

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 281

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État  
Mention Médecine Générale

PAR

**MINEUR Emilie**

Née le 01 août 1993 à VILLERS-SEMEUSE

---

**Les représentations et attentes des exploitants agricoles des  
Ardennes en prévention en santé**

---

Présidente de thèse : Professeure GONZALEZ Maria  
Directrice de thèse : Docteur LEPINE Camille













KOMPOKSI	CU	KELOMPOK/PROBES/LOKASI/LOKASISAMA	LOKASI/LOKASI/LOKASI/LOKASI/LOKASI
K-1000-1		- K-1000-1	40-1000-1000-1000-1000-1000-1000
K-1000-2		- K-1000-2	40-1000-2000-2000-2000-2000-2000
K-1000-3		- K-1000-3	40-1000-3000-3000-3000-3000-3000
K-1000-4		- K-1000-4	40-1000-4000-4000-4000-4000-4000
K-1000-5		- K-1000-5	40-1000-5000-5000-5000-5000-5000
K-1000-6		- K-1000-6	40-1000-6000-6000-6000-6000-6000
K-1000-7		- K-1000-7	40-1000-7000-7000-7000-7000-7000
K-1000-8		- K-1000-8	40-1000-8000-8000-8000-8000-8000
K-1000-9		- K-1000-9	40-1000-9000-9000-9000-9000-9000
K-1000-10		- K-1000-10	40-1000-10000-10000-10000-10000-10000
K-1000-11		- K-1000-11	40-1000-11000-11000-11000-11000-11000
K-1000-12		- K-1000-12	40-1000-12000-12000-12000-12000-12000
K-1000-13		- K-1000-13	40-1000-13000-13000-13000-13000-13000
K-1000-14		- K-1000-14	40-1000-14000-14000-14000-14000-14000
K-1000-15		- K-1000-15	40-1000-15000-15000-15000-15000-15000
K-1000-16		- K-1000-16	40-1000-16000-16000-16000-16000-16000
K-1000-17		- K-1000-17	40-1000-17000-17000-17000-17000-17000
K-1000-18		- K-1000-18	40-1000-18000-18000-18000-18000-18000
K-1000-19		- K-1000-19	40-1000-19000-19000-19000-19000-19000
K-1000-20		- K-1000-20	40-1000-20000-20000-20000-20000-20000
K-1000-21		- K-1000-21	40-1000-21000-21000-21000-21000-21000
K-1000-22		- K-1000-22	40-1000-22000-22000-22000-22000-22000
K-1000-23		- K-1000-23	40-1000-23000-23000-23000-23000-23000
K-1000-24		- K-1000-24	40-1000-24000-24000-24000-24000-24000
K-1000-25		- K-1000-25	40-1000-25000-25000-25000-25000-25000
K-1000-26		- K-1000-26	40-1000-26000-26000-26000-26000-26000
K-1000-27		- K-1000-27	40-1000-27000-27000-27000-27000-27000
K-1000-28		- K-1000-28	40-1000-28000-28000-28000-28000-28000
K-1000-29		- K-1000-29	40-1000-29000-29000-29000-29000-29000
K-1000-30		- K-1000-30	40-1000-30000-30000-30000-30000-30000
K-1000-31		- K-1000-31	40-1000-31000-31000-31000-31000-31000
K-1000-32		- K-1000-32	40-1000-32000-32000-32000-32000-32000
K-1000-33		- K-1000-33	40-1000-33000-33000-33000-33000-33000
K-1000-34		- K-1000-34	40-1000-34000-34000-34000-34000-34000
K-1000-35		- K-1000-35	40-1000-35000-35000-35000-35000-35000
K-1000-36		- K-1000-36	40-1000-36000-36000-36000-36000-36000
K-1000-37		- K-1000-37	40-1000-37000-37000-37000-37000-37000
K-1000-38		- K-1000-38	40-1000-38000-38000-38000-38000-38000
K-1000-39		- K-1000-39	40-1000-39000-39000-39000-39000-39000
K-1000-40		- K-1000-40	40-1000-40000-40000-40000-40000-40000



### C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

#### C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr. A. B. B. M. ...  
 Dr. ...  
 Dr. ...  
 Dr. ...  
 Dr. ...

#### C2 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dr. ...  
 Dr. ...

#### C3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr. ...  
 Dr. ...  
 Dr. ...  
 Dr. ...  
 Dr. ...

### E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr. ...	Dr. ... - ...

### F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- **André Van Damme** (né le 19/01/30)  
 C-44120 Fines (Belgique), 19/01/2004 (19 ans)  
 1967-1971 : Université de Liège, 1971-1976 : Université de Louvain
- **Georges Van Der Auweraert** (né le 22/01/25)  
 1947-1951 : Université de Liège (1947-1951)  
 1951-1956 : Université de Liège (1951-1956)  
 1956-1961 : Université de Liège (1956-1961)  
 1961-1966 : Université de Liège (1961-1966)  
 1966-1971 : Université de Liège (1966-1971)
- **Georges Van Der Auweraert** (né le 22/01/25)  
 1947-1951 : Université de Liège (1947-1951)  
 1951-1956 : Université de Liège (1951-1956)  
 1956-1961 : Université de Liège (1956-1961)  
 1961-1966 : Université de Liège (1961-1966)  
 1966-1971 : Université de Liège (1966-1971)
- **Georges Van Der Auweraert** (né le 22/01/25)  
 1947-1951 : Université de Liège (1947-1951)  
 1951-1956 : Université de Liège (1951-1956)  
 1956-1961 : Université de Liège (1956-1961)  
 1961-1966 : Université de Liège (1961-1966)  
 1966-1971 : Université de Liège (1966-1971)
- **Georges Van Der Auweraert** (né le 22/01/25)  
 1947-1951 : Université de Liège (1947-1951)  
 1951-1956 : Université de Liège (1951-1956)  
 1956-1961 : Université de Liège (1956-1961)  
 1961-1966 : Université de Liège (1961-1966)  
 1966-1971 : Université de Liège (1966-1971)

### F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

• **Georges Van Der Auweraert** (né le 22/01/25)

### F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

- **Georges Van Der Auweraert** (né le 22/01/25)



## ***SERMENT D'HIPPOCRATE***

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

## ***Remerciements***

***À notre Maître et Présidente de jury, Madame la Professeure Maria GONZALEZ,***

*Professeure de Médecine et Santé au Travail, service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail, pôle de Santé Publique et Santé au Travail,*

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury et je vous en suis infiniment reconnaissante. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements ainsi que l'expression de ma profonde gratitude.

***À notre Maître et Juge, Monsieur le Docteur Fabien ROUGERIE,***

*Docteur en Médecine Générale et Professeur Associé des Universités de Médecine Générale,*

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de participer à ce jury et de l'intérêt que vous portez à ce travail. Je vous suis profondément reconnaissante de votre compréhension et de votre disponibilité. Veuillez trouver ici le témoignage de ma respectueuse considération.

***À notre Maître et Juge, Madame le Docteur Pascale HERBRECHT,***

*Docteur en Médecine, Médecin du Travail et cheffe de service à la MSA d'Alsace,*

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et de l'honneur que vous me faites en acceptant de participer à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

***À notre Maître et Juge, Monsieur le Docteur Jean-Luc GRIES,***

*Docteur en Médecine Générale,*

Je vous exprime mes profonds remerciements pour avoir accepté de juger ce travail. Je vous remercie pour l'enseignement complet que vous m'avez transmis à travers les examens approfondis ainsi que les remises en question de chaque prise en charge. Vous avez su confirmer mon goût pour la médecine générale en milieu rural. Soyez assuré de mon profond respect.

***À notre Maître, Juge et Directrice de thèse, Madame le Docteur Camille LEPINE,***

*Docteur en Médecine Générale, cheffe de clinique des Universités de Médecine Générale,*

Je te remercie profondément de m'avoir accompagnée, tout au long de mon internat, à travers ton rôle de tutrice, et d'avoir poursuivi dans la direction de mon travail de thèse. Tu as su me guider malgré ton planning chargé et mon désir d'exhaustivité difficile à réfréner. Merci pour tes conseils et ton soutien tout au long de ce travail.

***À tous les médecins généralistes et spécialistes, professeurs, assistants et internes qui ont participé à ma formation,***

Je vous remercie de m'avoir accompagnée tout au long de mon cursus et de m'avoir transmis toutes ces connaissances et ce savoir-faire.

**À toutes les infirmières et tous les infirmiers, toutes les aides-soignantes et toutes les secrétaires médicales que j'ai pu rencontrer pendant mon externat et mon internat,**

Merci de votre patience, votre gentillesse, votre bienveillance et votre réconfort. Vous avez été pour moi des formateurs, des piliers, des conseillers et tant d'autres choses. Pour cela, un grand merci à vous.

**Aux exploitants agricoles,** qui ont accepté de participer à cette recherche et sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour. Vous m'avez accueillie avec bienveillance et m'avez accordé votre confiance sans réticence. Vous m'avez consacré une bonne partie de votre temps, pourtant si précieux, et m'avez offert des échanges riches et généreux. Pour tout ceci, je vous adresse mon entière reconnaissance.

**À ma famille,**

À mes parents, que je remercie pour leur éducation, la transmission de valeurs solides, ainsi que la liberté et la chance, qu'ils ont toujours voulu que l'on ait, de pouvoir choisir notre voie dans la vie. Merci pour vos sacrifices, vos encouragements et pour votre soutien indéfectibles pendant toutes ces années. À mon père, qui a été ma grande source d'inspiration pour ce travail et mon premier cobaye. J'espère que cela te permettra de prendre mieux soin de toi, et de plus considérer ta santé. Merci de n'avoir jamais douté de ta grande bique et de nous avoir transmis le goût de l'effort et du travail, ainsi que cette passion et ce respect du vivant et de la terre.

À ma mère, mon modèle de générosité et de force, qui nous a toujours entourés de tant d'amour. Merci pour tes petits plats, d'être toujours à mes côtés et d'avoir même vécu mon stress par procuration. Merci de m'avoir transmis et appris cette joie et cette envie de partager et de donner aux autres sans réserve. Merci à tous les deux pour l'amour inconditionnel dont vous m'avez toujours abreuvée et d'avoir toujours cru en moi, souvent bien plus que moi-même. Je suis fière d'être votre fille, je vous aime.

À ma sœur et mon frère, merci pour votre calme pendant les weekends et les vacances lors de ma première année de médecine principalement, ainsi que les suivantes.

À mon frère, merci d'avoir toujours eu confiance en moi, déjà dès ton plus jeune âge lors de mes entraînements pratiques. Merci pour avoir mis de la poésie dans nos vies (au sens propre comme figuré) et de partager les bons comme les mauvais moments avec moi.

À Lydie et Coco, merci de nous avoir apporté ce rayon de soleil : Nathanaël. J'espère que d'autres petits cœurs de beurre viendront bientôt emplir d'amour la vie de leur tata. Nanaël, tu égaies notre vie à tous à travers ton sourire, ton amour et ton énergie débordante, ta tata qui t'aime.

À mamie Anne-Marie, pour ta coquetterie et ta cuisine réconfortante, notamment ta choucroute et ton couscous emblématiques. Et pour ces moments passés ensemble et à venir.

À mamie Suzette, merci pour ces précieux souvenirs, tu me manques, et à mes grands-pères qui me regardent de là-haut, j'espère vous rendre fiers.

À mes oncles et tantes, à mes cousins et cousines, à mes petits cousins et petites cousines, merci de nous offrir ces moments d'amour, de partage et de folie en famille.

Aux cousins Mineur pour ce réveil des mariés inoubliable et pour tout le reste.

À mon filleul Ioan, qui grandit beaucoup trop vite, je serais toujours là pour toi quelle que soit la distance, ta marraine qui t'aime.

À ma marraine et mon parrain, qui m'ont accompagnée dès mon plus jeune âge, m'ont inculqué de justes valeurs, m'ont fait voyager et tellement d'autres choses encore. Merci à vous deux d'avoir accepté ce rôle et de si bien le remplir.

À tonton Jean-Mi qui laisse un énorme vide dans nos cœurs et qui nous manque à tous. Merci de nous avoir transmis la volonté, l'intégrité, la force et le rire. Je suis sûre que tu veilles sur nous de là où tu es.

**À ma belle-famille**, merci de m'avoir accueillie dans votre famille.

Je remercie Sylvie et Jean-Pierre pour m'avoir offert ce deuxième lieu d'étude et de quiétude, et d'avoir mis au monde une aussi exceptionnelle personne que leur fils. Merci pour votre compréhension et votre soutien tout au long de ces années. Merci à Jean-Pierre d'avoir apporté son expertise de professeur de Lettres en corrigeant ce travail. À Victor, pour ton sens de la répartie et de l'animation, et merci de nous avoir grandement facilité le retour dans les Ardennes.

**À ma famille d'agriculteurs**, Brigitte, Christian, Titou, Barbara, Tintin, Véro, Sylvie, Olivier, Fred, Ya-Ya (Jacques), Jean-Pol, Marie-France et tant d'autres... Merci de votre générosité et de votre gentillesse ainsi que d'être présents à mes côtés depuis toujours.

**Aux Raillicourtois**, merci d'avoir été présents pour moi et surtout de l'être pour mes parents. Merci de les aider à prendre du recul par rapport à la ferme et de les aider voire forcer à s'accorder des vacances.

