurer les activités prévues.

Aussi certains patients étaient indisponibles du fait de leur retour en famille après avis du médecin traitant. Nous étions chaque fois obligé de les remplacés par d'autres patients stables.

Nous étions également confronté aux difficultés liées aux heures de prise de médicaments (généralement à 08 heures 30) qui coïncident avec les heures du déroulement des activités. Ainsi au cours de nos activités, nous constatons par moment des lourdeurs, des somnolences, voire même des absences de certains patients que nous trouvons endormis. Cette situation a perturbé l'activité en ce sens que les bénéficiaires n'arrivent pas à exécuter l'activité convenablement et finissent par abandonner avant la fin de celle-ci.

Pour résoudre ce problème nous avons été obligés de les laisser dormir et commencer nos activités à 10 heures 30. Ce qui nous a permis de mener nos différentes activités dans de bonnes conditions.

Après l'accomplissement des activités, nous avons pu obtenir

Des résultats qui seront présentés dans le chapitre suivant.

CHAPITRE 4:
RESULTATS

Le présent chapitre est consacré aux résultats. Il s'articule en deux points qui sont respectivement l'analyse des résultats et l'évaluation des acquisitions.

4-1. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

La présentation et l'analyse des résultats portent successivement sur le bilan partiel des résultats des activités de la première période, le bilan partiel des résultats des activités de la seconde période et les deux tableaux synoptiques des résultats des activités sur les deux périodes.

4-1-1. Bilan partiel des résultats des activités de la première période

La première période d'exécution de notre projet s'est étendue du 11 avril au 30 mai 2022.

Durant cette période, nous avons mené trois activités à savoir, la danse de groupe, la course de relais et le handball. Les résultats de ces différentes activités sont consignés dans des tableaux appelés synthèses des grilles d'observation des activités.

- **Synthèse des grilles d'observation de l'activité 1 à la première période**

Objectif Spécifique Terminal : Etant donné cinq chansons rythmées, le dépressif stabilisé doit être capable de danser avec son cavalier jusqu'à la fin de l'activité.

Code : {
+ = comportement positif.
- = comportement négatif.
0 = comportement non observé.

Tableau XI : synthèse des grilles d'observation de l'activité 1 à la première période

N° des items	Comportements observés	Noms codés				Total		
		KA	TO	CU	PE	+	-	0
1	Salue son partenaire de danse	+	-	-	+	2	2	0
2	Entre en scène avec son cavalier	-	-	-	+	1	4	0
3	Exécute des pas de danse avec son cavalier	-	-	-	+	1	3	0
4	Va jusqu'au terme de l'activité	-	-	-	-	0	4	0
TOTAL		+	1	0	0	3	04/16	0
		-	3	4	4	1	12/16	0
		0	0	0	0	0		0/16

Au regard de ce tableau il apparaît que sur 16 comportements observés, nous avons 04/16 comportements positifs, 12/16 comportements négatifs et 0/16 comportement non observé.

Au niveau de l'item 4, nous avons enregistré que des comportements négatifs. Les items 2 et 3 ont enregistrés chacun 1 comportement positif et 3 comportements négatifs. A l'item 1, on a enregistré 2 comportements positifs, contre 2 comportements négatifs.

Les patientes TO et CU ont enregistré que de comportement négatif. Quant à KA, elle obtient 1 comportement positif (item 1) et 3 comportements négatifs (items 2, 3 et 4). Concernant PE, il obtient 3 comportements positifs et 1 comportement négatif.

Les résultats positifs obtenus par PE à l'item 1, 2 et 3 de l'activité 1 relèvent de l'attention et de l'intérêt qu'il porte à l'activité. Par contre les résultats négatifs enregistrés à l'item 1, 2, 3 et 4 témoignent que les patientes sont encore réservées.

Il serait donc judicieux de reprendre cette activité à la deuxième période afin de parfaire les attitudes souhaitées.

- **Synthèse des grilles d'observation de l'activité 2 à la première période**

Objectif Spécifique Terminal : Etant donné la course de relais, le dépressif stabilisé doit être capable d'interagir avec les autres membres du groupe.

Code : {
+ = comportement positif.
- = comportement négatif.
0 = comportement non observé.

Tableau XII : Synthèse des grilles d'observation de l'activité 2 à la première période

N° des Items	Comportements observés	Noms codés				Total		
		KA	TO	CU	PE	+	-	0
1	Encourage avec un chant son coéquipier qui est en train de courir	-	-	-	+	1	3	0
2	Tend la main pour prendre le relais	+	+	-	+	3	1	0
3	Tape dans la paume du suivant	+	+	-	+	3	1	0
4	Participe à l'activité avec ses coéquipiers jusqu'à la fin	-	-	-	+	1	3	0
5	Félicite ses camarades à la fin de l'activité	-	-	-	+	1	3	0
6	Pose au moins une question à un membre du groupe sur l'activité	+	-	-	+	2	2	0
7	Répond au moins à une question d'un membre du groupe sur l'activité	+	-	-	+	2	2	0
Total		+	4	2	0	7	13/28	
		-	3	5	7	0		15/28
		0	0	0	0	0		

Dans ce tableau de grille d'observation qui comprend sept items, nous avons recensé 28 comportements observés dont 13/28 comportements positifs, 15/28 comportements négatifs et 0/28 comportement non observé.

Aux items 2 et 3, nous avons obtenus 3 comportements positifs, 1 comportement négatif et 0 comportement non observé. Les items 6 et 7 ont enregistré 2 comportements positifs et 2 comportements négatifs. Par contre, les items 1, 4 et 5 ont totalisé 1 comportement positif et 3 comportements négatifs.

Individuellement, PE a enregistré que de comportements positifs contrairement à CU qui a totalisé uniquement des comportements négatifs. Quant à KA, elle obtient 4 comportements positifs (items 2, 3, 6 et 7) et 3 comportements négatifs (items 1, 4 et 5). Aussi, TO a enregistré 2 comportements positifs (items 2 et 3) et 5 comportements négatifs (items 1, 4, 5, 6 et 7).

Les résultats positifs obtenus à certains items de l'activité 2, découlent de l'intérêt porté à ce jeu et surtout de la stratégie développée à travers les échanges entre coéquipiers. Par contre, les résultats négatifs de d'autres patients sont dus au fait qu'ils refusent de parler. Nous avons, pour notre part, décidé de redoubler d'effort en multipliant nos séances d'activité. Ainsi, nous motivons les apprenants pendant les séances à travers des encouragements dans l'espoir de constater un minimum d'amélioration à la prochaine séance.

- **Synthèse des grilles d'observation de l'activité 3 à la première période**

Objectif Spécifique Terminal : Etant donné le match de handball, le dépressif stabilisé doit être capable de jouer en équipe avec ses coéquipiers.

Code :

- + = comportement positif.
- = comportement négatif.
- 0 = comportement non observé.

