



HAL
open science

Le comportement des Exploitants Agricoles Lorrains en matière d'accès à la prévention et aux soins : étude qualitative menée par entretiens individuels semi-dirigés et focus group en 2017-2018

Delphine Vallée

► To cite this version:

Delphine Vallée. Le comportement des Exploitants Agricoles Lorrains en matière d'accès à la prévention et aux soins : étude qualitative menée par entretiens individuels semi-dirigés et focus group en 2017-2018. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-01932320

HAL Id: hal-01932320

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932320v1>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Delphine VALLEE

Le 29 juin 2018

**Le comportement des Exploitants Agricoles Lorrains en matière
d'accès à la prévention et aux soins :**

Etude qualitative menée par entretiens individuels semi-dirigés
et focus group en 2017-2018

Membres du jury :

Président :

M le Professeur Francis GUILLEMIN

Juges :

M le Professeur Jean-Luc OLIVIER

Mme le Docteur Anne-Christine RAT

Mme le Docteur Laurène MILLET-MALINGREY, Directrice

M le Professeur Serge BRIANÇON



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vices Doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE -
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
- Emile de LAVERGNE- Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE
- Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER -
Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone
GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude
HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT -
Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU Jacques LECLERE - Pierre
LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL

– Yves MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ -Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIOWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (*Réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; addictologie*)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILIERE Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY **2^{ème}**

sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)

*Centre de Médecine Préventive,
Houston (U.S.A)*

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN
(1982) *Vanderbilt University, Nashville
(U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER
(1989) *Institut d'Anatomie de Würzburg
(R.F.A) Université de Pennsylvanie
(U.S.A)*

Professeur Mashaki KASHIWARA
(1996)

*Research Institute for Mathematical
Sciences de Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

***A notre Maître et Président du Jury, Monsieur le Professeur Francis
Guillemin,***

Professeur en Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider ce Jury de thèse et nous vous en sommes infiniment reconnaissantes.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et votre soutien permanent au cours de ce travail, ainsi que pour vos enseignements lors du cursus universitaire.

Recevez ici l'expression de notre gratitude et de notre plus profond respect.

A notre Maître et Juge, Monsieur le Professeur Jean-Luc Olivier

Professeur de Biochimie et Biologie Moléculaire

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Nous vous sommes extrêmement reconnaissantes de votre disponibilité et votre compréhension.
Soyez assuré de notre profond respect.

A notre Maître et Juge, Madame le Docteur Anne-Christine Rat,

Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Nous vous sommes reconnaissantes de vous être rendue disponible dans la dernière ligne droite.

A notre Maître et Juge, Madame le Docteur Laurène Millet-Malingrey,

Docteur en Médecine Générale

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir accordé de ton temps. Je te suis reconnaissante pour l'expérience que tu as bien voulu me faire partager, ainsi que pour les enseignements dont tu nous as fait bénéficier au cours de l'internat.

A notre Maître et Juge, Monsieur le Professeur Serge Briançon,

*Professeur Emérite, Professeur en Epidémiologie, Economie de la Santé et
Prévention*

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail et nous vous en sommes reconnaissantes.
Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez porté à l'élaboration de ce sujet, ainsi que
pour votre disponibilité et pour vos enseignements tant universitaires que dans le cadre de ce
travail.

Nous espérons avoir suivi vos conseils et nous montrer dignes de votre intérêt.
Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean-Louis Deutscher,

Nous vous sommes infiniment reconnaissantes pour votre disponibilité et votre investissement dans ce travail.

Vous nous avez fait l'honneur de nous recevoir lors de l'élaboration du sujet de cette étude, de suivre nos avancées, de nous soutenir à chaque étape. A travers vous, nous remercions également les membres de la MSA Lorraine pour le temps qui nous a été accordé.

Recevez ici l'expression de notre gratitude et notre plus profond respect.

Aux exploitants ayant participé à l'étude

Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude de vous être rendus disponibles malgré vos multiples contraintes professionnelles. Vous avez « joué le jeu » et m'avez laissée entrer dans votre intimité sans réserve.

Aux trois cobayes, je vous suis particulièrement reconnaissante de m'avoir permis de me rôder à la technique d'entretien et vous remercie également pour vos encouragements.

A mes Parents, A Amélie et Charles

Merci pour votre éducation, pour les valeurs que vous nous avez inculquées et pour votre soutien. Merci pour la solidarité qui nous unit. Je vous suis infiniment reconnaissante des efforts réalisés depuis si longtemps. Merci à Fred (pour la non-résolution de la conversion pdf) et à Manon de faire partie de notre famille.

A Gilles et Alice

Merci pour votre compréhension sans limite et pour votre patience. Gilles, merci d'avoir été un roc pendant ces longs mois, merci d'avoir accepté mes mauvaises humeurs sans faillir. Alice, merci de me faire rire un peu, beaucoup, chaque jour, tu es un rayon de soleil, reste curieuse et gourmande de la vie. J'espère être digne de votre amour inconditionnel.

A mes cousins, cousines, oncles et tantes

Pour votre soutien sans faille depuis toujours.

A Monique, Daniel, Sylvain, Delphine, Victoire et Léonore

Merci de m'accueillir dans votre famille et de nous soutenir. Merci pour vos conseils et votre présence qui contribuent grandement à notre équilibre.

Aux amis de la fac

A ceux de la première heure, Alex, Sam, Sandrine, je suis heureuse de vous avoir connus et garde tellement de bons souvenirs de cette formidable année passée ensemble.

A tous ceux dont j'ai croisé la route et avec qui j'ai passé de bons moments, à vous qui m'avez apporté d'une manière ou d'une autre.

Enfin, un immense merci à Christophe, Sarah, Ludwig, avec une mention spéciale pour Cindy, Fabien et notre cher Florent. Vous sans qui les études auraient été beaucoup moins drôles et sans qui je n'aurais pu avancer dans cette jungle. Merci d'être là aujourd'hui encore, merci de supporter ma plainte, et pour votre soutien face à la difficulté de dernière minute.

A Pauline et Amandine, Mickaël, Sergio, Capucine et Célestine

A notre amitié presque aussi jeune que nous, à tous les souvenirs que nous partageons, à notre solidarité face à certaines difficultés de la vie. A l'avenir et aux surprises que nous réserve la nouvelle génération. Merci de croire toujours en moi et de rester compréhensifs.

A tous les amis

A tous ceux dont j'ai croisé la route, qui m'ont aidée à grandir, qui m'ont soutenue et aidée à naître une seconde fois. A tous ceux avec qui j'ai pu rire de la vie, un grand merci. A Philippe et Stéphanie. Aux collègues devenues plus que ça : Coco, Julie, Berloch', Karina, Sabine... A Audrey et aux amis de collège et de lycée.

A ceux qui nous manquent

A mes grands –parents, à mon oncle Serge, j'espère vous rendre fiers. A Fabrice, à Aristide, merci d'avoir fait partie de ma vie.

Au service des Urgences de Sarrebourg

Merci à l'équipe formidable qui m'a accueillie depuis 6 ans. Merci pour la médecine apprise à votre contact et pour tous les bons moments.

Merci tout particulièrement à Stéphane, pour ta disponibilité et ton soutien sans faille et en toute circonstance.

Merci également aux médecins, infirmiers et soignants des autres services de l'hôpital, vous avez fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

Tendre pensée pour Dagmar.

Au personnel du Château de Baccarat

Là où tout commença... Un énorme, immense merci à Rita et Agnès pour m'avoir donné l'envie et le goût de soigner. Merci à toutes celles et ceux avec lesquels j'ai été amenée à travailler et qui ont fait naître ma vocation.

Sylvie, je tiens à t'exprimer toute ma reconnaissance pour ton soutien et ta patience depuis quelques mois déjà.

A l'équipe soignante de Héming

Merci pour votre soutien et votre force dans le combat qui nous unit. Merci de m'aider à garder encore espoir.

A mes maîtres de stage

Merci à vous tous de m'avoir tant appris, chaque jour j'essaie de rester fidèle à vos leçons.

Aux médecins remplacés

Merci à vous qui m'accueillez et m'accordez votre confiance. Merci à Blandine et Stéphanie pour leur présence et leur soutien.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

Abréviations	20
Présentation du sujet	21
Définition de la médecine préventive.....	22
Organisation de la médecine préventive en France.....	22
Les examens périodiques de santé.....	24
Bibliographie.....	27
Annexes.....	29
Article	35
Introduction.....	36
Matériel et Méthode.....	37
Résultats.....	41
Discussion.....	54
Bibliographie.....	59
Annexes.....	62
Conclusion et perspectives	72
Etat de santé de la population agricole française.....	73
Prévention et agriculture.....	76
Conclusion.....	79
Bibliographie.....	80

Abréviations

ALD : Affection de Longue Durée
AT – MP : Accident du Travail, Maladie Professionnelle
CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CSP : Catégorie Socio-Professionnelle
CUMA : Coopérative d'Utilisation du Matériel Agricole
DERS : Direction des Etudes des Répertoires et des Statistiques
DREES : Direction des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EARL : Exploitation A Responsabilité Limitée
EPI : Equipements de Protection Individuelle
FAC : Fonds d'Allègement des Charges
GAEC : Groupement Agricole d'Exploitation en Commun
HPV : Human Papilloma Virus
HTA : HyperTension Artérielle
INVS : Institut National de Veille Sanitaire
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IS : Instants Santé
Km : Kilomètre
MJC : Maison des Jeunes et de la Culture
MSA : Mutualité Sociale Agricole
NSA : Non Salariés Agricoles
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
RSI : Régime Social des Indépendants
SA : Salariés Agricoles
TBE : *Tick-Borne Encephalitis*, encéphalite à tique
TMS : Troubles Musculo-Squelettiques
WONCA : *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*, Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques de médecine générale/médecine de famille

**PRESENTATION
DU
SUJET**

I/ Définition de la médecine préventive

En 1948, la santé a été définie par l'OMS non seulement par l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi comme un état de complet bien-être physique, mental et social. De cette définition découle celle de la prévention, qui comprend l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. (1)

L'OMS a ainsi distingué trois niveaux de prévention :

- la prévention primaire, qui comprend l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, et donc à réduire les risques d'apparition de nouveaux cas. Elle agit en amont de la maladie, sur les conduites individuelles à risque, et comprend également les vaccinations ;
- la prévention secondaire, qui a pour but de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, et intervient donc à un stade précoce du trouble ou de la maladie, et vise à s'opposer à son évolution voire à faire disparaître les facteurs de risque d'évolution. C'est à ce stade qu'interviennent les dépistages ainsi que le diagnostic et le traitement des pathologies ;
- la prévention tertiaire, qui intervient plus en aval et a pour objectifs de diminuer la prévalence des complications chroniques, des incapacités ou des récurrences dans une population. Elle vise la pathologie en elle-même et les effets de ses traitements. Elle comprend notamment la réadaptation, sous son trépied médico-psycho-social. (1)

II/ Organisation de la médecine préventive en France

1) Dépistages néonataux

En France, la prévention débute dès la naissance avec les dépistages néonataux généralisés de cinq maladies initialement asymptomatiques mais aux conséquences potentiellement graves pour les enfants atteints. Le test consiste en un prélèvement de quelques gouttes de sang (habituellement au talon du nourrisson) sur papier buvard, à J3 (soit après 72 heures de vie). Les maladies en question sont l'hyperplasie congénitale des surrénales, l'hypothyroïdie congénitale, la drépanocytose, la phénylcétonurie et la mucoviscidose. (2)

2) Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Ensuite, dans la petite enfance, la prévention consiste en un dépistage individualisé, réalisé sous l'égide de la PMI (avec examens obligatoires et établissement de certificats à J8, habituellement réalisé avant la sortie de maternité, puis à 9 et 24 mois), ciblant les troubles psychologiques et psycho-comportementaux (retards de développement, autismes et troubles

envahissants du développement, troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention), les troubles du langage, de la vision et de l'audition, l'obésité et le saturnisme. (3)

3) Médecine scolaire

Durant l'enfance, c'est la médecine scolaire qui a la charge de la prévention individuelle (visite médicale au cours de la sixième année et visites médicales préalables à l'affectation d'élèves mineurs à des travaux réglementés, examens à la demande pour situations préoccupantes) et collective (accompagnement des projets de promotion de la santé, éducation à la santé, surveillance de l'environnement scolaire, formation des personnels, recueil et analyse des données de santé, intervention lors de la survenue d'événement grave ou de maladies transmissibles en milieu scolaire). Elle assure également une mission de promotion de la santé. (4)

4) Jeunes en formation et étudiants

Pour les jeunes de 16 à 25 ans, des bilans de santé sont proposés en début de formation, par les centres d'examen de santé pour ceux en parcours d'insertion, par les centres de médecine universitaire pour les étudiants, financés par l'assurance maladie, avec pour missions une visite médicale, un entretien de prévention et la vérification des droits sociaux. (5)

5) Population adulte

Chez les adultes, la prévention est gérée par plusieurs intervenants : la médecine du travail pour les salariés (visite médicale d'embauche puis périodique à un rythme défini en fonction des risques professionnels), ainsi que les assureurs maladie pour les examens périodiques de santé (définis ci-après) et l'organisation des dépistages organisés. (5)

Ces derniers portent sur le cancer du sein (réalisation d'une mammographie tous les deux ans dans la population féminine âgée de 50 à 74 ans) (6) et du cancer colorectal (test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles, tous les deux ans, chez les patients des deux sexes, âgés de 50 à 74 ans) (7).

Le cancer du col utérin, faisant également l'objet d'un dépistage de masse, coordonné par le médecin traitant (donc non organisé), consiste en la réalisation d'un frottis cervico-utérin (à la recherche de la présence de HPV oncogène) à un rythme triennal, après deux frottis normaux à un an d'intervalle, chez les femmes de 25 à 65 ans. (8)

6) Médecin traitant

Enfin, à tous les stades de la vie, outre les soins à visée curative ou palliative dont il a la charge, le médecin traitant assume une responsabilité de santé publique, de prévention et de promotion de la santé vis-à-vis de ses patients et de sa communauté. Ces rôles ont été rappelés dans la définition de la WONCA Europe en 2002 (9), que nous résumons ici.

Le médecin généraliste est le spécialiste qui constitue le premier recours au système de soins pour tous les usagers, sans distinction. Il est chargé de dispenser des soins globaux et

continus à tous ceux qui le souhaitent, dans une approche centrée sur le patient. Cette prise en charge globale est favorisée par les contacts répétés, permettant d'établir une relation dans la durée, basée sur une communication appropriée. La connaissance et la confiance mutuelles qui en découlent conduisent à une négociation avec les patients pour une gestion plus adaptée de chaque situation.

Le médecin généraliste, autrement nommé médecin de famille, coordonne le parcours du patient, et collabore avec les autres professionnels de santé de premier recours et les spécialistes.

Il gère de façon simultanée les problèmes aigus et chroniques de chaque patient, intervient à un stade précoce et indifférencié des maladies. La médecine générale base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Enfin, la WONCA rappelle que, comme tout soignant, le médecin généraliste a la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de ses connaissances professionnelles, de son équilibre personnel et de ses valeurs afin de garantir l'efficacité des soins délivrés à ses patients.

III/ Les examens périodiques de santé

Comme nous l'avons dit ci-dessus, chacun des trois grands régimes de sécurité sociale français est en charge de la médecine préventive et de la réalisation des examens périodiques de santé à destination de ses assurés. (5)

1) Le régime général de la sécurité sociale

S'appuyant sur les centres d'examens de santé, le régime général de la sécurité sociale propose les examens de prévention en santé en priorité à ses affiliés de plus de 16 ans éloignés du système de santé (en situation de précarité ou ne bénéficiant pas d'un suivi médical régulier ou des dépistages organisés). Il comprend à la fois l'examen de santé proprement dit (rencontre avec des professionnels paramédicaux et un médecin, réalisation d'examens complémentaires et de dépistage), mais également une partie administrative avec informations sur les droits des affiliés ou les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé par exemple. Enfin, des thèmes sont abordés à cette occasion : le tabac, le surpoids et l'obésité pour tous les participants, et d'autres selon leur âge (vie affective, sexualité, addictions par exemple chez les 16-24 ans ; prévention du risque cardiovasculaire, dépistages organisés des cancers et prévention des risques de chute chez les plus âgés).

Le médecin traitant est le destinataire des résultats des divers examens réalisés (notamment clinique), si le patient donne son accord, mais ne participe pas à ces examens de manière active en dehors des éventuelles suites à donner. (10)

2) Le Régime Social des Indépendants (RSI)

Pour les professionnels indépendants, le RSI organise des bilans de prévention à des périodes clés de la vie de ses assurés, de façon différente puisque gérés par les médecins traitants eux-mêmes. Les affiliés reçoivent le courrier d'invitation au bilan accompagné d'un

questionnaire avec lesquels ils se rendent chez leur médecin, qui prescrira les examens complémentaires jugés nécessaires à l'issue de la consultation (se basant sur son examen clinique et les facteurs de risque identifiés par l'interrogatoire et les réponses au questionnaire). La difficulté pour le médecin repose sur la méconnaissance de certains risques professionnels spécifiques. (11)

3) La Mutualité Sociale Agricole (MSA)

Enfin, la MSA organise les « Instants Santé » (IS), examens périodiques de santé destinés à ses affiliés salariés agricoles (SA) et non salariés agricoles (NSA), âgés de 25 à 74 ans, proposés tous les 10 ans aux quelques 200 400 adhérents concernés. Depuis 2017, en Lorraine, ils sont adressés aux sujets sous-consomphants en matière de santé, c'est-à-dire ceux qui ont un faible recours médical (médecins généralistes ou spécialistes hors chirurgiens dentistes) :

- les 25-44 ans qui ont bénéficié de moins de 2 consultations dans les 2 ans,
- les 45-54 ans qui ont bénéficié de moins de 2 consultations dans l'année,
- les 55-64 ans ayant bénéficié de moins de 3 consultations dans l'année,
- et les 65-74 ans qui ont bénéficié de moins de 3 consultations sur les 6 derniers mois.

(Données MSA).

Ils sont centrés sur les fragilités et les risques spécifiques à chaque tranche d'âge : prévention et dépistage individuel du risque cardiovasculaire chez les 25-44 ans ; de même que chez les 45-64 ans avec un accent également sur les dépistages organisés ; la prévention des risques de perte d'autonomie et les dépistages organisés chez les 65-74 ans.

Ils sont composés d'une phase pré-médicale : invitation envoyée au domicile de l'assuré (annexe 1), puis convocation de ceux ayant répondu positivement, avec un auto-questionnaire à compléter avant de rencontrer les professionnels paramédicaux qui réaliseront biométrie (taille, poids, pression artérielle) et tests fonctionnels (spirométrie, audiométrie, tests visuels) selon les facteurs de risque retrouvés. Ils peuvent également bénéficier d'un échange avec une diététicienne et un tabacologue, pour les personnes concernées, et d'un bilan biologique selon la tranche d'âge et les risques relevés.

Ensuite, vient la phase médicale avec une consultation chez le médecin de leur choix (en général, le médecin traitant), après réception des résultats des examens, donnant lieu à une discussion à visée préventive et une prise en charge adaptée aux résultats réunis par le médecin et l'auto-questionnaire apporté par le patient. Le médecin est chargé de remplir le dossier médical patient, à transmettre au médecin conseil de la MSA (annexes 2 à 5).

