

Souffrance psychologique, pensées suicidaires et itinéraires thérapeutiques à Antsiranana : une analyse interprétative phénoménologique .

ISSN 2742-8214

Auteurs : Andriamanarivo Paoly Rabe^{1,2}, David Rakotonandrasana Harimbola^{1,2}, Joseph Michel Razafimahenina^{1,2}, Jean Razafy Florent^{1,2}, Andriamanarivo Hasina Rabe³, Jeanne Angelphine Rasoamananjara^{1,2}

Affiliations:

¹École Doctorale Nutrition-Environnement-Santé (ED NES), Université de Mahajanga.

²Laboratoire d'Épidémiologie et Biostatistique en Santé de Populations, (LabEBSP) Madagascar

³Faculté de Médecine d'Antananarivo, Université d'Antananarivo. Madagascar.

Auteur correspondant: RABE Andriamanarivo Paoly. Email : paoly.rabe@yahoo.fr

Résumé: La souffrance psychologique et les conduites suicidaires représentent un problème majeur de santé publique à Madagascar, notamment à Antsiranana, dans un contexte marqué par la faiblesse des ressources psychiatriques et par des interprétations culturelles et spirituelles de la maladie mentale. **Objectif :** Cette étude a pour objectif d'examiner, à travers une approche qualitative, la manière dont des personnes en détresse psychologique donnent sens à leur souffrance et à leurs pensées suicidaires. **Méthode :** Une Analyse Interprétative Phénoménologique (IPA) a été menée à partir de sept entretiens semi-directifs réalisés auprès d'adultes âgés de 18 à 49 ans vivant à Antsiranana. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits et analysés selon les étapes canoniques de l'IPA. **Résultats :** Cinq thèmes superordonnés ont été identifiés : l'expérience vécue de la souffrance, les pensées suicidaires comme appel à l'aide, la diversité des itinéraires thérapeutiques, le rôle du lien social et de la parole, et les processus de reconstruction du sens menant à la résilience. **Conclusion :** Les résultats montrent que la prévention du suicide à Madagascar devrait intégrer le vécu subjectif des personnes en souffrance, renforcer les dispositifs d'écoute communautaires, et reconnaître l'importance des ressources culturelles et relationnelles locale.

Mots-clés : Détresse psychologique, pensées suicidaires, itinéraires thérapeutiques, analyse interprétative phénoménologique.

Abstract: Title: « *Psychological distress, suicidal thoughts and therapeutic pathways in Antsiranana: an interpretative phenomenological analysis (IPA)* »

Psychological distress and suicidal behaviors represent a major public health issue in Madagascar, particularly in Antsiranana, where psychiatric resources are limited and mental illness is often interpreted through cultural and spiritual frameworks. **Objective:** This study aims to examine, through a qualitative approach, how individuals experiencing psychological distress make sense of their suffering and suicidal thoughts. **Method:** An Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) was conducted based on seven in-depth semi-structured interviews with adults aged 18 to 49 years living in Antsiranana. Interviews were audio-recorded, transcribed, and analyzed according to the standard stages of IPA. **Results:** Five superordinate themes were identified: the lived experience of suffering, suicidal thoughts as a call for help, the diversity of therapeutic pathways, the role of social connection and shared speech, and the reconstruction of meaning leading to resilience. **Conclusion:** The findings indicate that suicide prevention in Madagascar should integrate individuals' subjective experiences, strengthen community-based listening and support mechanisms, and acknowledge the importance of local cultural and relational resources.

Keywords: Psychological distress, suicidal thoughts, therapeutic pathways, interpretative phenomenological analysis.

I- INTRODUCTION :

La souffrance psychologique constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale. À Madagascar, les troubles mentaux et les conduites suicidaires demeurent encore largement sous-identifiés et insuffisamment pris en charge par le système de santé. Dans un contexte marqué par la précarité socio-économique, l'instabilité et le déficit de structures spécialisées en santé mentale, la détresse psychique est fréquemment interprétée à travers des cadres culturels ou spirituels et s'exprime en dehors du champ biomédical conventionnel [1,2,3]. Des données cliniques issues de services hospitaliers malgaches ont néanmoins mis en évidence la présence de troubles psychiatriques variés, bien que leur prise en charge demeure limitée et inégalement répartie sur le territoire [4].