Tableau XIII : Synthèse des grilles d'observation de l'activité 3 à la première période

N° des items	Comportements observés	Noms codés				Total		
		KA	TO	CU	PE	+	-	0
1	Salue tous les membres de son équipe	-	-	-	+	1	3	0
2	Se présente en donnant son nom et celui de l'équipe	-	-	-	+	1	3	0
3	Demande la balle à son coéquipier en le nommant	-	-	-	+	1	3	0
4	Passe spontanément la balle à son coéquipier au moins une fois lors du match	+	+	-	+	3	1	0
5	Encourage spontanément ses coéquipiers après une phase de jeu	-	-	-	+	1	3	0
6	Félicite spontanément ses coéquipiers à la fin du match	-	-	-	+	1	3	0
Total		+	1	1	0	6	8/24	
		-	5	5	6	0		16/24
		0	0	0	0	0	0	

Le tableau montre que sur 24 comportements observés, 8/24 sont positifs, 16/24 sont négatifs et on constate 0/24 comportement non observé.

Aux items 1, 2, 3, 5 et 6, nous avons noté 1 comportement positif, 3 comportements négatifs et 0 comportement non observé. Par contre à l'item 4, nous avons enregistré 3 comportements positifs, 1 comportement négatif et 0 comportements non observé.

Individuellement, PE a obtenu que de comportements positifs contrairement à CU qui obtient seulement des comportements négatifs. Quant à KA et TO, elles ont obtenu chacune 1 comportement positif (item 4) et 5 comportements négatifs (items 1, 2, 3, 5 et 6).

Au final, il y a plus de comportements négatifs que de comportements positifs. Nous pouvons dire que le résultat n'est pas satisfaisant et que l'activité n'a pas été réussie. En effet, les patients peinent à échanger entre eux. Cette difficulté fait qu'ils ont du mal à participer à l'activité. Ainsi, des activités connexes sont à diversifier pour pallier cette difficulté.

A présent, passons au bilan partiel des activités de la deuxième période.

4-1-2. Bilan partiel des activités de la seconde période

La seconde période d'exécution de notre projet s'est étendue du 02 juin au 29 juillet 2022. A cette période, les résultats des mêmes activités sont consignés dans des tableaux appelés synthèses des grilles d'observation des activités.

- **Synthèse des grilles d'observation de l'activité 1 à la seconde période**

Objectif Spécifique Terminal : Etant donné cinq chansons rythmées, le dépressif stabilisé doit être capable de danser avec son cavalier jusqu'à la fin de l'activité.

Code :

- + = comportement positif.
- = comportement négatif.
- 0 = comportement non observé.

Tableau XIV : Synthèse des grilles d'observation de l'activité 1 à la seconde période

N° des items	Comportements observés	Noms codés				Total		
		KA	TO	CU	PE	+	-	0
1	Salue son partenaire de danse	+	+	+	+	4	0	0
2	Entre en scène avec son cavalier	+	+	+	+	4	0	0
3	Exécute des pas de danse avec son cavalier	+	+	+	+	4	0	0
4	Va jusqu'au terme de l'activité	+	+	-	+	3	1	0
TOTAL		+	4	4	3	4	15/16	0
		-	0	0	1	0	1/16	0
		0	0	0	0	0		0/16

Ce tableau révèle 16 comportements observés dont 15 comportements positifs, 1 comportement négatif et 0 comportement non observé.

Les items 1, 2 et 3 ont enregistré uniquement des comportements positifs. Pour l'item 4, nous avons observé 3 comportements positifs, 1 comportement négatif et 0 comportement non observé.

En ce qui concerne les patients, PE, KA et TO ont obtenu uniquement des comportements positifs (items 1, 2, 3 et 4). Quant à CU, elle a obtenu 3 comportements positifs (items 1, 2 et 3), 1 comportement négatif (item 4) et 0 comportement non observé.

L'item 4 n'a pas été réussi par CU car elle ne suivait plus l'activité. Les autres items ont été réussis par tous les deux parce que nous sommes à la seconde période et à force de répéter les consignes, les patients ont fini par les comprendre.

S'agissant de ces derniers, PE, KA et TO ont eu que des comportements positifs parce qu'ils font beaucoup d'efforts et participent à l'activité. Par contre, CU obtient 3 comportements positifs car à force de répéter, elle a suivi ses camarades.

Ce nombre élevé de comportements positifs démontre que nos bénéficiaires ont bien compris l'activité et cela traduit l'intérêt qu'ils ont accordé à l'activité au fil des séances. Cependant, on note encore un comportement négatif, celui de CU.

Nous les avons tous félicité pour leurs efforts et les avons exhortés à maintenir le cap pour les prochaines activités.

- **Synthèse des grilles d'observation de l'activité 2 à la seconde période**

Objectif Spécifique Terminal : Etant donné la course de relais, le dépressif stabilisé doit être capable d'interagir avec les autres membres du groupe.

Code :

- + = comportement positif.
- = comportement négatif.
- 0 = comportement non observé.

Tableau XV : Synthèse des grilles d'observation de l'activité 2 à la seconde période

N° des Items	Comportements observés	Noms codés				Total		
		KA	TO	CU	PE	+	-	0
1	Encourage avec un chant son coéquipier qui est en train de courir	+	+	-	+	3	1	0
2	Tend la main pour prendre le relais	+	+	+	+	4	0	0
3	Tape dans la paume du suivant	+	+	+	+	4	0	0
4	Participe à l'activité avec ses coéquipiers jusqu'à la fin	+	+	+	+	4	0	0
5	Félicite ses camarades à la fin de l'activité	+	+	-	+	3	1	0
6	Pose au moins une question à un membre du groupe sur l'activité	+	+	-	+	3	1	0
7	Répond au moins à une question d'un membre du groupe sur l'activité	+	+	-	+	3	1	0
Total		+	7	7	3	7	24/28	
		-	0	0	4	0		4/28
		0	0	0	0	0		

A la lecture de ce tableau, nous remarquons que 28 comportements ont été observés. Nous avons 24 comportements positifs, 4 comportements négatifs et 0 comportement non observé.

Les items 2, 3 et 4 ont enregistré uniquement des comportements positifs. Pour l'item 1, 5, 6 et 7, nous avons observé 3 comportements positifs, 1 comportement négatif et 0 comportement non observé.

En ce qui concerne les patients, PE, KA et TO ont obtenu uniquement des comportements positifs (items 2, 3 et 4). Quant à CU, elle a obtenu 3 comportements positifs (items 2, 3 et 4), 4 comportements négatifs (items 1, 5, 6 et 7) et 0 comportement non observé.

Au vu de ces résultats, l'on retient que l'activité a été un succès. Et cela, grâce à la mise en application des recommandations faites à la première période. Désormais, les bénéficiaires ont accordé de l'intérêt à parler avec le coéquipier.

- **Synthèse des grilles d'observation de l'activité 3 à la seconde période**

Objectif Spécifique Terminal : Etant donné le match de handball, le dépressif stabilisé doit être capable de jouer en équipe avec ses coéquipiers.

Code : {
+ = comportement positif.
- = comportement négatif.
0 = comportement non observé.