Les jeunes assurés de 16 à 25 ans reçoivent une invitation et peuvent remplir l'auto-questionnaire en ligne avant de se rendre directement chez leur médecin qui gère la suite de la prise en charge en fonction de ses conclusions. Cette population a également la possibilité de participer aux actions de suite, toujours sur la base du volontariat.

Outre les IS, la MSA a mis en place diverses mesures et s'investit pour une meilleure efficacité de la prévention. Ainsi, on retrouve l'éducation thérapeutique destinée aux patients souffrant de pathologies cardiovasculaires (avec une volonté d'extension à d'autres pathologies chroniques), les ateliers du « Bien Vieillir » destinés aux seniors (centrés sur les fragilités de cette catégorie : alimentation, troubles de l'équilibre, sommeil, risque osseux,

hygiène bucco-dentaire, ...), la prévention bucco-dentaire, le parcours nutrition – santé (prescription par le médecin traitant de trois consultations de diététique, animations nutritionnelles destinées à des groupes), et le parcours de prévention de précarité (adapté aux personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion). (12)

Depuis 2015, la MSA participe au plan de soutien aux agriculteurs au sein des cellules départementales d'urgence (en association avec les Chambres d'Agriculture, les centres de gestion, les banques, l'administration fiscale et la Banque de France), avec pour buts d'identifier et prioriser les agriculteurs en difficulté, les orienter vers les mesures appropriées, veiller au respect des engagements des banques et donner son avis sur les dossiers FAC (Fonds d'Allègement des Charges). (13)

Les exploitants agricoles font donc l'objet d'une prise en charge spécifique en matière de soin et de prévention, due à leurs expositions professionnelles caractéristiques et au statut d'indépendant

Le risque psycho-social est parmi ceux principalement ciblés par les acteurs sociaux du monde agricole. Son lien avec la profession fait l'objet de débats, comme le rappelait Sylvie Célérier en 2014 (14).

Il est donc intéressant, et même essentiel, de comprendre le comportement de cette catégorie de la population face à sa santé afin de mieux cibler les actions de soin et de prévention des divers intervenants, par l'intermédiaire d'entretiens (individuels ou de groupes, « focus groups ») réalisés auprès d'exploitants.

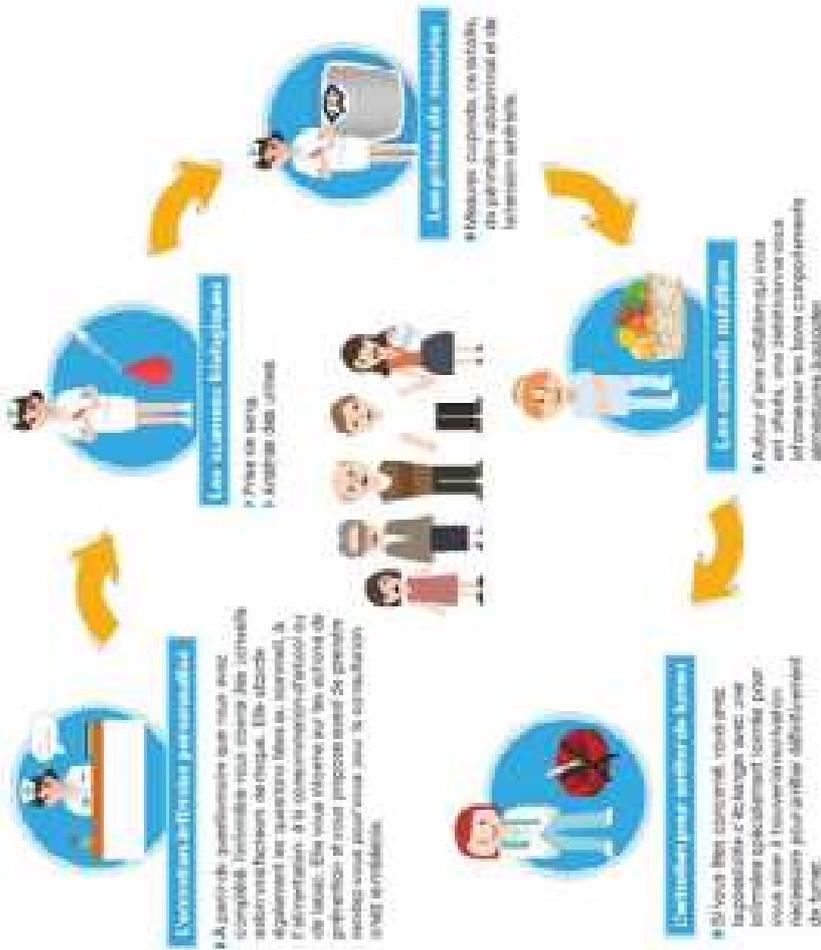
Bibliographie

1. André Flajolet. Rapport Flajolet - Annexes. Paris: Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative; 2008.
2. M. Roussey, Professeur de Pédiatrie. Université de Rennes I. Le dépistage néonatal. Collège National des Enseignants et Praticiens de Génétique Médicale; 2010.
3. HAS. Recommandations pour la pratique clinique Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires [Internet]. 2005 [cité 26 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451143/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-28-jours-a-6-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-medecins-de-pmi-et-medecins-scolaires
4. Être médecin de l'éducation nationale [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale. [cité 26 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/cid1074/etre-medecin-de-l-education-nationale.html>
5. D. Oberlé, Délégué général, F. Borg, Délégué général adjoint. Etat des lieux des dépistages, des examens systématiques et des mesures de prévention prévus par des mesures législatives ou réglementaires. Vandoeuvre-lès-Nancy: SFSP; 2004 déc.
6. La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France Situation actuelle et perspectives d'évolution. HAS; 2011.
7. Fiche mémo Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé. HAS; 2017.
8. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. HAS; 2010.
9. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. 2002 [cité 21 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.cnge.fr>
10. Examen de prévention en santé [Internet]. [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/examen-periodique-sante>
11. Bilan de prévention [Internet]. [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.rsi.fr/bilan-prevention.html>
12. La prévention santé en actes | le bimsa [Internet]. [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.lebimsa.fr/la-prevention-sante-en-actes/>
13. La mise en oeuvre du Plan de soutien à l'élevage français et le rôle des cellules départementales d'urgence | Alim'agri [Internet]. [cité 27 avr 2018]. Disponible sur: <http://agriculture.gouv.fr/mise-en-oeuvre-plan-elevage-2015-cellules-durgence-departementales>

14. Célérier S. La belle vie désespérée des agriculteurs. Ou les limites de la mesure des risques psychosociaux liés au travail. *Études rurales*. 1 janv 2014;(193):25-44.

Les Instants santé MSA, c'est un bilan de santé personnalisé et gratuit, réalisé par des professionnels de santé. Il se compose d'un premier rendez-vous santé de moins d'une heure organisé près de chez vous, suivi d'une consultation avec le médecin généraliste de votre choix.

1^{re} étape : le premier rendez-vous santé



2^e étape : la consultation chez le médecin

- Le médecin qui vous accueille, fait un petit bilan sur votre santé.
- Il se sert des recommandations de l'infirmière et des résultats des examens biologiques, il vous peut donner le premier rendez-vous santé.
- Il vous présente, si nécessaire, des services complémentaires et vous oriente vers des actions de prévention, en fonction de votre situation professionnelle.



Le médecin qui vous accueille

Vous pouvez, si vous le souhaitez, bénéficier directement de la consultation avec le médecin sans vous rendre au premier rendez-vous santé.

Annexe 2
Dossier médical concernant les assurés de 16 à 24 ans.
Consultation de prévention, étape médicale.
Source : MSA

NOTICE du DOSSIER MÉDICAL - 16 À 24 ANS
Consultation de prévention

POURQUOI REMPLIR CE DOSSIER MÉDICAL ?

La MSA offre à ses adhérents, tous les 10 ans, un bilan de prévention personnalisé pris en charge à 100 %.

Dans le cadre de ce bilan, les adhérents sont invités à prendre rendez-vous avec leur médecin traitant pour une consultation de prévention.

Les jeunes de 16 à 24 ans peuvent renseigner au préalable un auto-questionnaire en ligne sur leur santé et leur hygiène de vie afin de les aider à préparer la consultation de prévention.

Ce dossier médical constitue un support pour la consultation de prévention. Il est à renseigner par le médecin, en concertation avec son patient.

COMMENT REMPLIR CE DOSSIER MÉDICAL ?

La MSA renseigne la rubrique "Assuré" du volet identification. Le médecin traitant complète la partie "Identification du médecin" ainsi que les deux dernières pages du dossier médical.

Merci de veiller à :

- Inscrire les chiffres lisiblement, un chiffre par case.
- Utiliser le format j/m/aaaa pour les dates.
- Utiliser une pointe fine de couleur noire pour cocher les cases.
- Mettre une coche par case.

À QUI ADRESSER CE DOSSIER MÉDICAL ?

À la fin de la consultation de prévention, une fois le dossier complété, le médecin traitant l'expédie au médecin de prévention de la MSA, dans un délai de 8 jours, en utilisant l'enveloppe T prévue à cet effet.

À QUOI SERT CE DOSSIER MÉDICAL ?

Les informations contenues dans le dossier médical permettront à la MSA de proposer des actions de prévention recommandées par le médecin lors de la consultation de prévention.

Le médecin de prévention de la MSA procède ensuite à l'anonymisation du dossier médical en séparant le volet identification du reste du dossier contenant les informations médicales.

Les informations de la partie médicale seront traitées informatiquement après anonymisation et serviront pour les études statistiques et épidémiologiques effectuées par la MSA.

DOSSIER MÉDICAL - 16 à 24 ANS
Consultation de prévention

N° Invariant : _____

Sexe : Homme / Femme Département : _____

Année de naissance : _____

Statut : Exploitant / Salarié / Ayant droit d'exploitant / Ayant droit de salarié / Exploitant non actif / Salarié non actif

N° du praticien à remplir par le médecin traitant / N° RPPS - Titulaire : _____

Date de la consultation de prévention : Jour / Mois / Année

1 Taille : _____ cm

2 Poids : _____ Kg

3 Tension artérielle : TA max / TA min

SANTÉ PHYSIQUE

4 Existe-t-il des antécédents médicaux personnels importants ? OUI / NON

5 Existe-t-il un handicap physique permanent ? OUI / NON

SI OUI :

> 6 Est-il invalidant dans la vie quotidienne ? OUI / NON

> 7 Est-il d'origine accidentelle ? OUI / NON

8 Existe-t-il un déficit visuel insuffisamment ou non corrigé ? OUI / NON

9 SI OUI, une consultation ophtalmologique vous paraît-elle nécessaire ? OUI / NON

10 Existe-t-il une exposition aux "bruits à risque" ? OUI / NON

11 SI OUI, une consultation O.R.L. vous paraît-elle nécessaire ? OUI / NON

12 Y a-t-il eu une consultation dentaire dans les deux dernières années ? OUI / NON

13 SI NON, vous paraît-elle nécessaire ? OUI / NON

EXISTE-T-IL AUJOURD'HUI UNE OU DES PATHOLOGIES ?

14 Cancéreuse OUI / NON

15 Cardiaque OUI / NON

16 De l'asthme OUI / NON

17 Autre pathologie respiratoire OUI / NON

18 Digestive OUI / NON

19 Endocrinologique OUI / NON

20 Infectieuse OUI / NON

21 Malformative OUI / NON

22 Psychiatrique OUI / NON

23 Neurologique (hors psychiatrique) OUI / NON

24 Anomalie de la statique OUI / NON

25 Une acné OUI / NON

26 Autre pathologie dermatologique OUI / NON

27 Attribuez une note de 0 à 10 pour l'état de santé physique⁽¹⁾ : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

SANTÉ MENTALE ET VIE RELATIONNELLE

28 Existe-t-il des signes de dépression ? OUI / NON

29 SI OUI, y a-t-il régulièrement prise d'antidépresseurs ou d'antidépresseurs ? OUI / NON

30 Une prise en charge psychiatrique ou psychologique doit-elle être envisagée ? OUI / NON

31 La vie relationnelle vous paraît-elle équilibrée ? OUI / NON

32 Attribuez une note de 0 à 10 pour l'état de santé mentale et relationnelle⁽¹⁾ : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COMPORTEMENTS À RISQUE ET PRÉVENTION

33 Y a-t-il consommation de tabac ? OUI / NON

34 SI OUI, y a-t-il une motivation à l'arrêt ? OUI / NON

35 Y a-t-il consommation à risque d'alcool ? OUI / NON

36 Existe-t-il des troubles du sommeil ? OUI / NON

37 L'activité physique est-elle suffisante ? OUI / NON

38 Le régime alimentaire est-il équilibré ? OUI / NON

39 SI NON, recommandez-vous le Parcours Nutrition Santé proposé par la MSA ? OUI / NON

40 Existe-t-il des comportements à risque d'hépatite B ou C ou VIH ? OUI / NON

41 La connaissance de la prévention des maladies sexuellement transmissibles vous paraît-elle suffisante ? OUI / NON

42 Une contraception adaptée est-elle pratiquée ? OUI / NON

43 Le calendrier vaccinal est-il à jour ? OUI / NON

→ Pour les jeunes femmes :

44 la vaccination HPV a-t-elle été réalisée ? OUI / NON

45 Un frottis cervico-vaginal a-t-il été déjà pratiqué ? OUI / NON

46 Attribuez une note de 0 à 10 pour l'état de bien-être social⁽²⁾ : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

DOSSIER MÉDICAL - 16 à 24 ANS
Consultation de prévention

- ASSURÉ -

Département : _____

N° Invariant affecté par le régime agricole : _____

N° INSEE de l'assuré : _____

N° INSEE du bénéficiaire : (si titulaire de l'assuré : conjoint, ayent droit) _____

Date de naissance : Jour / Mois / Année

Sexe : Homme / Femme

Statut : Exploitant / Salarié / Ayant droit exploitant / Ayant droit salarié / Exploitant non actif / Salarié non actif

N° du praticien à remplir par le médecin traitant / N° RPPS - Titulaire : _____

Date de la consultation de prévention : Jour / Mois / Année

- MÉDECIN TRAITANT -

N° du praticien : _____

à remplir par le médecin traitant / N° RPPS - Titulaire : _____

Cachet du médecin traitant

⁽¹⁾ 0 = état très défavorable, 10 = état très favorable. ⁽²⁾ Le parcours est constitué de 3 consultations avec une dernière prise en charge par la MSA.

Annexe 5

Dossier médical concernant les assurés de 65 à 74 ans.

Consultation de prévention, étape médicale.

Source : MSA

1100-04

3 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous prévu d'orienter votre patient vers une consultation :

→ d'aide au sevrage tabagique OUI NON

→ d'écologie ou autre addictologie OUI NON

→ dans un centre de dépistage IST OUI NON

4 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous prévu de solliciter un avis spécialisé ? OUI NON

Si oui, dans quel(s) domaine(s) ?

<input type="checkbox"/> Troubles endocriniens et métaboliques	<input type="checkbox"/> Pathologies ORL et stomatologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies cardiaques et vasculaires	<input type="checkbox"/> Pathologies gynécologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies de l'œil et de la vision	<input type="checkbox"/> Pathologies urologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies psychiatriques	<input type="checkbox"/> Pathologies neuro-musculaires
<input type="checkbox"/> Cancers	<input type="checkbox"/> Pathologies du sang et des organes hématopoïétiques
<input type="checkbox"/> Pathologies ostéo-articulaires	<input type="checkbox"/> Pathologies cutané-muqueuses
<input type="checkbox"/> Pathologies broncho-pulmonaires et pleurales	<input type="checkbox"/> Autres pathologies...
<input type="checkbox"/> Pathologies hépato-gastro-intestinales	

5 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous réalisé ou programmé une mise à jour des vaccinations ? OUI NON

6 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous recommandé à votre patient(e) :

→ un bilan bucco-dentaire OUI NON

→ un frottis du col de l'utérus OUI NON

→ une mammographie OUI NON

→ un dépistage du cancer du colon OUI NON

→ un ou d'autres dépistages OUI NON

7 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous recommandé à votre patient(e) :

→ un « conseil nutritionnel » proposé par la MSA OUI NON

→ un contact avec le service d'action sociale de la MSA OUI NON

8 - A l'issue de cette consultation de prévention, avez-vous initié un nouveau suivi ou traitement pour votre patient(e) ? OUI NON

9 - Avez-vous une ou des remarques que vous souhaitez communiquer au médecin chargé des examens de santé de la MSA ?

1100-14

65 à 74 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention

ASSURÉ

Département :

N° de prélevement :

Date du prélevement :

N° invariante affecté par le régime agricole :

N° INSEE de l'assuré :

N° INSEE du bénéficiaire :
(à compléter si l'assuré a conjoint, ayant droit)

Date de naissance :

Sexe : Homme Femme

Statut : Exploitant Ayant droit d'exploitant Exploitant non actif

Salaré Ayant droit de salarié Salaré non actif

MÉDECIN

Date de la consultation de prévention :

N° du praticien (à remplir par le médecin) :
(N° RPPS - 11 chiffres)

Cachet du Médecin

CCMSA - Ref. : 11000-11/2012

1100-04

65 à 74 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention

DANS QUEL CADRE REMPLISSEZ-VOUS CE DOSSIER ?

La MSA offre à ses adhérents, tous les 10 ans, un bilan de prévention personnalisé pris en charge à 100%. Dans le cadre de ce bilan, les adhérents sont invités à prendre RDV avec leur médecin traitant pour une consultation de prévention. Ils auront renseigné au préalable un auto-questionnaire sur leur santé et leur hygiène de vie et réalisé un bilan sanguin et/ou des examens complémentaires, adaptés aux facteurs de risque liés à leur âge. Ce dossier médical constitue, avec l'auto-questionnaire et les résultats des examens, un support pour la consultation de prévention. Il est à renseigner par le médecin, en concertation avec son patient, lors de la consultation de prévention.

COMMENT REMPLIR CE DOSSIER ?

La MSA renseigne la rubrique 'Assuré' du volet identification, avant d'adresser le dossier au médecin traitant déclaré par l'assuré. Le médecin traitant complète lors de la consultation de prévention, la partie « Identification du médecin » ainsi que les deux dernières pages du dossier médical.

Merci d'inscrire les chiffres lisiblement, un chiffre par case et d'utiliser le format j/mn/aaaa pour les dates. Merci d'utiliser une pointe fine de couleur noire pour cocher les cases.

A QUI ADRESSER CE DOSSIER ?

A la fin de la consultation de prévention, une fois le dossier complété, le médecin traitant l'expédie au « médecin de prévention » de la MSA, dans un délai de 8 jours, en utilisant l'enveloppe T prévue à cet effet.

A QUOI SERT CE DOSSIER MÉDICAL ?

Les informations contenues dans le dossier médical permettront à la MSA de proposer des actions de prévention recommandées par le médecin lors de la consultation de prévention. Les « médecins de prévention » de la MSA procèdent ensuite à l'anonymisation du dossier médical en séparant le volet identification du reste du dossier contenant les informations médicales. Les informations de la partie médicale seront traitées informatiquement après anonymisation et serviront pour les études statistiques et épidémiologiques effectuées par la MSA.

VOIR LE CHIFFRE PAR LE MÉDECIN DE PRÉVENTION MSA.