Plusieurs travaux soulignent le manque de ressources humaines qualifiées en santé mentale, l'absence de dispositifs structurés de psychiatrie communautaire et le poids des représentations sociales associées à la folie et au malheur, qui constituent des obstacles majeurs à l'accès aux soins psychiatriques [5]. En conséquence, de nombreuses personnes en souffrance psychologique ont recours à des formes alternatives ou complémentaires de prise en charge, telles que les guérisseurs traditionnels, les églises, les groupes communautaires ou la famille élargie, où s'articulent prières, rituels, soutien relationnel et gestes de soin [6].

Si ces itinéraires thérapeutiques pluriels ont été documentés dans la littérature, les recherches demeurent limitées quant à la compréhension du vécu subjectif des personnes concernées, en particulier de la manière dont elles donnent sens à leur souffrance et à leurs pensées suicidaires. Les études existantes privilégient le plus souvent

des approches quantitatives ou descriptives, laissant au second plan l'expérience vécue et les processus internes d'interprétation et de reconstruction [7]. Le vécu subjectif n'apparaît alors plus comme un simple symptôme, mais comme un espace de signification, parfois de transformation intérieure [8,9]. Plusieurs travaux ont également mis en évidence les difficultés persistantes à identifier et à comprendre la maladie mentale à Madagascar, soulignant un décalage durable entre catégories psychiatriques et expériences vécues des personnes concernées [10].

Dans ce contexte, l'approche phénoménologique, initiée par Husserl [11] et prolongée par Merleau-Ponty [12], offre un cadre pertinent pour explorer l'expérience vécue du sujet. En santé mentale, cette perspective a conduit au développement de l'Analyse Interprétative Phénoménologique (Interpretative Phenomenological Analysis, IPA), formalisée par Smith et ses collaborateurs [13,14]. L'IPA vise à comprendre comment les individus donnent sens à leurs expériences, en tenant compte de la double herméneutique propre à la recherche qualitative, dans laquelle le chercheur cherche à comprendre comment le participant comprend son propre vécu [15].

L'objectif de cette étude était d'explorer, à l'aide d'une Analyse Interprétative Phénoménologique, le vécu de personnes en souffrance psychologique à Antsiranana. Elle visait à comprendre comment ces individus donnent sens à leur détresse et à leurs pensées suicidaires, et comment ils mobilisent des ressources personnelles, sociales, culturelles et spirituelles dans leurs itinéraires thérapeutiques et leurs processus de résilience.

ii- METHODE :

1. Type d'étude et approche méthodologique

Cette recherche s'appuie sur une approche qualitative à visée compréhensive, fondée sur l'Analyse Interprétative Phénoménologique (IPA) telle que développée par Smith, Flowers et Larkin [13]. L'IPA vise à explorer en profondeur la manière dont les individus donnent sens à leurs expériences vécues, en particulier lorsqu'elles sont marquées par la souffrance, la transformation ou la rupture [14]. Cette méthode repose sur trois ancrages théoriques majeurs : la **phénoménologie**, centrée sur le vécu subjectif, l'**herméneutique**, orientée vers l'interprétation du sens, et l'**idiographie**, qui valorise l'étude approfondie des cas singuliers. Dans le contexte malgache, où la santé mentale reste intimement liée à la culture et aux représentations locales, cette approche permet de saisir la complexité du rapport à la souffrance et des logiques de soin.

2. Lieu et population d'étude

L'enquête s'est déroulée à Antsiranana, dans le nord de Madagascar, une région où la prise en charge en santé mentale demeure fragmentée entre plusieurs registres : biomédical, traditionnel et spirituel. Sept participants ont pris part à l'étude : **quatre femmes et trois hommes âgés de 18 à 49 ans**, tous ayant traversé une période de détresse psychologique majeure, parfois marquée par des pensées ou gestes suicidaires. Chaque personne a accepté, après information et consentement, de partager librement son expérience personnelle et thérapeutique. Les cas analysés, Abel, Bélanda, Cédric, Dina, Ezaka, Francine et Gracia, traduisent la diversité des parcours rencontrés à Antsiranana : certains ont connu l'isolement ou l'errance, d'autres ont trouvé refuge dans la foi ou dans un réseau de soutien, tandis que

quelques-uns n'ont bénéficié d'aucune prise en charge formelle.