Tableau XVI : Synthèse des grilles d'observation de l'activité 3 à la seconde période

N° des items	Comportements observés	Noms codés				Total		
		KA	TO	CU	PE	+	-	0
1	Salue tous les membres de son équipe	+	+	+	+	4	0	0
2	Se présente en donnant son nom et celui de l'équipe	+	+	+	+	4	0	0
3	Demande la balle à son coéquipier en le nommant	+	+	+	+	4	0	0
4	Passe spontanément la balle à son coéquipier au moins une fois lors du match	+	+	+	+	4	0	0
5	Encourage spontanément ses coéquipiers après une phase de jeu	+	+	+	+	4	0	0
6	Félicite spontanément ses coéquipiers à la fin du match	+	+	+	+	4	0	0
Total		+	6	6	6	6	24/24	
		-	0	0	0	0		0/24
		0	0	0	0	0	0	

A cette activité, nous avons observé au total 24 comportements dont 24 positifs, 0 négatif et 0 non observé. Tous les items ont enregistré que de comportements positifs.

Concernant les bénéficiaires, ils ont obtenu chacun 6 comportements positifs (items 1, 2, 3, 4, 5 et 6), 0 comportement négatif et 0 comportement non observé.

Au terme de cette activité, il peut être déduit que les résultats sont satisfaisants. Il n'en demeure pas moins que des efforts restent à faire pour conserver les acquis. C'est dans cette optique que nous avons continué à motiver les patients ainsi que leurs parents à faire davantage des efforts pour de meilleurs résultats.

4-1-3. Tableaux synoptiques des résultats obtenus

Il s'agit ici de faire le récapitulatif des résultats obtenus lors de l'exécution des trois activités au cours des deux périodes et de les comparer.

- **Tableau synoptique des résultats de l'activité 1 sur les deux périodes**

Tableau XVII : Tableau synoptique des résultats de l'activité 1 sur les deux périodes

N° Des items	Comportements observés	Comportements Positifs			Comportements Négatifs			Comportements Non observés		
		P1	P2	Ec	P1	P2	Ec	P1	P2	Ec
1	Salue son partenaire de danse	2	4	+2	2	0	-2	0	0	0
2	Entre en scène avec son cavalier	1	4	+3	3	0	-3	0	0	0
3	Exécute des pas de danse avec son cavalier	1	4	+3	3	0	-3	0	0	0
4	Va jusqu'au terme de l'activité	0	3	+3	4	1	-3	0	0	0
TOTAL		4/16	15/16	+11	12/16	1/16	-11	0/16	0/16	0

Source : grilles d'observation de l'activité 1 sur les 2 périodes.

Légende : **P1** : Première période ; **P2** : Deuxième période ; **EC** : écart (EC = P2 – P1).

A la lecture de ce tableau, nous constatons que les comportements positifs sont passés de 4 à la première période à 15 à la deuxième période. Ce qui donne + 11 comportements positifs.

Les comportements négatifs ont diminué. Ils sont passés de 12 à la première période à 1 à la deuxième période.

Aucun comportement non observé n'a été enregistré sur les deux périodes.

A l'analyse des résultats, nous pouvons dire que les comportements positifs ont connu une progression car à la seconde période, nous enregistrons une croissance de + 11. Cela s'explique par la multiplication des séances et l'intérêt que nos bénéficiaires ont fini par accorder aux activités menées. L'activité a certes été difficile au cours de la première période, mais la répétition étant pédagogique, la deuxième période a permis de corriger certaines insuffisances.

- **Tableau synoptique des résultats de l'activité 2 sur les 2 périodes**

Tableau XVIII : Tableau synoptique des résultats de l'activité 2 sur les deux périodes

N° Des items	Comportements observés	Comportements Positifs			Comportements Négatifs			Comportements Non observés		
		P1	P2	Ec	P1	P2	Ec	P1	P2	Ec
1	Encourage avec un chant son coéquipier qui est en train de courir	1	3	+2	3	1	-2	0	0	0
2	Tend la main pour prendre le relais	3	4	+1	1	0	-1	0	0	0
3	Tape dans la paume du suivant	3	4	+1	1	0	-1	0	0	0
4	Participe à l'activité avec ses coéquipiers jusqu'à la fin	1	4	+3	3	0	-3	0	0	0
5	Félicite ses camarades à la fin de l'activité	1	3	+2	3	1	-2	0	0	0
6	Pose au moins une question à un membre du groupe sur l'activité	2	3	+1	2	1	-1	0	0	0
7	Répond au moins à une question d'un membre du groupe sur l'activité	2	3	+1	2	1	-1	0	0	0
TOTAL		13/28	24/28	+11	15/28	4/28	-11	0/28	0/28	0

Source : grilles d'observation de l'activité 2 sur les 2 périodes.

Légende : **P1** : Première période ; **P2** : seconde période ; **EC** : écart (EC = P2 – P1).

A la lecture de ce tableau, nous passons de 13 comportements positifs à la première période à 24 comportements positifs à la seconde période soit un écart de + 11.

Au niveau des comportements négatifs, de 15 comportements à la première période, nous avons obtenu 4 comportements négatifs à la seconde période. Nous n'avons pas enregistré de comportement non observé.

A l'analyse des résultats, nous pouvons dire que cette activité a connu un succès car l'écart entre la période 1 et la période 2 est de +11 pour les comportements positifs. Cela s'explique par le fait que nos bénéficiaires ont assimilé les consignes. Il ressort de ces différents comportements qu'il y a eu une amélioration au niveau des échanges de paroles.

- **Tableau synoptique des résultats de l'activité 3 sur les 2 périodes**

Tableau XIX : Tableau synoptique des résultats de l'activité 3 sur les deux périodes

N° Des items	Comportements observés	Comportements Positifs			Comportements Négatifs			Comportements Non observés		
		P1	P2	Ec	P1	P2	Ec	P1	P2	Ec
1	Salue tous les membres de son équipe	1	4	+3	3	0	-3	0	0	0
2	Se présente en donnant son nom et celui de l'équipe	1	4	+3	3	0	-3	0	0	0
3	Demande la balle à son coéquipier en le nommant	1	4	+3	3	0	-3	0	0	0
4	Passe spontanément la balle à son coéquipier au moins une fois lors du match	3	4	+1	1	0	-1	0	0	0
5	Encourage spontanément ses coéquipiers après une phase de jeu	1	4	+3	3	0	-3	0	0	0
6	Félicite spontanément ses coéquipiers à la fin du match	1	4	+3	3	0	-3	0	0	0
TOTAL		8/24	24/24	+16	16/24	0/24	-16	0/24	0/24	0

Source : grilles d'observation de l'activité 3 sur les 2 périodes.

Légende : **P1** : Première période ; **P2** : seconde période ; **EC** : écart (EC = P2 – P1).

A la lecture de ce tableau, nous sommes passés de 8 comportements positifs à la première période à 24 comportements positifs à la seconde période soit un écart de + 16 comportements positifs.