1100-04

65 à 74 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention

N° invariante :

Sexe : Homme Femme

Département :

Année de naissance :

Statut : Exploitant Salaré

Ayant droit d'exploitant Ayant droit de salarié

Exploitant non actif Ayant droit non actif

Date de la consultation de prévention :

N° du praticien (à remplir par le médecin) :

1 - Risque de dépendance
Votre patient (même après correction ou traitement) présente-t-il des altérations :

<input type="checkbox"/> de l'audition	<input type="checkbox"/> de la mémoire
<input type="checkbox"/> de l'équilibre	<input type="checkbox"/> de la fonction respiratoire
<input type="checkbox"/> de la vision	<input type="checkbox"/> de la continence urinaire
<input type="checkbox"/> du sommeil	

Votre patient présente-t-il :

<input type="checkbox"/> une ostéoporose avec risque de fracture
<input type="checkbox"/> une diminution de la mobilité
<input type="checkbox"/> des signes d'isolement familial et/ou social
<input type="checkbox"/> des signes de dépression
<input type="checkbox"/> des risques ou signes de dénutrition
<input type="checkbox"/> des risques médicamenteux (non-observance, auto ou poly médication)

2 - En dehors d'un éventuel risque de dépendance, ce bilan a-t-il permis de découvrir d'autres pathologies ? OUI NON

Si oui, dans quel(s) domaine(s) ?

<input type="checkbox"/> Troubles endocriniens et métaboliques	<input type="checkbox"/> Pathologies ORL et stomatologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies cardiaques et vasculaires	<input type="checkbox"/> Pathologies gynécologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies de l'œil et de la vision	<input type="checkbox"/> Pathologies urologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies psychiatriques	<input type="checkbox"/> Pathologies neuro-musculaires
<input type="checkbox"/> Cancers	<input type="checkbox"/> Pathologies du sang et des organes hématopoïétiques
<input type="checkbox"/> Pathologies ostéo-articulaires	<input type="checkbox"/> Pathologies cutané-muqueuses
<input type="checkbox"/> Pathologies broncho-pulmonaires et pleurales	<input type="checkbox"/> Autres pathologies...
<input type="checkbox"/> Pathologies hépato-gastro-intestinales	

ARTICLE

**Le comportement des Exploitants Agricoles Lorrains en matière d'accès à la
prévention et aux soins :**

Etude qualitative menée par entretiens individuels semi-dirigés et focus group
en 2017-2018

I/ Introduction

La population agricole présente la particularité d'une plus grande espérance de vie que la population générale, au même niveau que les professions les plus qualifiées (1) avec une sous-mortalité globale de -45% pour les hommes et de -35% pour les femmes en 2009 (2), malgré de multiples expositions professionnelles à risque pour la santé physique et mentale : agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (pesticides), facteurs de pénibilité et contraintes physiques marquées (mouvements répétitifs, postures pénibles, manutention), environnement agressif (bruit et températures extrêmes) (3-5), sans oublier les facteurs de risque psychosociaux que constituent le travail intense, le manque de reconnaissance et l'insécurité économique aggravée ces dernières années (3).

Cependant, cette plus grande espérance de vie contraste avec une moindre espérance de vie en bonne santé, liée aux conditions de travail physique exigeantes : espérances de vie à 50 ans de 30,9 ans chez les hommes et 35,2 ans chez les femmes, mais espérance de vie en bonne santé au même âge de 16,5 ans pour les premiers et 16,7 ans chez ces dernières(1). Ainsi, au moment du départ en retraite (plus tardif comparativement à la population ouvrière : +6 ans d'activité chez les femmes, +4,5 ans chez les hommes), l'espérance de vie des agriculteurs rejoint celle des ouvriers et employés, inférieure à celle des professions les plus qualifiées (1).

A l'opposé des autres professionnels indépendants qui déclarent se ressentir moins malades que le reste de la population, et ayant moins recours au remboursement de soins (6), les exploitants agricoles déclarent moins souvent une bonne santé et plus souvent une limitation d'activité (3).

La crise agricole économique traversée cette dernière décennie a particulièrement atteint la filière laitière, qui a réagi bruyamment avec notamment la grève européenne du lait en septembre 2009 (7), puis diverses manifestations ou blocages régionaux selon les contextes. Cette situation a aggravé le risque psycho-social, désormais ciblé en priorité par les acteurs sociaux du monde agricole, mais dont l'origine professionnelle n'est cependant pas communément admise (8), malgré un surrisque de tentatives de suicide (2).

Les éleveurs de bovins (lait et viande) sont également les plus à risque de troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres supérieurs (4) et d'accidents de travail notamment mortels (9).

En Lorraine en 2017, la caisse régionale de la MSA comptait 23% de ses affiliés (soit 12 583 des 56 752 assurés SA et NSA) avec au minimum une pathologie déclarée en affection de longue durée (ALD). Les pathologies les plus déclarées étaient : les maladies cardiovasculaires (4 684), le diabète (3 648), les cancers (2 922) et les affections psychiatriques (682) (données MSA).

Cette même année, le taux d'invalidité dans la région, il était de 3,91% (soit 2 217 assurés). Dont seulement 1% concernait des NSA (données MSA).

Notons que le secteur agricole régional est caractérisé par la prédominance de grandes cultures céréalières, du système polyculture - polyélevage ainsi que des élevages de bovins – lait et viande (10).

La médecine préventive adressée aux exploitants agricoles est organisée par la MSA et consiste en la réalisation de bilans de santé, tous les 10 ans, sur la base du volontariat, dont le contenu est fonction de la tranche d'âge des assurés (11). Un taux de participation en nette

baisse entre 2008 et 2011 (12) a conduit l'agence régionale à modifier le recrutement des participants depuis 2017. Ainsi, les efforts de sensibilisation sont désormais concentrés vers les assurés sous-consomphants en matière de santé.

Le but de ces examens périodiques de santé est la prévention primaire (réduction des conduites individuelles à risque) et secondaire (dépistage ou diagnostic des maladies), comme définies par l'OMS (13). La collaboration avec le médecin traitant, qui intervient à la dernière étape du processus, pour la partie clinique puis la prise en charge individualisée des facteurs de risque ou pathologies détectés, est un pilier de la démarche.

Les médecins généralistes tiennent par ailleurs une place centrale dans le système de santé français, tant en matière de santé publique et de prévention, que pour les soins curatifs ou palliatifs (14).

Dans ce contexte économique et médical, les statistiques de participation aux IS (12), ainsi que les résultats d'une thèse de médecine générale réalisée en 2014 auprès de médecins généralistes lorrains au sujet de leur perception de ce processus (15), nous ont amenées à nous poser la question du comportement de cette catégorie socio-professionnelle (CSP) face à sa santé. La conduite d'une étude par entretiens individuels puis de groupe nous a semblée pertinente afin de trouver des pistes pour une meilleure adhésion des exploitants agricoles lorrains à la prise en charge de leur santé.

L'objectif principal de cette étude était de déterminer les motivations des exploitants agricoles lorrains à entreprendre une démarche de prévention ou de soins. Les objectifs secondaires étaient d'identifier leurs attentes envers la médecine, de déterminer quel était, selon les agriculteurs eux-mêmes, leur niveau de santé global (physique et mentale), ainsi que les freins à l'implication des assurés NSA de la MSA vis-à-vis de leur santé.

II/ Matériel et Méthode

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative menée par entretiens individuels semi-dirigés auprès d'agriculteurs exploitants, puis par la réalisation d'un focus group auprès d'affiliés présents lors d'une journée de prévention de la MSA.

2. Constitution de l'échantillon

La population étudiée était les assurés affiliés à la MSA de Lorraine, non salariés agricoles, c'est-à-dire les exploitants travaillant seuls ou sous différents modes de collaboration, issus du monde rural ou non.

Ont été inclus les sujets des deux sexes, actifs au moment de l'étude, ou inactifs au sens sociologique de par leur statut de retraité.

Les salariés étaient exclus car bénéficiant d'une prise en charge différente avec un suivi obligatoire en médecine travail à l'embauche puis selon un rythme défini par les facteurs de risque professionnels (16).

Les mineurs étaient exclus afin d'éviter d'une part la difficulté supplémentaire de l'autorisation parentale obligatoire, et d'autre part l'écueil du recrutement devant un statut souvent mixte (jeunes en apprentissage bénéficiant d'un statut de salarié) ou de fait inactif (étudiants scolarisés).

Le fait d'avoir ou non participé aux IS de leur secteur n'influait pas sur le recrutement.

Pour la phase d'entretiens individuels, permettant un échange plus libre en tête à tête, le recrutement a d'abord été effectué par l'intermédiaire de médecins généralistes et de professionnels du monde agricole de l'entourage de l'enquêtrice, via un document à destination des sujets potentiels (annexe 1) décrivant succinctement l'objet du travail et la méthode utilisée (entretiens de 30 minutes à 1h), les assurant du respect de la confidentialité, et précisant les critères de recrutement.

Seuls les sujets volontaires pour participer à l'étude ont retourné le document à l'intermédiaire avec leurs coordonnées. Puis ils ont été contactés par l'enquêtrice afin de leur proposer une rencontre dans le lieu de leur choix (leur domicile ou leur exploitation) et au moment qui leur convenait.

Ensuite, le recrutement s'est poursuivi par la méthode « boule de neige ».

La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données, habituellement obtenue avec douze entretiens (17).

Cette phase a débuté au printemps 2017.

Enfin, pour la phase du focus group, l'enquêtrice s'est rendue dans une commune vosgienne lors d'une journée de prévention en mars 2018.

Sept personnes ont été recrutées selon les mêmes critères que pour la phase précédente, sur la base du volontariat, par l'intermédiaire de la caisse départementale de la MSA, dont cinq avaient été convoquées le matin-même lors des IS. Initialement, seuls des individus âgés de 60 à 70 ans, sous-consomphants en matière de santé, étaient invités. Il a donc été décidé de convoquer deux sujets supplémentaires, appartenant à d'autres tranches d'âge et non définis comme sous-consomphants.

Afin de motiver les participants à rester après le bilan de santé et à l'heure de midi, la MSA a offert un repas pris sur place, auquel ont également été conviées les référentes de la caisse MSA ainsi que l'enquêtrice. A cette occasion, chaque enquêté a pu se présenter.

Cette deuxième étape a été choisie afin de favoriser l'émergence d'expériences et d'idées qui ont pu être tuées lors des entretiens individuels. Le travail portant sur la perception qu'ont les exploitants agricoles lorrains de la santé de leurs semblables, et non pas seulement leurs comportements individuels en matière de santé, la technique du focus group pouvait alors permettre un échange d'opinions des sujets concernés à propos de la population dans son ensemble.

3. Recueil des données

La collecte des informations a été effectuée par entretiens individuels semi-dirigés en face à face dans la première phase, puis au cours d'un focus group dans la seconde.

a) Entretiens individuels semi-dirigés

Le guide d'entretien (annexe 2) a été élaboré à partir d'hypothèses émises par l'enquêtrice et la directrice du présent travail et sur la base de la recherche bibliographique effectuée en amont.

Il a été d'abord « testé » sur trois sujets de l'entourage de l'enquêtrice afin d'évaluer la pertinence du guide, de l'affiner et de minimiser le biais de maturation.

L'entretien débutait par la présentation de l'enquêtrice et du sujet de l'étude (annexe 3). L'interviewé était alors remercié pour sa participation et informé des critères ayant conduit à le recruter, du caractère personnel de certaines questions, et enfin assuré de la confidentialité et de l'anonymisation des données recueillies. Cette première partie avait pour objectifs d'obtenir le consentement de l'enquêté et de le mettre à l'aise afin qu'il déploie le moins de mécanismes de défense possible. De même, il a été rappelé aux sujets enquêtés qu'ils disposaient d'un droit de refus ou de retrait à tout moment de l'étude. Il a également été précisé (après le troisième entretien « test », sur avis de l'enquêté), que l'enquêtrice n'attendait pas de réponse type, qu'il n'y avait ni « bonne » ni « mauvaise » réponse, et ce afin de limiter le biais de désirabilité sociale.

L'entretien était alors enregistré sur dictaphone numérique (SONY IC RECORDER).

Prenant en compte l'expérience d'une étude similaire menée chez les médecins généralistes d'Indre-et-Loire (18), et afin de faciliter la compréhension des questions ultérieures, il a été choisi de débiter par une question de santé plus personnelle pour finir par le thème plus théorique de la représentation de la santé de la population étudiée, et faire émerger des leviers pour tenter d'améliorer leur prise en charge et leur participation à la médecine préventive.

Tout d'abord, les données socio-démographiques de chaque participant ont été recueillies par l'enquêtrice au début de chaque entretien (annexe 4), afin de créer un climat de confiance et de favoriser le dialogue. Après le premier entretien, et sur suggestion de l'interviewé, il a été choisi de compléter le questionnaire quantitatif et les données sociodémographiques avec des questions plus précises portant sur l'exploitation (cadre familial ou non, distance du domicile, implications de l'entourage familial) ainsi que sur la vie privée de l'exploitant (statut familial, activités extraprofessionnelles).

Puis étaient abordés en ouverture la dernière consultation médicale dont avait bénéficié l'enquêté, ensuite ses perceptions du rôle du médecin généraliste et de la médecine préventive organisée par la MSA, et enfin plus généralement la santé des exploitants agricoles lorrains. En conclusion, le sujet interviewé pouvait ajouter une réflexion personnelle non abordée lors de l'entretien en lui-même.

Lors de chaque interview, l'enquêtrice notait ses observations concernant la communication non verbale, ses impressions sur l'entretien, ainsi que les propos échangés avant et après l'enregistrement.

Ces entretiens ont été réalisés entre décembre 2017 et mars 2018.

b) Focus Group

Le sujet de l'étude a tout d'abord été présenté aux participants, selon un modèle semblable à celui utilisé pour les entretiens individuels, adapté à la condition de groupe, afin de standardiser les informations délivrées (annexe 5).

Les données socio-démographiques de chaque participant ont été recueillies individuellement sur papier à la fin de la séance (annexe 4).

Le guide d'entretien utilisé pour les entretiens individuels a servi de support à la réalisation de cette deuxième phase. Il a été modifié afin de favoriser la dynamique du groupe (annexe 6) : la question sur la dernière consultation médicale a été supprimée, car trop personnelle, et l'ouverture se faisait sur la médecine préventive organisée par la MSA, puis étaient abordées la perception des rôles du médecin généraliste et la santé des exploitants agricoles lorrains.

Les impressions générales du modérateur (l'enquêtrice) et des observateurs (les deux référentes MSA présentes) ont été recueillies à la fin de la séance.

La séance a été enregistrée avec le même matériel que lors des entretiens individuels, retranscrite selon la même méthode et avec le même logiciel.

4. Retranscription et anonymisation des données

Chaque enregistrement a été retranscrit intégralement sur support informatique (traitement de texte), mot pour mot, puis détruit. Les caractéristiques du langage (interjections, répétitions, silences, soupirs...) ont été retranscrites le plus fidèlement possible. Les expressions non compréhensibles à l'écoute ont été notées par un point d'interrogation entre crochets ([?]). Les passages totalement hors sujet ou trop difficiles à anonymiser ont été supprimés et représentés par trois petits points entre crochets ([...]). Les expressions redéfinies par le retranscripteur pour la bonne compréhension des verbatims ont été notées entre crochets.

Les verbatims obtenus (disponibles sur CD Rom) ont été anonymisés et identifiés par ordre alphabétique selon la chronologie des entretiens, ainsi le premier sujet interviewé dans le cadre des entretiens individuels est nommé « A » et le dernier « N », les personnes interrogées dans le focus group sont nommées « O » à « U » selon leur position autour de la table de discussion.

Afin de garantir l'anonymat et le respect de la confidentialité, les données personnelles ont été rendues plus évasives (notamment concernant les activités extraprofessionnelles), les lieux ont été remplacés par la lettre attribuée à l'entretien, les personnes citées par l'interviewé ont été nommées « W », « X », « Y » ou « Z » sans correspondance entre les différents verbatims, les noms d'hôpitaux ou de compagnie d'assurance ou de mutuelles ont été supprimés.

Les interventions de l'enquêtrice ont été notées en gras, celles de l'interviewé en caractère normal.

5. Analyse des résultats

L'analyse de contenu a été effectuée par théorisation ancrée avec identification des thèmes et des sous-thèmes abordés par les enquêtés.

Les verbatims ont tout d'abord été découpés en unités de sens correspondant à des codes qui ont ensuite été catégorisés (regroupés), puis classifiés en sous-thèmes puis en thèmes, permettant ainsi d'obtenir une grille de codage (disponible sur CD Rom).

Le codage a été réalisé sur les trois premiers entretiens individuels par l'enquêtrice et la directrice du travail, plus expérimentée dans ce domaine, afin de vérifier la validité interne de l'analyse.

Il a été réalisé au fur et à mesure des entretiens à partir du 5^e entretien individuel, de janvier à mars 2018.

La thématization a ainsi été continue.

L'analyse des données du focus group a été effectuée selon cette même grille de codage, immédiatement après l'organisation et la retranscription de la réunion.

III/ Résultats

A/ Analyse descriptive

Les données sociodémographiques ainsi que les caractéristiques professionnelles et extraprofessionnelles des populations sont rassemblées sous forme de tableaux (annexes 7 à 10).

1. Entretiens individuels semi-dirigés

Tous les interviewés ont été rencontrés à leur domicile ou leur exploitation. La durée moyenne des entretiens était de 33 minutes (minimum 12, maximum 58 minutes).

Au total, quatorze personnes ont été recrutées, âgées de 34 à 84 ans. La classe d'âge la plus représentée était les 45-55 ans, avec six interviewés. Parmi cet échantillon on comptait quatre retraités. Le sexe ratio était de 13 hommes pour 1 femme.

La majorité (onze) des sujets était installée dans le département de la Meurthe-et-Moselle, nous n'avons pas réussi à recruter dans les Vosges.

Une quinzième exploitante avait initialement été recrutée mais n'a finalement pas pu participer à l'étude. La saturation des données ayant été obtenue au onzième entretien, il a été décidé de s'arrêter à la rencontre précédente.

2. Focus Group

La séance s'est tenue dans un local appartenant à la mairie de la commune où étaient organisés les IS de la MSA.

L'enregistrement a duré 67 minutes.

Les sept sujets inclus étaient âgés de 34 à 77 ans, on comptait quatre hommes et trois femmes. Quatre d'entre eux étaient retraités.

B/ Analyse thématique

1. Impressions générales

La grande majorité des exploitants rencontrés était consciente des risques professionnels (essentiellement toxique et traumatologique).

« Tout ce qui est traumatologie, c'est... Oui, on est bien exposé, ça c'est sûr. Ah ouais. » (C453-454),
« Ah non, c'est, c'est tout des... C'est tous des produits vraiment très, très très nocifs. » (F303-305).

Certains exploitants se sont montrés particulièrement touchés par les difficultés psychologiques de leurs semblables (A, F, G, J) avec un retentissement émotionnel marqué chez F.

L'entretien I a été difficile à son commencement, un malentendu sur la date du rendez-vous ayant contraint l'enquêté à se rendre disponible à un moment où il n'attendait pas la visite de l'enquêtrice.

La séance de focus group a vu émerger quelques discussions, notamment entre générations concernant certains facteurs de risque, entre agriculteurs en mode conventionnel ou biologique, entre exploitants pratiquant la vente directe et ceux ayant recours aux industriels.