3. Recueil de données

Les données ont été recueillies à partir d'**entretiens semi-directifs individuels**, réalisés dans un cadre confidentiel et respectueux du rythme de chaque participant. Chaque entretien, d'une durée moyenne de 60 à 90 minutes, a été mené en langue malgache, puis traduit en français afin de préserver au mieux les nuances culturelles et émotionnelles du discours. Le **guide d'entretien** comportait des questions ouvertes portant sur l'histoire de vie, la nature de la souffrance, les pensées suicidaires, les démarches de soin entreprises et le vécu du processus de guérison. Tous les entretiens ont été enregistrés, transcrits intégralement et analysés manuellement à l'aide d'une grille de codage évolutive.

4. Analyse des données

L'analyse s'est déroulée selon les étapes canoniques de l'IPA. Elle a d'abord consisté en une lecture attentive et répétée de chaque transcription, afin de s'imprégner du matériau narratif. Dans un second temps, des **codes initiaux** ont été élaborés, incluant des observations descriptives, linguistiques et conceptuelles. Ces codes ont ensuite été regroupés en **thèmes émergents**, avant d'être organisés en **thèmes superordonnés** intégrant les convergences et les divergences entre les cas étudiés. Enfin, une synthèse transversale a permis de dégager les significations partagées et d'articuler l'ensemble du processus interprétatif.

Le processus a suivi une **herméneutique double** : le chercheur cherche à comprendre la manière dont chaque participant comprend sa propre expérience [15]. Tout au long de l'analyse, un **journal réflexif** a été tenu afin d'identifier les biais possibles liés à la position du chercheur et de maintenir une posture d'écoute interprétative.

Cette démarche permet d'articuler rigueur analytique et sensibilité phénoménologique, en restant au plus près du vécu exprimé.

5. Considérations éthiques

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un protocole doctoral validé par le **Comité d'Éthique** de la Recherche Biomédicale auprès du Ministère de la Santé Publique (CERBM) du 19/11/2024. Le **consentement libre et éclairé** a été recueilli oralement et par écrit auprès de chaque participant, après explication des objectifs, des conditions et des modalités de la recherche. L'anonymat a été strictement respecté : les prénoms utilisés sont fictifs et les lieux ont été volontairement modifiés pour garantir la confidentialité.

6. Fiabilité et validité qualitative

La crédibilité de l'analyse a été assurée par une démarche de **triangulation** : relectures croisées, confrontation inter-thématique et retour au texte source. La transparence du processus analytique et la **traçabilité des étapes de codage** (codes initiaux, thèmes et thèmes superordonnés) renforcent la validité interne du dispositif. Cette rigueur méthodologique vise à garantir la fidélité au vécu des participants tout en permettant une interprétation phénoménologique à la fois précise, ancrée et réflexive.

III- RESULTATS :

1. Vue d'ensemble

L'analyse interprétative phénoménologique (IPA) des sept entretiens a permis de dégager cinq thèmes superordonnés qui traduisent les significations communes attribuées par les participants à leur expérience de souffrance et de reconstruction. Malgré la diversité des parcours, tous décrivent un cheminement intérieur, souvent douloureux mais porteur d'un mouvement de transformation. De la détresse la plus sombre à la redécouverte d'un

sens, chaque récit témoigne de la manière dont des ressources multiples, intérieures, sociales, culturelles et spirituelles, ont été mobilisées pour survivre, comprendre et se relever.

Les cinq thèmes super ordonnés sont :

1. L'expérience vécue de la souffrance et du désespoir.
2. Les pensées suicidaires comme appel à l'aide et quête de reconnaissance.
3. La pluralité des itinéraires thérapeutiques : entre médecine, tradition et foi.
4. L'importance du lien social, de la parole et du soutien.
5. La reconstruction du sens et l'émergence de la résilience.

