

Nicolas Chambon

Directeur de publication
de *Rhizome*

Orspere-Samdarra

Professeur associé

HETSL | HES-SO

Au bord du suicide, ce qui nous lie

Ce numéro de *Rhizome* participe à ne pas faire du suicide un tabou. Silencier la souffrance, en avoir honte, se sentir seul façonnent le mal-être, mais aussi complique le recours à une aide et à un soutien. Ce numéro s'ouvre avec ce parti pris : prévenir le suicide suppose de transformer les conditions sociales qui rendent la souffrance indécible, invisible et trop souvent solitaire. Entendons-la.

Expériences, ruptures et déliaison

Les premiers articles rendent compte d'expériences de souffrance psychique, de ruptures et de tentatives de suicide dans un contexte d'isolement social et d'inadéquation des réponses, tant des professionnels que de l'entourage. Ils invitent à dépasser une lecture strictement psychiatrique des conduites suicidaires pour penser celles-ci comme des expériences liminales, ambivalentes, situées entre la vie et la mort, la souffrance et la résistance.

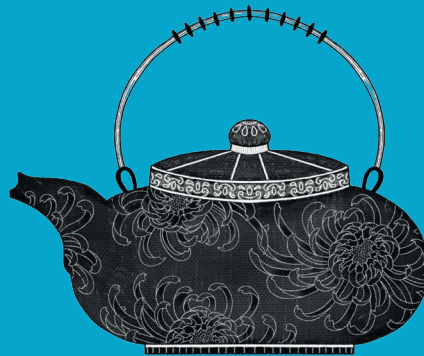
L'espoir apparaît alors comme un ressort central de la sortie de l'engrenage de la crise suicidaire. Mais comment le rendre possible sans qu'il soit perçu comme une injonction ? Cet espoir, en l'autre, en soi, porté par des cadres relationnels suffisamment solides, soutient la traversée de la crise. La souffrance isole et c'est bien une lutte contre l'isolement qui se joue dans la prévention des conduites suicidaires.

La clinique du lien, s'engager dans la relation

Les idées suicidaires s'inscrivent en effet dans des processus de désaffiliation. En retour, une présence ajustée et engagée peut rouvrir des possibles là où l'urgence s'impose. Néanmoins, la clinique ne peut se réduire à la seule gestion de l'urgence ou à la sécurisation immédiate. Elle engage un travail d'élucidation, une enquête partagée sur ce qui fait effraction et sur ce qui, malgré tout, tient encore. La crise n'est pas le temps du diagnostic pathologique. C'est celui de l'accueil, de la présence, de la protection et d'une première mise en sens. Le soin commence alors souvent après la crise, lorsqu'elle s'atténue et qu'il devient alors possible de com-

prendre le ressenti de la personne, mais aussi de l'accompagner pour qu'elle relie des idées ou un geste à des expériences plus anciennes, notamment traumatiques.

L'ensemble des articles du numéro converge autour d'un même enjeu : penser le lien, qu'il soit abîmé, rompu, menacé, parfois à réparer, à inventer. En filigrane se pose une question centrale : dans quels espaces ce lien peut-il encore se construire et se sécuriser ? Est-ce à l'hôpital ? Dans des lieux de répit ? Au quartier, au village ? Au sein de collectifs associatifs, d'autosupport ? En famille ? Ou dans des espaces numériques, devenus des scènes majeures de l'expression de la souffrance ?



À qui et où parler ?

Il importe d'être conscient que ces espaces, façonnés par des logiques économiques, institutionnelles et idéologiques, ne sont jamais neutres. L'espace numérique cristallise aujourd'hui cet enjeu. D'un côté, il offre des possibilités inédites d'expression, de mise en récit de soi, de reconnaissance mutuelle et d'entraide. De l'autre, sous couvert de neutralité algorithmique, des intérêts mercantiles et impérialistes organisent les conditions du lien, captent l'attention et redéfinissent les formes de la relation, parfois au détriment du vivre-ensemble et de la santé mentale. Cette centralité du lien ravive un débat ancien, mais toujours vif, dans les domaines de la psychiatrie et de la santé mentale. La place de l'hôpital, espace de soin parmi d'autres, indispensable dans certaines situations, mais insuffisant - voire iatrogène - à lui seul pour répondre à des souffrances dont les

causes et les ressources sont largement sociales, est questionnée.

Sociologie de la santé mentale

Nous venons de caractériser deux dimensions sociales et sociologiques de la santé mentale. La première est civile et normative. Reconnaître des souffrances, qualifier des oppressions, légitimer certaines paroles, définir des formes de réparation engagent la capacité d'une société à nommer ce qu'elle produit, tolère ou invisibilise. La santé mentale devient alors un langage politique par lequel se disent les conflits, les injustices et les attentes de reconnaissance.

La deuxième est psychosociale. Le social n'est pas seulement un facteur de risque ou de vulnérabilité. Les collectifs d'appartenance constituent aussi des ressources. Mais ils sont aujourd'hui moins hérités de cadres stables - par exemple, familiaux, territoriaux ou professionnels - ; ils sont davantage à construire, à choisir... Pour les travailleurs sociaux et les cliniciens, il s'agit alors de reconnaître l'ambivalence des appartenances, de coconstruire des espaces où l'on peut choisir ses affiliations plutôt que les subir.

Une troisième dimension, plus classique, renvoie à la distribution inégale des souffrances. Les inégalités sociales et territoriales face à la détresse psychique sont massives. Les dernières contributions du numéro montrent combien la précarité, l'isolement, l'insécurité matérielle et statutaire fragilisent les existences, mais aussi réduisent les marges de manœuvre subjectives. Toutefois, ne soyons pas aveuglés par cette dimension sociale au risque de réduire les existences à leurs conditions, d'assigner les sujets à leurs déterminations et d'oublier ce qui résiste. La vie déborde, comme une invitation à soutenir une clinique et une politique de l'indétermination sociale. Parler de suicide, c'est refuser que certaines vies deviennent plus sacrificiables que d'autres, refuser les logiques qui hiérarchisent les existences et naturalisent l'exclusion. Prévenir le suicide ne consiste pas seulement à empêcher la mort, c'est aussi rendre le monde habitable. ▶