Au niveau des comportements négatifs, nous sommes passés de 16 comportements négatifs à la première période à 0 comportements négatifs à la seconde période soit un écart de -16 comportement négatif. Aucun comportement non observé n'a été enregistré.

Ce tableau récapitulatif des comportements montre que les résultats se sont améliorés de la première période à la seconde période.

La multiplication des séances a permis aux bénéficiaires de travailler davantage.

4-2. EVALUATION DES ACQUISITIONS DES BÉNÉFICIAIRES EN FIN DE PROJET

Tableau XX : Evaluation des acquisitions en fin de projet

Domaine	Constats en début de projet	Activités menées	Objectifs	Résultats attendus	Résultats obtenus
Socio-affectif	Les quatre patients sont anxieux.	La danse de groupe.	Etant donné cinq chansons rythmées, le dépressif stabilisé doit être capable de danser avec son cavalier jusqu'à la fin de l'activité.	Les quatre patients dansent ensemble.	Les quatre bénéficiaires dansent ensemble.
	Les quatre patients ont des difficultés à communiquer avec leur entourage	La course de relais.	Etant donné la course de relais, le dépressif stabilisé doit être capable d'interagir avec les autres membres du groupe.	Les quatre patients interagissent ensemble.	Les quatre bénéficiaires interagissent ensemble.
	Les quatre patients ont des difficultés à se rapprocher de l'autre.	Le handball	Etant donné le match de handball, le dépressif stabilisé doit être capable de jouer en équipe avec ses coéquipiers.	Les quatre patients jouent en équipe.	Les quatre bénéficiaires jouent en équipe.

A la lecture de ce tableau, il ressort que nos patients ont eu une évolution. Au début des activités, anxieux, ils rencontraient des difficultés à communiquer avec leur entourage et se rapprocher des autres. Mais après les activités proposées, ils arrivent à danser ensemble, à interagir ensemble et à jouer en équipe.

Dans le cadre de cette étude, notre objectif était de lutter contre l'isolement chez le dépressif stabilisé à travers le sport collectif. Ainsi nous nous sommes fixé un objectif général subdivisé en trois objectifs spécifiques desquels ont découlé trois activités que sont : la danse de groupe, la course de relais et le handball. Les résultats obtenus n'étaient pas satisfaisants à la première période. Nous avons donc reconduit les activités afin de préserver les acquis et les améliorer. Les résultats se sont considérablement améliorés à la période 2.

Ainsi, sur les deux périodes, on totalise pour :

- **L'activité 1** : sur un total de 16 comportements observés, on enregistre 15 comportements positifs contre 1 comportement négatif. Ces résultats permettent d'affirmer que l'objectif de cette activité a été atteint.
- **L'activité 2** : 24 comportements positifs contre 4 comportements négatifs sur un total de 28 comportements observés. Ces résultats permettent d'affirmer que cette activité a atteint son objectif.
- **L'activité 3** : 24 comportements positifs contre 0 comportement négatif sur un total de 24 comportements observés. Ces résultats permettent d'affirmer que l'objectif de cette activité a été atteint.

Au vu des résultats des deux périodes, nous pouvons affirmer que notre objectif est atteint. Et cela est en partie dû à l'aspect ludique des différentes séances d'activités, à l'implication des patients et de leurs parents en plus du suivi des spécialistes au centre. En effet, les trois activités ont été d'un grand apport dans la lutte contre l'isolement chez le dépressif stabilisé. Elles ont contribué à favoriser la communication du patient avec un groupe en vue de rompre avec l'isolement. Pour permettre à nos bénéficiaires de conserver les acquis, un projet de suivi est indispensable. C'est le lieu de faire un bilan et de relever les insuffisances.

CHAPITRE 5 :
PROJET DE SUIVI

Ce chapitre s'articule autour de trois grands axes à savoir l'évaluation des résultats, les insuffisances qui s'y rapportent ainsi que les suggestions pour d'éventuelles améliorations à l'avenir.

5- 1 - EVALUATION DES RÉSULTATS

Tableau XXI : Bilan des comportements positifs des trois activités sur les deux périodes

Activités	Résultats à la Période 1 P1	Résultats à la Période 2 P2	Ecart entre les 2 Périodes P2 - P1
Activité1	4/16	15/16	+11
Activité 2	13/28	24/28	+11
Activité 3	8/24	24/124	+16
Totaux globaux	25/68	63/68	+38

Légende : P1=Première période, P2=seconde période, Ecart=P2-P1

Dans l'ensemble ces résultats montrent une évolution positive des patients. En effet, il y a eu une augmentation des résultats positifs entre la première période et la seconde période. Nous sommes passés de 25/68 à 63/68. Ainsi, nous avons :

- En premier pour l'activité 1, un écart de +11 entre les deux périodes ;
- Ensuite pour l'activité 2, un écart de +11 entre les deux périodes ;
- Et enfin pour l'activité 3, un écart de +16 entre les deux périodes ;
- Et pour l'ensemble des activités, un écart de +38 entre les deux périodes.

Au regard de ces progrès, nous manifestons une grande satisfaction à la fin de notre projet.

En effet, au début du projet, aucun dépressif stabilisé n'éprouvait le désir de communiquer avec un groupe. Mais, nous constatons maintenant après l'expérimentation de notre projet que, nos bénéficiaires échangent avec le groupe d'activité et ne s'isolent plus. Cette amélioration du comportement des patients s'explique par le fait qu'ils ont accordé beaucoup d'intérêts aux différentes activités proposées. Ils ont ainsi fourni de l'effort afin de réussir ces activités. Plusieurs autres facteurs ont contribué à l'obtention de ces résultats globalement positifs. Nous avons entre autres les critiques et suggestions de nos encadreurs, et surtout la répétition des séances d'activités.

Quoique ces résultats soient positifs, nous avons noté aussi des comportements négatifs qu'il convient d'analyser.

5-2. INSUFFISANCES LIÉES AUX RÉSULTATS

Tableau XXII : Bilan des comportements négatifs des trois activités sur les deux périodes

Activités	Résultats à la Période 1 P1	Résultats à la Période 2 P2	Ecart entre les 2 Périodes P2-P1
Activité 1	12/16	01/16	-11
Activité 2	15/28	4/28	-11
Activité 3	16/24	0/24	-16
Totaux globaux	43/68	05/68	-38

Légende : P1=Première période, P2=seconde période, Ecart=P2-P1

Lors de l'exécution de nos activités, nous avons obtenus en activité 1, un résultat de 12 comportements négatifs sur un total de 16 comportements observés. En ce qui concerne l'activité 2, nous avons obtenu 16 comportements négatifs sur un total de 28 comportements

observés. Quant à l'activité 3, nous avons enregistré en comportements négatifs 16 sur un total de 24 comportements observés. Ces résultats traduisent le fait que notre objectif a été atteint, malgré les difficultés. Ceci dit, il y a encore des insuffisances à relever, surtout au niveau de la patiente CU. Malgré les réels progrès constatés à son niveau, elle a quelques fois des humeurs et des caprices qui l'empêchent de réussir certains items lors des activités. En effet, lutter contre l'isolement chez le dépressif stabilisé se fait dans le temps et obéit aussi à un processus de longue haleine. Nous l'avons référé au service éducatif de l'hôpital psychiatrique de Bingerville pour un suivi.