En revanche, on notait un accord unanime au sujet des souffrances psychologiques des exploitants, le rôle attendu du médecin traitant, l'importance de la médecine préventive et de la prévention sur l'exploitation.

Les risques professionnels autres que toxiques n'ont quasiment pas été abordés.

Les exploitants Q, T et U (encore en activité) ont participé plus intensivement tout en restant à l'écoute des autres. Les plus discrets ont été O et R, avec une participation minimale pour cette dernière.

2. Médecin traitant

a) Habitudes de recours au médecin traitant

En dehors de tout suivi programmé, les interviewés ont déclaré avoir recours à leur médecin en cas de problème de santé jugé grave ou urgent (B, C, D, F, J), de symptôme d'apparition récente (H) ou récidivant (B, G, N), ou bien encore de gêne esthétique (G). Pour T, la dernière consultation médicale avait été motivée par l'inquiétude de l'entourage.

Enfin, la consultation pouvait avoir pour but l'établissement d'un document à visée administrative (dossier d'assurance ou prêt bancaire pour A, certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive pour C).

Certains ont dit ne consulter qu'après s'être automédiqués (C, F, H, J, Q, T), parfois sur les conseils de proches soignants.

b) Rôles perçus du médecin traitant

Au cours des entretiens, la fonction préventive du médecin généraliste a été définie par la préconisation des dépistages organisés (A, E, M) ainsi que le suivi des vaccinations (G, K). Elle a été abordée plus spontanément par les membres du focus group.

« Ah ben justement, fin pour moi, c'est ça le rôle du médecin généraliste. Evidemment c'est soigner, mais c'est, avant soigner, je dirais, de nous maintenir en bonne santé » (Q149-150).

Sur le plan curatif, le médecin traitant était décrit comme le professionnel de santé de premier recours pour les problèmes aigus (A, C, D, E, H, I, K, Q, R, T, U), mais aussi en charge du suivi régulier et programmé dans le cadre des maladies chroniques (A, B, E, F, H, I, J, K, M, T).

Ses rôles d'orientation et de coordination avec les autres professionnels et structures de santé, ainsi que sa capacité à diagnostiquer une situation grave ou urgente, sans jamais oublier de se préoccuper de l'état général de ses patients, ont été identifiés.

Un des interviewés a d'emblée cité le titre de médecin de famille pour décrire la globalité des rôles de son médecin. Pour un des membres du focus group, il s'agissait d'un rôle d'accompagnement.

« Premièrement c'est le médecin de famille » (A57),

« Le médecin, le rôle du médecin généraliste, eh ben c'est quand même, quand on y va, de faire quand même très attention. » (E156-157),

« Mais là, je pense qu'il faut qu'il ait vraiment, d'avoir quand même un suivi, euh, du reste à côté, quand on consulte pas, poser un peu de questions, surveiller bien la tension etc. » (E160-162),

« orienter vers un spécialiste en fonction de ce qu'on a » (L46-47),

« Evidemment c'est soigner, mais c'est, avant soigner, je dirais, de nous maintenir en bonne santé » (Q149-150),

« Accompagner. » (T140),

« Ah ben oui, oui, il est généraliste, de par sa dénomination, il doit s'occuper, oui, de la totalité. Ben c'est sûr, avec les limites de ses compétences » (U319-320).

Les temps de la consultation ont été évoqués, en d'autres termes, par les interviewés. Ainsi, l'interrogatoire était l'élément essentiel de l'acte médical du généraliste (C, D, E, F, I, J, Q, S, U).

En revanche, seul l'exploitant H regrettait un manque de technicité de la part des jeunes générations de médecins.

« Et à l'époque euh, vous aviez, j'sais pas moi, une limaille de fer dans l'œil [...] il vous enlevait la limaille hein. Euh, ou alors, une fois j'me suis coupé avec un canif [...], il m'a recousu euh à vif [...]. Bon aujourd'hui ça c'est fini hein, le généraliste il vous envoie à l'hosto » (H164-168)

« Ah ben moi je trouve que c'était mieux avant que maintenant, à ce niveau-là en tout cas. J'trouve qu'on nous envoie facilement à l'hôpital quoi. Par exemple, une coupure, y'a pas lieu de, enfin une coupure à recoudre [...] où il n'y a pas un risque entre guillemets de toucher un autre organe [...] mais j'trouve que le généraliste, alors je sais pas si c'est par formation, pas diktat médical, se décharge trop facilement de, de ces tâches qu'avant il faisait » (H173-181).

Enfin, il était chargé d'un rôle de soutien psychologique le cas échéant et du repérage des sujets les plus exposés au risque psycho-social.

« Des fois mêmes, euh, une oreille attentive » (J65),

« Et puis peut-être un rôle psychologique » (N70).

c) Qualités attendues du médecin traitant

Les exploitants rencontrés attendaient de leur médecin généraliste qu'il connaisse ses patients, qu'il soit suffisamment disponible et leur accorde le temps nécessaire, afin d'établir une relation de confiance réciproque (facilitée pour certains par le statut de médecin de famille, parfois caractérisée par un tutoiement réciproque). Il était attendu de sa part une certaine faculté d'adaptation et une vigilance au discours et aux signes des patients, ainsi qu'une capacité d'écoute et de bienveillance. Une anticipation sur des problèmes de santé éventuels était parfois souhaitée, ainsi qu'une adhésion à certaines de leurs demandes (médecines complémentaires par exemple).

« Mais je pense oui que c'est p't'être là que tu, tu peux te donner une idée sur ah ça c'est un bon toubib, il a pensé à ça avant moi » (C169-170),

« C'est quand même euh, médecin traitant, ça peut pas être à chaque fois trois minutes. Il faut quand même un petit peu de temps » (E202-205),

« Donc le médecin traitant, c'est quand même lui qui connaît le mieux la personne, euh, il semblerait, ou ça devrait l'être en tout cas » (H618-619),

« S'il le gars se déplace, c'est que, ouais ça va, mais y'a quand même un p'tit quelque chose quoi » (J370-371),

« moi j'attends une écoute personnalisée, et que le médecin prenne son temps » (Q270-271),

« elle pose plein de questions, et elle va chercher euh la source, fin le problème à sa source » (Q273-274),

« On n'est pas un numéro » (R348),

« Ben en campagne on avait une relation un peu, euh, limite familiale avec les médecins. Ça faisait partie de la famille quoi » (U345-346).

Plus spécifiquement, cette catégorie professionnelle attendait des médecins exerçant en rural qu'ils portent un certain intérêt au monde agricole afin de mieux en cerner les difficultés et risques éventuels.

Certains ont évoqué les connaissances scientifiques du médecin et sa formation ou sensibilisation aux risques dans l'agriculture. Pour l'agriculteur J, la profession de médecin généraliste dans le monde rural relevait plutôt de la réelle vocation.

« Maintenant, est-ce que le médecin traitant est assez formé pour faire face à toutes les maladies socioprofessionnelles ? » (H622-623),
« Mais t'façon quand t'es médecin généraliste dans le rural, c'est un sacerdoce hein » (J349-350).

Quelques interviewés ont regretté une démographie médicale peu favorable (D, G, I, N, U). L'organisation des soins, considérée comme trop compliquée (en cas d'urgence notamment), a été pointée au cours de la deuxième phase.

Enfin, la transition avec le successeur en cas de départ en retraite était bienvenue, pour une prise en charge la plus continue possible.

3. Médecine préventive

a) Perception de la médecine préventive (médecin traitant et MSA)

Le rôle préventif du médecin était évident dans le cadre des dépistages organisés, du suivi des vaccinations ou de conseils hygiéno-diététiques. En revanche, il était moins bien identifié concernant les expositions professionnelles, souvent limité à l'interrogatoire au sujet du port des équipements de protection individuelle (EPI).

Un exploitant ne semblait pas avoir identifié le rôle préventif de son généraliste.

« Il connaît les problèmes et puis c'est tout quoi » (B475).

Les interviewés connaissaient l'existence de bilans de santé via la MSA, dont l'organisation ou le rythme n'étaient pas évidents. Leur nom (« Instants Santé ») n'était en revanche généralement pas connu. Neuf des affiliés rencontrés au cours de la première phase, huit dans la seconde, y ont participé au moins une fois, dont six régulièrement (à chaque convocation reçue). Pour les autres, la non participation était due à la méconnaissance de ces bilans de santé (C, T), à l'absence de convocation reçue ou remarquée (C, J, K, T), à la non adhésion à la prévention de manière globale (B), ou bien encore au fait que l'exploitant préférerait se contenter du suivi chez son médecin traitant (N).

Pour les exploitants qui ne se sont pas rendus chez leur médecin traitant à titre systématique dans ce cadre, la cause principale était le défaut de compréhension (ils ont pensé que la consultation n'était recommandée qu'en cas d'anomalie au bilan paramédical). Pour U, il était nécessaire de voir son médecin généraliste avec les résultats afin d'en avoir son interprétation ; pour Q cette consultation servait à savoir si d'autres explorations étaient indiquées.

Un défaut de communication de la part de la MSA a été regretté, notamment sur le mode de convocation et les relances jugées trop faibles, ainsi que sur la nécessaire consultation médicale à la dernière étape.

« Oui, ou, qu'il n'y avait pas forcément de souci à, à avoir une suite quoi. » (A173),
« Parce que, ils vont être contacté par courrier euh, on met le papier d'un côté et pis c'est fini hein » (D268-269).

Les autres critiques négatives concernant ces bilans de santé ont été la redondance des examens avec la prise en charge habituelle par le généraliste, ou leur insuffisance en termes d'investigations ou de fréquence. En revanche, pour ceux qui en étaient satisfaits, les points positifs étaient l'apport de la biologie, et la recherche d'éventuelles anomalies cliniques asymptomatiques (hypertension artérielle (HTA), troubles visuels ou auditifs). Le fait que tous les examens soient réalisés à la même date et en un lieu unique pouvait être motivant pour certains exploitants. Une participante du focus group a salué une organisation plus confidentielle et individualisée comparativement aux sessions précédentes. La participation sur la base du volontariat a parfois été regrettée.

« Je vois pas ce qu'ils font de plus à la MSA. Que ce que je fais là. J'en sais rien. » (B337-338),
« Ben c'est quand même euh intéressant. Bon, c'est, c'est quand même global ce qu'ils recherchent, mais, bon, on peut quand même avoir une petite idée de, de, de la santé » (D151-152),
« Ouais mais c'est vraiment anodin ça. **Oui ?** J pense que c'est anodin. Si l'agriculteur ne fait pas les démarches pour aller voir vraiment la MSA en cas de déprime, tout ça, le mec il se suicide. » (F234-237),
« Ben moi je trouve que c'est pas assez approfondi. **Hum.** J'vois pas l'intérêt quoi » (H323-325),
« Moi le seul truc que je m'attendais, j'étais persuadé qu'on allait nous faire une prise de sang. » (I214-215),
« On n'en savait guère plus que par notre toubib hein. » (M141-142),
« Voilà, j'y vais, c'est, il y a tout, la prise de sang, tout est fait au même endroit et euh... Il y a un gain de temps quoi. Pis c'est pas très loin donc euh, ouais c'est pratique. » (Q54-56),
« Ca permet, oui, c'est pas une obligation, mais au moins on y pense, comme ça » (U74).

Un lien particulier avec le médecin traitant a été évoqué, justifiant pour certains l'absence d'adhésion à la médecine préventive. Au contraire de l'exploitant K, qui pensait que la MSA aurait un rôle plus fort à jouer.

« J pense que quand on a un médecin traitant, euh, il valorise beaucoup plus la santé de l'agriculteur que la visite là » (F263-264),
« Est-ce que ça serait pas plutôt à la MSA, à faire passer, à voir vraiment dans les fermes ? » (K179).

Par ailleurs, le rôle d'accompagnement et de formation des diverses instances agricoles a été évoqué (Chambre d'Agriculture, MSA, Fédérations Agricoles, Coopératives). L'existence d'une cellule de crise dédiée aux exploitants en grande difficulté a été saluée mais parfois jugée insuffisante.

Enfin, la confusion entre médecine préventive et médecine du travail (pour ceux qui ont été concernés à un moment de leur vie professionnelle) était marquée.

b) Attitude préventive ou curative ?

La moitié des interviewés décrivait d'abord une attitude purement curative envers leur propre santé.

« Non, on va chez le médecin quand on est malade euh. On n'y va pas au-devant de la maladie, ça sert à rien. » (B364-365),
« Bon, on attend toujours le, la plupart, on attend toujours le dernier moment » (I225),
« C'est vrai que si on nous le proposait pas, j'irais pas spécialement chez le médecin dire là voilà on fait un petit contrôle » (Q61-62).

Mais ce n'était en fait le cas que pour une très faible minorité, la prévention tant médicale à proprement parler que vis-à-vis des risques professionnels pouvant prendre diverses formes : consultation dentaire systématique, programme de dépistage organisé, suivi des vaccinations personnelles et des différents membres de l'exploitation, alimentation équilibrée, cumul emploi retraite à visée assurantielle et préventive, port des EPI, ergonomie. De même, les antécédents familiaux ou les facteurs de risque reconnus (tabac) incitaient globalement à une attitude plus préventive.

Les exploitants étaient souvent ambivalents quant à leur adhésion aux moyens de prévention des risques professionnels (notamment le port des EPI ou l'aménagement des bâtiments ou la protection vis-à-vis des matériels).

« Bon, c'est sûr qu'il faut mettre en oeuvre les moyens pour éviter au maximum les accidents, mais bon... Moi j'suis un peu, bon c'est vrai que je suis un peu réfractaire à ce niveau-là. Pas réfractaire, mais bon, j'fais attention » (I202-205),
« Non, non. Non, les protections sur les cardans tout ça c'est jamais trop en état mais on fait gaffe quoi » (L146-147),
« Mais sinon avant on essayait de mettre le masque quand on pouvait » (N173),
« Disons qu'il faut se protéger quand même malgré qu'on a tous les outils, on les utilise pas tous, euh, se protéger et puis bon que ça soit plus pratique à utiliser quand même » (T838-839).

On retrouvait une attitude effectivement exclusivement curative chez un seul exploitant, qui invoquait l'argument de la liberté pour justifier l'absence d'adhésion à la prévention de toute sorte (B365-367).

Un autre ne se sentait plus vraiment concerné et pensait qu'il fallait s'attacher à faire de la prévention chez les jeunes générations (il était lui-même âgé de 51 ans) (I158-159).

Un défaut d'observance aux traitements à visée curative a également été souligné (A, B, S).

Concernant la prévention chez leurs enfants, les exploitants hommes avaient tendance à déléguer cette tâche à la maman.

c) Freins à la prévention et la prise en charge de sa santé

Les principaux freins évoqués étaient le manque de temps des exploitants, dû aux horaires de travail contraignants et prolongés ainsi qu'à l'absence de congés (et à la difficulté

à trouver des salariés ou des remplaçants). La surcharge de travail et le surinvestissement personnel pouvaient aussi expliquer le défaut de soins.

De même, le temps et la disponibilité du médecin traitant ont été cités comme facteurs limitants au recours médical (A, B, C, D, E, G, I, K, M).

« C'est difficile à dire, parce que, quand on est exploitant, pis qu'on est dans le boulot, qu'on a la, que la santé va, on cherche pas plus loin que le bout de son nez, comme dirait. » (D158-159),

« Autrement, quand on est pris dans les activités, on n'a pas spécialement... » (U74-75).

L'oubli des symptômes dès qu'ils s'amenuisent conduisait les exploitants à ne pas aller au bout des prises en charge médicales.

« Mais bon, quand ça va mieux on oublie, pis quand ça va plus on y repense » (B263).

Certains ont exprimés un manque de volonté ou un certain fatalisme voire pessimisme concernant leur avenir (personnel ou de la profession).

« J'en sais rien moi, j'pense qu'ils, j'pense que, ils sont comme moi, un peu soucieux de l'avenir quand même j'pense. » (B434-435),

« Surtout que le monde agricole en ce moment euh, il a l'air de s'effondrer. » (F386-387),

« Après le médecin traitant, faut que ça soit un acte volontaire de l'agriculteur hein, d'aller le voir » (J336-337),

« Pis après, t'façon faudra bien qu'on parte de quelque chose alors... » (J193-194).

Les exploitants agricoles étaient considérés comme de faibles consommateurs du système de santé, n'ayant recours aux professionnels qu'en cas de nécessité absolue. Ils étaient décrits comme particulièrement endurants et parfois convaincus de leur bonne santé.

« Faut vraiment que ça aille mal en général pour que les agriculteurs ils aillent consulter. » (D238-240),

« Ben surtout des gens comme nous, en rural comme ça, bon, on croit que toujours on est bien » (G188-189),

« Ah ben moi c'est quand c'est critique » (J81),

« Et pis, faut dire que le paysan il est plus dur aussi, hein. Il se soigne quand il a presque la tête en bas. » (M238-239),

« On est assez résistant quand même. » (T256).

Un fort sentiment de honte a également été exprimé lors de la phase d'entretiens, vis-à-vis des collègues, des professionnels de santé ou de la population générale. Honte des éventuels soucis de santé (diététiques, poids, psychologiques surtout), des difficultés économiques et du manque de maîtrise de l'entreprise, ou d'avoir besoin d'aide, dans un secteur où semblaient régner jalousie et concurrence, détériorant les relations professionnelles et isolant des exploitants déjà renfermés sur eux-mêmes.

« Mais j'pense que c'est une des dernières professions qui accepterait de parler j'pense. » (A319),

« Quelque part on a honte de la situation » (A328),

« Il y a des trucs qui restent tabous dans le milieu. **Le côté psychologique aussi alors ?** Ah

forcément » (C486-488),
« ils s'enferment dans leur idée, ils sont de plus en plus euh individualistes et, et enfermés chez eux. » (E314-315),
« Et si ça va bien, on est critiqué » (F397),
« Puis comme je vous dis, c'est, c'est le monde agricole, y'a pas de copain » (F414),
« Ah non. C'est théseux hein » (J339-343),
« Maintenant, je crois que c'est un peu chacun pour soi. » (M198-199).

Enfin, le coût de la santé et le décalage entre les cotisations sociales et les remboursements de soins ont été critiqués.

« Mais si c'est des soins où les organismes sociaux ne payent rien, j'imagine que c'est d'un point de vue financier le problème » (H495-497).

4. Santé

a) Définition de la santé

Le premier exploitant rencontré a donné une définition de la santé se rapprochant fortement de celle de l'OMS.

« C'est être bien dans son métier j' pense, bien dans sa vie de famille, et pis, avec les relations avec lesquelles on s'entoure quoi » (A198-199).

La santé pouvait être synonyme de richesse (B, G, I), ou de bien-être (T).

La santé physique a été systématiquement citée spontanément par les enquêtés et définie par l'alimentation (apport d'énergie nécessaire à la vie et aux activités), les activités permises et réalisées (essentiellement professionnelles), l'absence de douleur, le sommeil et la digestion.

« C'est...le corps a besoin d'énergie donc il faut lui apporter de l'énergie déjà, premièrement. C'est déjà bien s'alimenter j' pense. » (A193-194),
« C'est n'avoir mal nulle part » (B416),
« Après, si on arrive à faire notre travail journalier sans, sans trop de contrainte, c'est déjà une bonne chose aussi. » (F300-301),
« avoir un bon sommeil, si je dors bien, déjà, si je passe une bonne nuit voilà, euh si j'ai de l'appétit que je mange et que je digère bien, tout va bien, que j'ai mal nulle part et que je peux travailler ou que je peux aller marcher ou, voilà, si je me sens bien dans mon corps et évidemment dans ma tête euh voilà c'est que je suis en bonne santé quoi » (Q428-432).

