

Exemple d'une intervention au sein de la cellule d'écoute psychologique universitaire

Example of an intervention within the psychological support team university

BENAMSILI Lamia¹

¹ Université Abderrahmane Mira de Bejaia, lamia.benamsili@univ-bejaia.dz

Reçu le: 07/09/2025

Accepté le: 10/01/2026

Résumé:

La santé mentale des étudiants constitue aujourd'hui un enjeu sanitaire et économique important. À cet effet, l'Algérie, à l'instar de beaucoup de pays, a mis en place certaines stratégies pour permettre un bien-être étudiant, dont les cellules d'écoute psychologique.

Ce présent article revient sur cette problématique et met en exergue, à travers un exemple clinique, l'importance d'une réponse pour épauler et accompagner toute souffrance psychologique de ces acteurs, qui se retrouvent plus souvent qu'on ne le croit, au bout du rouleau.

Mots clés : bien-être, cellules d'écoute psychologique, étudiants, santé mentale, souffrance psychologique.

Abstract:

The mental health of students is now a major health and economic issue. Algeria, like many other countries, has put in place a number of strategies to promote student well-being, including psychological support units.

This article takes a closer look at the issue, and uses a clinical example to highlight the importance of a response to support and accompany the psychological suffering of these players, who more often than not find themselves at the end of their tether.

Keywords: mental health, students, well-being, psychological support units, psychological suffering.

Auteur correspondant: Dr Benamsili Lamia .

1. Introduction:

La période universitaire est une période charnière car c'est la première expérience de vie hors du nid familial, notamment chez nous en Algérie.

Dans ce cadre, la question de la santé mentale des étudiants est au centre des inquiétudes dans le secteur universitaire. Ce qui nous amène à penser aux actions nécessaires pour accompagner ces derniers.

En effet, l'étudiant fait face à une nécessité d'autonomie, l'isolement, la construction d'un projet professionnel, etc., ce qui rend le moment de transition assez délicat, car tout le monde n'a pas les mêmes fondements, la même histoire et c'est là où ça se joue. Des fragilités peuvent se révéler, pouvant ainsi mener à une décompensation.

Le suicide de certains étudiants sur le campus, dans les cités universitaires ou ailleurs nous le confirme chaque jour.

Un rapport sur la santé mentale étudiante en Europe publié en 2025 par Nightline Europe, rapporte que 40% des étudiants dans l'Union européenne rencontrent des difficultés liées à leur bien-être ou à leur santé mentale et qu'un étudiant sur cinq serait concerné par un trouble de santé mentale. L'UNESCO a indiqué en 2024 dans une série de « rapports succincts » la présence d'une augmentation des troubles de santé mentale parmi la population étudiante à l'échelle mondiale. À ce jour, les publications abordant les problèmes de santé mentale chez les étudiants sont encore peu nombreuses en Algérie.

Il faut reconnaître que la détresse psychologique estudiantine est une problématique que nous connaissons mal. La santé mentale des étudiants est peu documentée et surtout chez nous en Algérie, ce qui empêche de faire un point sur la santé psychologique de ces derniers.

À cet effet, les centres d'aide universitaires, lieux d'accueil publics gratuits pour étudiants, sont destinés principalement à contenir la détresse étudiante. Les consultations sont nombreuses ainsi que les motifs, qui vont d'une perte de motivation, difficultés d'insertion, un stress des cours et des pressions académiques, blocage des études et des difficultés à surmonter la marche universitaire aux angoisses, états dépressifs, idées noires et pensées suicidaires, conduites addictives, problèmes personnels et relationnels, troubles du sommeil, isolement, difficultés d'intégration et autres symptomatologies qui font qu'on a un sentiment de vague à l'âme, de mal-être ou de souffrance. Bref on passe d'un étudiant perdu à un étudiant en trouble mental.

La mission principale est d'écouter, rassurer, contenir et accompagner ces étudiants sur le plan psychologique après avoir bien identifier et repérer la nature de la souffrance en question. Toutefois, cet âge peut voir aussi éclore des troubles assez graves comme la schizophrénie, les troubles bipolaires, etc., ce qui nécessite une prise en charge médico-psychologique particulière. Dans ce cadre, il faut souligner qu'un bon nombre de cas reçu étaient en état de décompensation (perte de l'équilibre psychique) avec des symptômes psychopathologiques clairs.