Au regard donc des insuffisances identifiées, il s'agira pour nous de proposer de nouvelles voies d'exploitation afin de permettre à ces patients de sortir totalement de l'isolement.

5.3. SUGGESTIONS

Nous avons initié ce projet éducatif dans le but de lutter contre l'isolement chez le dépressif stabilisé, par le sport collectif. Singulièrement nous avons mené cette lutte chez le dépressif stabilisé suivi à l'hôpital psychiatrique de Bingerville.

Nous nous sommes donc évertué à agir sur l'isolement au moyen du sport collectif. Les activités menées ont certes abouti à des résultats positifs mais présentent néanmoins des insuffisances.

Nous avons donc noté que pour contribuer à favoriser la communication du dépressif stabilisé avec un groupe afin de rompre avec l'isolement, il serait souhaitable que les dispositions suivantes soient prises :

D'une part, les patients doivent bénéficier d'une attention particulière des parents. En effet, il est plus que nécessaire pour les parents de s'investir pour le bien-être de leur malade stabilisé.

Pour ce faire, ces derniers doivent être entourer d'affection et de suivis spéciaux.

D'autre part, nous suggérons que l'hôpital psychiatrique de Bingerville face affecté des psychologues permanents en vue d'apporter leur expertise à la lutte contre l'isolement chez le patient qui a connu un épisode de dépression.

CONCLUSION

Au terme de notre projet éducatif, il est important de rappeler que notre problème à l'étude est de lutter contre l'isolement chez le dépressif stabilisé, par le biais du sport collectif. En effet les résultats de nos recherches ont montré que le sport collectif permet de lutter efficacement contre l'isolement. Il suscite l'intérêt à interagir avec un groupe, améliore l'estime de soi, le respect des autres et du groupe, la compréhension des consignes, et favorise l'intégration sociale.

Ainsi, pour lutter contre l'isolement chez le dépressif stabilisé, nous avons conçu et réalisé un projet éducatif qui s'intitule « Sport collectif pour la lutte contre l'isolement chez le dépressif stabilisé ». L'objectif de ce projet est de lutter contre l'isolement chez le dépressif stabilisé par le sport collectif. Pour y parvenir, nous avons élaboré trois activités : la danse de groupe, la course de relais et le handball.

Outre cet objectif général, nous avons défini des objectifs spécifiques relatifs à chaque activité. A la fin des activités menés pendant six mois, des résultats satisfaisants ont été obtenus. Nous avons totalisé 15 comportements positifs sur 16 comportements observés à l'activité 1, 24 comportements positifs sur 28 comportements observés à l'activité 2 et 24 comportements positifs sur 24 comportements observés à l'activité 3 en 2nde période. Ces résultats nous autorisent à dire que notre objectif est atteint car les patients en fin de projet accordent de l'intérêt à interagir avec le groupe et ne s'isolent plus des autres.

Toutefois des difficultés demeurent et il convient que l'équipe éducative de l'hôpital psychiatrique de Bingerville, poursuive nos actions pour consolider les acquis et solutionner les difficultés demeurant par des méthodes similaires ou autres.

BIBLIOGRAPHIES

I- OUVRAGES

Aquino, J-P., Gohet, P. et Mounier, C. (2013). *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société, rapport, Comité avancée en âge, prévention et qualité de vie*. Paris, inédit, 132 pages.

Berhuet, S. et Hoibian, S. (2021). *Les solitudes en France : Un tissu social fragilisé par la pandémie*. Paris, inédit, 57 pages.

Bureau, G., Cardinal, L., Côté, M., Gagnon, É., Maurice, A., Paquet, S., Rose-Maltais, J., et Tourigny, A. (2017). *Rejoindre, comprendre et accompagner les personnes âgées isolées socialement : Une trousse d'accompagnement. Outil 1 – L'isolement social des aînés en bref*. Québec : FADOQ – Régions de Québec et Chaudière-Appalaches (FADOQ – RQCA), 122 pages.

Cardinal, L., Côté, M., Gagnon, É., Lépine, G., Paquet, S., Rose-Maltais, J., & Tourigny, A. (2017). *Rejoindre, comprendre et accompagner les personnes âgées isolées en milieux rural et urbain*. Québec : FADOQ – Régions de Québec et Chaudière-Appalaches (FADOQ – RQCA), 51 pages.

Delignières, D. (2006). *Le sens des apprentissages en EPS : éducation motrice ou éducation sportive ? Gérer motivation et apprentissage en EPS*. Lille : Editions AEEPS régionale de Lille, 72 pages.

Jopling, K. (2015). *Promising approaches to reducing loneliness and isolation in later life*. London : Age UK, 36 pages.

Mallon, I. (2004). *Vivre en maison de retraite : le dernier chez-soi*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 200 pages.

Pitaud, P. (2010). *Solitude et isolement des personnes âgées*. Toulouse : collection pratique du champ social, 201 pages.

Pitaud, P. (2019). *Solitude et isolement*. Toulouse : collection pratique du champ social, 270 pages.

Serres, J-F. (2017). *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*. Paris : les éditions des journaux officiels, 181 pages.

II- MEMOIRES

Dupuis, M. (2018). *Les conditions de détention en isolement*. Canada, Université d'Ottawa, inédit, 141 pages.

Touré née Sangbeu, (2021). *Accompagnement psychoéducatif moyen de remédiation à l'isolement chez le schizophrène stabilisé*. Mémoire de fin de cycle des éducateurs spécialisés, Abidjan, Institut National de Formation Sociale, inédit, 81 pages.

III- REVUES

Aouici, S. et Peyrache, M. (2019). Le sentiment de solitude dans la vieillesse. Une analyse des effets de la précarité sociale et économique. *Retraite et société, n° 82, vol. 2, p. 15-35*.

Boutet, M. (2016). Expérience et projet : la pensée de Dewey traduite en action pédagogique. *Canada, Phronesis, 5(2), 23–34*.

Bigot, R.; Croutte, P.; Hoibian, S. et Müller, J. (2014). Veux-tu être mon ami? L'évolution du lien social à l'heure numérique. *Cahier de recherche, n° 312, pp. 178- 201*.

Damon, J. (2016). Pauvreté et précarité en chiffres, *les Cahiers français, n° 390, pp. 8-14*.

Duret, P., et Augustini, M. (2012). Solidarité et singularité au sein des

équipes sportives. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 14(2), pp. 67-83.

Gréhaigne, J-F. (2015). L'opposition et ses concepts associés en sports collectifs. *Ejournal de la recherche sur l'intervention en éducation physique et sport, Hors-série n° 1*, pp. 92 – 93.

Hoibian, S. (2011). Baromètre de la cohésion sociale, *CRÉDOC, Collection des rapports, n° 275*, pp. 33 – 45.

Pan Ké Shon, J-L. (2003). Isolement relationnel et mal-être, *INSEE Première n°931*, pp. 20- 23.