La santé psychique et l'intrication physique – psychique étaient sous-entendues dans la définition globale de la santé.

« Physique aussi, oui, parce que, dès l'instant que vous êtes pas bien dans votre tête, eh ben, les douleurs retombent » (G285-286),
« Mentale et pis après t'as le, la santé tout court qui suit. Quand t'es pas bien dans ta tête, ça va pas bien tout court » (J268-269),

« Aussi bien dans sa tête que dans son corps » (P390).

Le versant social a également été abordé, notamment les relations extraprofessionnelles et l'ouverture sur le monde extérieur (qui passerait par les congés et les remplacements).

b) Perception de l'état de santé des exploitants agricoles lorrains

Les conditions et l'usure physiques ont été systématiquement mises en avant, parfois comparées à celles des autres professions manuelles (maçons, garagistes, charpentiers...). Cependant, grâce à la mécanisation, les exploitants notaient une amélioration de leur état de santé physique.

« C'est là que tu vois que ça peut que s'améliorer parce que maintenant, il y a quand même plus de confort euh avec les tracteurs de maintenant, c'est vrai... » (C418-420).

Sur le versant psychologique, l'existence de syndromes dépressifs et de suicides (ou tentatives) était souvent relevée, ainsi que les bouleversements familiaux (divorces). Ces difficultés étaient imputées aux soucis économiques que traverse la profession depuis quelques années, ainsi qu'à la lourdeur des tâches administratives. Concernant les conditions de travail en elles-mêmes, le surinvestissement professionnel, le manque de reconnaissance (financière et sociale), la dégradation des relations professionnelles et l'isolement social dont souffrent les exploitants ont été exprimés néfastes pour la santé, d'abord mentale puis physique.

« Compliquées dans les tarifs, dans les prix de vente, puisque les agriculteurs ne font pas leur prix de vente. » (A204-205),
« Je trouve qu'on travaillait moins, pour gagner plus. » (F27),
« Moi ce que je remarque, c'est que d'abord l'exploitation va mal, et ensuite y'a divorce hein » (H562),
« Ça fait trois ans, donc à l'heure-ci, c'est même plus une crise hein, j'pense qu'il va falloir s'habituer à être comme ça » (J212),
« Parce que c'est pareil, on voit le côté exploitant, mais il faut voir aussi le côté conjointe. [...] ben les ménages tournent pas rond, parce que c'est madame qui fait bouillir la marmite. Et puis la météo est capricieuse, les week-ends en dépendent, si la nénette elle est pas conditionnée, si elle est pas forte, ça dure pas longtemps hein » (J235-240),
« Et d'ailleurs ils se mettent dedans à cause de ça souvent hein, et ils relèvent pas la tête, souvent ils sont débordés par la paperasse et ça c'est un vrai problème. Et je pense qu'après il y a les problèmes de santé qui arrivent derrière » (Q697-699),
« Vous êtes plus, le cerveau, toujours capter tout, que dans le temps c'était cool, on était dans les champs, on était usé par le physique » (S575-576).

Seul un participant de la première phase a estimé que la profession était largement soutenue politiquement et que les problèmes médicaux (psychologiques) ne pouvaient pas être systématiquement attribués au contexte. Les participants de la seconde phase ont eux estimé que leur statut leur avait permis de s'épanouir tant professionnellement que personnellement (Q, T, U).

« donc on avait un monsieur qui nous a fait une réunion, et il nous disait que les paysans on n'était pas à plaindre, qu'on était les enfants gâtés de la France. Mais il a raison en plus, quand il sort ses arguments. C'est vrai qu'on est aidé, on a beaucoup d'aides, que les entreprises n'ont pas d'aides » (N151-154).

Les risques professionnels identifiés ont été : l'exposition aux produits toxiques (C, D, F, G, H, I, L, M, N, O, Q, S, T, U), aux bruits (E, D, H), le risque traumatologique avec le bétail (C, E, G, I, J) ou le matériel (G, L, M), l'utilisation de produits vétérinaires (D, H), le port de charges (B, G, N, Q), les secousses en tracteur (B, G, I, P, U), les mouvements répétés (G), l'exposition aux climats difficiles (F), les risques respiratoire (H) et psycho-social (I). Un exploitant du focus group (T) estimait que les agriculteurs étaient de plus en plus sédentaires, ce qui n'a pas obtenu l'approbation des autres participants.

Les symptômes ou pathologies évoqués ont été : la douleur, les lombalgies, les troubles musculo-squelettiques (TMS), les troubles auditifs, les cancers et les troubles de la fertilité (lien suspect avec les produits phytosanitaires), les maladies neuromusculaires, les problèmes infectieux, la consommation éthylique ou l'alcoolisme (conséquence du mal-être ou récompense après de dures journées de travail), le surpoids (secondaire à une alimentation trop riche), le diabète, les dyslipidémies, le syndrome des apnées du sommeil (SAOS), l'HTA.

« des fois tu fais des bonnes journées, tout ça euh, tu te reconfortes le soir sur d'la bonne, d'la bouffe, assez grasse tout, qui manque de rien quoi. Pour être, p't'être un réconfort ou, se dire ça fait du bien quoi » (C437-440),

« Je pense qu'on mange de la bonne qualité, mais arrivé à un certain âge... Et... C'est le souci. Tension, cholestérol... » (F116-118),

« Euh, mais c'est vrai que le soir, quand la journée est finie, là, on se pose, j'aimais bien boire une bière, pour pas dire souvent deux » (H334-336),

« Ben rien que déjà à la nourriture, j'faisais pas... Ben, c'est p't'être de là que j'ai attrapé le diabète, enfin je ne sais pas » (K142-143).

Par comparaison aux autres CSP, les exploitants avaient des opinions divergentes concernant leur état de santé. Certains se disaient en moins bonne santé (Q472-474) avec une espérance de vie moindre (C369, Q495) et un état psychologique plus fragile (G407-408). D'autres pensaient être au même niveau que le reste de la population (M175-176 et 229-231). Enfin, les derniers considéraient leur état de santé meilleur ou plutôt bon (E310-311, I305-306, S442, U485).

« Bah, j'dirais deux fois meilleure, vu le travail qu'on fait par rapport euh à certaines personnes » (A239),

« Ben euh, je pense qu'ils vont pas trop bien quand même hein » (B442),

« Moi je pense qu'il est euh, certainement dans les derniers échelons des niveaux de santé en France hein. De ce que je vois hein. Il y a des gens qui mériteraient cent fois euh, de se faire opérer ou j'en sais rien quoi » (H485-487),

« Oui, les gens se soignent mal. Pour moi les gens se soignent mal » (H490-493),

« L'état de santé des agriculteurs lorrains ? Ben j'pense qu'il est plutôt bon non ? Fin, j'ai pas l'impression de voir de gens en trop mauvaise santé » (L135-136).

Les différences ont surtout été pointées par rapport aux salariés qui bénéficient d'un suivi régulier et obligatoire par le service de médecine du travail et de cotisations sociales (assurance complémentaire) plus avantageuses, entre secteurs d'agriculture (céréaliers versus éleveurs, production laitière versus allaitante) et entre générations. Sur ce dernier point, les participants semblaient plutôt s'accorder sur le fait que l'évolution serait favorable (sur le plan physique essentiellement), à l'exception de F qui était plus pessimiste.

« Et, je pense, fin euh, je pense que l'état de santé des jeunes s'améliore, au niveau agricole » (C372),
« J'pense que leur état de santé se dégrade » (F288).

L'exploitant U a abordé les inégalités entre producteurs et industriels qui pèseraient sur le moral des agriculteurs et contribueraient au surrisque psycho-social (U723-726).

Il semblerait finalement que l'origine des troubles ne soit pas médicale, mais donc bien la conséquence du contexte global.

« Ah, au niveau médical, parce que je pense justement que le problème il n'est pas médical. » (H540).

c) Leviers pour une meilleure prise en charge de sa santé

Les pistes émergentes pour obtenir une meilleure adhésion aux soins et à la prévention étaient multiples, tant économiques et financières que politiques, ou médicales à proprement parler.

Le levier financier pouvait être directement en lien avec les soins : système de bonus afin de motiver la participation aux IS, baisse des cotisations MSA, meilleur remboursement des actes médicaux ; ou d'ordre professionnel avec une meilleure rémunération (puis l'emploi de salariés et ouvriers agricoles, la prise de repos et congés, aboutissant à un meilleur équilibre psychologique).

« (Rires). Si ils mettent un chèque j'irais encore bien hein. » (B389),
« La MSA ? Qu'ils prélèvent un peu moins. » (B459),
« Il suffit qu'on soit payé correctement déjà, et les gens pourraient se payer des salariés, des, des gens pour euh, pour partir en vacances euh, voilà ainsi de suite hein. » (B464-465),
« Mais si c'est des soins où les organismes sociaux ne payent rien, j'imagine que c'est d'un point de vue financier le problème. » (H495-497),
« Ben de toute façon, si les agriculteurs gagnaient leur vie correctement, mais y'a, honnêtement, à mon avis, y'a 80% des problèmes de santé généraux qui disparaissent hein. Parce que, on a beau dire que l'argent fait pas le bonheur euh, mon œil » (H543-545),
« Parce que s'il n'y a pas d'intérêt financier, l'agriculteur se déplace pas » (H605-606).

Le versant politique rejoignait et dominait l'économique, une meilleure représentativité de la catégorie (syndicats, fédérations) étant considérée comme gage d'aides financières plus importantes et de plus de soutien (F387-388, I383-387, J309).

Toujours sur le plan agricole en lui-même, une moindre concurrence et plus de solidarité ont été souhaitées par les participants. L'accent a également été mis sur l'effet

positif de la motivation et des projets professionnels, du travail en groupe (avec une répartition des tâches, des responsabilités et des difficultés), ainsi que l'existence des formations professionnelles concernant les risques (qu'il serait intéressant, pour H, de rendre obligatoires).

Au cours du focus group, il a été dit que le mode d'agriculture biologique permettait aux exploitants de vivre mieux, avec moins de difficultés économiques et moins de souffrances psychologiques.

Concernant le volet médical, ils ont envisagé un suivi obligatoire par la MSA, un rythme de médecine préventive plus soutenu (un intervalle de deux ans entre deux visites a été proposé), une meilleure communication autour des ces événements. Une plus étroite collaboration entre les médecins traitants et les instances agricoles (MSA en tête) était suggérée (l'exploitant N a même évoqué un éventuel système d'alerte entre les banques et autres financeurs et les autorités médicales ou les généralistes en cas de difficultés majeures, N207-215).

L'intérêt d'actions de médecine préventive ciblées sur les exploitants les plus « fragiles » ou « à risque » (de définition difficile) était envisagé.

D'ailleurs, le repérage a fait l'objet de discussions : par les médecins, les organismes agricoles, l'entourage. La formation et la disponibilité (le temps) des médecins traitants seraient à optimiser afin de mieux connaître et reconnaître les difficultés de la profession.

« Et puis euh, MSA j'veux dire, euh, on cotise à la MSA en fonction de nos revenus, donc euh ils peuvent cibler vraiment les personnes à risque par rapport à ça, hein. » (A409-410),
« J'pense que l'entourage, ça compte beaucoup » (C525),
« Ou alors, il faudrait des visites obligatoires de la MSA tu vois, instaurer une, une visite médicale obligatoire, tous les deux ans. » (C529-530),
« Alors c'est vrai qu'il faut, quand il y a des choses organisées sur le secteur, quand il y a des ateliers qui se mettent en place, il faut que le médecin traitant soit prévenu » (E268-269),
« Les professionnels des coop [coopératives], d'insémination, du contrôle laitier, qui rencontrent des gens qui vont pas bien quoi, ils sont formés » (E286-287),
« Mais bon, les toubibs voient tellement de patients dans une journée aujourd'hui... (Soupir). Fin, on en revient toujours aux mêmes choses hein, il faut accorder du temps aux personnes, mais ils l'ont pas » (I346-348),
« J'pense que ça serait bien qu'ils revoient un peu leur enseignement aussi. » (J355).

L'existence de cellules de crise (MSA ou Chambres d'Agriculture), était saluée, mais parfois estimée insuffisante, et deux exploitants se sont posé la question de l'adhésion de la population (A336-337, I334-336).

Toujours sur ce versant psychologique, certains ont évoqué l'éventualité d'activités extraprofessionnelles encouragées par la MSA afin de forcer les exploitants à s'ouvrir au monde extérieur et à se détendre.

Concernant la santé physique, l'amélioration apportée par la mécanisation était reconnue, mais avec la contre-partie d'une surcharge pondérale due à une moindre activité physique et des conséquences médicales qui en découlent, justifiant une prévention différemment axée.

« Eux font tout mécaniquement, donc ils deviennent un peu tous grassouillets » (I269).

Sur le plan plus personnel, le rôle de l'expérience et de l'exemple médical était évident, encourageant à plus d'intentions préventives (sauf chez l'interviewé B). L'équilibre personnel et familial était essentiel à préserver.

« P't'être que y'a 2-3 ans je m'en souciais moins, mais euh j'sais pas, là euh, tu te dis euh, ouais faut faire gaffe avec sa santé quoi, un peu plus, je sais pas pourquoi » (C321-323),
« On voit tellement de monde autour de nous qui ont des petits problèmes, pis qui ne le savaient pas, pis un beau jour ça tombe » (G389),
« on a perdu un cousin l'année dernière, [...]. Donc là, ça a mis un peu de plomb dans l'aile quand même quoi. » (J102-106),
« Euh, oui. Ben après, j'ai pas de soucis de santé. Peut-être que si j'avais plus de soucis de santé... » (N125-126).

Finalement, l'objectif, selon l'exploitant A, devrait surtout être de ne pas détériorer l'état de santé des exploitants, celui-ci étant considéré comme bon, mais précaire et à risque de se dégrader dans le contexte actuel.

« En fait, ça serait pas l'améliorer, ça serait pas la, ça serait de ne pas la détériorer quoi » (A400-401),
« Moi, pour moi, ils iraient bien si, si le contexte s'améliorait quoi » (B562-563).

IV/ Discussion

1. Forces et faiblesses de l'étude

a) Intérêt de l'étude

Le schéma choisi était adapté au sujet de l'étude : enquête qualitative pour la compréhension de phénomènes sociaux et comportements humains complexes (rapport au soin), entretiens individuels semi-dirigés pour garantir la spontanéité et la liberté du discours, et un focus group afin d'enrichir la réflexion par les interactions entre les participants. L'enregistrement des entretiens sur bande magnétique a permis à l'enquêtrice d'être plus disponible et à l'écoute, de faire preuve d'empathie et de rebondir plus facilement sur les propos des interviewés, tout en gardant la possibilité de prendre des notes.

Dans le cadre d'une étude qualitative, la représentativité statistique de l'échantillon n'est pas particulièrement recherchée. Cependant, il est souhaitable de recruter des individus porteurs de critères pouvant affecter la variabilité des comportements. Dans cette enquête, l'échantillon est constitué d'exploitants de diverses classes d'âge et situations familiales, installés seuls ou sous différents modes de collaboration, dans les domaines les plus représentés dans la région (grandes cultures, polyculture – polyélevage, bovins – lait et viande (19)), en agriculture biologique ou conventionnelle, ce qui laisse penser qu'une certaine multiplicité des comportements a pu être explorée. Habituellement, dans ce type d'étude qualitative, douze entretiens individuels sont nécessaires à la saturation des données (17), ici elle a été obtenue au onzième.

La validité interne de cette recherche repose sur la triangulation des chercheurs (analyse indépendante d'entretiens par l'enquêtrice et la directrice du présent travail) et des données (entretiens individuels et de groupe).

Peu d'études qualitatives centrées sur les comportements des exploitants agricoles en matière de santé ont été publiées à ce jour. Pour celles que nous avons trouvées, elles portent essentiellement sur la santé psychologique (9,20–23) ou sur l'exposition aux pesticides (24,25). Certaines d'entre elles se sont notamment attachées à rechercher un lien de cause à effet entre ces deux facteurs (26,27). Le profil de santé physique et psychologique spécifique de cette population (2), ainsi que l'existence de plusieurs groupes de consommation de soins décrits dans un rapport de la Direction des Etudes des Répertoires et des Statistiques (DERS) en 2011 (12) incitent à rechercher la compréhension des comportements des agriculteurs indépendants dans le domaine de la santé. Une étude telle que celle que nous avons menée doit conduire à une prise en charge médicale mieux adaptée et à un ciblage plus performant des sujets les plus à risque ou les plus sensibles, pour une meilleure adhésion aux soins et à la prévention.

b) Faiblesses de l'étude

Comme dans toute recherche qualitative, certains biais n'ont pu être maîtrisés.

La méthode boule de neige n'ayant pu permettre d'obtenir un échantillon suffisant à partir de l'entourage de l'enquêtrice (elle-même issue du milieu agricole), il nous a fallu nous reposer sur des professionnels de santé ou du monde agricole afin d'approcher les potentiels participants, ce qui peut constituer un biais de sélection avec des agriculteurs habituellement consommateurs de soins et qui se sont sentis concernés par le sujet de l'étude. Par ailleurs, on peut supposer que seuls les exploitants les plus disponibles et ouverts ont accepté d'être interrogés. Ainsi, les individus les plus éloignés du système de santé et/ou les plus isolés socialement n'ont probablement pas été rencontrés. La constitution du focus group dans les Vosges a permis de diversifier l'échantillonnage, aucun exploitant issu de ce département n'ayant participé à la phase d'entretiens individuels. On peut regretter la sous-représentation féminine dans la première phase de l'étude (une seule femme pour quatorze hommes alors qu'elles représentaient 21% des chefs d'exploitations en Lorraine en 2010 (10)), qu'on ne retrouve pas d'éleveurs d'autres espèces animales que des bovins et peu d'exploitants exclusivement céréaliers.

Des biais d'information et de désirabilité sociale peuvent également rendre les données recueillies moins fiables, notamment par crainte de certains participants de pouvoir être reconnus (malgré l'assurance du respect de la confidentialité). Le fait que les trois premiers exploitants rencontrés aient été sélectionnés parmi l'entourage de l'enquêtrice laisse supposer qu'ils ont pu apporter des réponses dont ils pensaient qu'elles plairaient à leur interlocutrice ou qu'elles induiraient un jugement positif de sa part. Le double statut (médecin, et fille et conjointe d'agriculteurs) de cette dernière a pu freiner certains discours. Néanmoins, les sujets les plus personnels ont été abordés par tous les participants, et certains ont même utilisé l'entretien comme tribune sociale afin de faire entendre certaines revendications (parfois supprimées des verbatims car totalement hors sujet ou non adaptées au contexte de l'étude). Les rares freins au discours rencontrés laissent penser que la méthode d'enregistrement n'a pas induit de blocage majeur chez les interviewés (biais déclaratif).

Il existe également un biais d'interprétation du fait que l'enquêtrice soit issue du monde agricole et puisse donc manquer de neutralité vis-à-vis de certains points abordés.

L'inévitable biais d'analyse, lié notamment au manque d'expérience et d'objectivité de l'enquêtrice, reste présent dans notre étude.