Dès lors, prévenir, dépister et traiter tous les étudiants présentant des difficultés psychologiques et des troubles mentaux, tel est l'objectif de ces cellules.

Dans ce cadre, nous portons un intérêt particulier à la question de la santé mentale des étudiants (voir liste des références). L'objectif de ce présent article est de revenir sur une expérience clinique au sein de la cellule d'écoute psychologique à l'université de Bejaia avec un jeune étudiant et de démontrer à travers cette illustration l'importance de ces bureaux d'aide.

2. Le psychologue clinicien au sein d'une cellule d'écoute psychologique universitaire

Dans ce qui suit, un exemple d'intervention d'un psychologue au sein de la cellule d'écoute psychologique universitaire.

Compte rendu de l'examen psychologique de Omar.

2.1. L'entretien :

Le patient est un étudiant en première année universitaire, âgé de 23 ans. Il est d'origine étrangère. Il est examiné avant la mise en place d'un traitement.

Il est le dernier d'une fratrie de 2 sœurs. À l'âge de 7 ans, ses parents sont divorcés et depuis il vit avec sa mère et ses deux sœurs. Le patient précise qu'il n'est pas en contact depuis longtemps avec son père qui, par ailleurs, s'est remarié. Il rapporte avoir subi un abus sexuel à l'âge de 8 ans de la part d'un monsieur qui « est respecté dans la scène publique » à l'étranger, alors qu'il travaillait dans son magasin.

Selon ses dires « sa mère sort avec des hommes pour profiter d'eux ; elle est responsable d'une boîte de télécommunication, elle fait un travail d'arnaque ». Il a suivi deux ans d'université dans son pays natal. Pour justifier ces deux ans ratés, il évoque un problème de distance pour la première inscription, et un problème de « niveau inférieur des études » pour la deuxième inscription. Il explique que ses problèmes ont débuté en 2009 après qu'une amie (chanteuse) l'eut quitté.

Il reconnaît avoir une tendance à être dépendant des médicaments. Le patient évoque que son médecin lui a conseillé la masturbation pour se soulager. Le patient s'est présenté avec les deux bras bandés ; il dit avoir cassé une vitrine ; avoir des difficultés à se contrôler. Aussi, il

fait ça pour attirer l'attention d'une amie envers qui il éprouve des sentiments.

Nous retenons de cet entretien avec le patient, une biographie qui comportent de nombreux événements déstabilisants, des désorganisations affectives et des comportements mal appropriés.

2.2. Le Rorschach :

Les données du Rorschach pointent d'emblée l'existence d'un problème de contrôle et de tolérance au stress d'où ces questions : quel est l'origine du problème ? le problème est-t-il chronique ? Dans quelle mesure le problème résulterait d'une désorganisation des capacités antérieures à utiliser les ressources ?

- Capacité de contrôle et tolérance au stress :

Le patient semble vulnérable aux pertes de contrôle et de désorganisation sous stress. Il est, de manière chronique, vulnérable à la surcharge idéationnelle et/ affective (Etape1). Ses ressources disponibles sont limitées (Etape 2, Etape 3). Mais, il se trouve que le patient éprouve des modes de pensées plus aléatoires et déconnectés qu'à l'accoutumée. Les activités idéationnelles de ce type sont généralement provoquées par une augmentation de besoins insatisfaits. Ces demandes liées aux besoins font irruption dans les modes de pensée plus délibérés et interfère avec la concentration et l'attention (Etape 5).

- Perception des relations et comportements interpersonnels :

Le patient adopte généralement, dans les relations intersubjectives, un rôle plutôt passif. Il est de type de personnes qui préfèrent généralement éviter la responsabilité de la prise de décision et il est moins prêt à chercher de nouvelles solutions aux problèmes ou à adopter de nouveaux modes de comportement (Etape 3). Par ailleurs, le patient tend à manifester beaucoup plus de comportements de

dépendance qu'il n'est habituel (Etape 4). On note chez lui un intérêt considérable pour les autres fondés sur une compréhension des autres enracinée dans la réalité (Etape 6). Le patient s'implique généralement dans des formes de comportement interpersonnels qui ont toutes chances d'être adaptées à la situation (Etape 7a). Il anticipe généralement des interactions positives entre les gens et il est intéressé à y participer (Etape 8). Cependant, il semble avoir un sentiment d'insécurité concernant son intégrité personnelle dans les situations interpersonnelles et qu'il tend à devenir autoritaire de manière défensive, cette attitude jouant le rôle d'un bouclier contre ce que le sujet perçoit comme une mise en cause du soi dans les situations relationnelles (Etape 9).