Peugny, C. et Van de Velde, C. (2013). Repenser les inégalités entre générations, *Revue française de sociologie, Vol. 54*, p. 641-662.

Reverdy, C. (2013). Des projets pour mieux apprendre ? *Dossier d'actualité Veille et Analyses, n° 82*. Lyon: ENS de Lyon.

Ramage-Morin, P. L. (2016). Problèmes auditifs et sentiment d'isolement social chez les Canadiens âgés de 45 ans et plus. *Catalogue de Statistique Canada, n° 82, vol 3*, pp. 15 – 22.

Serres, J-F. (2015). Pour qui comptent-ils? *Revue Projet, La Plaine Saint-Denis*, pp. 15- 20.

IV- DICTIONNAIRES

Dortier, J.-F. (2008). *Le lexique des sciences humaines*. Paris, édition sciences humaines, 832 pages.

Grawitz, M. (2004). *Le lexique des sciences sociales*. Paris, Dalloz, 422 pages.

V- WEBOGRAPHIE

<https://www.google.fr>, consulté le 24 / 04 / 2022 à 20 h 20 mn.

<https://pubmed.ncbi.nih.gov>, consulté le 25 / 04 / 2022 à 19 h 40 mn.

<https://scholar.google.fr>, consulté le 25 / 04 / 22 à 22 h 25 mn

TABLE DES MATIERES

	Pages
.....	II
SOMMAIRE.....	II
DEDICACE.....	III
REMERCIEMENTS.....	IV
RÉSUMÉ.....	VII
LISTES DES SIGLES ET DES ACRONYMES	VIII
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES ANNEXES	XI
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE.....	2
CHAPITRE 2: ELABORATION DU CADRE D'ANALYSE	15
2.1 ANALYSE DU CADRE D'INTERVENTION :.....	16
2.2 DIAGNOSTIC	21
2.2.1 Observations générales.....	21
2.2.2 Observations spécifiques.....	23
2.2.3 ANALYSE DES OBSERVATIONS :.....	28
CHAPITRE 3: METHODOLOGIE DE L'INTERVENTIO.....	33
3-1. PRÉSENTATION DU PROJET D'INTERVENTION.....	34
3.1.1 Plan d'action du projet :	35
3.1.2. Plan d'exécution du projet :.....	37
3.2. POPULATION D'ETUDE ET GROUPE DE TRAVAIL.....	39
3.2.1. Population d'étude	39
3.2.2. Groupe de travail	39
3.2.3. Critère de choix	39
3.2.4. Caractéristique du groupe de travail	40
3.2.5. Evaluation des acquisitions en début de projet :	43
3.3. MATERIEL ET TECHNIQUE DE LA RECHERCHE.....	43

3.3.1. Matériel et Technique de collecte des données	44
3.3.2. Matériel et technique d'expérimentation	45
3.3.3. Matériels de suivi et d'évaluation	46
3.4. EXPERIMENTATION	46
3.4.1. Phase de sensibilisation	47
3.4.2. Phase pratique	48
3.5. DIFFICULTES	51
CHAPITRE 4 : RESULTATS.....	53
4-1. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	54
4-1-1. Bilan partiel des résultats des activités de la première période...	54
4-1-2. Bilan partiel des activités de la seconde période	60
4-1-3. Tableaux synoptiques des résultats obtenus.....	66
4-2. EVALUATION DES ACQUISITIONS DES BÉNÉFICIAIRES EN FIN DE PROJET	71
CHAPITRE 5: PROJET DE SUIVI.....	74
5- 1 - EVALUATION DES RÉSULTATS	75
5-2. INSUFFISANCES LIÉES AUX RÉSULTATS.....	76
5.3. SUGGESTIONS	77
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIES	80
ANNEXES	XVII

ANNEXES

ANNEXE I : FICHE TECHNIQUE D'ACTIVITE 1

Titre : la danse de groupe

Effectif : 04

Durée : 30 minutes

Tranche d'âge : 24 à 41 ans

Lieu : Dans la salle ergothérapie (salle d'activités)

Nombre de séances prévues : 08

Niveau d'études : primaire, secondaire et supérieur

Moment : matinée

Disposition : debout face à l'éducateur

Matériel : un appareil de sonorisation – des étiquettes du nom codé

Objectif Spécifique : Etant donné cinq chansons rythmées, le dépressif stabilisé doit être capable de danser avec son cavalier jusqu'à la fin de l'activité.

Objectif Spécifique Intermédiaire : Le Patient doit être capable de :

- Saluer son partenaire de danse
- Entrer en scène avec son cavalier
- Exécuter des pas de danse avec son cavalier
- Aller jusqu'au terme de l'activité

Mise en train : le bénéficiaire exécute quelques pas de danse pour se préparer à l'activité.

Motivation : Hier à la télévision j'ai vu des personnes danser au son de la musique. Je les entendais dire : « ça fait du bien de danser dans un groupe ». Alors aujourd'hui on va se mettre ensemble pour danser car ça

nous permet de nous défouler pour se libérer l'esprit.

Déroulement : l'activité se déroule en trois parties

Première partie : l'éducateur présente l'appareil de sonorisation et les étiquettes du nom codé.

L'appareil de sonorisation va permettre de jouer la musique pour l'activité, puis les étiquettes du nom codé vont servir à identifier chaque membre du groupe de travail. L'activité se fera avec quatre patients. Ainsi l'éducateur explique qu'il y a deux groupes de (2) patients. Chaque patient doit danser avec son partenaire.

Deuxième partie : l'éducateur fait comprendre que danser ensemble nous permet de se côtoyer pour s'encourager à la pratique régulière de cette activité sportive, qui favorise l'estime de soi et le bien-être physique et mental.

Après, il présente l'activité lorsqu'il dit : « chacun doit saluer son partenaire de danse. Arrivée sur la piste de danse, chaque bénéficiaire doit entrer en scène avec son cavalier. Ensuite on doit exécuter des pas de danse avec son cavalier au son du rythme de la musique.

Enfin, on doit aller jusqu'au terme de l'activité.

Troisième partie : l'éducateur donne l'exemple puis fait commencer l'activité, suivie d'une évaluation en 4 étapes.

Etape 1

L'éducateur demande à chaque patient de saluer son partenaire de danse.

Réaction attendue : chacun salue son partenaire de danse.

Etape 2

L'éducateur demande à chaque patient d'entrer en scène avec son cavalier.

Réaction attendue : chacun entre en scène avec son cavalier.

Etape 3

(Réaction attendue) : chacun exécute des pas de danse avec son cavalier au son du rythme de la musique.

Etape 4

(Réponse attendue) : chacun va jusqu'au terme de l'activité.

Rangement : l'éducateur demande à l'un d'eux de ranger le matériel.

Retour au calme : A la demande de l'éducateur, les patients restent assis quelques minutes.

Intérêt pédagogique : cette activité permet aux bénéficiaires de se relaxer pour évacuer le stress et l'anxiété.