Enfin, le fait que la question des leviers proposés par les exploitants n'ait pas été clairement abordée au cours du focus group (fatigue des participants, temps prévu atteint, discussion déportée du sujet médical) pourrait créer un défaut d'information. Cependant, la conversation a permis de comprendre certains besoins des agriculteurs, permettant de réduire ce biais.

Pour terminer, la validité interne de cette enquête aurait pu être renforcée par une relecture des verbatims par les participants eux-mêmes, ce qui n'a pas été réalisé afin de ne pas surcharger ces derniers qui ont déjà accordé un temps précieux à la réalisation des entretiens, et du fait d'une organisation compliquée.

2. Résultats principaux

Cette étude permet donc d'appréhender certains aspects comportementaux des exploitants agricoles lorrains en matière de santé. Bien que ce terme ait été souvent difficile à faire définir clairement, dans le discours on retrouve de façon quasi systématique le trépied physique – mental – social. La notion de bien-être (à la base de la définition de l'OMS (28)) a également été citée.

Les facteurs influençant négativement sur la santé avancés par les exploitants rencontrés sont globalement communs avec ceux que l'on retrouve dans les études sur le sujet : conditions de travail (usure physique, manque de temps, pression administrative), surcharge professionnelle, manque de reconnaissance (financière et sociale), isolement socioprofessionnel, conditions économiques (2–4).

Il en est de même pour les risques professionnels dont les participants semblent avoir conscience : toxique, biomécanique et traumatologique, respiratoire, sensoriel et psychosocial. (3–5,29–31)

Bien que les données statistiques montrent pour la population agricole une plus grande espérance de vie que la population générale (1,2), le ressenti des participants n'abonde pas dans ce sens. En effet, pour ceux qui l'ont évoquée, l'espérance de vie de leur CSP serait moins importante. Cependant, les opinions divergent quand leur santé est comparée à la population générale, ce qui concorde plutôt avec le paradoxe d'une moins grande espérance de vie en bonne santé malgré une espérance de vie globalement meilleure (1), ainsi qu'avec une étude de la DREES de 2017 selon laquelle les exploitants agricoles déclarent moins souvent une bonne santé et plus souvent une limitation d'activité que la population générale (3).

Les agriculteurs rencontrés connaissent également les pathologies auxquelles ils sont plus sensibles du fait de leur mode de vie et des facteurs de risque professionnels spécifiques : certains cancers notamment ceux liés aux pesticides (32) et à l'exposition solaire (29), certains TMS (4,5), des troubles de la fertilité (33), certaines maladies neurodégénératives (34,35), le diabète (parmi les trois pathologies les plus déclarées en affections de longue durée (ALD), données MSA), l'HTA et les dyslipidémies (les cardiopathies non ischémiques et maladies vasculaires étant des atteintes pour lesquelles la population agricole présente une surmortalité comparativement à la population générale (30)). Les troubles de la sexualité et du

sommeil n'ont pas été abordés au cours de ces entretiens (alors que ces points sont intégrés dans les auto-questionnaires des IS), de même que la consommation de toxiques.

En règle générale, le rapport à la prévention (des risques professionnels ou au niveau médical plus globalement) est ambigu, avec une attitude préventive habituelle non consciente (adhésion partielle au port des EPI, ergonomie, suivi des vaccinations, équilibre alimentaire, suivi dentaire, adhésion même incomplète aux dépistages organisés). D'un point de vue assurantiel, les exploitants ont conscience d'une nécessaire couverture minimale (intérêt du cumul emploi-retraite).

Il semblerait que les femmes soient plus enclines à appliquer les moyens de prévention. Ce sont d'ailleurs elles qui se chargent de la santé des enfants, condition déjà relevée par les médecins généralistes lors d'une précédente enquête sur leur place dans le processus des bilans de prévention de la MSA (15).

Seul un exploitant rejetait la prévention sous toutes ses formes, malgré un antécédent familial au premier degré dont on pourrait penser au contraire qu'il créerait un exemple et induirait un comportement plus préventif. Le rôle des expériences personnelles ou dans l'entourage a d'ailleurs été évoqué comme un facteur d'adhésion à plus de prévention.

En matière de médecine préventive, l'existence des IS est connue dans ses grandes lignes, sans que le nom ou les modalités exactes ne soient mémorisés ou compris par tous. Un défaut de communication (ou de publicité) a été soulevé à ce sujet. La participation sur le simple volontariat, ainsi que la redondance avec les prescriptions des généralistes ou l'insuffisance des examens pratiqués à cette occasion ont été critiquées. Ces deux derniers points rejoignent les résultats de l'étude menée par Marie Deutscher auprès de médecins généralistes lorrains en 2014 (15).

Néanmoins, les participants ont noté une évolution favorable dans l'organisation de ces évènements.

Parfois, ils confondent médecine préventive et médecine du travail, dont l'absence chez les indépendants est pourtant l'une des principales causes de l'inégalité ressentie avec les salariés.

Par ailleurs, la connaissance des recours existants pour les plus fragiles d'entre eux semble insuffisante, surtout chez les plus âgés : cellules départementales d'urgence avec implication notamment des caisses de la MSA et des Chambres d'Agriculture (36), rôles de formation et d'information de ces structures.

Pour les exploitants, le médecin traitant est le référent en matière de santé, celui auquel ils se fient et se confient le plus facilement. Ils en cernent bien les rôles et compétences, qui sont repris dans la définition européenne de la médecine générale – médecine de famille (terme d'ailleurs utilisé au cours des entretiens) (14) ainsi que dans la marguerite des compétences principales du CNGE (37).

Sa position centrale dans le système de soins ainsi que ses fonctions de coordination et d'orientation sont plébiscitées, mais les exploitants reconnaissent les difficultés actuelles liées à une démographie médicale non favorable (38).

Les autres freins retrouvés à la prise en charge de leur santé et à la prévention sont le manque de temps secondaire à une surcharge de travail et des horaires contraignants, ainsi qu'une tendance à un recours tardif aux soins (ce qui concorde avec le rapport de mission de Monsieur Flajolet (39)). Ce dernier frein serait dû à un manque de volonté, à un certain fatalisme ou bien encore à un fort sentiment de honte empêchant les exploitants de se confier,

même à des professionnels médicaux. Par ailleurs, les participants ont évoqué une particulière endurance (essentiellement physique, à la douleur notamment), pouvant expliquer une sous-consommation de soins comparativement à la population générale.

Enfin, l'accent a été mis sur le coût de la santé : coût des soins eux-mêmes, remboursements jugés insuffisants et en inadéquation avec des cotisations pesantes (MSA et complémentaires santé), coût des installations et équipements de protection.

Pour finir, les leviers évoqués pour induire une meilleure adhésion des exploitants agricoles à la prise en charge de leur santé et à la prévention sont en priorité d'ordre financier : système de bonus lors de la participation aux IS, meilleure adéquation entre les cotisations et les remboursements de soins, meilleure rémunération.

Sur le plan purement professionnel, l'entraide et le travail en groupe sont des points positifs, de même semble-t-il que le mode d'agriculture biologique (comparativement au mode conventionnel). L'importance des formations et informations délivrées par les diverses instances agricoles ne doit pas être négligé.

Au niveau médical, un suivi obligatoire par la MSA a été suggéré, ainsi (et de façon plus appuyée) qu'un rythme plus intense des bilans de santé et plus de communication de la MSA à leur sujet. Les participants sont en demande de plus de collaboration entre les structures agricoles (MSA en tête, mais également les financeurs) et les médecins traitants afin d'optimiser le repérage et le ciblage des exploitants les plus à risque (psychosocial en particulier).

Les exploitants agricoles attendent que les médecins exerçant en rural bénéficient d'une formation plus spécifique, ainsi que de plus de temps, et fassent surtout preuve de disponibilité et de vigilance pour les patients sous-consommateurs en matière de santé.

Enfin, la MSA pourrait avoir un rôle social plus marqué et favoriser la pratique d'activités extra-professionnelles

Le sujet de la présente étude a été accueilli très positivement par les participants, qui étaient satisfaits des thèmes qui ont pu être abordés et de l'intérêt qui leur est porté. Ils espèrent que cela contribuera, sinon à améliorer leur état de santé, du moins à empêcher sa dégradation dans le contexte actuel non favorable économiquement.

Bibliographie

1. Emmanuelle Cambois, Thomas Barnay. Espérances de vie, espérances de vie en santé et âge de départ à la retraite : des inégalités selon la profession en France. *Retraite et société*. (2009/3 (n° 59)):194-205.
2. Claire Brossard, Gaëlle Santin, Irina Guseva Canu. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants - Premiers résultats [Internet]. Saint- Maurice : Institut de veille sanitaire; 2013 sept [cité 24 avr 2018] p. 29. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr>
3. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 [Internet]. DREES; 2017 mai [cité 24 avr 2018] p. 436. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
4. Brière J. Indicateurs en santé travail : Les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur en France [Internet]. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2015 févr [cité 24 avr 2018] p. 54. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr>
5. Jean-Claude Chrétien. Statistiques des risques professionnels des non-salariés et des chefs d'exploitation agricole Données nationales 2013. 2015.
6. Sauze L, Ha-Vinh P, Régnard P. Affections de longue durée et différences de morbidité entre travailleurs salariés et travailleurs indépendants, Summary. *Pratiques et Organisation des Soins*. 1 déc 2011;42(1):1-9.
7. Roullaud É. La grève « européenne » du lait de 2009 : réorganisation des forces syndicales sur fond de forte dérégulation du secteur. *Savoir/Agir*. 2010;(12):111-6.
8. Célérier S. La belle vie désespérée des agriculteurs. Ou les limites de la mesure des risques psychosociaux liés au travail. *Études rurales*. 1 janv 2014;(193):25-44.
9. Laplante J-J. Souffrance psychique des professionnels de l'agriculture : prévention du suicide. *Prévention du stress et des accidents en agriculture*. [Internet]. Preventagri 2004; 2003 juin [cité 24 avr 2018] p. 71 - 94. (Actes du colloque). Report No.: N°10. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/828>
10. Direction Régionale de l'Alimentation de l'Agriculture et de la Forêt. Agreste Lorraine : Recensement agricole 2010. Agreste Lorraine. déc 2011;(N°03/RA).
11. La prévention santé en actes | le bimsa [Internet]. [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.lebimsa.fr/la-prevention-sante-en-actes/>
12. Les invités aux Instants Santé en 2011 Profil de Consommation de soins des participants et des non participants [Internet]. CCMSA DERS; 2013 nov [cité 26 avr 2018] p. 1-40. Disponible sur: www.msa.fr

13. André Flajolet. Rapport Flajolet - Annexes. Paris: Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative; 2008.
14. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. 2002 [cité 21 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.cnge.fr>
15. Marie Deutscher. Place de la Médecine Générale dans les bilans de prévention de la Mutualité Sociale Agricole. [Internet]. [Faculté de Médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2014 [cité 26 avr 2018]. Disponible sur: www.docnum.univ-lorraine.fr
16. Votre santé au travail [Internet]. 2017 [cité 18 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.msa.fr/lfy/sst/sante-au-travail-agriculture>
17. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*. févr 2006;18(1):59-82.
18. Brunie B. Le médecin-patient et sa santé: quelles différences perçoit-il entre sa prise en charge et celle de ses patients ? : enquête qualitative auprès de médecins généralistes d'Indre-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2013.
19. Agreste Lorraine. Les exploitations agricoles : de rapides mutations depuis 2010. In Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt; 2015.
20. Lachmann H, Larose C, Penicaud M. Bien-être et efficacité au travail. Dix propositions pour améliorer la santé psychologique au travail. 2010;
21. Roy P, Tremblay G. Comprendre les masculinités rurales: un portrait basé sur la santé psychologique. *Service social*. 2012;58(1):68-84.
22. Ginette Lafleur, Marie-Alexia Allard. Enquête sur la santé psychologique des producteurs agricoles au Québec. Coop fédérée; 2006 août.
23. Lourel M, Mabire C. Le déséquilibre efforts-récompenses et les débordements entre vie au travail, vie privée chez les éleveurs laitiers: leurs effets sur l'épuisement professionnel. *Santé publique*. 2008;20(hs):89-98.
24. Baldi I, Mohammed-Brahim B, Brochard P, Dartigues JF, Salamon R. Effets retardés des pesticides sur la santé: état des connaissances épidémiologiques. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 1998;46(2):134-142.
25. Jas N. Pesticides et santé des travailleurs agricoles en France. Questions anciennes, nouveaux enjeux. *Le Courrier de l'environnement de l'INRA*. 2010;59(59):47-59.
26. Perceval M, Kølves K, Ross V, Reddy P, De Leo D. Environmental factors and suicide in Australian farmers: A qualitative study. *Arch Environ Occup Health*. 20 mars 2018;1-25.
27. Beard JD, Umbach DM, Hoppin JA, Richards M, Alavanja MCR, Blair A, et al. Suicide and Pesticide Use among Pesticide Applicators and Their Spouses in the Agricultural Health Study. *Environ Health Perspect*. nov 2011;119(11):1610-5.

28. OMS | Vos questions les plus fréquentes [Internet]. WHO. [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>
29. Enquête AGRICAN : les agriculteurs en meilleure santé que le reste de la population. juill 2012;(2012/2 n°214):p.73-75.
30. Béatrice Geoffroy-Perez. Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1968 à 1999 à partir de l'Echantillon démographique permanent Etude pour la mise en place du programme Cosmop : Cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession [Internet]. INVS; 2006 sept [cité 24 avr 2018] p. 1-162. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr>
31. Jean-Claude Dalphin. Pathologies respiratoires : quels risques pour les professionnels de l'agriculture? LES RISQUES ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES DES AGRICULTEURS; 2013 nov 13; Académie d'Agriculture de France.
32. Pierre Lebailly. Agriculture et cancer : Étude de la mortalité par cause (2006-2010), de l'incidence des cancers (2005-2007) au sein de l'étude AGRiculture et CANcer et recherche de biomarqueurs associés aux hémopathies malignes. Les cahiers de la Recherche Santé, Environnement, Travail, ANSES. 2014;p.10-12.
33. Multigner L. Perturbateurs endocriniens et anomalies de l'appareil génital masculin. Environnement, Risques & Santé. 1 janv 2007;6(1):5-7.
34. Kab S. Relation entre les caractéristiques agricoles et deux maladies neurodégénératives, la maladie de Parkinson et la sclérose latérale amyotrophique [Internet] [phdthesis]. Université Paris-Saclay; 2017 [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01780848/document>
35. Blanc-Lapierre A, Bouvier G, Garrigou A, Canal-Raffin M, Raherison C, Brochard P, et al. Effets chroniques des pesticides sur le système nerveux central : état des connaissances épidémiologiques. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 oct 2012;60(5):389-400.
36. La mise en oeuvre du Plan de soutien à l'élevage français et le rôle des cellules départementales d'urgence | Alim'agri [Internet]. [cité 27 avr 2018]. Disponible sur: <http://agriculture.gouv.fr/mise-en-oeuvre-plan-elevage-2015-cellules-durgence-departementales>
37. C. ATTALI, P. BAIL. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes [Internet]. CNGE; [cité 13 mai 2018]. Disponible sur: www.medecine.unilim.fr/IMG
38. Jean-François RAULT, Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS,. LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN RÉGION LORRAINE Situation en 2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2013.
39. Monsieur André Flajolet Député du Pas-de-Calais. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire [Internet]. 2008 avr [cité 26 avr 2018]. Disponible sur: www.solidarites-sante.gouv.fr

Annexes

Annexe 1

Document à destination des patients - Entretiens individuels semi-dirigés

Projet de thèse de médecine générale

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un projet de thèse de médecine générale, je suis à la recherche d'exploitants agricoles lorrains affiliés à la MSA, avec lesquels je pourrais m'entretenir individuellement afin de les questionner sur leurs habitudes en matière de santé.

L'étude porte sur la population d'exploitants non salariés, travaillant seuls ou sous différents modes de collaboration, actifs et inactifs (retraités, conjoints collaborateurs), ruraux ou non, majeurs, des 2 sexes.

Si vous répondez à ces critères, et acceptez de me consacrer un peu de votre temps (30 minutes à 1h), je me déplacerai à votre domicile ou sur votre lieu de travail (à votre convenance).

Vous pouvez remplir vos coordonnées en bas de cette page afin que je puisse vous contacter pour convenir ensemble d'un rendez-vous.

Le secret médical sera bien évidemment respecté.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ce document et de votre éventuelle participation.

Vallée Delphine, interne en médecine générale à Nancy.

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Horaires auxquels vous préférez être joint :

Annexe 2

Guide d'entretien – Entretiens individuels semi-dirigés

1) Question d'ouverture :

Pouvez-vous me parler de la dernière fois que vous avez consulté un médecin ?

- Qui ? (MG ou autre?)
- Pour quel problème de santé ? (Motif médical)
- Qu'est-ce qui vous a poussé à consulter ? (raisons du recours)

2) Rapport à la médecine / perceptions des rôles du généraliste

Pour vous, quel(s) est (sont) le(s) rôle(s) d'un médecin généraliste ?

- Pour quelles raisons peut-on aller le voir ?
- Doit-il se préoccuper de l'état général de santé de ses patients ?
- Quelles sont les actions de prévention qu'il peut réaliser ? (statut vaccinal, éducation à la santé/habitus, conseils d'activité physique et de régime alimentaire, sexualité et IST, se renseigner sur les expositions à des toxiques et éventuellement proposer des examens complémentaires, incitation aux dépistages organisés, soutien psychologique...)

3) Que savez-vous des « instants santé de la MSA » ?

- En avez-vous entendu parler ? Comment ?
 - Avez-vous déjà été invité à y participer (ou l'un de vos proches) ?
- Selon vous, à quoi servent-ils ?
- Qu'en pensez-vous ?

4) Santé

Comment définiriez-vous la santé ?

- Que pensez-vous de la santé des agriculteurs en général ?
 - Évoquer pathologies ostéo-articulaires, respiratoires, infectieuses, traumatisme, fatigue, problèmes de stress et risque suicidaire, expositions toxiques (pesticides et autres) et utilisation des EPI,...
 - Que peut-on faire pour l'améliorer ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe 3

Présentation de l'étude – Entretiens individuels semi-dirigés

Bonjour,

Je suis médecin généraliste remplaçante et réalise ma thèse de Médecine Générale sur la santé des exploitants agricoles Lorrains.

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de me recevoir.

Le but de cette étude est de comprendre comment les exploitants agricoles Lorrains se soignent et quel est leur rapport à la médecine préventive.

Pour cela, nous allons discuter notamment au sujet de votre santé personnelle. Il n'y a aucune obligation de votre part de répondre à toutes les questions, mais l'objectif est d'être le plus sincère possible afin d'obtenir des données fiables et exploitables. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, aucune réponse-type n'est attendue.

Vous disposez également du droit de vous retirer de cette étude à tout moment.

L'entretien sera enregistré sur dictaphone, si vous l'acceptez, puis entièrement retranscrit à l'écrit, de façon confidentielle et anonyme, et effacé de l'appareil. Je serai la seule à connaître votre identité.

Si vous le voulez bien, nous allons commencer.

Annexe 4

Données socio-démographiques – Entretiens individuels semi-dirigés et Focus Group

- 1) Quel âge avez-vous ? Quelle est votre situation familiale ? Le foyer dispose-t-il d'une autre source de revenu que l'exploitation ?

- 2) Quel est votre statut (exploitant, conjoint collaborateur, retraité) ?
Depuis quelle date ?
S'agit-il d'une exploitation familiale ou hors cadre familial ?