Thème 1 – L'expérience vécue de la souffrance et du désespoir

Tous les participants décrivent une souffrance profonde, souvent ressentie comme un effondrement intérieur ou une perte du sens de l'existence. Cette douleur naît fréquemment de contextes familiaux ou sociaux marqués par la séparation, la violence, le rejet ou la précarité. Le désespoir se manifeste par un sentiment d'impuissance, de vide et d'isolement, parfois accompagné du silence et du repli. « *Teo koa aho no tena nisafidy hamono tena satria tao anatin'ny alabelo lalina aho.* » (C'est là que j'ai vraiment choisi de me suicider, car j'étais dans une profonde tristesse.) [Ezaka]. « *J'étais seul, sans force, comme absent de moi-même... il n'y avait plus de raison de vivre.* » [Abel]. La souffrance est vécue comme une rupture de continuité du soi, un moment où le monde perd sa familiarité. Certains participants évoquent cette période comme un temps suspendu, où la vie semblait se dérouler sans eux, dans une sorte d'absence à soi-même.

Thème 2 – Les pensées suicidaires comme appel à l'aide et quête de reconnaissance

Les idées suicidaires apparaissent rarement comme une simple volonté de mourir. Elles traduisent davantage une ambivalence douloureuse : celle d'un être partagé entre le désir de fuir la souffrance et celui d'être enfin entendu. Chez plusieurs participants, la pensée suicidaire représente un cri silencieux, une façon extrême de dire « voyez ma douleur » à un entourage perçu comme indifférent. « *Je voulais qu'on sache que je souffrais, pas seulement mourir.* » [Gracia]. « *Quand j'ai pensé au suicide, c'était pour fuir tout cela, mais aussi pour que quelqu'un me voie enfin.* » [Cédric]. Le geste suicidaire, dans ces parcours, ne prend donc sens qu'en lien avec autrui : il devient une forme de communication du silence, une tentative de renouer un lien rompu avec le monde.

Thème 3 – La pluralité des itinéraires thérapeutiques : entre médecine, tradition et foi

Les chemins de soin empruntés par les participants témoignent d'une grande diversité. Certains ont eu recours à la médecine moderne, notamment à la consultation psychiatrique, à l'hospitalisation ou au traitement médicamenteux. D'autres ont suivi des démarches plus traditionnelles : recours à des guérisseurs, utilisation de remèdes naturels ou participation à des rituels. D'autres encore ont trouvé refuge dans la dimension spirituelle, notamment au sein des églises et des toby (centres de prière). « *Après l'hôpital, mes parents ont demandé conseil à un guérisseur, mais je n'y suis pas allé moi-même.* » [Cédric]. « *C'est à l'église que j'ai trouvé la paix, quand j'ai pu prier et parler avec les autres.* » [Francine]. Ces itinéraires thérapeutiques pluriels reflètent une vision holistique du soin, où la guérison ne se limite pas à la disparition

des symptômes. Elle implique aussi la réconciliation du corps, de l'âme et du lien social. La recherche de sens, omniprésente dans les récits, traverse aussi bien le champ médical que le champ religieux : elle témoigne d'un besoin d'être compris, soutenu et réintégré dans la communauté.

Thème 4 – L'importance du lien social, de la parole et du soutien

Dans presque tous les récits, le passage du silence à la parole apparaît comme un tournant majeur dans le processus de guérison. Le fait de pouvoir parler à un ami, à un soignant, à un proche ou à un membre de la communauté marque la fin d'un isolement et le début d'une reconnexion au monde. « *Quand j'ai commencé à parler, c'est comme si je respirais de nouveau.* » [Dina]. « *Un ami m'a écoutée sans juger, et ça m'a donné la force de continuer.* » [Ezaka]. Ces échanges constituent une véritable médiation thérapeutique : la parole partagée redonne de la cohérence à une existence éclatée. Elle ne guérit pas à elle seule la blessure psychique, mais elle rétablit un espace de sens, un lieu où l'individu peut à nouveau exister dans le regard de l'autre.

Thème 5 – La reconstruction du sens et l'émergence de la résilience

Après la crise, plusieurs participants évoquent un travail intérieur de reconstruction. Cette résilience n'efface pas la douleur, mais transforme le rapport à celle-ci : elle permet d'en faire une expérience signifiante, parfois tournée vers l'aide aux autres. La foi, la solidarité et l'action altruiste apparaissent comme des leviers essentiels de cette transformation. « *Aujourd'hui, j'aide ceux qui traversent ce que j'ai vécu.* » [Dina]. « *La foi m'a permis de comprendre que ma vie avait encore une valeur.* » [Bélinda]. La résilience se manifeste ici comme un retour au sens, une reconfiguration de soi et du monde. Les participants ne se définissent plus seulement

comme des victimes de leur souffrance, mais comme des êtres capables de la transformer en force intérieure.