- Perception de soi :

L'estimation de la valeur personnelle tend à être négative. Les sujets de ce type se dévalorisent lorsqu'ils se comparent aux autres (Etape 3). Cela n'empêche pas que le patient est plus porté à la conscience de soi (Etape 4). Il fonde son image de soi sur l'expérience plus que sur l'imagination (Etape 7 a). Pris ensemble, certains points négatifs suggèrent que le patient n'est pas à l'aise quant à l'image qu'il a de lui-même (Etape 7 b).

- Affect :

Le patient préfère généralement maintenir les émotions à un niveau plus périphérique pendant des opérations de résolution de problème et de prise de décision. Il a tendance à se montrer plus soucieux de moduler et de contrôler ses manifestations émotionnelles (Etape 2). En effet, presque toujours, les émotions ne joueront qu'un rôle très limité dans la prise de décision (Etape 3). D'ailleurs, le patient semble aussi prêt à traiter des stimuli chargés émotionnellement et de s'y impliquer (Etape 6). Le patient est beaucoup plus enclin à surcontrôler les

manifestations émotionnelles que la plupart des gens (Etape 9). Le degré de complexité psychique du sujet est semblable aux personnes qui présentent la même orientation stylistique (introvertie) (Etape 12).

- Traitement de l'information :

Le patient a investi plus d'efforts qu'il n'est habituel dans le traitement du champ du stimulus (Etape 1). On note qu'une irrégularité de l'effort et/ou de la stratégie de traitement de l'information (Etape 3), d'autant plus que le patient s'efforce d'accomplir plus de choses qu'il ne paraît raisonnable compte tenu de ses capacités fonctionnelles actuelles (Etape 4). Le patient présente une activité de balayage sous-incorporatrice, c'est-à-dire il balaye de manière hâtive et aléatoire, et il peut souvent négliger des éléments critiques d'un champ du stimulus (Etape 5). La qualité du traitement est généralement adéquate mais que parfois, l'activité de traitement régresse de manière significative à un niveau peu élaboré et moins mur (Etape 7), or qu'habituellement le processus de traitement est de bonne qualité (Etape 8).

- Médiation :

Les traductions médiationnelles sont généralement appropriées dans les situations les plus évidentes, mais qu'elles tendent à devenir moins appropriées dans les situations les moins évidentes. Cette perte d'efficacité médiationnelle (ou de testing de la réalité) peut être provoqué par de nombreux éléments (Etape 1). On note une atteinte médiationnelle sévère, des distorsions importantes, l'importance du dysfonctionnement indique que la perturbation de notre patient est généralisée. Des activités mentales périphériques générées par des expériences de besoin et/ou de stress, interfèrent avec la médiation, probablement en dérangeant l'attention et la concentration, et en faisant irruption dans les modalités logiques de pensée (Etape 3). On note une préoccupation inhabituelle pour les conventions ou la

correction et un souci excessif pour la désirabilité sociale (Etape 4). Il y a une forte probabilité qu'apparaissent des comportements plus atypiques qu'ils ne seraient souhaitables, voire inappropriés. La tendance à produire ce type de conduites est fortement en lien avec des formes de dysfonctionnement médiationnel et des problèmes dans le testing de la réalité (Etape 6).

- Idéation :

Le patient est « idéationnel », c'est-à-dire il s'appuie fortement sur la pensée conceptuelle. Ce genre de personnes ont tendance à faire confiance à leurs évaluations internes plus qu'au feed-back externe et ils essaient d'éviter d'être trop influencées par les affects (Etape 1).

Les émotions n'auront chez le patient qu'un rôle très limité dans l'activité de prise de décision, même dans les situations où une approche plus intuitive de prise en essais et erreurs serait préférable (Etape 2).

Les opinions et les valeurs idéationnelles du patient sont bien fixées et relativement rigides. Les personnes de ce type éprouvent beaucoup de difficultés à modifier leurs attitudes ou opinions, ou à voir les problèmes sous un autre point de vue que le leur (Etape 3).

Des états de besoin internes produisent chez le patient un niveau important d'activité mentale périphérique. Cette situation est plus chronique que transitoire, et elle accroît la probabilité qu'il ait de fréquentes interférences avec l'attention et la concentration. Cette activité mentale périphérique est aussi accrue par un stress situationnel (Etape 5). La pensée tend à être infiltrée par des jugements erronés ou des ratés idéationnels de la pensée mais cela suggère que la pensée est moins claire qu'il ne serait souhaitable, et que certaines des conceptualisations du patient sont moins mûres ou moins sophistiquées (Etape 8).

2.3. Le TAT :

Le discours des histoires du T.A.T est cohérent dans l'ensemble, la verbalisation est relativement riche. On a noté beaucoup de demandes faites au clinicien, et un recours fréquent au comportement (rire). Sur le plan quantitatif les procédés du discours se répartissent comme suit : A%= 34%, B%=19%, E%=17%, CI%= 12%, CN%=7%, CM%=6%, CL=5%.

Il faut noter que les défenses rigides relèvent en grande majorité de procédés de doute, à savoir les précautions verbales, les remâchages et les hésitations entre interprétations différentes. Ces procédés sont accompagnés par la description. En deuxième position, les procédés labiles par leur fonction de dramatisation ont dynamisé l'organisation défensive du patient en assouplissant les défenses rigides.

Dans un registre de problématique et d'économie psychique se sont les procédés CL, CM et CN qui rendent compte de la problématique centrale du patient en mettant en évidence une relation d'objet de type étayage et l'importance de l'identification projective dans son organisation défensive. Les sollicitations œdipiennes des planches sont plutôt traitées dans un registre d'angoisse de perte d'objet d'où le défaut de l'accès à la problématique œdipienne.

2.4. Description complète du cas et recommandation :

Ce patient se trouve dans un état de surcharge, ses capacités de contrôle et de tolérance au stress sont assez limitées. Il apparaît aussi qu'il ressent plus de pressions internes qu'il n'est habituel pour un adulte. D'où le risque d'émergence en processus primaires qu'on a noté au TAT. Il nous semble, e, effet, que la prise en charge psychologique peut axer au premier temps sur ce problème de contrôle chez le patient.

La caractéristique passive-dépendante est une composante essentielle de la structure de la personnalité du patient. Le patient tend à manifester beaucoup plus de comportements de dépendance qu'il est habituel. Les procédés CM et CL du T.A.T vont dans le même sens, et témoignent de ce fait de l'importance de la problématique de perte et d'étayage chez ce dernier. Cependant, dans un registre plus positif, c'est une personne qui a intérêt considérable et de bon aloi pour les autres. Ces comportements interpersonnels tendent à être plus efficaces et seront généralement considérés de manière favorable par les autres. Au T.A.T ce sont les procédés labiles (B) qui témoignent de cette ouverture relationnelle positive. Ainsi, en deuxième lieu, la prise en charge pourrait se concentrer sur ce dernier point positif chez le patient afin de l'amener à l'exploiter dans un sens de partage plus que de dépendance, d'autant plus que le patient est plus porté à la conscience de soi (une certaine capacité d'introspection et de s'examiner soi-même).

Le patient préfère généralement maintenir les émotions à un niveau plus périphérique pendant des opérations de résolution de problème et de prise de décision. Il est beaucoup plus enclin à surcontrôler les manifestations émotionnelles que la plupart des gens. Il faut rappeler à ce propos l'importance des défenses rigides chez le patient (A% = 34%).

Nous avons noté chez le patient un dysfonctionnement médiationnel et des problèmes dans le testing de la réalité. La pensée tend à être infiltrée par des jugements erronés ou des ratés idéationnels plus souvent qu'il n'est courant.

Dans le même sens l'importance des procédés E (17%) montre le risque d'une décompensation. En effet, la prise en charge pourrait être considéré comme moyen d'éviter cette dernière éventualité. C'est là tout le rôle de la cellule d'écoute psychologique universitaire !

Un accompagnement psychologique est alors recommandé à cet étudiant. Cet exemple illustre combien la présence de ces cellules d'écoute au sein des campus est importante, cela a permis de réaliser un bilan précis, d'orienter et d'accompagner cet étudiant en souffrance et d'éviter un passage à l'acte.

3.Conclusion et recommandations :

Notre contact avec les étudiants au travers de nos enseignements, mais aussi et surtout notre expérience clinique au sein du bureau d'aide universitaire souligne l'accentuation des fragilités psychologiques de la population estudiantine. Beaucoup d'entre-deux présentent des signes de détresse. Une organisation d'offre de soin est mise en place à travers des bureaux d'aide et des cellules d'écoute psychologique pour répondre à cette problématique. Cela est à saluer. Nous estimons que d'autres actions peuvent être faites :

- On suggère en premier lieu de mener une étude à grande échelle pour explorer la question de la santé mentale des étudiants en Algérie auprès des acteurs de terrain (psychologues et médecins engagés dans ces cellules) et utiliser ces résultats pour repenser certaines choses, se projeter et ouvrir des horizons à l'issue de cette enquête ;
- Ensuite, accorder plus d'importance à la question du bien-être de ces étudiants en renforçant leur accompagnement sur tous les plans, notamment psychologique, en multipliant la présence de ces cellules, en leur octroyant tous les moyens nécessaires surtout que la communauté estudiantine est en nette croissance ;
- Nous recommandons également d'assurer un environnement d'étude plus contenant, de bâtir ces centres en retraits des lieux d'étude pour assurer la confidentialité, protéger de la stigmatisation redoutée et faciliter la démarche de demande d'aide car on n'y va pas

aisément à ces consultations sous le regard du monde qu'on connaît et qu'on croit au quotidien à la fac et les bâtir en combinaison avec les services de santé universitaires voire se structurer en véritable réseau de soin universitaire ;

- Mettre en place une cellule téléphonique pour faciliter l'écoute anonyme, le dépistage et l'intervention précoce, car plus on va tôt à ces bureaux d'aide, plus on y va facilement et on a plus de chance d'être aidé et de se libérer de sa souffrance ;
- D'insister sur le fait que la démarche est anonyme (le secret professionnel), ce qui est dit dans ce bureau ne sort pas de ce bureau ;
- Doter toutes les universités de ces bureaux d'aide et aménager les horaires de consultations. Penser à une prise en charge en distantiel ;
- Mieux se structurer en vrai réseau de soin ;
- Mettre en place des observatoires de la vie étudiante ;
- Sensibiliser aux problématiques spécifiques aux étudiants la communauté étudiante et l'opinion publique et d'offrir une visibilité et une lisibilité à ces structures de soin pour étudiants ;
- Faire des partenariats avec les résidences universitaires et des structures de soin externes (structures médico-sociales) ;
- Et enfin, prévenir la souffrance psychologique des étudiants et permettre la promotion de leur santé mentale via par exemple les sites internet spécialisés, les réseaux sociaux et en allant à la rencontre de ces sujets, d'être au plus proche d'eux et à travers des actions ciblées permettant de développer les compétences psycho-sociales de ces personnes et une prise en charge précoce.

En conclusion, le travail clinique de terrain auprès des étudiants est plus que jamais important car il s'agit là d'une population à risque de

développer une détresse psychologique. Par ailleurs, ce travail doit se faire par des professionnels de santé mentale sensibilisés et formés aux problématiques étudiantes (Benamsili & Fergani, 2024).

4.references :

Benamsili, L., & Fergani, L. (2021). Écoute et accompagnement psychologique à l'université. L'exemple d'une expérience à l'université de Bejaia. *Social and human sciences review*, 22 (1), 677-688. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/161729>.

Benamsili, L., & Fergani, L. (2024). Quelques réflexions sur la formation des psychologues cliniciens en Algérie. *Revue des recherches éducatives et didactique*, 13 (1), 1069-1080. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/243087>.

Benamsili, L., & Haderbache, B. (2023). La santé mentale des étudiants. *Revue de la littérature. Revue Afak des sciences*, 3 (8), 627-638. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/223092>.