Evaluation : Elle se fera à partir de la grille d'observation relative à l'activité.

ANNEXE II : FICHE TECHNIQUE D'ACTIVITE 2

Titre : la Course de relais

Effectif : 04

Durée : 30 minutes

Tranche d'âge : 24 à 41 ans

Lieu : Dans la cour de l'hôpital

Nombre de séances prévues : 08

Niveau d'études : primaire, secondaire et supérieur

Moment : matinée

Disposition : Deux équipes d'un point A à un point B

Matériel : Des balles de plusieurs couleurs - un sifflet - de l'amidon - des brassards - des étiquettes portant les noms codés.

Objectif Spécifique : Etant donné la course de relais, le dépressif stabilisé doit être capable d'interagir avec les autres membres du groupe.

Objectif Spécifique Intermédiaire : au cours de cette activité le bénéficiaire doit être capable de :

- Encourager avec un chant son coéquipier qui est en train de courir
- Tendre la main pour prendre le relais
- Taper dans la paume du suivant
- Participer à l'activité avec ses coéquipiers jusqu'à la fin
- Féliciter ses camarades à la fin de l'activité
- Poser au moins une question à un membre du groupe sur l'activité
- Répondre au moins à une question d'un membre du groupe sur l'activité

Mise en train : les patients sautent sur la ligne de départ pour s'échauffer.

Motivation : Hier j'étais dans le quartier quand j'ai vu des jeunes faire la course. Ils disaient que c'est ensemble qu'on est fort, on lutte pour gagner, on atteint notre objectif commun. Alors aujourd'hui on va se mettre ensemble pour être fort, pour gagner en faisant le jeu de la course au relais.

Déroulement : l'activité se déroule en trois parties

Première partie : l'éducateur présente le matériel constitué de balles, d'un sifflet, de l'amidon, de brassards et des étiquettes.

En effet, les balles vont servir à faire le jeu de la course de relais, ensuite le sifflet permettra de donner le signal, puis l'amidon sera utilisé pour tracer les lignes de départ A et B et le cercle où on placera les balles. Enfin les brassards et les étiquettes du nom codé permettront d'identifier notre groupe de travail.

Deuxième partie : l'éducateur forme deux équipes de 4 patients : dans chaque équipe on retrouve 2 membres de notre groupe d'activité, et 2 autres patients stabilisés de pathologies différentes, venus donner de l'engouement à l'activité. Dans ce jeu, il est question de déposer les balles prises dans notre camp ; à la fin du jeu l'équipe qui a plus de balles est la gagnante. Ensuite l'éducateur présente l'activité lorsqu'il dit, « à mon signal, le premier de chaque équipe doit courir vers le cercle, prendre une balle dans le cercle et courir avec la balle vers ses coéquipiers. Le suivant de chaque équipe doit tendre la main afin de permettre à son coéquipier en action de taper dans sa paume. Puis ce dernier doit se mettre à son tour en action. »

Après, l'éducateur fait la démonstration de l'activité sportive à l'aide de deux chants d'encouragement : « ça va chauffer on va voir qui va gagner et petit piment, petit piment, on n'est pas beaucoup, on est fort ».

Enfin, il leur explique que chacun doit entonner ces chants appris pour encourager celui qui est en action.

Troisième partie : l'éducateur après présentation de l'activité pose des questions selon les étapes du jeu pour susciter l'envie de communiquer chez son groupe. Après il donne le signal pour commencer l'activité qui sera évaluée en sept étapes.

Etape 1

L'éducateur demande aux patients ce qu'on doit faire quand notre coéquipier est en train de courir.

Réponse attendue : On doit l'encourager avec un chant.

Etape 2

L'éducateur demande ce que doit faire le suivant pour prendre le relais.

Réponse attendue : Le suivant tend la main pour prendre le relais.

Etape 3

L'éducateur demande ce que doit faire celui qui court avec une balle vers ses coéquipiers.

Réponse attendue : Il tape dans la paume du suivant.

Etape 4

L'éducateur demande aux patients si on doit participer à l'activité avec ses coéquipiers jusqu'à la fin.

Réponse attendue : On participe à l'activité avec ses coéquipiers jusqu'à la fin.

Etape 5

L'éducateur demande aux patients si on doit féliciter ses camarades à la fin de l'activité.

Réponse attendue : On félicite ses camarades à la fin de l'activité.

Etape 6

L'éducateur demande si chacun doit poser au moins une question à un membre du groupe d'activité.

Réaction attendue : Chacun pose au moins une question à un membre du groupe d'activité.

Etape 7

L'éducateur demande si chacun doit répondre au moins à une question d'un membre du groupe d'activité.

Réaction attendue : chacun répond au moins à une question d'un membre du groupe d'activité.

Rangement : L'éducateur demande à un membre de chaque équipe de se mettre ensemble avec l'autre pour ranger le matériel.

Retour au calme : A la demande de l'éducateur, les patients s'asseyent quelques minutes.

Intérêt pédagogique : Cette activité contribue à favoriser les échanges avec les autres.

Evaluation : Elle se fera à partir de la grille d'observation relative à l'activité.

ANNEXE III : FICHE TECHNIQUE D'ACTIVITE 3

Titre : le handball

Effectif : 04

Durée : 30 minutes

Age : 24 à 41 ans

Lieu : le terrain de sport de l'hôpital psychiatrique de Bingerville

Nombre de séances prévues : 08

Niveau d'études : primaire, secondaire et supérieur

Moment : matinée

Disposition : deux équipes A et B

Matériel : un sifflet - des étiquettes du nom codé - des jeux de maillots - des chaussures de sport - un ballon de handball.

Objectif Spécifique : Etant donné le match de handball, le dépressif stabilisé doit être capable de jouer en équipe avec ses coéquipiers.

Objectif Spécifique Intermédiaire : Le patient doit être capable de :

- Saluer tous les membres de son équipe
- Se présenter en donnant son nom et celui de l'équipe
- Demander la balle à son coéquipier en le nommant
- Passer spontanément la balle à son coéquipier au moins une fois lors du match
- Encourager spontanément ses coéquipiers après une phase de jeu
- Féliciter spontanément ses coéquipiers à la fin du match

Mise en train : les patients font des exercices d'échauffement et d'étirement.

Motivation : aujourd'hui, nous allons jouer un match de handball. Mon papa me disait chaque fois que c'est ensemble qu'on est fort, on lutte pour gagner. Alors on ne doit pas jouer seul mais plutôt jouer ensemble, se faire des passes pour avancer. Ce qui est le plus important, c'est cette coopération entre vous. Pour ça vous devez vous parler, vous encourager, avoir un esprit d'équipe.

Déroulement : l'activité se déroule en trois parties

Première partie : l'éducateur présente un ballon de handball.

Le ballon de handball se joue uniquement avec les mains. En effet on utilise seulement les mains pour manipuler ce ballon, faire la passe à son coéquipier et marquer autant de buts dans le camp adverse.

Deuxième partie : l'éducateur forme deux équipes de 4 patients.