2. Synthèse transversale

L'ensemble des thèmes met en lumière une dynamique évolutive :

1. La chute dans la souffrance,
2. La pensée du suicide comme rupture et appel,
3. La quête de soins pluriels,
4. La restauration du lien et de la parole,
5. La reconstruction du sens et de la résilience.

Ce mouvement global illustre un cheminement existentiel : celui d'un passage progressif de la désespérance à la réappropriation de soi. La parole, le lien et la culture y jouent un rôle central, ouvrant la voie à une prévention du suicide ancrée dans le sens vécu plutôt que dans le seul repérage symptomatique. Au fil des récits, on perçoit un trajet intérieur commun : la perte du sens, les pensées suicidaires, le passage à l'acte pour

chacun d'entre eux, puis la recherche d'aide et, pour certains, la reconstruction progressive d'un équilibre de vie. Au-delà des différences d'âge, de parcours ou de croyances, la souffrance psychologique apparaît comme le point de départ d'une quête de sens, d'une redéfinition de soi et d'un mouvement vers la vie.

Les caractéristiques sociodémographiques et contextuelles des sept participants sont présentées dans le **Tableau 1**. Le tableau inclut également les idées de prévention formulées par les participants à partir de leur propre expérience de souffrance et de résilience. Ce tableau met en évidence la diversité des profils : des hommes et des femmes âgés de 18 à 49 ans, ayant traversé des situations de rupture, d'isolement ou de rejet familial, et ayant mobilisé des ressources variées telles que la solitude créatrice, la foi, le soutien relationnel ou le recours à la médecine.

Tableau 1. *Caractéristiques des participants à l'étude*

Nom (Pseudo)	Sexe/Âge	Souffrances	Tentative de suicide	Chemin de guérison	Idées de prévention
Abel	M, 42 ans	Rupture sentimentale brutale	Médicaments	Prise de conscience personnelle. Séquelle d'anxiété	Association d'entraide, écoute des souffrants
Bélinda	F, 25 ans	Relation mère-fille difficile, Rupture sentimentale	Médicaments	Stabilisation, soutien affectif	Soutien affectif, estime de soi
Cédric	M, 19 ans	Fond dépressif, Rupture de la confiance avec les parents	Médicaments	Repli, création artistique, autonomie	Création artistique, autonomie
Dina	M, 18 ans	Rejet paternel	Tentative de noyade	Foi personnelle, amitiés	Sensibilisation au rejet, amitié
Ezaka	F, 30 ans	Violence conjugale, Isolement.	Tentative de noyade	Prière, travail, stabilité affective	Soutien aux femmes victimes
Francine	F, 49 ans	Hallucinations hostiles	Tentative de Pendoison	Soins spirituels au Toby	Soins spirituels, prévention communautaire
Gracia	F, 18 ans	Décès de la mère, relation difficile avec la belle-mère, conflit grand-mère-fille	Tentative de pendoison	Relation stable, religion	Dialogue intergénérationnel, écoute des jeunes

Ces données offrent une vue d'ensemble du champ expérientiel dans lequel s'inscrivent les récits étudiés.

Les **thèmes superordonnés** identifiés au terme de l'analyse interprétative phénoménologique (IPA) et leurs **sous-thèmes principaux** sont présentés dans le **Tableau 2**. Ils traduisent le passage d'une expérience de désespoir et de rupture du sens à un processus de reconstruction fondé sur la parole, la foi et le lien social.

Tableau 2. *Thèmes superordonnés et sous-thèmes de l'analyse IPA*

Thèmes superordonnés	Sous-thèmes principaux	Illustrations issues des verbatim
Souffrance et désespoir	Rupture du sens, isolement	« J'étais seul, sans force... »
Pensées suicidaires	Appel à l'aide, quête de reconnaissance	« Je voulais qu'on sache que je souffrais... »
Itinéraires thérapeutiques	Médecine, tradition, foi	« C'est à l'église que j'ai trouvé la paix... »
Lien social et parole	Soutien, partage, écoute	« Quand j'ai commencé à parler... »
Reconstruction et résilience	Foi, solidarité, action altruiste	« Aujourd'hui, j'aide ceux qui traversent... »

Chaque thème est illustré par un extrait de verbatim représentatif, restituant la profondeur subjective et la singularité du vécu de chaque participant.

L'articulation de ces thèmes permet de comprendre le mouvement global des trajectoires : de la **souffrance initiale** à la **parole partagée**, puis vers une **résilience active**, souvent marquée par un engagement de soutien envers autrui. Cette dynamique est synthétisée dans la **Figure 1**, qui présente l'organigramme des thèmes superordonnés



Fig.1: Organigramme des thèmes superordonnés issus de l'analyse interprétative phénoménologique (IPA).

IV- DISCUSSION :

1. Comprendre la souffrance comme expérience vécue

L'analyse interprétative phénoménologique (IPA) de ces récits montre que la souffrance psychologique ne se réduit pas à un trouble de l'humeur ou à un dysfonctionnement mental. Elle s'inscrit d'abord comme une **expérience humaine vécue**, ancrée dans un contexte relationnel, culturel et symbolique. Dans la perspective de Husserl [11] et de Merleau-Ponty [12], la souffrance traduit une rupture

dans la relation au monde et à soi : le sujet ne parvient plus à habiter sa propre existence, comme si le sens s'était effondré.

Les verbatim analysés révèlent cette perte d'ancrage, cette impression d'être étranger à soi-même. L'approche phénoménologique permet alors de **redonner sens à la parole du e** existence en quête de cohérence. Le langage devient ici un acte de dévoilement : mettre la douleur en mots, c'est déjà en reprendre la maîtrise. Comme le souligne Ricœur [7], le récit constitue un processus de recomposition du soi : à travers la narration, le sujet tente de reconstruire la continuité d'une histoire mise à mal par la crise.

2. Les pensées suicidaires comme quête de reconnaissance

Les récits d'Antsiranana étudiés rappellent que les pensées suicidaires ne sont pas uniquement l'expression d'un instinct de mort. Elles traduisent souvent une **quête de reconnaissance** : la volonté d'être entendu, de signifier à autrui une souffrance devenue indicible. Chez plusieurs participants, le suicide est perçu comme un langage du désespoir, une tentative ultime pour que quelqu'un voie, entende ou simplement reconnaisse l'existence d'une douleur. Cette dimension relationnelle rejoint la lecture de Van den Berg [16] et de Lebigot [17], pour qui le geste suicidaire n'est pas seulement une rupture, mais parfois une manière de chercher la rencontre. Il s'agit, dans le silence du désespoir, d'un appel à autrui. Dans cette perspective, la prévention ne peut se limiter au dépistage ou à la gestion des risques : elle doit s'appuyer sur une **écoute réelle du vécu**, sur la reconnaissance du sujet dans sa parole. C'est dans ce mouvement d'accueil et de reconnaissance que peut naître une reconstruction du sens [18].

3. L'itinéraire thérapeutique pluriel : entre soin et culture

Les résultats confirment la pluralité des itinéraires thérapeutiques à Antsiranana. La souffrance psychique y est comprise à travers des systèmes de sens multiples : biomédical, spirituel, social et symbolique. Comme l'a montré Kleinman [6], la trajectoire de soin dépasse la stricte logique médicale : elle s'inscrit dans un tissu culturel et communautaire où chaque recours, qu'il soit religieux ou traditionnel, contribue à redonner sens au vécu. Les participants de cette étude circulent d'un espace thérapeutique à un autre, du cabinet médical à l'église, du guérisseur au pasteur, non par incohérence mais par cohérence culturelle et existentielle. Le soin se cherche là où la compréhension semble possible. Ces itinéraires traduisent une conception **holistique du mal-être**, où la guérison n'est pas séparable de la réconciliation avec les autres, les ancêtres ou le divin [5]. Loin d'être un obstacle, cette **diversité constitue une richesse** : elle invite à construire des passerelles entre les approches biomédicales, communautaires et spirituelles [3].