- 3) Quelle est votre zone d'installation (rurale / semi-rurale / urbaine) ?
A quelle distance de votre exploitation vivez-vous ?

- 4) Sous quel mode d'exercice travaillez-vous ? (seul, collaboration)
Si exercice en groupe : nombre d'associés.
Salariés ? Implications de la famille (conjoint, enfants, parents) ?

- 5) Quels types de cultures et/ou d'élevages pratiquez-vous ?

- 6) Quelles activités extraprofessionnelles pratiquez-vous régulièrement, notamment à visée syndicale ou divers conseils d'administration ?

Annexe 5

Présentation de l'étude – Focus Group

Bonjour,

Je m'appelle Delphine Vallée et suis médecin généraliste remplaçante. Je réalise ma thèse de Médecine Générale sur la santé des exploitants agricoles Lorrains.

Le but de cette étude est de comprendre comment les exploitants agricoles Lorrains se soignent et quel est leur rapport à la médecine préventive.

L'intérêt de ce groupe est de vous permettre d'évoquer vos expériences de soin et vos opinions afin de trouver des pistes permettant d'adapter le comportement des soignants pour mieux vous accompagner.

Pour cela, nous allons discuter notamment au sujet de votre santé personnelle. Il n'y a aucune obligation de votre part de répondre à toutes les questions, mais l'objectif est d'être le plus sincère possible afin d'obtenir des données fiables et exploitables.

Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, aucune réponse-type n'est attendue.

Chacun d'entre vous pourra s'exprimer librement, nous n'émettrons aucun jugement sur ce qui pourra être dit.

L'entretien sera enregistré sur dictaphone, si vous l'acceptez, puis entièrement retranscrit à l'écrit, de façon confidentielle et anonyme, et effacé de l'appareil. Le secret médical sera respecté, comme pour tout autre acte de soin.

Vous disposez également du droit de vous retirer de cette étude à tout moment.

A la fin de la séance, nous vous distribuerons à chacun un questionnaire anonyme afin de recueillir quelques données administratives.

Si vous le voulez bien, nous allons commencer.

Tout d'abord, je vais vous demander de vous présenter chacun votre tour : vous donnerez vos nom et prénom, votre statut (exploitant en activité ou retraité), ainsi que votre secteur d'activité.

Annexe 6 Guide d'entretien – Focus Group

1) Que savez-vous des « instants santé de la MSA » ?

- En aviez-vous déjà entendu parler avant cette séance ? Comment ?
 - Aviez-vous déjà été invité à y participer (ou l'un de vos proches) ?
 - Est-ce votre première participation ?
 - En avez-vous déjà parlé avec votre médecin traitant ?
- Selon vous, à quoi servent-ils ?
- Qu'en pensez-vous ?
- Avez-vous l'intention de consulter votre médecin généraliste après réception des résultats des examens pratiqués ?

2) Rapport à la médecine / perceptions des rôles du généraliste

Pour vous, quel(s) est (sont) le(s) rôle(s) d'un médecin généraliste ?

- Pour quelles raisons peut-on aller le voir ?
- Doit-il se préoccuper de l'état général de santé de ses patients ?
- Quelles sont les actions de prévention qu'il peut réaliser ? (statut vaccinal, éducation à la santé/habitus, conseils d'activité physique et de régime alimentaire, sexualité et IST, se renseigner sur les expositions à des toxiques et éventuellement proposer des examens complémentaires, incitation aux dépistages organisés, soutien psychologique...)

3) Santé

Comment définiriez-vous la santé ?

- Que pensez-vous de la santé des agriculteurs en général ?
 - Évoquer pathologies ostéo-articulaires, respiratoires, infectieuses, traumatisme, fatigue, problèmes de stress et risque suicidaire, expositions toxiques (pesticides et autres) et utilisation des EPI,...
 - Que peut-on faire pour l'améliorer ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe 7

**Tableau des caractéristiques professionnelles de la population
des entretiens individuels semi-dirigés**

Entretien	Secteur	Département	Statut	Ancienneté du statut	Mode d'exercice	Activités sur l'exploitation	Exploitation familiale
A	Rural	54	Exploitant	23 ans	Seul avec salariés	Polyculture - élevage (lait + bovins - viande + céréales)	Oui
B	Rural	54	Exploitant	25 ans	EARL avec salarié	Polyculture - élevage (lait + céréales)	Oui
C	Rural	54	Exploitant	13 ans	GAEC avec salariés	Bovins - viande	Oui
D	Rural	54	Cumul emploi - retraite	2 ans	Seul + Société	Polyculture – élevage (lait + bovins – viande + céréales)	Oui
E	Rural	54	Cumul emploi – retraite	1 an	GAEC avec salariés	Polyculture – élevage (lait + bovins – viande + céréales)	Oui
F	Rural	54	Exploitant	35	Seul avec conjointe collaboratrice	Bovins – viande (lait arrêté)	Oui
G	Rural	54	Cumul emploi - retraite	1 mois	GAEC avec salariés	Polyculture – élevage (lait + bovins – viande + céréales)	Oui
H	Semi rural	57	Exploitant	24 ans	GAEC avec salarié	Céréales + pension (bovins), lait arrêté	Oui
I	Rural	55	Exploitant	26 ans	Seul	Polyculture – élevage (bovins – viande)	Oui
J	Rural	54	Exploitant	16 – 17 ans	GAEC avec salarié	Polyculture – élevage (lait + bovins – viande + céréales + prestation de services)	Oui
K	Rural	57	Double	22	Seul	Bovins - viande	Oui

			actif	ans			
L	Rural	54	Exploitant	24 ans	GAEC + SARL avec salarié	Céréales + entreprise de travaux agricoles	Oui
M	Rural	54	Retraité	20 ans	Seul	Polyculture – élevage (lait)	Oui (beaux-parents)
N	Rural	54	Exploitant	?	Seul	Polyculture – élevage (lait)	Oui (beaux-parents) exploitant non issu du monde agricole

Annexe 8

Tableau des caractéristiques professionnelles de la population du focus group

Enquête	Secteur	Département	Statut	Ancienneté du statut	Mode d'exercice	Activités sur l'exploitation	Exploitation familiale
O	Rural	88	Retraité	8 ans	Seul	Elevage	Oui
P	?	88	Retraîtée	12 ans	Collaboration avec son époux	Polyculture – élevage (lait, céréales)	Oui
Q	Rural	88	Exploitante	15 ans	Collaboration, avec son époux	Elevage bovins viande, vente directe	Non
R	Rural	88	Retraîtée	?	Collaboration	?	Oui
S	Rural	88	Retraité	17 ans	Seul	Polyculture – élevage (lait, céréales)	Oui
T	Rural	88	Exploitant	?	Association avec son frère	Polyculture – élevage : lait, bovins – viande, céréales	Oui
U	Rural	88	Exploitant	23 ans	Seul	Elevage laitier	Oui

Annexe 9

Tableau des caractéristiques extraprofessionnelles de la population des entretiens individuels semi-dirigés

Entretien	Sexe	Age	Distance domicile - exploitation	Statut familial	Deuxième source de revenu au foyer	Implication de la famille sur la vie de l'exploitation	Activités extraprofessionnelles
A	M	45	Sur place	En concubinage avec enfants	Non	Oui	Chasse
B	M	47	Sur place	En concubinage avec enfants	Non	Oui (enfants)	Chasse + CUMA
C	M	34	Sur place	Marié avec enfant	Oui	Non	Conseiller communal + Club de Football (JA arrêté)
D	M	68	Sur place	Marié avec enfants	Oui	Oui (neveux)	Non
E	M	64	Sur place	Marié avec enfants	Non	Oui (fils, avant son installation)	Instance + conseiller communal (JA, coopérative laitière, compagnie d'assurance, parents d'élève arrêtés)
F	M	59	Sur place	Marié avec enfants	Non	Oui (fils)	Conseil d'administration compagnie d'assurance, commune
G	F	64	Sur place	Marié avec enfants	Non	Non	Sport en salle
H	M	50	Sur place	Marié avec enfants	Oui	Oui (fille, voisins)	Non
I	M	51	Sur place	Marié avec enfants	Oui	Non	Club de football
J	M	39	3 km	Célibataire sans enfant	Non	Non	Coopérative laitière + MJC + cyclisme
K	M	53	Sur place	Marié avec enfants	Oui	Non	Bois + conseiller communal
L	M	49	Sur place	Marié avec enfants	Oui	Non	Non
M	M	84	Sur place	Marié avec enfants	Non	Oui (épouse,	Ancien président de syndicat agricole, conseil

						enfants)	d'administration coopérative laitière, thés dansants
N	M	49	Sur place	Marié avec enfants	Oui	Oui (fils)	Conseiller communal, chasse

Annexe 10

Tableau des caractéristiques extraprofessionnelles de la population du Focus Group

Enquêté	Sexe	Age	Distance domicile - exploitation	Statut familial	Deuxième source de revenu au foyer	Implication de la famille sur la vie de l'exploitation	Activités extraprofessionnelles
O	M	73	Sur place	Marié	Oui	Non	Maire de la commune, Président du syndicat des eaux
P	F	70	Sur place	Mariée, 4 enfants	Non	?	?
Q	F	55	20 km	Mariée, 4 enfants	Oui	Non	Présidente section locale de la MSA, secrétaire d'une association, référente communication du syndicat des eaux, yoga, développement personnel, aide à la personne
R	F	67	?	Mariée, 3 enfants	Oui	?	Auto entrepreneur : chambres d'hôtes, gîte
S	M	77	?	Marié	Non	Epouse	?
T	M	34	?	Célibataire	Non	Non	Vice-Président section locale MSA, administrateur compagnie d'assurance, JA
U	M	49	Sur place	En couple avec enfants	Oui	Non	Adjoint au maire de la commune

**CONCLUSION
ET
PERSPECTIVES**

I/ Etat de santé de la population agricole française

1) Généralités

Comme nous l'avons rappelé dans notre article, la population agricole présente une espérance de vie globalement supérieure à celle de la population générale, avec cependant une plus faible espérance de vie en bonne santé (1). Les agriculteurs se déclarent moins souvent en bonne santé que la population générale (2). Cette question de la santé comparative abordée dans notre étude a abouti à des réponses variées, certains participants estimant en effet être plus usés physiquement et moralement que le reste de la population, d'autres se considérant au contraire privilégiés grâce à leur mode de vie.

Par ailleurs, comme le redit l'enquête AGRICAN, il existe un effet travailleur sain (« healthy worker effect » (3)) : la population générale, comprenant des sujets exclus du travail (parfois pour des raisons de santé incompatibles avec l'emploi), présente de fait un moins bon état de santé comparativement à une population d'actifs (4). Cela a été évoqué par les personnes rencontrées, qui ont en effet souligné un lien étroit et réciproque entre travail et santé.

2) Causes de décès

D'après notre enquête, les exploitants agricoles disent mourir plus par cancers ou par suicide, ce qui coïncide avec les données de surveillance établies par l'INVS. En effet, pour la période 2007-2008-2009, les principales causes de décès des agriculteurs de sexe masculin étaient les cancers (32%), les causes externes y compris le suicide (28%) puis les maladies de l'appareil circulatoire (19%), à comparer aux données de la population générale (respectivement 39%, 9% et 23% pour ces mêmes causes). Chez les femmes, ce sont toujours ces trois causes qui prédominent, dans un ordre différent (cancers 49%, appareil circulatoire 18%, causes externes 12%). Ces statistiques confirment le profil spécifique de cette population (5).

D'après l'enquête AGRICAN, qui confirme cependant le fait que les agriculteurs sont en meilleure santé que le reste de la population, il est effectivement relevé une surmortalité par cancers cutanés (mélanomes malins notamment), secondaires à une exposition solaire plus importante et à l'exposition aux produits phytosanitaires (4).

Par ailleurs, d'après deux études, l'une sur la mortalité et les causes de décès par profession (programme Cosmop) et l'autre sur la surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants, l'INVS fait cependant état, pour cette population, d'une sous-mortalité par cancers (globalement de -23%) (6), notamment en lien avec le tabac (cancers broncho-pulmonaires, des voies aéro-digestives supérieures, de la vessie) de -27% chez les hommes et de -19% chez les femmes (5), ainsi que d'une plus faible mortalité par cardiopathie ischémique (RR=0,9) et par maladies chroniques du foie (RR=0,8 chez les hommes, 0,9 chez les femmes) (6).

La moindre mortalité par cancers s'expliquerait par une meilleure hygiène de vie : alimentation plus saine, plus d'activité physique, moindre exposition tabagique (4,6,7), donnée concordante avec les résultats de notre étude cités ci-dessus.

En revanche, les exploitants agricoles hommes présentent une surmortalité par cardiopathies non ischémiques, maladies vasculaires cérébrales et pathologies chroniques obstructives de l'appareil respiratoire liées aux expositions professionnelles (8) (RR=1,2 dans les trois cas), par mort violente (RR=1,3) et par suicide (RR=1,5) (6).

Les femmes, quant à elles, souffrent d'un excès de décès par maladies non cancéreuses endocriniennes (RR=1,3) et par diabète (RR=1,4), par maladies cardiovasculaires (RR=1,2) (cardiopathies non ischémiques et maladies vasculaires cérébrales avec un RR respectif de 1,2 et 1,3), par maladies de l'appareil respiratoire (RR=1,2), par mort violente (RR=1,3) et par suicide (RR=1,9) (6).

3) Santé mentale

Concernant le risque psychosocial, mis nettement en avant dans notre étude, il est reconnu que le stress professionnel est le plus présent dans l'agriculture, se surajoutant aux aléas climatiques et aux contrôles administratifs dont la récurrence pèse sur le moral des installés (9).

Parmi les sujets âgés de 55 à 85 ans, selon le baromètre santé 2010, c'est la population d'agriculteurs hommes qui présente le plus fort risque de détresse psychologique (en dehors d'un épisode dépressif caractérisé ou de pensées suicidaires) avec un OR à 1,3, mais sans différence statistiquement significative (IC à 95% [0,5 - 3,7]) (10).

Ainsi, la mortalité par suicide est la plus élevée dans cette CSP, donnée concordante avec les études menées dans d'autres pays développés. (11,12).

Quel que soit le sexe, le suicide est la cause de décès par cause externe la plus fréquente (55%) avant les accidents (42%), avec un excès de suicide de +20 à 50% chez les hommes comparativement à la population générale selon les études (5,6).

Le suicide est finalement la troisième cause de décès (toutes causes confondues) chez les agriculteurs hommes (15%) et femmes (6,8%). La différence est statistiquement significative par rapport à la population générale pour les hommes de la tranche 55-64 ans et chez les éleveurs de bovins (lait et viande). (5)

L'isolement professionnel, que regrettent les agriculteurs rencontrés, est un facteur de risque de suicide plus marqué dans cette catégorie de la population, qui aurait par ailleurs moins tendance à faire appel à l'aide médicale et psychosociale que d'autres populations (5). Il serait aussi lié à un plus grand risque de maladies cardiovasculaires et d'accidents (2).

Les autres facteurs de risque de suicide retrouvés chez les exploitants agricoles sont : le sexe masculin, la ruralité, un faible revenu, un bas niveau d'études et le célibat (13).

Une étude australienne a retrouvé un risque de suicide plus élevé en cas de : aléas climatiques extrêmes, isolement, disponibilité professionnelle, accès et usage régulier d'armes à feu, souffrances animales et pertes de bétail, charge administrative et législation pesante, usage de technologies, perte foncière (12).

4) Santé physique

Le deuxième risque professionnel majeur auquel sont exposés les exploitants agricoles est le risque biomécanique. Dans cette catégorie, le nombre de déclarations d'accidents de travail et maladies professionnelles (AT-MP) baisse plus rapidement que le nombre d'assurés NSA (-3,9% d'ATMP déclarés entre 2012 et 2013 versus une baisse de -1,4% d'assurés NSA). En 2013, 79 décès ont fait suite à un ATMP, dont 73 suite à un AT et 70 concernaient des chefs d'exploitation. Les éleveurs de bovins sont les plus touchés avec 46,1% des accidents et 45,7% des décès. (14)

L'augmentation des déclarations de nouvelles MP est plus importante chez les femmes avec une très nette majorité de troubles musculo-squelettiques (TMS) (dans 90% des cas) (14). Parmi les TMS déclarés en MP, un tiers sont des syndromes du canal carpien (avec ou sans AT) (1,4 fois plus fréquents chez les femmes). L'INVS estime que 19% des syndromes du canal carpien opérés chez les femmes agricultrices pourraient être imputables à leur activité professionnelle. (9)

Chez les hommes ce sont les atteintes rachidiennes lombaires qui prédominent. On note également une croissance des atteintes de l'articulation de l'épaule.

Les étiologies principales de ces troubles sont les mouvements ou le travail répétitifs. La population la plus atteinte est celle des éleveurs laitiers (9). Dans notre étude, ces pathologies ont bien été relatées par les éleveurs laitiers rencontrés, et mises en relation avec les conditions de traite.

Le problème du surpoids est bien connu des agriculteurs eux-mêmes, qui l'expliquaient dans notre étude par la sédentarité (mécanisation de leur profession) et une alimentation riche utilisée comme une récompense ou un réconfort. L'obésité est d'ailleurs une des pathologies les plus probablement déclarées dans la population agricole. Il en est de même pour l'HTA, au contraire des allergies et rhinites allergiques qui sont statistiquement moins probables (15).

Concernant le taux d'ALD déclarées, il est supérieur chez les agriculteurs comparativement aux autres CSP. Au niveau national en 2016, 21.2% des assurés à la MSA (SA et NSA) avaient au minimum une pathologie déclarée en ALD, contre 16.9% des affiliés au régime général. Les pathologies dominantes sont sensiblement les mêmes : diabète, insuffisance cardiaque ou cardiopathie ischémique chronique, cancers (données MSA).

Le risque spécifique constitué par l'exposition aux produits phytosanitaires a été largement dépeint lors de notre étude. Les exploitants ont supposé un lien possible entre les pesticides qu'ils utilisaient et certaines maladies qu'ils considéraient trop fréquentes dans leur profession, notamment certaines pathologies neuromusculaires, certains cancers ou des troubles de la fertilité.

Concernant les pathologies neurodégénératives, un lien a été établi avec certitude uniquement pour la maladie de Parkinson (+13% de maladies déclarées chez les affiliés MSA, avec une atteinte prédominant chez les NSA et essentiellement dans la viticulture) (16–18). Un décret de 2012 permet d'ailleurs de faire reconnaître l'origine professionnelle de cette dernière pour les personnes exposées (19).

Un surrisque d'hémopathies malignes (lymphome malin non hodgkinien, leucémies, myélome multiple, maladie de Hodgkin) a également été prouvé en lien avec cette exposition (20).

Par ailleurs, certaines études ont montré un plus fort risque de développer une maladie d'Alzheimer, une sclérose latérale amyotrophique, des troubles affectifs ou une tentative de suicide, sans qu'une preuve de causalité puisse être établie à ce jour (21,22).

Une autre conséquence supposée de l'utilisation des pesticides est liée à leur effet perturbateur du système endocrinien : l'INSERM a retrouvé une augmentation du délai nécessaire à concevoir chez les agriculteurs, qui présentent des atteintes spermatiques caractéristiques, sans pouvoir cependant conclure quant à l'origine de l'infécondité. Aucune donnée n'est apportée concernant les femmes (23).