Après, il demande à chacun de saluer tous les membres de son équipe puis se présenter. Ensuite il présente l'activité lorsqu'il dit : « dans ce jeu, il faut jouer ensemble, fait des mouvements collectifs, se faire la passe, pour marquer. On doit se parler en disant par exemple (à toi la balle, lance la balle dans le but adverse, attrape la balle, fais-moi la passe). Pour bien exécuter les consignes, il procède par imitation afin de permettre aux patients de réussir l'activité.

Enfin, l'éducateur procède par des questions pour voir si le principe est compris ; puis il donne le signal pour commencer.

Troisième partie : Evaluation de l'activité en six étapes.

Etape 1

L'éducateur demande à chaque joueur de saluer les membres de son équipe.

Réaction attendue : chaque joueur salue les membres de son équipe.

Etape 2

L'éducateur demande ensuite à chaque joueur de se présenter en donnant son nom et celui de son équipe.

Réaction attendue : chaque joueur se présente en donnant son nom et celui de son équipe.

Etape 3

(Réaction attendue) : lorsque la balle est avec un joueur, ses coéquipiers lui demande de faire la passe.

Etape 4

(Réaction attendue) : lorsqu'un joueur demande la balle, son coéquipier lui fait la passe spontanément.

Etape 5

Après une phase de jeu, l'éducateur encourage les joueurs de chaque équipe.

Réaction attendue : chaque joueur encourage aussi des coéquipiers spontanément.

Etape 6

A la fin du match, l'éducateur félicite les joueurs de chaque équipe.

Réaction attendue : chaque joueur félicite aussi ses coéquipiers spontanément.

Rangement : les bénéficiaires procèdent au rangement du matériel.

Retour au calme : A la demande de l'éducateur, les joueurs s'asseyent quelques minutes.

Intérêt pédagogique : Cette activité permet aux bénéficiaires de se rapprocher et communiquer entre eux afin de rompre avec l'isolement.

Evaluation : Elle se fera à partir de la grille d'observation relative à l'activité.

ANNEXE IV : FICHE D'ENTRETIEN

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom :Prénoms.....
 .Date et lieu de
 naissance..... Nationalité

..... Ethnie..... Sexe.....

Scolarisé Déscolarisé Analphabète

Classe suivie :Niveau d'étude.....
 Année d'arrêt des études :

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX PERE

Nom :Prénoms.....
 .Né le.....à.....
 Nationalité.....Ethnie.....
 Profession.....Fonction.....

En activité Au chômage Retraité Lieu de travail

Adresse.....Tél : B.....Tél : Dom.....
 Domicile précis : commune de.....Quartier.....
 Bloc.....Porte.....Ilot.....
 Lot N°.....Avenue.....Rue

Immeuble.....A côté de.....
 Derrière.....Face à.....

Cour commune Cour individuelle Appartement Villa

MERE

Nom :Prénoms.....
 .Né le.....à.....

Nationalité.....Ethnie.....

Profession.....Fonction.....

En activité Au chômage Retraité Lieu de travail

Adresse.....Tél : B.....Tél : Dom.....

Domicile précis : commune de.....Quartier.....

Bloc.....Porte.....Ilot.....

Lot N°.....Avenue.....Rue

Immeuble.....A côté de.....

Derrière.....Face à.....

.....

Cour commune Cour individuelle Appartement Villa

Situation familiale des parents ou du tuteurMariés légalement Mariés coutumièrement Divorcés Veuf (ve) Célibataire Union libre Autre Le père est décédé La mère est décédée Les deux

Age de l'enfant au moment du décès.....

Les parents vivent-ils ensemble ? Oui Non

Age de l'enfant ou du jeune au moment du divorce.....

Depuis quand les parents ne vivent plus ensemble ?.....

Qui a eu la garde l'enfant ?.....

Avec qui vit présentement l'enfant ou le jeune ?.....

Le père s'est-il remarié ? Oui Non La mère s'est-elle remariée Oui Non **REGIME MATRIMONIAL**Polygamie Combien de femmes..... Monogamie

NIVEAU D'ETUDE DES PARENTS

Père : Primaire Secondaire Supérieur Illettré

Mère : Primaire Secondaire Supérieur Illettré

FRATRIE

Nombre d'enfants dans la famille :.....

Garçons :..... Filles :.....

Nombre d'enfants du père :.....Place de l'enfant du côté du père.....
 Nombre d'enfants de la mère :.....Place de l'enfant du côté de la mère.....

Tous les enfants sont-ils tous de la même mère ? Oui Non

L'enfant ou le jeune vit avec ses frères et sœurs ? Oui Non

L'enfant vit-il chez un tuteur ? Oui Non

Quel est le lien de parenté avec le tuteur ?.....

AUTRE RENSEIGNEMENTS

Enfant adopté Oui Non A quel âge ?.....

Raison de la prise en charge.....

L'enfant ou le jeune a été élevé par ses deux parents Le père seulement

La mère seulement Autre Précisez le lien.....

L'enfant ou le jeune a-t-il été une fois placé dans une institution spécialisée ?

Oui Non

Orphelinat Village SOS Pouponnière Centre de rééducation

Autres Précisez laquelle.....

A quel âge a-t-il été placé.....

ANNEXE V : IMAGES DE QUELQUES ACTIVITES



**SPORT COLLECTIF SUR LE TERRAIN DE SPORT DE L'HOPITAL
PSYCHIATRIQUE DE BINGERVILLE : le 10 / 05 / 2022**



**SPORT COLLECTIF SUR LE TERRAIN DE SPORT DE L'HOPITAL
PSYCHIATRIQUE DE BINGERVILLE : le 12 / 05 / 2022**



**TRESSAGE DANS LA SALLE ERGOTHERAPIE (SALLE
D'ACTIVITES) DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE BINGERVILLE
LE 09 / 06 / 2022**



AWO JULES
awojules08@gmail.com

L'étude porte en général sur la problématique de la prise en charge des personnes porteuses de maladies à retentissement social et en particulier les dépressifs stabilisés de l'hôpital psychiatrique de Bingerville, (HPB). Des recherches antérieures ont proposé entre autres, un accompagnement psychoéducatif, un soutien psychologique et une sensibilisation comme solutions à cette thématique. Malgré les efforts de recherches consentis par nos prédécesseurs, cette question porte encore un intérêt pour la recherche. La présente étude a expérimenté « le sport collectif » avec quatre pensionnaires de l'hôpital psychiatrique de Bingerville, stabilisés souffrant de l'isolement. A cet effet nous avons mené avec les bénéficiaires sur une période de six mois, trois activités à savoir : « la danse de groupe »¹, « la course de relais »², « le handball »³. Au terme de l'expérimentation, nous avons obtenu 15 comportements positifs sur 16 comportements observés à l'activité 1, 24 comportements positifs sur 28 comportements observés à l'activité 2 et 24 comportements positifs sur 24 comportements observés à l'activité 3. Ces résultats traduisent désormais que les bénéficiaires arrivent à expliquer les inconvénients et surtout les avantages à interagir avec les autres afin de se socialiser.