4. Du silence à la parole : le lien comme espace thérapeutique

L'un des enseignements majeurs de cette recherche réside dans le **pouvoir transformateur de la parole**. Le passage du silence à l'expression constitue une étape essentielle du processus de reconstruction. Parler, c'est exister à nouveau dans la relation à autrui ; c'est retrouver la possibilité d'être entendu. Cette parole, lorsqu'elle est accueillie sans jugement, agit comme une médiation thérapeutique. Elle restaure une continuité intérieure et réinscrit la personne dans le tissu social.

Ce mouvement rejoint les analyses de Cyrulnik [8], pour qui la résilience naît de la mise en récit de la blessure, et celles d'Ungar [9], qui insiste sur le rôle du lien dans les

processus de réparation. La parole partagée devient alors un espace de réhumanisation, une manière de redonner vie à ce qui avait été réduit au silence.

5. Résilience et reconstruction du sens

Les récits recueillis à Antsiranana montrent que la résilience n'est pas un retour à l'état antérieur, mais une **reconstruction du sens après la rupture**. Ce n'est pas la disparition de la douleur, mais sa métamorphose. Comme l'ont souligné Cyrulnik [8] et Anaut [19], la résilience consiste à transformer la blessure en une expérience signifiante, parfois même féconde. Dans le contexte malgache, cette transformation s'enracine souvent dans la **foi**, la **solidarité communautaire** et le **désir d'aider à son tour**. L'acte d'accompagner autrui devient une manière de continuer à se réparer soi-même. Cette dynamique illustre la force des liens sociaux et spirituels comme fondements de la reconstruction du sujet. L'IPA, en mettant en lumière ces processus, invite à repenser la clinique du suicide non pas comme une simple gestion du risque, mais comme un **accompagnement du sens**, où l'écoute devient thérapeutique en elle-même.

6. Apports, limites et perspectives

Cette étude, bien que menée sur un échantillon restreint ($n = 7$), apporte un éclairage détaillé sur les dimensions vécues de la souffrance psychologique dans un contexte culturel particulier. Ce nombre est considéré comme optimal en IPA pour garantir une analyse de profondeur. Sa valeur ne réside pas dans la généralisation, mais dans la **richesse interprétative** et la **densité des récits** recueillis. L'IPA offre ici un outil puissant pour donner voix à ceux qui, souvent, restent absents des statistiques et des rapports de santé publique. Les limites tiennent essentiellement à la taille de l'échantillon, à la traduction des entretiens, susceptible d'entraîner une perte de nuances,

et à la spécificité du contexte d'Antsiranana. Ces éléments invitent à la prudence dans la transposition des résultats. Néanmoins, ces limites ouvrent aussi des perspectives : la possibilité d'études comparatives entre régions, ou d'approches intégrant le point de vue des soignants et des responsables communautaires. Enfin, cette recherche souligne la nécessité de **renforcer le dialogue entre les savoirs médicaux et les ressources culturelles locales** [3]. Reconnaître la pluralité des formes de soin, c'est reconnaître la pluralité des manières d'être au monde. C'est aussi poser les bases d'une prévention du suicide plus humaine, enracinée dans le vécu des personnes qu'elle cherche à protéger.

V- CONCLUSION :

Cette étude met en évidence la complexité de la souffrance psychologique telle qu'elle est vécue à Antsiranana, en montrant comment les personnes concernées donnent sens à leur détresse, à leurs pensées suicidaires et aux ressources qu'elles mobilisent dans leurs parcours de soin. À travers les récits des sept participants, la détresse psychologique et les pensées suicidaires apparaissent indissociables de l'histoire de vie, des liens sociaux et de l'univers de sens dans lesquels s'inscrit chaque sujet.

Le suicide se donne alors moins à voir comme une rupture isolée que comme une tentative de signifier une douleur devenue indicible, un appel à la reconnaissance et à la relation. Cette lecture souligne la dimension profondément humaine et relationnelle du désespoir, tout en mettant en lumière la possibilité, fragile et non linéaire, de processus de reconstruction.

L'analyse des itinéraires thérapeutiques révèle que les processus d'apaisement ou de guérison ne sont pas réductibles à un traitement unique. Ils s'inscrivent dans des

parcours pluriels, où se croisent médecine, foi, traditions locales et soutien communautaire. Ces trajectoires témoignent d'une conception du soin fondée sur la relation, la parole et la confiance, dans laquelle l'écoute et le lien social occupent une place centrale dans les dynamiques de résilience.

Au-delà des trajectoires individuelles, cette étude met en évidence plusieurs enjeux majeurs pour la prévention du suicide à Madagascar : l'intégration du vécu subjectif dans la prise en charge, le renforcement des dispositifs d'écoute communautaires et la reconnaissance de la complémentarité entre approches biomédicales et ressources culturelles locales. Prévenir le suicide ne consiste donc pas uniquement à identifier des facteurs de risque, mais à accompagner des personnes en quête de sens, dans la pluralité de leurs expériences et le respect de leur dignité.

Financement:

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement institutionnel ou industriel. Elle a été réalisée sur financement personnel. Les données et matériels ayant servi à cette étude sont disponibles auprès de l'auteur correspondant.

Contribution des auteurs
RAP, chercheur principal, a contribué à la conception et à la réalisation de l'étude, à l'analyse des données et à la rédaction du manuscrit ; RHD a contribué à la conception de l'étude, à l'analyse des données et à la révision du manuscrit ; RAH a participé à la collecte et à l'analyse des données ; RJM et FJR ont contribué à l'analyse des données et à la révision critique du manuscrit.

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Remerciements : Les auteurs adressent leurs remerciements à l'ensemble des personnes interviewées ainsi qu'à toutes celles et ceux qui ont participé à l'étude, de près ou de loin.

VI-REFERENCES :

1. Raobelle ENA, Rafehivola IH, Rakotorolahy M, Bakohariliva HA, Raharivelo A, Rajaonarison BH. Évolution épidémiologique de la tentative de suicide aux urgences d'Antananarivo. *Rev Med Madag.* 2016;6(2):750-752.
2. World Health Organization. *Suicide worldwide in 2021: global health estimates*. Geneva: World Health Organization; 2025.
3. Ministère de la Santé Publique de Madagascar. *Plan stratégique national en santé mentale 2025–2029*. Antananarivo: MSP; 2024.
4. Andriantseho LM, Andrianasy TF, Andriambao DS. Les troubles psychiatriques à Madagascar: étude clinique de 376 cas répertoriés à Mahajanga. *Bull Soc Pathol Exot.* 2004;97(2):122-126.
5. Benoist J. *Anthropologie médicale et représentations de la maladie*. Paris: Karthala; 1996.
6. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press; 1980.
7. Ricœur P. *Temps et récit. Tome 1: L'intrigue et le récit historique*. Paris: Seuil. 1983.

8. Cyrulnik B. *Un merveilleux malheur*. Paris: Odile Jacob. 1999.
9. Ungar M. *The social ecology of resilience: a handbook of theory and practice*. New York: Springer; 2011.
10. Gallien R. Désigner la folie, manquer le « fou »: quand l'enquête psychiatrique ne parvient pas à identifier et à comprendre la maladie mentale (Madagascar, années 1930). *Hist Med Sante*. 2022;(19):57-73.
11. Husserl E. *Idées directrices pour une phénoménologie*. Paris: Gallimard; 1950.
12. Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard; 1945.
13. Smith JA, Flowers P, Larkin M. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London: Sage; 2009.
14. Larkin M, Flowers P, Smith JA. Interpretative phenomenological analysis: an overview and methodological review. *Psychologist*. 2021;34(3):204-210.
15. Eatough V, Smith JA. Interpretative phenomenological analysis. In: *The Sage handbook of qualitative research in psychology*. Willig C, Stainton Rogers W, editors. London: Sage; 2017:193-209.
16. Van den Berg JH. *A different existence: principles of phenomenological psychopathology*. Pittsburgh: Duquesne University Press; 1972.
17. Lebigot F. Le traumatisme psychique. *Stress Trauma*. 2009;9(4):201-204.
18. Crocq L. *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob; 2012.
19. Anaut M. *La résilience: surmonter les traumatismes*. Paris: Armand Colin; 2008.
20. World Health Organization. *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. Geneva: World Health Organization; 2021.