**À mes amis**,

À tous mes amis du lycée,

À Elora, ma meilleure amie, toujours présentes l'une pour l'autre depuis notre rencontre il y a maintenant 15 ans, et ce malgré notre éloignement géographique. Merci de m'avoir accompagnée pendant toutes ces années. Merci pour ces fous-rires, ces chansons chantées à tue-tête quel que soit le moment ou l'endroit, et pour tous les moments exceptionnels que nous avons partagés. Un merci tout spécial pour avoir été une témoin hors-norme et de m'avoir supportée à toutes les étapes de cette préparation, même les plus difficiles. Tu es la douceur et la générosité incarnée. N'oublie jamais à quel point tu es forte et incroyable, Angel.

Aux amis de l'Abibac : À Alboune que j'ai été si contente de retrouver à Strasbourg, à Martinou et ces retrouvailles chaque année au cabaret vert, à Élie et Émeric pour nos fous-rires, et à tous les autres.

À Paulo, pour la magnifique amitié que tu partages avec Loulou et pour toujours nous accueillir avec joie, bonne humeur et sport.

À mes amis de la Faculté de médecine de Reims, merci pour toutes ces soirées mémorables et pour avoir rendues plus agréables ces années d'externat et ces stages : Ophélie et notre soutien mutuel pendant la préparation aux ECN, Antoine et ta sérénité naturelle, Justine, Jeanne, Camille, Thibault W. pour ta pédagogie et ta patience, Max, Marie ma co-P1, Edwin, Thibaut L., Brice, et tous les autres.

À tous mes amis Alsaciens, Strasbourgeois, co-internes et amis de la Faculté de médecine de Strasbourg, merci pour ces années alsaciennes,

À la Team des Dr Biatches, merci pour ces moments à l'internat de Mulhouse et pour ce 1<sup>er</sup> stage difficile que nous avons su gérer avec beaucoup d'humour et de soirées, parfois trinquées avec nos tisanes.

À Jeannette, toujours enjouée et partante et encore plus après un petit shot de Nubain ^^ . Elle a su garder son calme face à ma facette stressée et pas toujours drôle et a su insuffler du rire dans nos vies, même si c'était parfois (voire souvent à ses dépens). Je suis tellement heureuse de t'avoir à mes côtés.

À Manon, une si incroyable maman et la première de ce groupe. Merci d'avoir été une des témoins de l'extrême et merci pour ta délicatesse, ton goût du jeu, de la randonnée et pour tes décors saisonnières.

À Chloé, notre clubbeuse de la night, tu rends chacune de nos soirées incroyables. Merci pour toutes nos discussions parfois difficiles mais nécessaires pour avancer. Tu es l'une des personnes les plus fortes que je connaisse.

À Anne, notre rockeuse, merci pour ta bonne humeur et ton féminisme engagé. Merci pour ce stage en médecine interne et pour le soutien que nous avons su nous apporter pendant ces six mois endiablés.

À Anne-Justine, notre commère en chef, merci pour tous ces moments de rigolade. N'oublie pas que les sangliers et le cabaret vert t'attendent dans les Ardennes et n'oublie pas d'avoir confiance en toi !

À Aurore, notre étonnante instagrameuse et à ses achats inoubliables. Merci de me comprendre et de partager cette difficile gestion, notamment médicale, de la famille.

À vos moitiés, merci de supporter nos cris et nos moments de folie. Ben, merci de nous avoir prêté tes gros bras plus d'une fois. Nico, merci pour ton sens de l'humour et de l'organisation. PY, merci pour ton calme et les références Star Wars. Vivi, merci pour toutes ces blagues et ces images dégueu. À Thibault, que l'on a hâte de mieux connaître. Aux autres membres de cette folle bande : Bouboule et Matthieu.

À Poulet, tu as amené du Sud et du soleil dans notre vie. Merci d'être toujours partant que ce soit pour des moments chill comme ambiacés (notamment à la Kulture) et pour la découverte des vendredis poulet-rôti. Un énorme merci pour ton aide dans l'acheminement des documents administratifs !

À Thomas et Mathilde, merci pour votre bonne humeur à toute épreuve et contagieuse.

À Olympe et Oliv', nos compagnons ardennais, pour tous nos moments de danse, de rires et de fléchettes passés et à venir.

***Et parce qu'on garde toujours le meilleur pour la fin, À mon mari Louis,***

Ces lignes sont pour moi les plus difficiles à écrire, car elles ne seront jamais à la hauteur de ce que tu représentes à mes yeux, ni à la hauteur de tout l'amour et de tout le soutien que tu m'as apporté, et que tu continues à m'apporter chaque jour. Je ne te remercierai jamais assez d'avoir été si présent et d'avoir su gérer toutes ces années d'études et de stress. Tu as su me faire relativiser dans les moments les plus difficiles en t'armant de patience, de bienveillance et de compréhension. Merci d'avoir partagé chaque étape de ce travail, et de m'avoir offert tous ces moments d'équilibre, de bonheur et de rire qui n'avaient rien à voir avec tout ça. Merci d'avoir si bon cœur et d'être si généreux avec tous. Je te remercie d'être mon Doudou, mon pilier, mon confident, le meilleur des cuistos et mon coach parfois. Merci de me connaître aussi bien et de toujours voir le meilleur en moi. Saches que tu m'as fait le plus grand des honneurs en me proposant de devenir mon mari. Merci mon amour de me faire confiance au point de vouloir passer le restant de notre vie ensemble. À notre avenir, je t'aime.

## *Table des matières*

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>21</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>23</b>
<b>MÉTHODE</b> .....	<b>27</b>
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>32</b>
<b>ANALYSE DESCRIPTIVE</b> .....	<b>32</b>
<b>ANALYSE THÉMATIQUE</b> .....	<b>34</b>
I. <b>LA PROFESSION ET LA SANTÉ : INDISSOCIABLES</b> .....	<b>34</b>
I.A. Exposition à de multiples facteurs de risques, risques en santé au travail et leurs conséquences.....	34
I.A.a. Exposition des EA à divers facteurs de risques psychosociaux.....	34
I.A.b. Un système agricole peu adapté pour une prévention de la santé .....	40
I.A.c. Un risque psychosocial prépondérant chez les exploitants agricoles : le stress.....	42
I.A.d. Exposition de la santé physique des exploitants agricoles.....	43
I.A.e. Exposition aux divers risques et facteurs de risques dépendant de différents facteurs ...	44
I.B. Une étroite interdépendance entre la profession d'exploitant agricole et la santé .....	46
I.C. Une interdépendance des sphères de vie professionnelle et privée : facteur protecteur ou facteur de risque en santé ?.....	52
II. <b>LA PRÉVENTION EN SANTÉ POUR LES EXPLOITANTS AGRICOLES</b> .....	<b>54</b>
II.A. Les représentations de la prévention en santé .....	54
II.A.a. Les représentations de la prévention dans le domaine de la santé au travail : une autonomie et autoévaluation du bénéfice / risque .....	54
II.A.a.1. Un sentiment de maîtrise du risque .....	54
II.A.a.2. Comportements et opportunités d'accès en prévention en santé au travail .....	62
II.A.b. Les représentations de la prévention en dehors du champ de la santé au travail .....	67
II.A.b.1. Des représentations de la prévention hétérogènes .....	67
II.A.b.2. Comportements, opportunités et freins d'accès en matière de prévention en santé	71
<b>AVOIR ACCÈS À LA PRÉVENTION NE VEUT PAS DIRE PRATIQUE DE LA PRÉVENTION</b> .....	71
<b>ACCÈS ET FREINS À LA PRÉVENTION EN MÉDECINE GÉNÉRALE</b> .....	73
<b>ACCÈS ET FREINS À LA PRÉVENTION VIA LA MSA</b> .....	82

II.B. Les besoins et leviers pour une meilleure prévention en santé .....	95
II.B.a. Besoin de considération et de compréhension .....	95
II.B.b. Besoin d'orientation et d'accompagnement en prévention (MSA et MG).....	97
II.B.c. Besoin d'une amélioration des relations .....	99
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>105</b>
<b>RÉSULTATS PRINCIPAUX .....</b>	<b>105</b>
<b>FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>107</b>
I. Forces et intérêt de l'étude .....	107
II. Faiblesses de l'étude.....	108
<b>COMPARAISON À LA LITTÉRATURE ET PERSPECTIVES.....</b>	<b>111</b>
I. Une espérance de vie en bonne santé relativement faible : éléments d'explication à la lumière de nos résultats .....	111
II. Les facteurs de risques et risques psycho-sociaux : une prévention essentielle .....	116
III. Le risque suicidaire : un sujet peu abordé .....	121
IV. La prévention et sa place en médecine générale .....	124
V. La prévention, la MSA et les exploitants agricoles.....	130
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>135</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>138</b>
ANNEXE 1 - DÉFINITION ET ORGANISATION DE LA PRÉVENTION EN FRANCE.....	138
ANNEXE 2 - MSA : SON HISTOIRE, SON FONCTIONNEMENT, SA PRÉVENTION .....	143
ANNEXE 3 - GRILLE COREQ.....	154
ANNEXE 4 - GUIDES D'ENTRETIEN.....	156
ANNEXE 5 - LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE NON-OPPOSITION.....	160
ANNEXE 6 - AVIS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DES FACULTÉS DE STRASBOURG.....	163
ANNEXE 7 - RÉSUMÉ DU MODÈLE EXPLICATIF (SOUS FORME DE CARTE MENTALE).....	164
ANNEXE 8 - EXEMPLE DE DOCUMENT D'INFORMATION À DÉSTINATION DES EXPLOITANTS AGRICOLES ARDENNAIS .....	165
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>172</b>

### ***Table des tableaux***

**Tableau 1**      Caractéristiques socio-démographiques des exploitants agricoles interviewés

**Tableau 2**      Les facteurs de risques psychosociaux

### ***Table des illustrations***

**Figure 1**      Le système agricole pourvoyeur de facteurs de risques et risques

**Figure 2**      Les moyens préventifs en santé au travail

## ***LISTE DES ABRÉVIATIONS***

ASALÉE	Action de SANTé Libérale en Équipe
AT/MP	Accident(s) du travail / Maladie(s) professionnelle(s)
BTP	Bâtiment et Travaux Publics
CDI	Contrat de travail à Durée Indéterminée
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COG	Convention d'Objectifs et de Gestion
COVID	Corona Virus Disease
CPTS	Communauté(s) Professionnelle(s) Territoriale(s) de Santé
CUMA	Coopérative d'Utilisation de Matériel Agricole
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DUERP	Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels
EA	Exploitant(s) Agricoles(s)
EARL	Exploitation / Entreprise Agricole à Responsabilité Limitée
ESP	Équipe(s) de Soins Primaires
EVBS	Espérance de Vie en Bonne Santé
GAEC	Groupement Agricole d'Exploitation en Commun
INMA	Institut National de Médecine Agricole
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPA	Infirmière en Pratique Avancée
MG	Médecin(s) Généraliste(s)
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSP	Maison(s) de Santé Pluridisciplinaire(s)
NSA	Non-Salarié(s) Agricole(s)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPA	Organisation(s) Professionnelle(s) Agricole(s)
PAC	Politique Agricole Commune
PSNC	Pratique(s) de Soins Non Conventionnelle(s)

PSST	Plan(s) Santé - Sécurité au Travail
RCO	Retraite Complémentaire Obligatoire
RPS	Risques Psychosociaux

## *INTRODUCTION*

Les Exploitants Agricoles (EA), travaillant au contact du vivant, sont définis selon l'Institut National de la Statistiques et des Études Économiques (INSEE) comme les personnes physiques assurant la gestion courante d'une exploitation agricole (1,2) et appartiennent à la catégorie socio-professionnelle des actifs Non-Salariés Agricoles (NSA). Les exploitants agricoles possèdent une espérance de vie à 35 ans supérieure à la moyenne nationale de 1,7 ans pour les hommes et de 0,6 ans pour les femmes (3,4). Soit une existence respectivement longue de 81,2 ans et 86,1 ans en moyenne.

Paradoxalement, ils se trouvent être les plus faibles consommateurs de soins en France, toutes catégories socio-professionnelles confondues, en allouant seulement 1,3 % de leur budget à leur santé (contre 1,8 % en moyenne nationale) (5).

Or, ils sont exposés aux mêmes facteurs de risques et risques en santé que la population générale, à un taux de prévalence parfois supérieur aux autres catégories socio-professionnelles, pour l'obésité et la consommation d'alcool par exemple (4). De plus, ils sont exposés à de nombreux facteurs de risques et risques en santé au travail. Ceux-ci s'illustrent à travers le taux d'Accidents du Travail/Maladies Professionnelles (AT/MP) s'élevant à 3,35 % en 2022 chez les NSA contre 3,18 % chez les salariés agricoles (6). Malgré nos recherches, nous n'avons pu trouver de chiffres concernant les taux dans la population générale ou pour les indépendants, excluant pour nous la possibilité de comparaison. On remarque également chez les EA des accidents du travail plus souvent mortels (7), ainsi qu'une surmortalité par suicide de +22 % chez les hommes par rapport à la population générale française (8). En outre, cette proportion d'AT/MP chez les NSA est sous-estimée, du fait d'une fréquente sous-déclaration (9) et à travers la non-inclusion dans les chiffres de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) d'une partie des NSA bénéficiant d'un régime particulier.