D'autre part, une étude menée entre 2015 et 2017 dans le service de médecine interne du centre hospitalier universitaire d'Amiens a retrouvé une plus grande fréquence de neuropathies périphériques, myalgies et uvéites chez les patients agriculteurs (20), mais la méthodologie utilisée ne permet pas de conclure quant à un lien professionnel ni à une exposition responsable.

Notons également qu'une augmentation des troubles sensoriels (visuels et auditifs) a été trouvée chez les agriculteurs (24), dont l'étiologie reste à démontrer, mais l'exposition au bruit (moteurs des tracteurs) était invoquée par les participants.

Enfin, en ce qui concerne le risque infectieux, certaines zoonoses transmises de l'animal à l'homme (chez les éleveurs) font l'objet d'une prévention et d'une information particulières chez les exploitants (25).

En France, une étude menée en 1999-2000 montrait une augmentation de l'incidence de la maladie de Lyme en région Lorraine. Les facteurs de risque de la maladie identifiés étaient le travail agricole et le fait de vivre en secteur rural (26), ce qui concorde avec les recherches menées dans d'autres pays européens (27,28).

Dans la région Grand-Est, la séroprévalence de la maladie de Lyme était supérieure en Alsace et en Lorraine, celle de la Tick-Borne Encephalitis (TBE) ne l'était qu'en Alsace. En revanche, la catégorie professionnelle n'influçait significativement le statut sérologique que pour les bûcherons. (29)

II/ Prévention et agriculture

1) Participation aux IS

Le rapport de la DERS de 2013 portant sur la participation des affiliés aux IS de 2011 fait état d'un taux de participation en baisse progressive et constante depuis 2008 (23,5% en 2008, 22,9% en 2009, 22,0% en 2010, 20,7% en 2011), avec une moindre participation des assurés en ALD ou bénéficiaires de la CMUc. La population incluse dans cette étude présentait un taux de participation (bilan pré-médical et/ou consultation médicale) de 37,1%, avec un meilleur taux dans la population féminine (37,9 versus 36,6%). La seule variable qui influçait sur le fait de participer ou non était l'âge (< ou >= à 45 ans avec des taux respectifs de 30,1% et 39,4%). (30)

La population de cette étude a finalement été divisée en groupes selon son statut de participant ou non et son âge :

- chez les moins de 45 ans, on retrouve deux groupes à prédominance masculine participant faiblement, un groupe de NSA, non en ALD (taux de participation de 29%) et un groupe de SA, en ALD, ayant recours aux soins du fait d'un état de santé dégradé (taux de participation de 27%),
- un groupe de moins de 45 ans, à prédominance féminine, non en ALD, ayant une attitude préventive globale et un meilleur taux de participation (33%),
- à partir de 45 ans, on retrouve deux groupes adhérant faiblement aux IS, un groupe d'hommes NSA en bonne santé, peu consommateurs de soins (taux de participation de 38%) et un groupe ayant recours aux soins de par son mauvais état de santé (taux de participation de 31%),
- à partir de 45 ans, deux groupes participant de manière plus assidue aux IS, un groupe masculin en bonne santé, ayant peu recours aux soins excepté pour les soins dentaires (taux de participation de 45%) et un groupe féminin en bonne santé ayant globalement une attitude plus auto-préventive avec un taux de participation de 48%.

Ainsi, les participants sont caractérisés par une attitude auto-préventive et de consommation de soins, contrairement aux patients en ALD qui ont recours au système de santé plus par nécessité. (30)

2) Place des médecins traitants

Dans sa thèse de médecine générale soutenue à Nancy en 2014, Marie Deutscher a réalisé des focus groups de médecins généralistes afin de discuter de leur perception de cette médecine préventive organisée par la MSA. Il en ressortait que les IS avaient un intérêt vis-à-vis des patients non réguliers, non suivis voire sous-consommateurs en matière de santé. Au contraire des patients suivis régulièrement pour lesquels les médecins estimaient les examens réalisés (biologiques) redondants avec ceux prescrits dans la surveillance habituelle, voire parfois inutiles (31). Dans notre étude, les exploitants ont émis les mêmes reproches aux bilans de santé périodiques de la MSA.

Pour les médecins généralistes, l'atout majeur de ces examens périodiques résidait dans l'auto-questionnaire qui permettait d'aborder des questions généralement peu posées en pratique courante (humeur, sommeil, sexualité, alcool), ainsi que dans le contrôle du statut vaccinal. De même, ils étaient satisfaits de l'apport des tests fonctionnels (non réalisés en cabinet de médecine générale car nécessitant un équipement spécifique rarement disponible en dehors de certaines maisons de santé). En revanche, la biométrie n'était pas perçue positivement (le poids étant habituellement suivi régulièrement). Cependant, l'attrait des patients pour les examens biologiques, en effet sollicités par les participants à notre étude, et les tests fonctionnels était reconnu, ce qui a pu amener à la suggestion d'une phase de ciblage par le médecin traitant, qui permettrait de prévoir les examens (biologie, biométrie, tests fonctionnels) pertinents en fonction de chaque patient. (31)

Les lacunes dans la formation des médecins généralistes confrontés à la population agricole ont été regrettées par les exploitants que nous avons rencontrés. Les médecins ayant

participé à l'enquête de 2014 portaient justement un intérêt particulier à la question des risques professionnels et pathologies spécifiques (exposition aux produits toxiques, isolement social, suicide), à la frontière avec la médecine du travail. Ils étaient peu informés de l'existence des praticiens en santé et sécurité au travail au sein des caisses de MSA (31), de même que la population de notre étude.

3) Comportement de santé des exploitants agricoles

Les résultats de notre étude montraient une ambivalence des exploitants agricoles lorrains vis-à-vis de la prévention, bien qu'ils s'accordaient pour reconnaître une tendance à un accès tardif aux soins, tout comme l'expliquait Monsieur André Flajolet, député du Pas-De-Calais, dans son rapport de mission relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire (32).

En ce qui concerne la santé bucco-dentaire, le Baromètre Santé 2014 rapportait que les agriculteurs avaient moins recours au brossage des dents comparativement à la population générale, de manière statistiquement significative (33), ce qui témoignerait d'une moindre adhésion aux comportements de prévention.

Certains agriculteurs nous ont parlé d'une surconsommation éthylique, pouvant être en lien avec le stress professionnel qu'ils subissent. Ils sont en effet une des CSP les plus consommatrices d'alcool (avec les cadres, chefs d'entreprise et artisans), la consommation prédominant au déjeuner et le matin (34), avec un risque supérieur de consommation à risque chronique (OR = 1,1, IC à 95% [0,8 – 1,6]) (10).

Un exploitant du focus group a mis en avant la sédentarité grandissante malgré leur profession, ce qui est confirmé par le rapport que la DREES a publié 2017 et selon lequel les exploitants agricoles sont la CSP qui déclare la plus faible pratique d'une activité sportive habituelle (36%, versus 68% chez les cadres et professions intellectuelles) (2).

Peu d'agriculteurs de notre étude ont évoqué une exposition tabagique, ce qui est corroboré par le fait qu'il s'agisse de la catégorie la moins exposée à cette intoxication : 9,3% versus 19,7% chez les cadres et professions intellectuelles (seconde catégorie la moins consommatrice) (7).

Enfin, concernant les dépistages, le taux de participation à la campagne 2015-2016 du dépistage organisé du cancer colorectal était de 29,2% pour les assurés MSA, au même niveau que la participation nationale tous régimes confondus (29,3%) (35).

Sur la même période, ce taux était de 51,1% pour le cancer du sein chez les femmes affiliées au régime général (36), inférieur à celui des ressortissantes du régime agricole, toutefois en baisse (passé de 56,4% en 2015 à 53,3% en 2016).

III/ Conclusion

En conclusion, les soucis de santé viennent renforcer la fragilité d'une population déjà soumise à des difficultés sociales et professionnelles conséquentes (9), telles qu'une rémunération perçue comme mauvaise ou très mauvaise par plus de la moitié des exploitants agricoles des deux sexes en 2013 (2)

Les résultats de notre étude suggèrent donc des pistes de réflexion afin de mieux accompagner les exploitants agricoles lorrains vers une meilleure adhésion aux soins et à la prévention.

Notre analyse montre en effet une ambivalence des exploitants agricoles vis-à-vis de toute prévention, de quelque nature qu'elle soit. Pourtant, il s'agit bien d'une population qui semble avoir globalement conscience des risques (professionnels ou personnels), des moyens de prévention et de leur nécessaire mise en application, mais qui ne priorise pas sa santé par rapport à son travail – passion.

La place du médecin traitant est, à en croire notre analyse, centrale et essentielle, notamment dans le cadre des IS. Pour cette population, il garde sa position de médecin de famille et doit pouvoir être disponible et adapter sa prise en charge aux habitudes de consommation de soin de ses patients.

Il serait finalement intéressant d'engager une réflexion sur l'organisation des IS à destination des exploitants agricoles, afin de les faire mieux connaître et d'en faire reconnaître l'utilité, voire la nécessité pour les affiliés les plus éloignés du système de santé. C'est le sens de la démarche engagée par la MSA Lorraine depuis 2017, avec le ciblage des IS concentré vers les assurés sous-consommateurs en matière de santé.

Par ailleurs, comme l'avait déjà suggéré Marie Deutscher dans sa thèse de médecine générale en 2014, une collaboration plus étroite avec les médecins traitants permettrait peut-être d'augmenter l'adhésion des assurés à ces événements et aux soins plus généralement.

Une formation et une information spécifiques pourraient être destinées aux médecins exerçant dans les secteurs ruraux, délivrées par la MSA, afin de les sensibiliser aux spécificités du monde agricole (lien étroit entre les difficultés économiques et la santé mentale et physique, recours et adhésion différents au système de santé selon le profil, modalités du repérage des patients les plus fragiles selon les formations dont bénéficient les professionnels de l'agriculture, et informations sur les recours existants).

Bibliographie

1. Emmanuelle Cambois, Thomas Barnay. Espérances de vie, espérances de vie en santé et âge de départ à la retraite : des inégalités selon la profession en France. *Retraite et société*. (2009/3 (n° 59)):194-205.
2. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 [Internet]. DREES; 2017 mai [cité 24 avr 2018] p. 436. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
3. Shah D. Healthy worker effect phenomenon. *Indian J Occup Environ Med*. août 2009;13(2):77-9.
4. Enquête AGRICAN : les agriculteurs en meilleure santé que le reste de la population. *Enquête AGRICAN*; 2012;(2012/2 n°214):p.73-75.
5. Claire Brossard, Gaëlle Santin, Irina Guseva Canu. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants - Premiers résultats [Internet]. Saint- Maurice : Institut de veille sanitaire; 2013 sept [cité 24 avr 2018] p. 29. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr>
6. Béatrice Geoffroy-Perez. Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1968 à 1999 à partir de l'Echantillon démographique permanent Etude pour la mise en place du programme Cosmop : Cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession [Internet]. INVS; 2006 sept [cité 24 avr 2018] p. 1-162. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr>
7. Caroline Allonier, Paul Dourgnon, Thierry Rochereau. Santé, soins et protection sociale en 2004 Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS). 2006 janv. (IRDES). Report No.: Rapport n° 531 (biblio n° 1621).
8. Jean-Claude Dalphin. Pathologies respiratoires : quels risques pour les professionnels de l'agriculture? LES RISQUES ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES DES AGRICULTEURS; 2013 nov 13; Académie d'Agriculture de France.
9. Brière J. Indicateurs en santé travail : Les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur en France [Internet]. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2015 févr [cité 24 avr 2018] p. 54. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr>
10. Léon C., Beck F. Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes; 2014 avr p. 194. (coll. Baromètres santé.).
11. Gallagher LM, Kliem C, Beautrais AL, Stallones L. Suicide and occupation in New Zealand, 2001-2005. *Int J Occup Environ Health*. mars 2008;14(1):45-50.

12. Perceval M, Kølves K, Ross V, Reddy P, De Leo D. Environmental factors and suicide in Australian farmers: A qualitative study. *Arch Environ Occup Health*. 20 mars 2018;1-25.
13. Laplante J-J. Souffrance psychique des professionnels de l'agriculture : prévention du suicide. *Prévention du stress et des accidents en agriculture*. [Internet]. Preventagri 2004; 2003 juin [cité 24 avr 2018] p. 71 - 94. (Actes du colloque). Report No.: N°10. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/828>
14. Jean-Claude Chrétien. Statistiques des risques professionnels des non-salariés et des chefs d'exploitation agricole Données nationales 2013. 2015.
15. Caroline Allonier, Stéphanie Guillaume, Catherine Sermet. De quoi souffre-t-on ? État des lieux des maladies déclarées en France Enquête décennale santé INSEE 2002-2003. *Bulletin d'information en économie de la santé*. juin 2007;(123).
16. Kab S. Relation entre les caractéristiques agricoles et deux maladies neurodégénératives, la maladie de Parkinson et la sclérose latérale amyotrophique [Internet] [phdthesis]. Université Paris-Saclay; 2017 [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01780848/document>
17. Kab S, Moisan F, Elbaz A. Farming and incidence of motor neuron disease: French nationwide study. *Eur J Neurol*. 2017;24(9):1191-5.
18. Kab S, Spinosi J, Chaperon L, Dugravot A, Singh-Manoux A, Moisan F, et al. Agricultural activities and the incidence of Parkinson's disease in the general French population. *European Journal of Epidemiology*. mars 2017;32(3):203-16.
19. MSA - Maladie professionnelle : la maladie de Parkinson provoquée par les pesticides [Internet]. [cité 11 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.msa-mayenne-orne-sarthe.fr/lfy/419>
20. Aubignat M, Schmidt J, Smail A, Salle V, Gourguechon C, Pater F, et al. Pathologies neuromusculaires et profession d'agriculteur : étude cas témoins en milieu hospitalier. *La Revue de Médecine Interne*. 1 déc 2017;38:A70-1.
21. Parrón T, Requena M, Hernández AF, Alarcón R. Association between environmental exposure to pesticides and neurodegenerative diseases. *Toxicol Appl Pharmacol*. 1 nov 2011;256(3):379-85.
22. Blanc-Lapierre A, Bouvier G, Garrigou A, Canal-Raffin M, Raheison C, Brochard P, et al. Effets chroniques des pesticides sur le système nerveux central : état des connaissances épidémiologiques. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 oct 2012;60(5):389-400.
23. Multigner L. Perturbateurs endocriniens et anomalies de l'appareil génital masculin. *Environnement, Risques & Santé*. 1 janv 2007;6(1):5-7.

24. Chou C-F, Beckles GLA, Zhang X, Saaddine JB. Association of Socioeconomic Position With Sensory Impairment Among US Working-Aged Adults. *Am J Public Health*. juin 2015;105(6):1262-8.
25. Fiches Zoonoses | Alim'agri [Internet]. [cité 17 mai 2018]. Disponible sur: <http://agriculture.gouv.fr/fiches-zoonoses>
26. Letriliart L, Ragon B, Hanslik T, Flahault A. Lyme disease in France: a primary care-based prospective study. *Epidemiol Infect*. oct 2005;133(5):935-42.
27. Tokarska-Rodak M, Plewik D, Koziół-Montewka M, Szepeluk A, Paszkiewicz J. Risk of occupational infections caused by *Borrelia burgdorferi* among forestry workers and farmers. *Med Pr*. 2014;65(1):109-17.
28. Deutz A, Fuchs K, Nowotny N, Auer H, Schuller W, Stünzner D, et al. Sero-epidemiological studies of zoonotic infections in hunters--comparative analysis with veterinarians, farmers, and abattoir workers. *Wien Klin Wochenschr*. 2003;115 Suppl 3:61-7.
29. Thorin C, Rigaud E, Capek I, André-Fontaine G, Oster B, Gastinger G, et al. Séroprévalence de la borréliose de Lyme et de l'encéphalite à tiques chez des professionnels exposés dans le Grand Est de la France. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 1 oct 2008;38(10):533-42.
30. Les invités aux Instants Santé en 2011 Profil de Consommation de soins des participants et des non participants [Internet]. CCMSA DERS; 2013 nov [cité 26 avr 2018] p. 1-40. Disponible sur: www.msa.fr
31. Marie Deutscher. Place de la Médecine Générale dans les bilans de prévention de la Mutualité Sociale Agricole. [Internet]. [Faculté de Médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2014 [cité 26 avr 2018]. Disponible sur: www.docnum.univ-lorraine.fr
32. Monsieur André Flajolet Député du Pas-de-Calais. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire [Internet]. 2008 avr [cité 26 avr 2018]. Disponible sur: www.solidarites-sante.gouv.fr
33. COLETTE MÉNARD, DANIELLE GRIZEAU-CLEMENS, JACQUES WEMAERE. Santé bucco-dentaire des adultes. *Evolutions*. mars 2016;(35):1-10.
34. Escalon H., Bossard C., Beck F. dir. Baromètre santé nutrition 2008. INPES; 2009.
35. INVS. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2015-2016 [Internet]. 2017 [cité 26 avr 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2015-2016>

36. INVS. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2015-2016 [Internet]. [cité 26 avr 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2015-2016>
37. François Beck, Arnaud Gautier. Baromètre cancer 2010. INPES.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La population agricole française présente une plus faible espérance de vie en bonne santé que la population générale malgré une plus grande espérance de vie globale. Sa participation aux bilans périodiques de prévention, organisés par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) en collaboration avec les médecins généralistes, est en baisse, dans un contexte économique qui accroît le risque psychosocial. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer les freins et leviers à entreprendre une démarche de prévention ou de soins.

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée auprès de quatorze exploitants affiliés à la MSA Lorraine puis un focus group a été réalisé auprès de sept autres. Le recrutement a été réalisé par l'intermédiaire de médecins et de professionnels de l'agriculture, puis par la méthode boule de neige. Les entretiens ont été analysés indépendamment par deux personnes, selon la méthode de théorisation ancrée.

Les participants ont souligné le rôle central du médecin généraliste, insistant sur le lien de confiance et le temps qui devrait leur être accordé. Bien qu'ils aient conscience des risques professionnels auxquels ils sont exposés, ils ont un rapport ambigu et parfois inconscient à la prévention. La surcharge de travail, un manque de motivation, l'endurance à la douleur ou la honte les empêchaient de consulter. L'intrication entre l'économie et la santé mentale puis physique a été mise en avant. Les leviers retrouvés étaient d'ordre financier (de diverses natures), professionnel (entraide, formation), ou médical (suivi plus rapproché ou obligatoire par la MSA, collaboration entre instances agricoles et médecins traitants, formation plus spécifique de ceux-ci).

L'ambivalence des exploitants agricoles lorrains vis-à-vis de la prévention et des soins est en accord avec les résultats de précédentes études. Ils attendent que les médecins ruraux bénéficient d'une formation plus spécifique, leur accordent plus de temps, et soient vigilants avec les patients sous-consomphants en matière de santé. La MSA pourrait renforcer les bilans de santé et favoriser la pratique d'activités extra-professionnelles.

TITRE EN ANGLAIS

The behavior of Lorraine farmers in terms of access to health care and prevention : a qualitative study conducted by semi-directed individual interviews and focus group in 2017-2018.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2018.

MOTS CLEFS :

Médecine préventive, médecin généraliste, comportement en matière de santé, MSA, agriculteurs, agriculture, étude qualitative.

INTITULÉ ET ADRESSE

Université de Lorraine
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex