

A propos de la psychiatisation des problèmes sociaux : Le cas du suicide des paysans indiens dans l'État du Kerala (Inde)*

•**Krishan Gireesh,**
Ph.D
Thiruvananthapuram,
Kerala, Inde

* Texte traduit et
mise en forme par
Jean Furtos et Elhadji
Mamadou Mbaye

Il y a eu 187 000 suicides d'individus âgés de plus de 15 ans en Inde, en 2010. La plupart sont survenus dans les zones rurales : deux fois plus dans les zones rurales que dans les zones urbaines, majoritairement situées au sud de l'Inde. Plus de 42% du nombre total de suicides des personnes de plus de 15 ans et 40% des suicides chez les femmes ont eu lieu dans les quatre États du sud : Andhra Pradesh, Karnataka, Tamil Nadu et Kerala, alors qu'ils ne représentent que 15% de la population indienne de plus de 15 ans. Alors que les pouvoirs publics proposent une psychiatisation de ces suicides, l'on comprend que leur dimension sociale est plus importante.

Plus de la moitié des suicides passe par l'inoculation de poisons issus des pesticides, la pendaison constituant la seconde modalité. Chez les femmes, l'immolation par le feu représente un suicide sur six. Les causes principales de ces suicides dans le sud de l'Inde seraient liées à des problèmes sociaux, à des difficultés financières, et à des problèmes de santé mentale. Dans ces régions, le suicide est vu par les psychiatres comme une méthode de résolution des problèmes associée à une trop grande accessibilité des pesticides dangereux¹.

L'État du Kerala, au sud de l'Inde, est parmi les plus riches du pays au niveau économique et culturel : il joue un rôle de modèle en ce qui concerne le développement et le bien-être de sa population, on y constate une chute importante des taux de fécondité, une augmentation de l'espérance de vie à la naissance et une baisse importante des taux de mortalité néonatale et infantile. Dans le même temps, l'État modèle du Kerala se présente aussi comme la capitale suicidaire de l'Inde.

Dès 2002, il a connu le plus fort taux de suicide avec 11.300 cas, soit 32,2 suicides pour 100 000 habitants par an, soit trois fois plus que la moyenne nationale. Le Kerala contribue à hauteur de 10 % du nombre total de suicides en Inde alors qu'il ne représente que 3,4 % de la population. Ces suicides concernent plus les hommes (74%) que les femmes, les femmes mariées (78%) plutôt que les divorcées (5,8%),

les veuves (3,8%), et les séparées (1,8%). Au Kerala en 2010, la pendaison est la première méthode de suicide (50%), suivie par la prise de pesticides (32%). 10,4% sont directement des fermiers (sans compter le suicide de leur proches)² et 12% des chômeurs. Selon les mêmes statistiques officielles, les problèmes familiaux sont authentifiés comme la plus importante cause de suicide (42%), suivie des problèmes de santé physique (16%) et de santé mentale (15%)³.

Plusieurs caractéristiques sociologiques émaillent cette prééminence, avec en particulier un taux notable de suicide des paysans, avec une forte tendance à ce qu'il soit associé au suicide familial. Il était en effet tout à fait surprenant de noter un certain nombre de suicides parmi les proches des paysans suicidés. C'est ainsi que des personnes non cultivatrices, non paysannes elles-mêmes, pouvaient se suicider en étant dépendantes des premières victimes masculines du suicide. Les études ont montré que le suicide appartenait plutôt au groupe d'âge 40/60 ans pour environ 60%, suivi par le groupe des 20/40 ans aux alentours de 22%. Le suicide se passait la plupart du temps dans la maison.

Devant cette étrange « épidémie », la stratégie de santé mentale qui a prévalu, au moins jusqu'en 2006, a reposé sur une approche individuelle basée sur la psychiatrie. Un comité composé de douze psychiatres, d'un gastro-entérologue et d'un médecin de famille, sans représentant des paysans, a conclu qu'il s'agissait essentiellement

1. Wikram Patel, Chinthanie Ramasundarhettige et al, Suicide mortality in India: a nationally representative survey. The Lancet, vol. 379, June 23, 2012

2. Certains districts avaient des taux plusieurs fois plus élevés que cette moyenne.

3. Statistiques officielles de l'autorité de santé mentale du Kerala, <http://www.ksmha.org/suicide.htm>

de complications de santé mentale de personnes ne pouvant avoir accès aux soins pour des éléments dépressifs sévères. Il était considéré que 90 % à 98% des victimes de suicides souffraient de troubles psychiatriques, quelques soient les difficultés sociales rencontrées, et que les antidépresseurs devaient constituer la colonne vertébrale de l'intervention anti-suicidaire, tout particulièrement la prescription des inhibiteurs de la recapture de sérotonine, étant donné un déficit caractérisé ou supposé de ce neuromédiateur dans les situations suicidaires. Le Docteur Mani, au nom de la commission ad hoc, exprimait le point de vue que la dépression avait été trop banalisée, trop psychologisée, avec seulement 5 % des patients au Kerala mis sous un traitement antidépresseur. Les experts considéraient que la stigmatisation sociale attachée aux problèmes de maladie mentale constituaient un obstacle majeur aux efforts de prévention du suicide ; avec des centres d'aide et de soins encore trop embryonnaires.

Tous ces éléments d'analyse sont certainement pertinents du point de vue strict de l'accès aux soins ; mais si l'on regarde d'un peu plus près l'analyse et les préconisations de cette commission, on peut s'étonner de la prédominance des affections psychiatriques en tant qu'étiologie du suicide, puisqu'il n'y a pas au Kerala d'études épidémiologiques à grande échelle vraiment fiable sur les troubles psychiatriques. La composition de la commission qui s'est occupée du suicide des paysans donne à penser qu'il était dans les intentions du gouvernement de médicaliser le problème et de mettre la culpabilité sur les victimes et les petits fermiers plutôt que de reconnaître le suicide comme un problème socio-économique et, en quelque sorte, un échec de la politique de libéralisation et de l'introduction de la culture des OGM à partir de 2002 dans un contexte de mondialisation du commerce des produits agricoles. On peut aussi noter que le Kerala était à l'époque le plus gros marché indien pour les médicaments psychiatriques, en particulier pour les antidépresseurs.

Si l'on revient aux caractéristiques socio-économiques de ces suicides, on note que 77 % des fermiers suicidés faisaient partie des

plus petits propriétaires avec une moyenne de 0,8 hectares par famille. Le suicide des paysans semblait corrélé de près à trois éléments marquants : une sécheresse majeure pendant plusieurs années, une réduction drastique de la récolte des céréales liée à l'introduction des « semences magique »⁴, et un taux d'endettement bancaire extrêmement important à court terme ; les paysans avaient investis leurs maigres ressources dans la culture des OGM, incapables d'acheter les herbicides que réclamaient ces nouvelles modalités de cultures ; et ce en l'absence de soutien dans ce contexte, qu'il s'agisse de l'État ou du système bancaire. Il faut aussi noter que ces populations furent confrontées à une baisse vertigineuse des exportations des cultures de rente, dans une région où plus de 80% des produits agricoles sont exportées, alors que l'importation des produits alimentaires affecte directement les revenus des paysans.

Il y a eu par ailleurs, consécutivement aux périodes de sécheresse, un effondrement des prix des produits agricoles. Certaines études montraient par ailleurs que l'intervention massive et systématique d'antidépresseurs anti-sérotoninergiques pouvait augmenter le taux de suicide.

A l'inverse, on a pu noter, après un changement de gouvernement de l'État du Kerala (2006-2007), que la mise en jeu d'interventions sociales et économiques auprès des paysans a eu des



effets positifs en terme de prévention; ces interventions consistaient en procédures de remise de dettes : Le « State level bank of Cognity » a annoncé un moratoire de six mois sur le recouvrement des prêts consentis aux agriculteurs, associé à la reconversion de prêts à court terme en prêts à moyen terme, à payer entre trois et sept années. Les banques ont également exprimé leur bonne volonté pour fournir aux fermiers des prêts pour acheter des semences de riz à planter, avec un support et un étayage social important, en lien avec les programmes d'associations non gouvernementales. Ce type de soutien a été proposé en particulier dans le district de Wayanad, district agricole autrefois prospère et devenu très suicidaire.

Au total, dans les lieux où ces mesures de

4. Semences à rentabilité rapide, comme le gingembre et les épices

soutien ont été instaurées, on a pu constater que le suicide des paysans avait diminué très considérablement, ce qui semble suggérer que dans certains contextes, une analyse purement psychiatrique des phénomènes suicidaires est contraire aux besoins de santé mentale d'une population considérée ; à l'inverse, en situation de grande précarité, la dimension sociale de la maladie est parfois plus importante que la dimension techniquement médicale.

Sur le plan structural, les paysans Indiens restent globalement piégés dans un cercle vicieux qui intègre de plus en plus une culture de type extensive orientée sur des produits à bénéfice rapide comme le gingembre ou les épices par exemple, au détriment des cultures vivrières, avec une augmentation des investissements et le cercle sans fin de l'endettement. Les prêts consentis aux paysans sont faits soit par des banques, soit par des personnes privées (20 %), avec un nombre d'hypothèques très important. Le coût des frais de culture, frais de graines, de pesticides, d'engrais, a été multiplié environ par 100 depuis les années 1960, alors que le profit n'était multiplié que par 10 à 15. De la même

façon pour les fermiers non propriétaires, le prix de la location des terres s'est multiplié d'une manière extrêmement conséquente, passant d'environ 2000 roupies par acre à 70 000. Cet engrenage de surcoût a malheureusement continué après la période de 2003 à 2007 qui s'était conclue par une amélioration nette de la propension suicidaire.

Au total, les conditions économiques de la paysannerie en rapport avec une mondialisation des produits cultivés et une évolution à marche forcée vers des produits faisant espérer de forts profits constitue un cercle vicieux infernal qui conduit au surendettement et au désespoir ; tandis que le taux de suicide continue d'être inquiétant.

Cette réalité psychosociale questionne les effets de la mondialisation sur la santé mentale des populations des pays du sud. Elle montre également que si la psychiatrie a un rôle important à jouer dans l'accompagnement de ces populations victimes de la mondialisation, elle doit plus qu'ailleurs mieux prendre en considération les déterminants sociaux et culturels dans la prise en charge des patients. ||