Nous constatons donc que les EA sont exposés, à travers leur profession, à de nombreux risques pour leur santé, ainsi qu'à une déclaration plus importante de limitation d'activité et de sensation de moins bonne santé (4,10). Ceci, additionné à une moindre consommation de soins de leur part, soulève la question de la place de la prévention en santé.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), lors de sa constitution en 1946, définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité » (11). Elle intègre ainsi l'ensemble des dimensions en santé, dont la dimension professionnelle. Par la suite, l'OMS caractérise la prévention en santé comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (12). Ceci a permis d'introduire la notion de risque en santé et d'organiser les interventions en prévention en trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire (définition en annexe 1).

À notre connaissance, deux acteurs interviennent principalement auprès des EA en matière de prévention : le Médecin Généraliste (MG) et leur sécurité sociale, la MSA.

La **MSA** est un organisme privé chargé de la gestion d'un service public. Elle possède un panel large d'interventions dans ce domaine puisqu'en tant que guichet unique, elle assure la protection sociale de l'ensemble des salariés et non-salariés du monde agricole (13,14) via la gestion de l'intégralité des branches de la Sécurité Sociale, tout au long de leur vie (immatriculation, appel de cotisations, vieillesse, maladie, maternité, retraites) (7). Elle assure donc d'un seul tenant, le fonctionnement de la médecine préventive, de la promotion de la santé, de l'action médicale, de l'action sanitaire et sociale, de la médecine du travail, du contrôle médical et de la prévention des risques professionnels (7) (voir annexe 2).

De plus, la MSA est le seul régime de protection sociale à prendre en charge la médecine du travail et la prévention des risques professionnels pour ses adhérents (14) (voir annexe 2). Elle possède des implantations locales qui lui permettent d'appliquer les politiques de santé et de développer d'autres actions en lien avec les spécificités de la population agricole locale.

Le **médecin généraliste**, quant à lui, constitue souvent le premier contact avec le système de soin puisqu'il assure un rôle central en prévention en santé (15), mais également en prévention en santé au travail (16). Ceci est d'autant plus vrai, que les exploitants agricoles vivent encore souvent en milieu rural où le médecin généraliste reste l'intervenant de premier recours.

Issue du milieu agricole ardennais, j'ai eu l'opportunité d'évoluer en son sein, de l'observer à mon échelle et d'être au cœur de ses problématiques, raison pour laquelle je me suis intéressée à cette thématique. Pour ce travail, il était important de se cantonner à un seul département du fait des spécificités locales du paysage agricole en termes de filières mais aussi en matière d'accès aux soins (notamment concernant la médecine générale et la MSA locale).

Le département des Ardennes est un département rural qui reste peu peuplé et en déclin démographique depuis 1980 (17). L'agriculture y occupe 58 % de son espace alors que l'agriculture occupe 52 % au total du sol national en métropole (18,19). Ce département possède une majorité d'exploitations dans les filières grandes cultures avec 41,08 % et l'élevage représentant 42,3 % (55,78 % en comptabilisant les exploitations polycultures-élevage) (20). L'élevage ardennais est principalement constitué d'élevages bovins (20). Ces données nous permettent de mieux estimer les risques auxquels les EA de ce département peuvent être exposés en santé au travail : les risques physiques, dont les risques traumatiques principalement liés à l'activité d'élevage, les risques liés au machinisme agricole, les risques chimiques etc.

Il est également à noter dans notre département d'étude, une baisse progressive depuis plusieurs années de la densité des professionnels de santé libéraux, principalement en médecine générale avec une baisse de 7,1 % entre 2012 et 2016, pouvant elle aussi être un facteur limitant la consommation de soins des EA, notamment en prévention (21).

Un aperçu de la sous-consommation de soins préventifs des EA ardennais, peut apparaître dans l'étude des chiffres de participation au dépistage du cancer colo-rectal des ressortissants de la MSA. Le taux de participation de ces derniers était de 22,5 % entre 2018 et 2019 contre 35 % de l'ensemble de la population ardennaise (30,5 % de la part de la population générale) la même année (22,23). Il n'est pas distingué les taux de participation uniquement des EA ou des NSA dans les différents rapports disponibles.

À ce jour et suite à mes recherches, aucune étude n'a été réalisée auprès des exploitants agricoles ardennais sur le sujet de la prévention en santé.

Au total, nous constatons un lien intime entre la profession d'exploitant agricole et leur état de santé. La sous-consommation de soins de cette population, notamment en prévention et particulièrement dans le département des Ardennes, nous amène à nous interroger sur le rapport des exploitants agricoles ardennais à la prévention en santé.

L'objectif principal de ce travail était donc d'étudier les représentations et attentes des exploitants agricoles ardennais en matière de prévention en médecine générale, en santé au travail, et de la part de la MSA.

## ***MÉTHODE***

### **Type d'étude**

Pour répondre à la question de recherche, une étude qualitative avec une approche inspirée de la théorisation ancrée a été conduite auprès des exploitants agricoles des Ardennes. L'objectif était de mieux comprendre par théorisation les représentations et les attentes de cette population en matière de prévention en santé, ainsi que plus particulièrement dans le domaine de la santé au travail.

La formation de l'enquêtrice à cette méthode qualitative, s'est appuyée sur plusieurs supports (24,25), dont essentiellement, l'« initiation à la recherche qualitative en santé » (24), ainsi que sur les formations proposées par la faculté de médecine de Strasbourg.

Afin d'évaluer la pertinence de notre méthode d'étude qualitative ainsi que de son exhaustivité, nous avons utilisé la grille d'évaluation de qualité en recherche qualitative COREQ (26) (voir annexe 3).

### **Population étudiée et mode de recrutement**

Les participants inclus dans l'étude étaient des EA ardennais de plus de 18 ans en activité (donc non-salariés agricoles et non retraités). En effet, les salariés ont une prise en charge préventive différente, avec notamment un suivi en médecine du travail obligatoire.

Les premiers participants ont été recrutés sur la base du volontariat suite à l'établissement d'un listing via le réseau de deux proches de l'enquêtrice, eux-mêmes EA du département, associé aux recherches de l'enquêtrice d'exploitations sur le terrain. Les EA sollicités étaient inconnus de l'enquêtrice et réciproquement. L'enquêtrice est allée dans la majorité des cas à leur rencontre sur le lieu de l'exploitation, dans le but de se présenter ainsi que de présenter l'étude. Si la date de l'entretien n'était pas fixée le jour-même, elle permettait un temps de réflexion avant de reprendre contact par téléphone. D'autres EA ont été approchés initialement par appel téléphonique, suivi le plus souvent de l'envoi par mail de la lettre d'information. La suite du recrutement s'est poursuivie par effet boule de neige.

L'échantillonnage raisonné théorique a été conduit selon les besoins identifiés et les thèmes et catégories émergeant durant l'analyse, menée au fur et à mesure des entretiens. Il visait à diversifier les critères socio-démographiques pouvant exercer une influence sur les réponses à la question de recherche.

## **Recueil des données et pseudonymisation**

Le recueil des données a été mené par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés entre octobre 2022 et juillet 2023. Le choix du lieu et du moment de l'entretien était laissé aux EA afin qu'ils puissent se sentir le plus à l'aise possible. Ils étaient invités à choisir un lieu propice à la confidentialité des échanges.

Suite à une recherche bibliographique, nous avons pu élaborer notre guide d'entretien (annexe 4). Il était composé de questions ouvertes et de relance pour aborder les opinions, les représentations et les attentes des participants en matière de prévention en médecine générale, en santé au travail et de la part de la MSA. En effet, le guide d'entretien a été construit avec des questions larges abordant les représentations et besoins des EA en termes de prévention. Il était prévu des questions de relance afin d'aborder les sujets de la prévention en médecine générale, en santé au travail et de la part de la MSA si ceux-ci n'étaient pas directement abordés par les EA (annexe 4).

Le guide d'entretien a été testé au préalable auprès d'un EA proche de l'enquêtrice afin d'évaluer sa pertinence. L'approche étant itérative, le guide d'entretien était susceptible d'évoluer au cours de l'étude et a bénéficié de l'enrichissement de quelques questions de relance à la suite du premier entretien (voir annexe 4).

Il était précisé avant le début de chaque entretien, dans le but de limiter le biais de désirabilité sociale, qu'il n'existait pas de bonne ou mauvaise réponse mais qu'uniquement le ressenti et les expériences des participants étaient attendus.

Les entretiens se déroulaient ensuite de la manière suivante : présentation de l'étude et de l'enquêtrice, questions brise-glace, questions ouvertes et de relance sur les thèmes d'intérêt, question

de clôture et recueil des caractéristiques sociodémographiques du participant, afin d'aborder les questions fermées en fin d'entretien.

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone ainsi que le téléphone de l'enquêtrice. Cette dernière, également investigatrice principale de l'étude, les a ensuite retranscrits intégralement sur Word et pseudonymisés. La destruction des enregistrements audios a été effectuée dès leur retranscription.

Les participants ont été différenciés lors de la retranscription comme suit : la lettre « P » pour participant suivie d'un chiffre allant de 01 à 08 par ordre chronologique. La lettre « I » permettait dans les différents verbatim d'identifier l'investigatrice principale. Les interventions de l'enquêtrice ont été notifiées en caractères gras. Afin de garantir le respect de la confidentialité, certaines données personnelles et certains passages difficiles à pseudonymiser ont été ôtés, résumés ou réécrits par l'investigatrice principale de manière plus évasive et notifiés entre crochets.

Les prénoms, noms et certains liens familiaux trop identifiants ont été anonymisés par ordre chronologique d'apparition dans les verbatim et par ordre alphabétique, par le biais de deux lettres comme suit : AA., AB., AC. et ainsi de suite. Les villes et villages ont été anonymisés par ordre d'apparition dans les verbatim par des chiffres, soit « ville 1 », « ville 2 », etc. et « village 1 », « village 2 » etc. Les organismes professionnels, tout comme certains lieux, endroit(s), salle(s), organismes (hors cadre professionnel), assurance(s), mois, années, marque(s), course(s), problème(s) de santé ou intervenant(s) trop identifiants dans certains verbatim ont été anonymisés de la même manière. Les rôles et/ou activités des EA dans ces organismes (professionnels et/ou hors cadre professionnel) ont été anonymisés par le mot « appartenant ». Si le participant possédait un rôle au sein de sa commune, celui-ci était pseudonymisé par la formule suivante : « rôle dans la commune ».

Le recueil des données a été mené jusqu'à saturation des données, définie comme l'absence d'émergence de nouvelles données permettant de répondre à la question de recherche lors de l'analyse, obtenue lors du 8<sup>ème</sup> entretien (24).

## Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée par approche inspirée de la théorisation ancrée. Un entretien a bénéficié d'un co-codage par la confrontation des résultats de deux personnes, l'investigatrice principale et une personne non issue du milieu médical s'étant formée à l'analyse qualitative pour cette étude.

L'étiquetage expérientiel de chaque entretien a été mené sur le logiciel Excel ainsi que l'émergence des diverses propriétés, pour enfin aboutir à une catégorisation des données par analyse ouverte. Une analyse axiale a été effectuée afin de mettre en relation et comparer les différentes catégories identifiées à l'aide de cartes mentales réalisées pour chaque entretien via le logiciel en ligne MindMeister. Enfin, l'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été menés par l'investigatrice principale.

En parallèle, l'investigatrice a réalisé des recherches lui ayant permis d'élaborer des tableaux concernant les facteurs de risques psychosociaux chez les EA. Ces tableaux contenaient d'une part, les six familles de facteurs de risques psychosociaux identifiées dans les recherches de l'investigatrice (27,28), c'est-à-dire selon les six dimensions de Gollac et Bodier (27), à savoir : intensité et temps de travail, exigences émotionnelles, problèmes d'autonomie (manque ou trop plein), rapports sociaux dégradés, conflits de valeur, insécurité de la situation de travail. D'autre part, les colonnes permettaient de réaliser l'analyse déductive des différents verbatim à travers les subdivisions suivantes : les facteurs de risques psychosociaux, les facteurs protecteurs et les facteurs aggravants. Cela nous a permis d'aboutir à un modèle explicatif plus adapté concernant ces facteurs de risques.

Par ailleurs, la tenue d'un journal de bord a contribué à améliorer la qualité et la scientificité de l'étude tout au long de celle-ci. En effet, en début de travail, il nous a permis d'essayer de nous affranchir de nos a priori et idées préconçues sur le sujet étudié. Puis, en cours d'analyse il s'est montré très utile dans la prise de notes, notamment de nos ressentis lors des différents entretiens. Enfin, lors de la rédaction des résultats, il nous a permis d'être le plus exhaustif possible.

## **Stockage des données**

Le listing des potentiels participants ainsi que les formulaires de non-opposition ont été stockés de manière physique, dans un casier sous clé au domicile de l'investigatrice, dont elle seule possédait l'accès. Le reste des données non-nominatives (verbatim, analyse des verbatim, résultats, rédaction de la thèse) a été stocké sur l'ordinateur et le disque dur externe de l'investigatrice principale, tous deux protégés par un mot de passe seulement connu de l'investigatrice principale.

## **Aspect éthique et réglementaire**

Avant chaque entretien, un document d'information associé à un formulaire de non-opposition mentionnant les principes réglementaires de l'étude ont été remis à chaque participant (voir annexe 5). Le formulaire de non-opposition (voir annexe 5) était signé, avant le début de l'entretien, en double exemplaire avec remise d'un exemplaire à chaque participant, suite à la vérification de la bonne compréhension du document d'information et aux rappels réglementaires, dont notamment le droit de retrait de l'étude à tout moment. Il est à noter qu'aucun participant n'a fait usage de son droit de retrait.

L'étude a obtenu l'accord du comité d'éthique de l'université de Strasbourg (référence CE-2022-120) (se reporter à l'annexe 6). Une déclaration de conformité à la méthodologie MR-004 a été effectuée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

## ***RÉSULTATS***

### ***ANALYSE DESCRIPTIVE***

Au total, huit entretiens semi-dirigés ont été réalisés, dont sept ont eu lieu au domicile des participants et un seul a eu lieu sur l'exploitation du participant, dans une pièce propice à la confidentialité faisant office de bureau.

Les données socio-démographiques ainsi que les caractéristiques professionnelles et extraprofessionnelles recueillies lors des entretiens ont été reportées dans le **tableau 1** ci-dessous. La durée d'enregistrement des entretiens y est également consignée. Leur durée moyenne était de 1 heure et 27 minutes, dont un seul entretien de moins d'une heure.

La moyenne d'âge des participants était de 47,6 ans et la médiane de 53 ans.

	Sexe	Âge	Situation familiale	Nombre d'enfant(s)	Type d'exploitation	Exploitation individuelle ou collaborative	Nombre de personne(s) active(s) sur l'exploitation (hormis le participant)	Exploitation familiale / individuelle	Exploitation biologique (B) ou conventionnelle (C)	Nombre moyen de jours travaillés par semaine	Nombre moyen de consultations chez le médecin généraliste par an	Utilisation du service de remplacement	Appartenance à une / plusieurs OPA (nombre)	Appartenance aux instances de la MSA	Avoir un rôle dans sa commune	Durée entretien / enregistrement
P01	H	64	Célibataire	0	Élevage Bovin - Lait - Céréaliers	Exploitant Individuel	0	Familiale	C	7	0,5	0	Oui (2)	Non	Non	1h11mn13sec
P02	F	55	Divorcée	4	Polyculture Élevage - Lait	Exploitant Individuel	1 aidant familial	Familiale	C	7	6	0	Oui (2)	Non	Non	1h06mn20sec
P03	F	39	Mariée	2	Élevage Lait-Viande - Céréales	EARL	1,5 (1 associé, 1 salarié agricole à mi-temps)	Familiale	B	7	5	Oui	Oui	Non	Non	41mn28sec
P04	H	54	Marié	3	Polyculture Élevage - Lait	GAEC	1,5 (1 associé, 1 salarié agricole à mi-temps)	Familiale	C	7	1	0	Oui (4)	Oui	Oui	1h34mn45sec
P05	F	32	En couple	1	Poly-élevage Vente directe	Exploitant Individuel	0	Individuelle	B	7	10	0	Oui (2)	Non	Non	1h55mn29sec
P06	H	31	Célibataire	1	Polyculture Poly-élevage - Lait Viande	GAEC	4 (2 associés, 2 salariés agricoles)	Familiale	C	7	0,5	Oui	Oui (4)	Non	Oui	2h03mn04sec
P07	H	53	Divorcé	3	Polyculture Pension d'animaux	EARL	0	Familiale	C	3	1,5	Oui (plus actuellement)	Oui (6)	Oui	Oui	1h58mn09sec
P08	H	53	En couple	3	Élevage allaitant Vente directe	GAEC	1 associé	Familiale	C	7	0,33	0	Non	Non	Oui	1h05mn21sec

**Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des exploitants agricoles interviewés**

EARL : Exploitation Agricole à Responsabilité Limitée ; GAEC : Groupement Agricole d'Exploitation en Commun ; MSA : Mutualité Sociale Agricole ; OPA : Organisation(s) Professionnelle(s) Agricole(s).

## **ANALYSE THÉMATIQUE**

L'ensemble de notre analyse thématique a été résumé sous forme de carte mentale à l'aide du logiciel Mindmeister et est présentée en annexe 7.

### **I. LA PROFESSION ET LA SANTÉ : INDISSOCIABLES**

Lors des différents entretiens, il est apparu que la **prévention en santé au travail était prévalente** par rapport au reste des champs d'action de la prévention en santé. Ceci était le fait d'une **profession souvent très omniprésente** chez les différents participants.

Pour nous éclairer et nous communiquer leurs représentations et attentes en termes de prévention, il était indispensable pour les interviewés de nous faire comprendre les **multiples risques professionnels** auxquels ils se trouvent exposés. Ceci pour rendre compte du lien entre leur santé et leur travail afin de nous permettre de mieux cerner les enjeux en prévention en santé pour eux.

#### **I.A. Exposition à de multiples facteurs de risques, risques en santé au travail et leurs conséquences**

Les participants ont mis en lumière leur exposition professionnelle à de nombreux et différents facteurs de risques, pouvant parfois eux-mêmes mener vers certains risques en santé. L'existence de risque peut quant à elle conduire à l'apparition de troubles et entraîner diverses conséquences sur la santé.

##### **I.A.a. Exposition des EA à divers facteurs de risques psychosociaux**

Fréquemment, les contraintes professionnelles citées par les EA dans cette étude, se révélaient faire partie ou être à part entière des facteurs de risques psychosociaux. Les EA les évoquaient de manière récurrente mais souvent de manière plus relativisée et parfois moins consciemment que les risques pour leur santé physique qui étaient eux plus catégorisés et identifiés.

Comme expliqué dans la partie « méthode », nous avons créé un tableau récapitulatif des facteurs de risques psychosociaux (**tableau 2**), par combinaison d'une analyse intégrative et d'une analyse déductive. Y sont distingués les facteurs de risques psychosociaux identifiés dans les différents verbatim, représentés dans les six grandes familles de facteurs de risques psychosociaux.

<b>Catégories de facteurs de RPS</b>	<b>Les risques psychosociaux identifiés dans l'étude</b>	<b>Facteurs aggravants identifiés par les EA</b>	<b>Facteurs protecteurs / préventifs identifiés par les EA</b>
<i>Intensité et temps de travail</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charge de travail [astreinte, administrative, mentale] conséquente (P03) et chronophage (P01, P02, P04, P05, P06, P07, P08).</li> <li>- Non corrélée aux rentes (P01, P07)</li> <li>- À travers la polyvalence nécessaire dans la profession (P02, P05)</li> <li>- Être [seul] responsable (P01, P02, P05, P07)</li> <li>- Diversité de l'activité (vente directe) (P08)</li> <li>- Intense en début d'activité surtout (P07)</li>   <li>• Être responsable – Avoir des responsabilités incombantes et nombreuses (P03, P04, P06) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Notamment la santé au travail d'autrui sur l'exploitation (P04, P06)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêt dans le travail souvent peu possible dans la profession [malgré besoin] (P01, P02, P04, P05, P08)</li> <li>- Être [seul] responsable (P01, P02, P05, P07)</li> <li>- En début d'activité (P05)</li> <li>- Difficultés à s'éloigner de ses responsabilités professionnelles (P03, P04, P05)</li> <li>- Prestations sociales insuffisantes en cas de maladie (P02, P03, P06, P08)</li>   <li>• Difficultés de remplacement (P01, P02, P03, P04, P07, P08)</li>   <li>• Difficultés de recrutement (P01, P04) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peu d'incitation à devenir employeur (P04)</li> </ul> </li>   <li>• Augmentation de la charge administrative (P01, P02, P03, P04, P06, P07, P08) et complexité (P01, P08) : bureaucratisation de la profession</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'entourer, c'est pouvoir se protéger (P01, P03, P04, P05, P06, P07) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail de groupe (P01, P03, P04, P06)</li> <li>- Être employeur (P03, P04, P05, P06, P07)</li> <li>- Aide et environnement familial (P05, P07)</li> <li>- Service de remplacement (P05, P06, P07)</li> <li>- Sous-traitance (P05)</li> </ul> </li>   <li>• Savoir s'arrêter (P03, P04, P06, P07, P08)</li>   <li>• Avoir un engagement social (P08)</li>   <li>• Modernisation / mécanisation (P06, P07)</li>   <li>• Métier enrichissant : polyvalence, diversité (P06)</li>   <li>• Être organisé / Savoir organiser son travail (P06)</li> </ul>
<i>Exigences émotionnelles</i>	/	/	/
<i>Problèmes d'autonomie professionnelle</i> - <i>Un manque d'autonomie ou une trop grande autonomie</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indépendance et autonomie relatives (P01, P05, P07) et contrôlées (P02, P03, P04, P06, P08)</li>   <li>Métier dépendant de contraintes variables (P01, P02, P03, P04, P05, P06, P07, P08) : rythme du vivant (parfois imprévis), saisons, météo, aléas climatiques, administratif (dont contrôles, réglementation, OPA, formations obligatoires), aides et subventions financières (dont PAC), cours du marché, investissements, public/clientèle, statut de l'entreprise...</li>   <li>• Avoir des responsabilités professionnelles nombreuses et incombantes (notamment la santé d'autrui en santé au travail) (P03, P04)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de la charge administrative et complexité (P02) : bureaucratisation de la profession (P02)</li>   <li>• Mode d'exploitation biologique (vu par P08 comme un possible facteur aggravant avec contraintes et dépendance augmentées)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statut d'indépendant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indépendance organisationnelle (P03, P04, P06, P07, P08)</li> <li>- Indépendance professionnelle (P05, P07, P08) <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Circuit court - vente directe (P05)</li> </ul> </li> </ul> </li>   <li>• Aimer travailler au rythme du vivant (P04)</li>   <li>• S'équiper : diminue le sentiment de dépendance au travail (P06)</li> </ul>

<p><i>Rapports sociaux dégradés</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment d'isolement des EA (P01, P02, P04, P06, P07) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Notamment administrativement (P02)</li> <li>- Majoré par la dématérialisation des démarches professionnelles (P02, P04)</li> </ul> </li> <li>• Souffrir du regard de la société : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de reconnaissance et considération de la part de la société (P01, P02, P07)</li> <li>- Pression liée au regard de la société (P02, P07)</li> <li>- Sentiment d'incompréhension par méconnaissance (P04, P06) <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Majoré par inadéquation entre réalités du monde agricole et traitement de l'information dans l'espace public (P06)</li> </ul> </li> <li>- Manque de respect (P02)</li> </ul> </li> <li>• Relations (intra-)professionnelles fragiles : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre EA : manque de solidarité (P04) ; dureté du milieu, rivalités, conflits de voisinage (P06)</li> <li>- Rapports sociaux dégradés avec les OPA (par manque d'intérêt, manque de compréhension, manque de compétence du personnel des OPA et difficultés d'accès) (P01, P06)</li> <li>- Avec MSA (P08)</li> </ul> </li> <li>• Conflits / difficultés intergénérationnelles (P06)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Danger de mauvaises relations intra-professionnelles intra-exploitation (surtout si associés familiaux car retentissement possible des problèmes et de la relation professionnelle sur la relation d'ordre privé) (P06).</li> <li>• Augmentation de l'isolement possible à travers : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mécanisation et modernisation (P06)</li> <li>- Célibat (P06)</li> <li>- Période COVID et suites de cette période (P01, P04, P07)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'entourer, c'est pouvoir se protéger (P03, P04, P06, P07) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail de groupe (P03, P04, P06) <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Associés en couple : interdépendance vie privée et vie professionnelle protectrice (P03, P04)</li> <li>➔ Associés en famille : interdépendance sphère professionnelle et privée à double tranchant. Nécessité d'être conciliant (P06)</li> </ul> </li> <li>- Être employeur (P03, P04, P05, P06)</li> <li>- Sous-traitance (P05)</li> <li>- Rôle social du travail qui diminue l'isolement (P06)</li> </ul> </li> <li>• Échanger, c'est se protéger (P03, P04, P06, P07) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Communication positive avec le public (portes ouvertes pour P06)</li> </ul> </li> <li>• Stabilité, compétence et intérêt du personnel des OPA (P06)</li> <li>• Peu de pression transgénérationnelle (P06)</li> </ul>
<p><i>Conflits de valeur</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment de dévalorisation progressive de la profession : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de reconnaissance et considération de la part de la société (P01, P02, P07)</li> <li>- Sentiment de diminution du sens de la profession à travers le développement d'un culte de la rentabilité économique (P05)</li> <li>- Inadéquation entre la valeur donnée à son travail et la valeur pécuniaire de celui-ci (P06, P07, P08)</li> </ul> </li> <li>• Augmentation du temps administratif dans la profession aux dépens du travail avec le vivant (valeur fondamentale de leur profession) (P2, P04, P08) ; avec lassitude et découragement professionnels (P08)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amour du travail avec le vivant (P01, P02, P03, P04, P05, P07)</li> <li>• Apprécier l'environnement de travail (P02, P03, P05)</li> <li>• Métier passion (P01, P06, P07) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profession identitaire (P01)</li> </ul> </li> <li>• Choix professionnel libre (P05, P06, P07)</li> <li>• Valeur / connotation familiale du métier (P01, P06, P07, P08)</li> <li>• Métier enrichissant : diversifié – polyvalent (P02, P05, P06), trouver un sens professionnel (P03)</li> </ul>

<p><i>Insécurité de la situation de travail</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insécurité socio-économique (P02, P04, P05, P06, P07, P08)</li> <li>- Situations de précarité décrites pour eux-mêmes ou pour d'autres EA (P01, P02, P03, P04, P07, P08)</li> <li>- Risque économique à travers : <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Investissements lourds (P05, P06, P07)</li> <li>➔ Dépendance au cours du marché (P05)</li> <li>➔ Dépendance aux aides et subventions financières (P04, P05)</li> <li>➔ Dépendance au paysage social local, particulièrement si vente directe (P08)</li> </ul> </li> <li>- Surtout initialement (P04)</li> <li>- Peur du contrôle et des sanctions (P02)</li> <li>• Incertitude de transmission de l'exploitation (P01) et de l'avenir de la profession (P02, P04, P07, P08)</li> <li>• Fragilité du travail en groupe (P01)</li> <li>• Modification de la situation de travail (P07)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolement des EA face aux problèmes de transmission : augmentation de la charge de travail dans l'expectative d'une augmentation d'attractivité à l'installation (P04)</li> <li>• Frein à l'installation possible administrativement (P05) : peut augmenter l'incertitude de transmission de l'exploitation et de l'avenir de la profession</li> <li>• Période post-COVID difficile (P08)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs protecteurs de l'insécurité socio-économique : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pluriactivité (P07, P08)</li> <li>- Circuit court – vente directe (P05, P08)</li> <li>- PAC (P05)</li> <li>- Être prévoyant <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Être employeur et/ou service de remplacement (P06)</li> <li>➔ Installation avec outil de travail suffisant (P06)</li> <li>➔ Prévoyance de sa sécurité sociale [retraite, accident de travail] (P03, P04, P07)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Facteurs protecteurs de l'incertitude de transmission et de l'avenir de la profession : aides à l'installation d'ordre financier et existence de transitions professionnelles (P05)</li> <li>• Modernisation, technicité (P07)</li> <li>• Stabilité dans l'exploitation (salarié, organisation...) (P04)</li> <li>• Se faire conseiller (OPA) (P08)</li> </ul>
---	---	---	--

**Tableau 2 : Les facteurs de risques psychosociaux**

COVID : Corona Virus Disease ; EA : Exploitant(s) Agricole(s) ; OPA : Organisation(s) Professionnelle(s) Agricole(s) ; PAC : Politique Agricole Commune ; RPS : Risques Psychosociaux

- **Intensité et temps de travail**

**L'arrêt dans le travail** était souvent décrit comme peu possible par les participants, qu'il s'agisse d'un arrêt volontaire (vacances, repos, formation...) ou d'un arrêt pour maladie. Il était difficilement accessible soit pour l'EA lui-même (P01, P02, P05, P08) soit identifié comme tel dans la profession en général (P04). Les EA exerçant seuls identifiaient ce facteur aggravant (P01, P02, P05) face à la nécessité de devoir assumer leurs responsabilités professionnelles ainsi que l'impossibilité de pouvoir laisser leurs animaux.

P04 nous décrit clairement une augmentation des situations à risques en santé et sécurité au travail proportionnelle à l'intensité et à la quantité de travail, supérieure au temps de réalisation disponible. Cela conduit à une diminution et/ou un mésusage des pratiques préventives professionnelles.

« C'est quand la, quand on manque de temps, on va un peu vite et puis c'est là que le, le, le risque, le... Ouais, l'accident ou l'... ou l'incident arrive quoi » (P04).

« Hum... on essaye, mais on oublie vite [petit rire]. [...] On l'a fait plus quand on a un peu d'temps. J'veux dire quand AT., 'fin quand AT. est là euh, beh c'est pas la course, donc on prend l'temps de, d'les seaux, d'les préparer un peu, de... Mais bon quand on est tout seul, beh on court un peu euh... [...]. Mais bon, après ça s'attrape, c'est, mais c'est vrai que dans ces moments-là, bah il y a un petit peu de stress donc on fait pas attention comme il faudrait » (P04).

En ce qui concerne la **polyvalence des EA dans leur profession**, elle était tantôt décrite comme un facteur de risque, tantôt comme un facteur protecteur en fonction de la catégorie de facteur de risque psychosocial. En effet, la nécessité de polyvalence du fait de la diversité des tâches effectuées dans la profession, mais aussi dans le but d'éviter le facteur de risque d'insécurité économique, était décrite comme augmentant souvent le facteur de risque d'intensité et le temps de travail. Cependant, la pratique de tâches diversifiées et variées rendait la profession valorisante ainsi qu'enrichissante et se trouvait être un facteur protecteur des conflits de valeur dans ce contexte.

« Positif, c'est, qu'c'est, c'est varié. On s'ennuie jamais, on apprend toujours, qu'on peut toujours tenter des p'tites expériences au niveau des races, au niveau de plein de choses. L'négatif, c'est qu'on a toujours l'impression qui faut faire beaucoup de papiers et qu'on a toujours le stress d'avoir un contrôle. [...]. Ouais, voilà, administratif, ouais, c'est ça. Parce qu'on a toujours peur d'avoir, de faire mal, même si on essaye de faire bien, on a toujours peur de faire mal » (P02).

« Positif, c'est qu'on est son propre patron. [...]. On fait plein de choses différentes, autant dans l'élevage que... 'Fin déjà dans, on a déjà trois sortes d'élevage, donc on, c'est déjà assez différent, différent. **[I : Oui, c'est polyvalent]**. Et puis euh... Oh, on fait un bâtiment, on va faire euh, aussi bien des trucs euh, de la ferraille, du béton euh... tout ça. Après, on va aller dans les terres, après on va, ouais, on fait plein de choses euh...[...]. Voilà, vachement diversifiées et tout, ouais » (P06).

- **Exigences émotionnelles**

Aucun facteur de risque émanant de la catégorie des « exigences émotionnelles » n'a été identifié. En effet, les rencontres quelque peu conflictuelles avec le public relatées par P06 et de manière informelle par P08 n'étaient pas sources d'exigences émotionnelles de leur part.

- **Problèmes d'autonomie professionnelle**

Les problèmes d'autonomie pouvaient prendre leur origine dans un manque d'autonomie au travail avec une indépendance souvent relatée comme relative dans ce métier soumis à de nombreuses contraintes. Ceux-ci pouvaient aussi prendre la forme d'une trop grande autonomie à travers des responsabilités diverses et parfois difficiles à gérer.

P05 indiquait plus particulièrement atteindre son indépendance professionnelle à travers le circuit court par la vente directe. P08 ne l'indiquait pas directement mais il est à remarquer que ce sont les deux seuls à réaliser de la vente directe.

« Et après, le point négatif beh c'est qu'c'est sous... c'est dévalorisé quoi, à cause de la... ces histoires de mondialisation, quoi. Parce que forcément il y a toujours les cours du marché, en fait l'agriculteur [...] 'fin j'pense le pire, ça doit être pour les céréaliers aussi parce que... ils dépendent du climat, ils dépendent... et puis aujourd'hui, c'est catastrophique... Ils dépendent de, de la PAC euh, ils dépendent de la politique. Parce que, on voit en ce moment que ça fait, ça joue beaucoup. Ils dépendent euh, de, des cours du marché, donc tous ces gens qui spéculent et puis qui décident que euh, ça va coûter tant [...] finalement euh, ils sont esclaves de tout ça quoi. **[I : Ouais, un peu dépendants ? Et toi tu trouves que tu l'es moins ?]**. Beh, j'trouve, beh le fait de faire de la vente directe ça permet de [...] mettre un prix juste finalement et d'être moins... » (P05).

« Bon, on s'organise comme on veut, on est... » (P08).

- **Rapports sociaux dégradés**

Nous observons un accroissement du sentiment d'isolement dans les suites de la période Corona Virus Disease (COVID) (P01, P04, P07, P08). P08 décrivait une moindre fréquentation de la part de sa clientèle (vente directe) depuis lors s'associant à une augmentation de l'insécurité économique. P01 nous a fait part de l'accroissement de son isolement social professionnel et privé, induit par son choix de ne pas être vacciné contre le COVID.

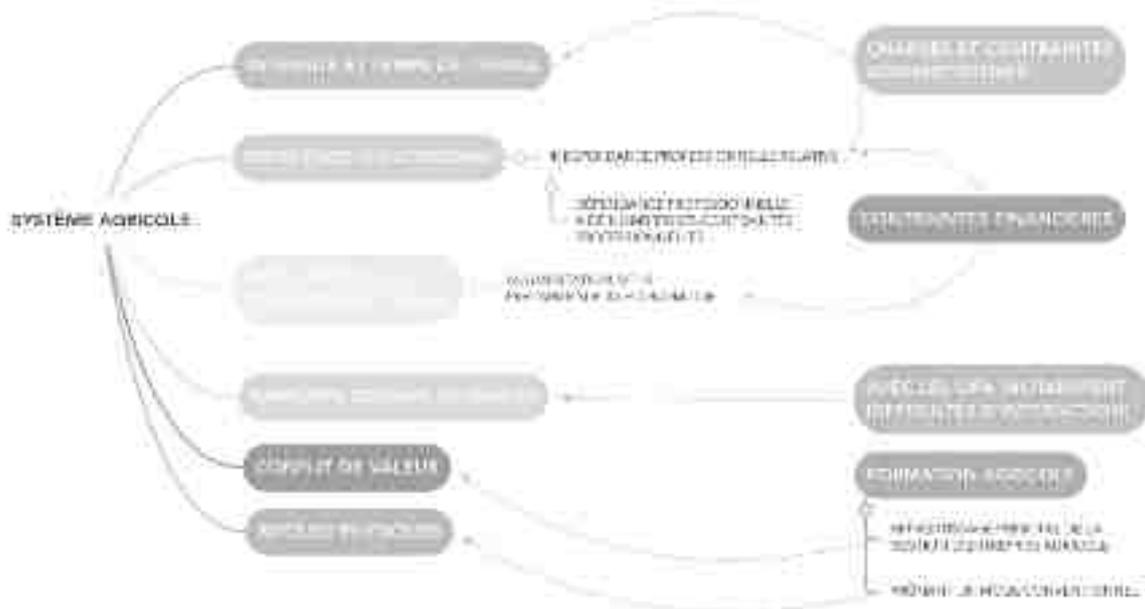
« Femme de P04 : C'est vrai que, avant on voyait quand même plus de monde à domicile. Avant l'COVID, c'est vrai qu'à un moment, on a... on voyait plus personne hein. J'veux dire... »

P04 : Hum. Oui, oui. On voit plus personne, aujourd'hui c'est... [...]. 'Fin j'veux dire, même c'est d'la visio, j'veux dire, c'est, c'est plus... c'est plus si... » (P04 et sa femme).

« D'en parler, de pas avoir de tabou et puis 'fin, j'pense que la période COVID a encore plus individualisé les gens euh, donc, 'fin... » (P07).

### I.A.b. Un système agricole peu adapté pour une prévention de la santé

Les EA décrivaient souvent le système agricole actuel comme peu adapté à une prévention en santé. En effet, les EA soulevaient le fait que le système agricole exacerbait certains facteurs de Risques Psychosociaux (RPS) ainsi que les facteurs aggravants associés à ces derniers. Celui-ci pouvait également majorer l'exposition à certains risques physiques selon nos participants.



**Figure 1 : Le système agricole pourvoyeur de facteurs de risque et de risques**

OPA : Organisation(s) Professionnelle(s) Agricole(s)

Les différents risques et facteurs de risque concernés et/ou augmentés par le système agricole :

- Intensité et charge de travail : augmentation de la charge de travail, notamment à travers une certaine lourdeur administrative.

« Le métier est devenu fort administratif, de, plus administratif aujourd'hui. [...] faut remplir des dossiers, faut déclarer ses vaches, faut déclarer ses, sa traçabilité, faut... Et tout ça, ça prend du temps et puis... 'Fin, faut garder aussi le... l'esprit un peu curieux observateur. Comment j'me situe au niveau de ma ferme pour pouvoir euh... ? [I : Hum, hum. Et ça c'est difficile à cause de... à cause de la lourdeur administrative justement ?]. Beh j'pense que 'fin, pfff... Ouais, j'pense. [...]. La lourdeur administrative a pris un peu du, du temps de travail globalement sur les exploitations. [I : Hum, hum]. Malgré tout, faut toujours faire son boulot correctement. [...] » (P07).

- Problèmes d'autonomie : indépendance relative avec une dépendance à de nombreuses contraintes administratives et financières, de plus en augmentation.

« Tu coupes un arbre, il faut que t'aïlles faire un dossier pour couper un arbre, pour expliquer que l'propriétaire, c'est lui qui a choisi d'couper l'arbre qu'il y avait dans, sur sa propriété. Mais il faut lui, l'informer qu'il est obligé de replanter un arbre » (P06).

- Rapports sociaux dégradés : avec les Organisations Professionnelles Agricoles (OPA), dont fait partie la MSA, avec des difficultés d'interaction (manque d'intérêt, de compétence du personnel, difficultés de compréhension et d'accès (outils parfois peu adaptés (web)...).
- Insécurité de la situation de travail : augmentée, notamment sur le plan socio-économique à travers principalement une majoration de la précarité des EA par ce système.
- Formation agricole inadéquate prônant un mode d'exploitation conventionnel et étant partielle par rapidité (mais adaptée au système agricole actuel) (P05).

P04 et P07 décrivaient ce système agricole comme peu incitatif et entravant l'investissement des EA en prévention en santé, que ce soit en termes financiers ou en termes de temps. Le système agricole était donc peu adapté et n'incitait pas les EA à une prise en compte ni à une préservation de leur capital santé. De plus, ce système augmentait souvent leur sentiment d'isolement que ce soit en santé, en prévention ainsi que dans d'autres domaines. P05 trouvait même que la formation leur

apprenait aujourd'hui à être de bons gérants d'entreprise mais plus forcément de bons agriculteurs et ceci au détriment parfois d'un enseignement à but préventif.

« [...] Il y a peut-être aussi tout un système, tout à remettre en place. J'veux dire que, si l'agriculteur avait des prix décents pour payer euh, ses charges. Et puis peut-être parce que là... J'veux dire, quand on a du blé à trois cents euros, pour aller investir dans du matériel, plutôt investir dans euh... des tapis dans la salle de traite pour pas glisser mais « Ah non beh y m'faut un beau tracteur, tu t'rends pas compte ? ». Beh y a aussi : « Ah beh BB., si t'achètes l'beau tracteur tu payeras moins d'impôts. Moi j'suis comptable, j'te l'dis quoi ». Donc euh, « mais... t'es, ton tapis, beh attends euh, l'tapis, c'est, c'est 500€, 1000€, beh voit déjà peut-être le tracteur, ça t'fera réduire ça, ça t'fera réduire tes cotisations MSA ». Donc euh... **[I : Oui, peut-être tout le système aussi]**. Tout ça, le, il y a tout un sys..., peut-être tout un système aussi à... » (P04).

« Beh c'est ça, tu vois, tu fais la formation agricole, t'as toute une partie, c'est sur la PAC. Tu vois. **[I : Hum, hum]**. Et puis toucher les subventions avec la, la dotation jeune agriculteur. **[I : Ouais]**. Toi, t'as des cours là-dessus, mais on va pas te faire le Certiphyto et puis on va pas te faire, apprendre à conduire un tracteur, on va pas te faire apprendre à t'occuper d'animaux, mais on va t'apprendre à aller gratter des subventions quoi. Et puis à gérer ton entreprise. En fait on t'apprend à être un bon... Un, un bon gérant, pas être un bon agriculteur, un, pas un bon éleveur, on t'apprend à être un bon responsable d'exploitation » (P05).

### **I.A.c. Un risque psychosocial prépondérant chez les exploitants agricoles : le stress**

**Le stress** d'origine professionnelle représentait ici le risque psychosocial le plus fréquemment retrouvé (P01, P02, P03, P04, P05, P07). Ce risque consistait en la résultante de l'exposition à plusieurs facteurs de risques et aux facteurs aggravants associés à ces derniers.

P02 évoquait par exemple une augmentation de son état de stress à travers le conflit de valeur, voir la perte d'identité professionnelle qu'engendrait l'excès de tâches administratives dans la profession. Le stress était d'origine plus multifactorielle chez P04, s'illustrant en particulier dans le fait d'être employeur avec une augmentation de la charge de travail et des responsabilités professionnelles (trop plein d'autonomie). Ces deux participants, entre autres, évoquaient également un état de stress pouvant être induit par l'interdépendance des sphères privées et professionnelles.

« [...] oui, ça au niveau professionnel euh... Le stress et la fatigue, oui. Ça c'est un gros, gros, gros problème. Surtout le stress ! [...]. Si, j'pense, j'pense, qu'en profession c'est ça. Le stress, ça vous bouffe ! » (P02).

« Ouais, il s'met une pression de fou, mais tout l'temps et avec tout. [...]. Mais c'est vrai que lui, c'est fort le stress. Des fois tu te demandes quand même si y a pas un truc qui va péter dans l'cerveau » (P03 concernant son époux et associé).

« Bon, on va dire que ça peut peut-être rajouter un stress, 'fin c'est plus le fait d'être à son compte, hein. Plus que le fait d'être agriculteur en soi. [...] Euh, le fait d'être à son compte, ça donne quand même du stress, quoi. Il n'y a pas trop de repos, euh, psychologique on va dire » (P05).

P06 évoquait la possibilité de **violences internes** à l'entreprise agricole. En effet, il dépeignait une situation de **conflit extrême** entre associés d'une même famille dans une exploitation voisine.

« Beh donc celui qui était le, les fils de celui qui était associé avec XX, [I : **Ouais**], là avant, ils ont la ferme là-bas à « village 17 » et ils sont en train d'exploser complètement. [I : **Ah, d'accord**]. Et mais c'est des trucs de fous [...]. Genre à se rentrer dedans en voiture, à... » (P06).

#### I.A.d. Exposition de la santé physique des exploitants agricoles

En dehors des facteurs de risque et RPS évoqués ci-dessus, les EA se disaient exposés à de nombreux **risques concernant leur santé physique** :

- **Risques physiques** (P01, P02, P03, P04, P05, P06, P07, P08) : risques biomécaniques (manutention, le port de charges lourdes...) et traumatologiques, notamment les risques liés au bétail, ceux induits par la mécanisation ainsi que les risques de chute.

Les risques de surdité et les risques de cancers cutanés n'étaient pas spontanément évoqués.

- **Risques biologiques** avec notamment les zoonoses (P01, P05) et les risques liés à l'exposition à des agents biologiques (poussières par exemple) (P01, P04).
- **Risques chimiques** (P01, P02, P03, P04, P05, P06, P07, P08) : risques liés aux agents chimiques, notamment les produits phytosanitaires, les produits pharmaceutiques (vétérinaires), les produits chimiques liés à l'usage de machines (huiles synthétiques, liquide de refroidissement etc.) ainsi que ceux de nettoyage.

P05 présentait une réelle conscience du risque chimique, tant pour la santé des EA et de leur entourage que pour le vivant dans son ensemble : santé humaine, santé végétale et santé animale. Cette participante avait conscience de la toxicité aiguë de ces produits, comme de leur impact à long terme et de leur persistance possible dans l'environnement.

Le **risque d'accident** était très représenté avec une **connotation de gravité** de celui-ci dans la profession agricole (P01, P02, P03, P04, P05, P06, P07, P08). Il existait chez P01 une réelle dichotomie entre un accident de travail et une pathologie survenant en dehors de ce cadre. En effet, l'accident de travail avec les connotations de gravité et de soudaineté qui lui étaient attribuées, provoquait une incapacité, provisoire ou non, à assumer ses responsabilités professionnelles. Cela pouvait entraîner une peur de l'accident. P07 et P08 ont évoqué le risque routier.

« Hein, c'est, c'est plutôt ça parce que, un accident euh, ça ne prévient pas bon euh... les, les problèmes de santé, on n'est pas, en principe, on est pas mourant du jour au lendemain. Bon des fois, on peut avoir l'temps d's'organiser un peu si... quand on a le rhume, bon beh, on sait qu'ça va durer une semaine, on peut s'organiser un peu pour euh... **[I : Pour que ça aille ?]**. Pour que ça aille et puis beh, par exemple, on fait le, quand on est, qu'on est malade, on fait le minimum et puis euh... **[I : Et puis on rattrape après ?]**. Et puis on rattrape un peu après quoi, hein ! Mais des fois quand c'est un accident [...] qu'on n'peut pas travailler là, c'est plus compliqué » (P01).

Les risques pour la santé physique étaient assez bien identifiés par les EA contrairement aux risques psychosociaux qui n'étaient parfois pas reconnus comme tels et/ou cités de manière indirecte.

#### **I.A.e. Exposition aux divers risques et facteurs de risques dépendant de différents facteurs**

L'exposition aux différents facteurs de risques et risques dépend selon les EA de plusieurs éléments :

- Le **type d'exploitation** (P01, P05, P07, P08) avec naturellement des risques liés au type d'élevage : les risques liés au bétail par exemple. L'intensité et le temps de travail étaient jugés plus importants dans les exploitations de type élevage, tout comme l'insécurité de la situation de travail, notamment économique. P07 a pu en faire l'expérience lui-même à travers son changement de type d'exploitation, d'élevage à céréalière, pour raisons de santé. On

pouvait donc considérer le type d'exploitation céréalière de P07 comme facteur protecteur à l'égard de ces deux facteurs de risque.

Le type d'exploitation était lui-même conditionné par le lieu d'implantation de l'exploitation.

« [...] agriculteur, c'est, c'est un beau métier, mais bon, il faut savoir que... pour que ça marche, il faut être tout le temps dedans quoi. Surtout, surtout en élevage [...] peut-être encore plus » (P01).

« J pense que l'élevage c'est, ça reste quand même plus compliqué euh, financièrement, que la grande culture euh » (P05).

« [...] on travaille dans, dans la zone Ardennes, il y a de l'élevage donc euh, l'élevage est synonyme aussi de dangerosité parce que beh, c'est, 'fin c'est, les sources accident du travail, 'fin, sont beaucoup liées à la... à la présence d'élevage » (P07).

- Le **mode d'exploitation** : biologique ou conventionnel (P03, P05, P08). Les EA restaient d'avis diversifiés sur la question. P03 et P05 se sentaient protégées des risques chimiques grâce à leur mode d'exploitation biologique. A contrario, P08 identifiait ce mode d'exploitation comme condition pouvant augmenter l'exposition aux facteurs de risques psychosociaux.

« **[I : D'accord ? Euh, c'est pas biologique ?]**. C'est comme, mais non. [...]. Mais oui, euh, sinon il y a pas d'engrais, pas d'engrais, pas de phytosanitaires, pas de.... [...]. Ouais et puis bon, pfff. C'est encore rajouter des tracasseries euh... **[I : Des papiers, des choses comme ça...]**. Des papiers, des contrôles euh... Des contrôles euh, pour certification bio. [...]. Des complications euh, quand on a besoin vraiment d soigner une bête, il faut encore euh, chercher des méd... [...]. Quand on manque de fourrage, c'qui nous arrive rarement, c'qui nous est déjà arrivé, obligés d'acheter du bio. [...] c'est beaucoup d'complications pour pas, pas grand-chose de plus, parce que toute façon les, l'commerce du bio ici, il y a pas d'filère vraiment de viande bio. [...]. Non, y a pas de, y a pas de plus à être bio en allaitant, 'fin sur notre secteur quoi » (P08).

P08, utilisant moins d'engins mécaniques dans sa pratique professionnelle quotidienne se trouvait moins exposé aux risques associés à ceux-ci. En revanche, il identifiait un surcroît d'exposition à divers facteurs de risques psychosociaux à travers la diversité des tâches dans sa pratique professionnelle (vente directe, élevage...).

« C'est... Non. Charge de travail, pareil la charge, les, les contraintes aussi, hein, parce que en vente directe ça dépend c'qu'on, c'qu'on fait avant, mais nous en boucherie-charcuterie, ça demande quand même des, des, des beaucoup d'choses à faire, beaucoup de papiers aussi. Et du temps d'travail quoi » (P08).

### **I.B. Une étroite interdépendance entre la profession d'exploitant agricole et la santé**

Les risques et facteurs de risques auxquels les EA s'identifiaient comme exposés dans l'exercice de leur profession (décrits ci-dessus), pouvaient avoir un retentissement sur leur état de santé physique, psychique et social.

En effet, nous avons vu émerger lors de notre analyse **l'étroite relation existant entre l'exercice de la profession d'EA et la santé dans son ensemble**. De manière concomitante, la santé, elle aussi, influençait le travail. Il s'agissait donc ici d'une interrelation, positive comme négative, étroite et permanente entre la santé des EA et l'exercice de leur profession.

- **Le corps : outil principal de travail**

On concevait cette interdépendance dans la représentation qu'avaient les EA de leur **corps comme l'outil principal au service de leur travail** (P01, P02, P03, P04, P05, P07). Il était au cœur de la profession et permettait d'assurer le bon fonctionnement de l'exploitation.

« Voilà, hum. Hum, hum. Puis se protéger aussi quoi, parce que après, 'fin, il y a des risques et puis il faut... Souvent on coupe, on sait assurer son tracteur plein pot parce que... **[I : Hum, hum]**. Mais après, l'bonhomme, c'est, c'est l'bonhomme qui fait tourner aussi la, la ferme » (P07).

« La solution, c'est, c'est, c'est moi. 'Fin, entre guillemets, [...] » (P04).

- **Influence de la profession sur la santé des exploitants agricoles**

La **profession avait ou pouvait avoir un impact négatif sur la santé** des EA (P01, P02, P03, P04, P05, P06, P07, P08). Les EA décrivaient cette influence délétère de la profession sur leur propre santé et/ou sur celle de leurs pairs, à travers la présence de symptômes ou l'apparition de pathologies. Était par exemple citée la présence de troubles musculo-squelettiques, d'accidents avec diverses atteintes et conséquences sur l'état de santé, de troubles du sommeil, de fatigue et d'atteintes psychiques ou encore de cancer.

Pour P04 et P06, cet impact négatif sur la santé était fonction des conditions de pratique de la profession et pour P03 fonction de l'implication professionnelle.

« Il y a une contrepartie quoi. C'est trop dur quoi ! L'travail trop physique ou 'fin peut-être dans notre cas à nous, parce qu'on est parti d'loin. C'est sûr que si t'as la ferme euh, quand tu reprends c'est déjà en activité d'croisière, tout ça, tout va bien, j'pense que ça s'passe bien. Mais lui, il a dû tout construire. On a deux bâtiments qui s'sont écroulés, il a refait des bâtiments. La fumièrre, il l'a creusée à la main. 'Fin vraiment c'est... » (P03).

« Beh c'est vrai qu'c'est toujours monter, descendre du tracteur. Bah c'est toujours, si on fait pas gaffe [sourit], 'fin on ne l'fait pas... [sourit]. On va pas dire qu'on descend toujours de, en desc..., en marche arrière donc on descend toujours en marche avant. Bah donc c'est les jambes qui trinquent quoi » (P04).

P05 et P06 évoquaient également le suicide dans la profession. P06 le trouvait sur-représenté dans l'opinion publique.

« [...] beh c'est ça qu'y a beaucoup des suicides, t'as des suicides. 'Fin y a quand même des gens, ils s'en sortent pas quoi dans le, dans l'élevage hein » (P05).

« [...]. On entend toujours les suicides et tout ça machin. Oui c'est sûr, mais bon euh... pfff. **[I : Quand tu dis : « on entend les suicides » ? Des autres agriculteurs etc. ?]**. Ben on... 'Fin, ouais [...] Dans la, pfff, j'sais pas dans la vie courante, on dit toujours : « Oh, tant d'agriculteurs, ils se suicident par jour » ou « tant d'machins ». Après y en a dans tous les métiers. Et puis, dans tous les métiers, y a des gens qui vont pas bien. [...]. **[I : Hum, hum. Et tu trouves, tu trouves on en parle un peu trop par rapport à ce qu'il y a ?]**. Ouais, c'est un peu trop. 'Fin, qu'on parle... j'trouve qu'on parle beaucoup du suicide des agriculteurs, moi. 'Fin j'sais pas... » (P06).

P03 et P04 exprimaient une certaine crainte quant à l'avenir de leur santé. P07 l'évoquait également au moment de sa reconversion professionnelle. Elle a été un des moteurs de sa reconversion d'un type d'exploitation en élevage vers la polyculture.

« C'qui m'fait l'plus peur, c'est de, de retrouver, 'fin en vieillissant de plus y arriver en fait, d'avoir mal partout, partout, et d'pas y arriver » (P03).

« [...] Puis je savais que, comme tout le monde que j'allais vieillir et puis je, 'fin, j'avais pas non plus que, que mon boulot me, me retasse sur beaucoup de choses quoi » (P07).

Il est à noter que certains participants (P04, P05 et P06 plus particulièrement) identifiaient chez eux une exposition aux facteurs de risques et risques plus importante à travers le statut d'indépendant par comparaison au statut de salarié agricole. Ils décrivaient (P04, P05) un surcroît de facteurs de risques psychosociaux et de stress à travers les responsabilités auxquelles le statut d'indépendant les soumettait, ainsi qu'une plus grande prise de risques de leur part (P05, P06).

« Tu t'exposes peut-être moins [...] pour un patron, à des risques, que quand toi c'est ton, c'est ta boutique quoi. [...]. T'as des responsabilités que y font que beh tu, tu peux peut-être te mettre un peu de côté et donc forcément t'exposer à des dangers parce que beh t'es pas forcément en état pour euh... optimum de concentration et qu'c'est là que tu te blesses quoi » (P05).

« [...] il y a plein de trucs que nous on fait parce que on veut pas faire faire aux salariés » (P06).

« Femme de P04 : L'employeur a quand même encore une, une responsabilité administrative. [...] Supplémentaire en plus, voilà. Puis des soucis euh... hein, voilà. Des soucis de stress, toute façon c'est toujours le stress, c'est toujours euh... P04 : Et puis bon, un peu toujours [...] la responsabilité d'un salarié, j'veux dire, si il se blesse, j'veux dire, c'est compliqué. [...] si il casse quelque chose beh euh, beh lui c'est tout, c'est cassé, c'est cassé. [...]. Non mais voilà, c'est à moi d'régler quoi. Bon, c'est pas l'cas, j'veux dire... » (P04 et sa femme).

Le **travail peut également exercer une influence positive et préventive** sur la santé (P01, P02, P03, P06, P08). Il occasionne une certaine activité physique permettant une diminution de la sédentarité des EA (P03, P08) mais il possède également un rôle dans l'alimentation (P02, P03). En effet, P02 explique avoir une meilleure alimentation grâce à son autoproduction liée à l'exploitation elle-même et/ou liée au fait d'avoir un milieu extérieur en milieu rural, propice au développement d'une autoproduction privée.

La profession offrait également aux EA un certain équilibre et bien-être psychique (P01, P02, P06).

« [I : D'accord. Euh, ensuite, quelle est l'influence de votre profession sur votre état de santé ?]. [...] Beh, c'est c'qui fait mon état de santé d'toute façon. [...] Beh, c'est notre travail qui fait euh, notre santé. 'Fin, c'est l'alimentation, déjà, j'trouve qui fait ton état de santé et puis ton activité physique. [I : Ouais ?]. Donc de par notre travail. [...] L'autre fois, j'avais mis l'podomètre pour voir, dans une journée normale, on fait quinze kilomètres. [I : Ah oui !]. Donc c'est une normale quoi, sans aller chercher les vaches, sans rien faire. Donc ça, moi j'trouve que c'est bien. T'es pas sédentaire, voilà pour ta santé, c'est bien. Mais par contre, c'est vrai que... Beh t'as déjà mal partout, tout ça, ça c'est pas normal quoi. C'est inquiétant quand même. [...] » (P03).

« Après y a un truc que, moi, que j'voudrais dire quand même [...]. Voilà : c'est le travail, c'est la santé. Et y en a beaucoup qui croient que c'est l'contraire, mais c'est pas vrai » (P01).

« Puis, même si il y a un truc qui va pas, il y a du boulot, donc tu tapes dans le boulot et puis ça te fait penser à autre chose. [Rire] » (P06).

- **Influence de l'état de santé sur le travail**

Il existe aussi pour nos EA une **influence de l'état de santé sur le travail** (P01, P02, P04, P05, P07), parfois même lorsque cet état de santé découle du travail lui-même, ce qui étaye leur interdépendance.

P01, P02, P04 et P07 décrivaient l'impact du vieillissement sur leurs capacités physiques, notamment à assumer leur travail, avec un temps de tâches professionnelles augmenté et un métier devenant plus difficile avec l'âge. Les EA essayaient de trouver des solutions au « vieillissement corporel » ainsi qu'à leurs soucis de santé afin de pouvoir continuer leur activité professionnelle de manière correcte et moins difficile. P02 trouvait des solutions techniques, alors que P04 possédait une aide salariale. Ces interviewés possédaient une réelle capacité d'adaptation en fonction de leur état de santé, ce qui constituait parfois leur porte d'entrée vers des solutions de prévention en santé au travail.

« Donc, j'fais tout en fonction d'ça. A un moment « t » on n'est pas bien, mais on essaie de solutionner le problème. [...] Des solutions pour que ça soit moins dur. [...] On devient vieux [...]. Avant il y avait les pneus qu'on mettait sur les silos de maïs, puis les bâches tout ça. Au jour d'aujourd'hui, il y a les... Il y a les Lest'o qui existent. C'est une sorte de feutrine, on, on, on achète le Lest'o puis euh... [...] Ça facilite la vie ! Donc c'est... » (P02).

« [...] je regrette pas du tout d'avoir fait c'métier là. Mais euh [...] par exemple tout à l'heure on disait beh arriver à prendre du temps, beh quand, quand j'avais 30 ans, 35 ans j'arrivais à en prendre du temps, pi j'faisais la même chose, mais aujourd'hui je n'y arrive plus. C'est plus difficile.

**[I : Et c'est dû à quoi cette difficulté en plus par rapport à avant, selon vous ?]**. Bah parce que t'façon quand on vieillit on va moins vite. [...] avant moi euh, j'allais rechercher les vaches, j'y allais en courant. Bon beh aujourd'hui euh, faut faire attention, euh » (P01).

P07 ayant eu un accident de travail grave était le plus représentatif de cette capacité d'adaptation du travail à l'état de santé. En effet, le travail d'éleveur étant devenu trop difficile, ce dernier s'est adapté à travers une reconversion professionnelle en filière céréalière.

« Beh entre, 'fin, la période de consolidation donc, 'fin, je... Je commençais à reprendre possession de mon corps et tout ça. Et puis à un moment, beh euh... 'fin, qu'est-ce que je fais au niveau professionnel aussi ? Et puis euh... **[I : Hum, hum]**. Mais entre s'dire : « ouais, beh j'veux rester agriculteur » et puis le redevenir, et puis il y a... pfff... Il y a quand même un gros... » (P07).

- **Interdépendance entre les différentes composantes de la santé et la profession : un besoin de prévention à tous les niveaux**

Les EA identifiaient déjà ou appréhendaient l'atteinte de l'une de leurs composantes de santé (physique, psychique ou sociale), que ce soit une atteinte portée par le travail ou non. En effet, l'atteinte d'une des composantes de la bonne santé retentissait selon eux sur une ou plusieurs autre(s) et/ou directement sur le travail (ce qui pourrait engendrer ensuite, un retentissement sur la santé sociale etc.). En effet, la santé financière étant directement dépendante de la « bonne santé » de l'exploitation, elle-même dépendante de la bonne santé de l'EA, si une composante de la santé est en détresse, elle peut induire une détresse globale à terme.

Par exemple, le travail pourrait induire un trouble musculo-squelettique, qui pourrait à son tour provoquer une détérioration de la santé mentale, les deux risqueraient d'impacter le travail (diminution d'efficacité, augmentation du temps de travail), ce qui exposerait les EA à une augmentation de leur détresse mentale et pourrait également compromettre la santé sociale à travers une atteinte économique et ainsi de suite.

Aussi, comme dit plus haut, P03 était préoccupée et craignait l'apparition à l'avenir de répercussions de prises en charge incomplètes sociales ou médicales actuelles sur sa santé globale et celle de son époux (particulièrement dans le domaine social).

« Oui ! Et on peut pas prendre soin d'nous, et le drame aussi c'est que derrière, beh y aura pas d'suite. Si dans 10 ans, il a un problème à la mâchoire, ou on s'rend compte qu'au final y avait quelque chose, beh y a pas de dossier d'ouvert quoi ! » (P03).

Dans ce contexte, P04 identifiait un lien d'interdépendance entre les états de santé des personnes travaillant sur l'exploitation. En effet, chacun entraînait des répercussions sur le travail en lui-même qui pouvaient se répercuter et avoir de possibles conséquences sur la santé d'un collègue.

Ceci nous montre bien le besoin de prévention en santé à tous les niveaux chez les EA, au vu de l'étroite interdépendance de ces variables.

« [...] j'ai des tendinites qui sont récurrentes, j'ai très très mal aux bras, et d'traire. Donc beh si vous voulez avant j'..., on portait, on faisait plein de choses, on allait vite à faire notre boulot. Au jour d'aujourd'hui, euh, on réfléchit déjà, est-ce que je vais arriver à le faire ? On a déjà peur d'avoir, de... [...]. Et donc ça, ça fait un blocage mental, ça fait un blocage physique parce qu'on n'arrive pas à avancer comme on voudrait, mais euh c'est surtout mental aussi. [...]. **[I : Et vous êtes allée voir par exemple le médecin pour vos tendinites ?]**. Bah oui, je l'avais revu [...] il m'a mis [...] 15 jours d'arrêt, mais euh, j'me suis renseignée, j'avais pas l'droit à grand-chose donc euh [...]. On est restés quand même... J'ai travaillé beaucoup moins » (P02).

« Beh t'façon, comme je disais t'à l'heure, quand euh, quand ça va bien dans la profession, la santé va bien, et puis quand euh, quand on a des années, des années qui sont difficiles, beh même comme cette année hein euh... [...]. » (P01).

« **[I : Comment, vous... Quelle est l'influence de votre profession sur votre état de santé ?]**. Euh... Beh pour l'instant ça va. [Sourire]. Un peu des problèmes musculaires au niveau des épaules quoi. **[I : Hum, hum]**. Euh... et puis beh c'est vrai qu'il y a des moments euh... c'est un peu plus compliqué à gérer donc on dort un peu moins bien, le moral est un peu moins là. Et ça c'est... Comment ? Euh... il faut arriver à passer au-dessus d'ça, mais c'est pas toujours évident et c'est toujours le travail qui reprend un peu l'dessus par rapport à ça quoi » (P04).

### **I.C. Une interdépendance des sphères de vie professionnelle et privée : facteur protecteur ou facteur de risque en santé ?**

Il existait souvent une interdépendance entre la vie professionnelle et la vie privée des participants (P02, P03, P04, P06, P07). Lorsque les EA travaillaient en famille et/ou en couple, ce lien était assez perceptible. Cette interdépendance pouvait aussi provenir de l'omniprésence du travail dans la vie. Pour certains, ce lien représentait un véritable facteur protecteur, notamment à travers la possibilité de partage des responsabilités professionnelles. Pour d'autres, il s'agissait d'un facteur de risque psychosocial supplémentaire, mais souvent cette interrelation revêtait ces deux caractéristiques.

« Aspects positifs, c'est que euh... on travaille sur place, on... On peut mixer la vie professionnelle, la vie familiale. Mais bon, c'est un avantage et un inconvénient, c'est les deux » (P03).

P03, qui travaillait avec son époux en EARL (Exploitation Agricole à Responsabilité Limitée), nous expliquait également l'inquiétude et le poids ressenti à la vue de son mari plongé dans le travail au détriment de sa propre santé. Cela induisait un stress par le fait de se sentir en partie responsable de la santé de l'autre. Elle notait notamment qu'une interruption dans la sphère professionnelle était souvent salutaire pour la sphère conjugale et familiale.

« Ben j'le laisse et puis je l'épaule. J'le laisse faire, j'l'épaule, mais j'pense qu'il faudrait qu'j'arrive à c'qu'il s' repose. Rien que d'se reposer un peu, ça lui ferait du bien. J'vous dis juste une demi-journée, on voit le changement » (P03).

P04 et P07 expliquaient que l'entourage familial était important. Il permettait notamment un soutien psychologique à travers l'échange et la reconsidération de la place de la profession dans la vie. Il apportait parfois aussi un soutien physique à travers une aide ponctuelle sur le lieu de l'exploitation (enfants, parents). Ce qui pouvait favoriser l'aménagement de temps de repos ou encore la prise en compte et en charge de soucis de santé.

« **[I : D'accord. Vous arrivez quand même à en parler un petit peu de ce stress ou... ?]**. Beh, on essaye un peu d'en parler, après j'veux dire que le... On a déjà la chance de travailler en couple à deux [...] » (P04).

« Ouais. Puis bon après, 'fin, après voilà, 'fin... Il y a les, 'fin j'ai trois enfants donc après, 'fin, tu recibles un peu tes priorités aussi par rapport à plein de choses et puis... » (P07).

P07 voyait aussi en la jeune génération un facteur protecteur à l'égard des facteurs de risques psychosociaux à travers l'apport d'un équilibre des sphères de vie, via un nouveau cadre privé et professionnel plus indépendant.

« [...] la jeune génération agricole aujourd'hui, 'fin, j'pense il y a un peu l'avantage que les épouses travaillaient un petit peu à l'extérieur. [...] ça ouvre aussi un peu sur beaucoup d'choses, parce que c'est vrai que nos parents, souvent même presque nous y avait beaucoup de couples qui travaillaient ensemble dans la ferme et [...] Le panorama était vite cerné quoi. [...] j'pense que les jeunes de manière globale, ceux qui s'installent aujourd'hui, ils vont plus cadrer leur, leur ferme, leurs loisirs [...] **[I : Oui, ils veulent vraiment une vie euh, à côté de la ferme en fait ?]**. Ouais, j'pense, un peu plus, 'fin plus équilibrée entre guillemets [...] c'est quand même un bien » (P07).

P06 travaillait en groupe avec plusieurs personnes de son entourage familial, notamment son père. Il trouvait important de bien faire le distinguo entre la sphère privée et professionnelle et avait participé à une formation sur le thème des relations humaines et l'apprentissage du « travailler ensemble ». Il avait une crainte de l'altération des relations privées par le biais de mésententes et de détérioration des relations professionnelles. Celle-ci s'était renforcée chez lui devant l'identification de problèmes similaires dans son environnement agricole proche. Cela pouvait représenter pour P06 et son frère un frein à l'installation ensemble. P01 avait lui aussi essayé l'installation avec un membre de sa famille, mais cela avait échoué et avait impacté leur relation privée.

En conclusion de cette première partie, nous avons pu identifier une interrelation assez forte entre la santé de nos participants et leur profession. Les EA étaient exposés à un nombre conséquent de facteurs de risques et risques professionnels, dont notamment de nombreux facteurs de RPS ainsi que du stress. Ils avaient conscience de ces derniers mais les exprimaient moins et de manière souvent inférieure à celle des risques pour leur santé physique. Ils expliquaient que leurs expositions dépendaient du type de filière agricole mais aussi de leur mode d'exploitation. De plus, le système agricole était selon nos interviewés peu adapté à une prévention en santé, notamment à travers l'augmentation de l'exposition à de nombreux facteurs de RPS qu'il provoquait.

L'interdépendance de la sphère privée et professionnelle était clairement identifiée dans le monde agricole. Elle pouvait être un facteur protecteur comme un facteur de risque, mais les EA identifiaient

la jeune génération comme adepte de la séparation de ces sphères afin de pouvoir tendre vers un meilleur équilibre de vie.

## II. LA PRÉVENTION EN SANTÉ POUR LES EXPLOITANTS AGRICOLES

Nous avons pu voir ci-dessus le rôle central et l'importance que la profession prenait dans la vie des interviewés. La prévention en santé au travail était donc un pilier de leur prévention en santé et primait sur le reste des domaines préventifs. Seulement, au vu de l'interdépendance de leur santé et de leur profession, le maintien de leur bonne santé générale, notamment dans l'ensemble des champs de la santé y compris ceux hors du domaine professionnel, est un composant également essentiel. En effet, de leur bonne santé générale dépend leur travail ainsi que leur santé au travail en ce sens. Nous développerons donc ci-dessous les représentations, les moyens d'accès, les freins et les besoins en prévention en santé des EA.

### II.A. Les représentations de la prévention en santé

#### II.A.a. Les représentations de la prévention dans le domaine de la santé au travail : une autonomie et autoévaluation du bénéfice / risque

Il existait chez la plupart des EA une autonomie associée à une autoévaluation du bénéfice / risque de la prévention en santé au travail (P01, P02, P03, P04, P06, P08).

Celle-ci s'exprimait entre autres, à travers un **sentiment de maîtrise du risque** de leur part (P01, P02, P03, P04, P06, P08). Elle se traduisait également dans **leurs comportements** (freins et actions) **en matière d'accès à la prévention en santé au travail** et la saisie ou non des opportunités préventives leur étant offertes.

##### II.A.a.1. Un sentiment de maîtrise du risque

Les EA disaient posséder une bonne conscience et connaissance des risques et facteurs de risques en santé au travail (voir « I. La profession et la santé : indissociables ») qui leur offrait l'opportunité de se protéger. Certains exprimaient cette conscience et connaissance des moyens préventifs et risques, mais semblaient ne pas forcément adapter leur pratique préventive de manière adéquate.

« Bah pfff. Oui, par exemple, quand j'veais traiter bon euh, moi je, je ne mets pas le masque, mais j'fais, j'fais attention avec les bidons de traitement et tout ça quoi, hein. Quand je vais traiter les céréales, je veux dire hein » (P01).

Comme en prévention dans les autres champs en santé, certains EA évoquaient une impression d'augmentation de leur conscience et considération des risques corrélée à leur avancée en âge. Pour P05 cela s'accroissait lors de ses grossesses.

Leur **sentiment de maîtrise du risque professionnel** (P01, P02, P03, P04, P06, P08) s'exprimait à travers les moyens préventifs qu'ils mettaient en place et via une certaine relativité du risque.

« Beh aujourd'hui, 'fin, j'pense que le, le risque des produits dangereux, on l'a maîtrisé par la prévention qu'on peut avoir avec euh... 'Fin, MSA, tous les panneaux qu'y a. [...] » (P04).

Seuls P05 et P07 n'exprimaient pas ce sentiment de maîtrise du risque et cette relativité mais utilisaient et identifiaient eux aussi, les moyens à but préventif en santé au travail.

P07 en avait conscience et nous décrivait la présence de ce sentiment chez ses pairs du fait de leur enfermement et du défaut de remise en question de leur pratique. P06 qui possédait aussi ce sentiment de maîtrise du risque se trouvait ouvert aux pistes d'amélioration et de formation, contrairement à la description qu'il pouvait avoir du reste du monde des EA.

« [...] j'pense que le gros défaut des exploitants agricoles, c'est, [...] on est quand même beaucoup pris par le travail, [...] 'Fin, quand on compare au monde industriel ou salarié euh... 'fin, ils ont quand même [...] Des sentiers de formation que nous, des fois on se dit : « oh, pas besoin, t'façon euh, j'assume... » [...]. 'Fin, il y a un large panorama de, d'activités qu'on peut faire mais en étant des fois pas formés quoi, ou pas assez formés. [...] les mœurs commencent à changer, mais euh... Mais des fois le, l'exploitant agricole prend pas forcément l'temps de s'former, [...] de s'ouvrir aussi un peu l'esprit pour, parce que beh, 'fin, on est ancrés [...] dans sa ferme et puis euh bah : « ouais non mais j'ai mon boulot, j'ai mes... ». [...] j'pense qu'il faut arriver à se poser puis à se rouvrir un peu la tête pour dire, 'fin les périodes, les pistes d'amélioration ou... » (P07).

« Mais j pense que, après l monde agricole c'est quand même spécial. [...] il y a quand même pas mal d'agriculteurs qui, qui croient vraiment tout le temps, tout savoir et [...] jamais avoir besoin d'être formés, parce que ils savent ou parce que les autres, c'est des cons ou parce que... » (P06).

Les EA n'avaient parfois pas forcément conscience de leurs pratiques préventives car celles-ci faisaient **partie intégrante de leur quotidien professionnel**. Cela renforçait leur sentiment de maîtrise du risque (P01, P02, P03, P04, P06).

« Moi, je n dis pas que je n fais pas attention, peut être que c'est parce que justement j fais attention. [...] Quant, mettons j vais faire un vêlage ou j sais pas quoi, beh j mets des gants, après j me lave les mains, des choses comme ça, alors bon est-ce que ça c'est de la prévention, je n sais pas, mais j pense que un peu quand même, hein » (P01).

« Ça on essaye de toute façon quand on travaille [...] de faire le plus sécurisant possible » (P02).

« Alors en fait lui, il l'a acheté parce que ça lui coûtait pas grand-chose. [I : Hum, hum]. Et que au final, tu t'en rends compte après que c'est un truc, tu te sers tous les jours quoi » (P06).

Ils utilisaient et/ou distinguaient les **moyens préventifs** à leur disposition en santé au travail.

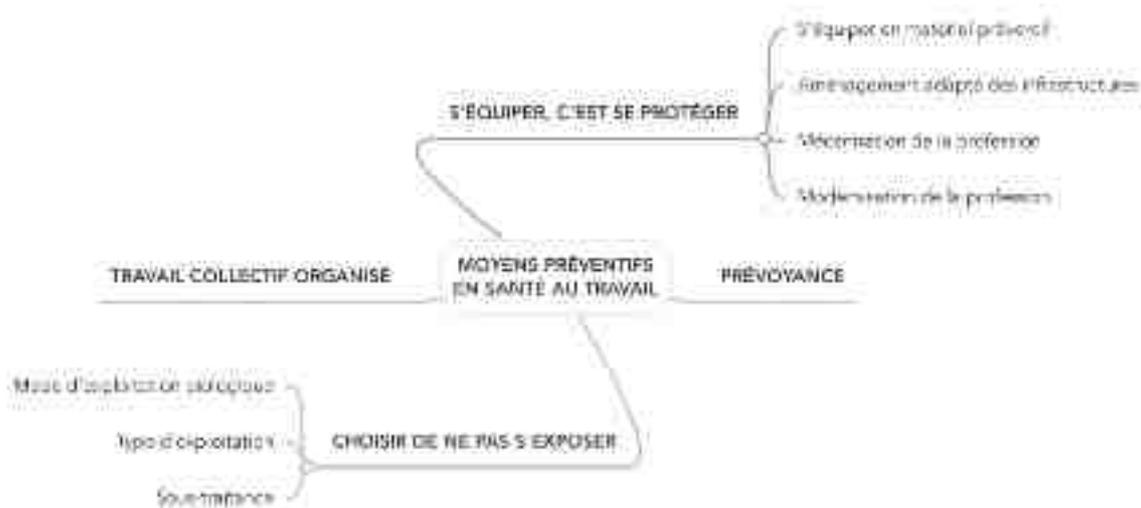


Figure 2 : Les moyens préventifs en santé au travail

- **S'équiper c'est pouvoir se protéger** (P01, P02, P03, P04, P05, P06, P07, P08)

Les EA distinguaient notamment l'**équipement en matériel préventif** comme moyen de prévention.

« [...] par exemple, j'avais les seaux à porter d'un endroit à un autre, c'était très lourd. Je me suis acheté, j'ai acheté un petit chariot pour les emmener. [I : D'accord...]. Euh, il y a des barrières où elles sont lourdes... on, on invente du matériel qui va pour que ça aille bien » (P02).

« Bah, les produits phyto, on essaye de, 'fin, on a le port du masque, le, la... la combinaison ou la... oui, 'fin le, le tablier qui va bien [...] » (P04).

L'équipement préventif passait aussi par l'**aménagement de l'infrastructure** professionnelle, notamment pour P06 et P07.

« [...] J voulais faire un transfert, 'fin, comment dire ? La vache m'a donné un coup de patte euh, 'fin, mais après, il y a... Il y a tout, il y a toujours un peu des moyens de, de, de se protéger, de, d'anticiper ces phénomènes-là en, en étudiant la circulation des animaux, les couloirs de contention, des cages de, de parage, de... [I : Hum, hum]. Le format de la salle de traite, 'fin... [...] 'Fin moi, j'ai beaucoup réfléchi aussi sur mes, des fois mes déplacements dans l'exploitation, mais. Par exemple, j'ai refocalisé l'endroit pulvé', [...] comme ça j'ai pas à traverser la ferme pour aller chercher un bidon ou pour... [...] » (P07).

On identifiait le rôle préventif de la **mécanisation de la profession** (P02, P03, P04, P05, P06, P07), mais celle-ci amenait également son lot de risques en santé au travail et il existait une certaine ambivalence à ce sujet.

En effet, ils faisaient mention du matériel motorisé, tel que les tracteurs, qui avait pour eux un rôle en prévention des risques physiques principalement, en évitant le port de charges lourdes etc. mais ce matériel représentait à la fois un risque d'accident routier, d'autres troubles musculo-squelettiques, de risques liés à leur entretien et de risques d'accidents mortels. Cela pouvait créer une crainte de l'accident (P03, P05). Pour P06, il existait un risque d'augmentation de l'isolement par la mécanisation de la profession. P08 lui, identifiait comme moyen préventif, l'entretien de son matériel et de ses équipements professionnels.

« [...] j'ai investi aussi dans un robot de traite en « année 14 ». Donc tout ça pour [...] simplifier un peu mon travail, avoir un peu une vie de, de famille un peu plus normale parce que... » (P07).

« Beh l'risque euh, d'écraser quelqu'un quoi » (P03).  
 « [...] Donc euh, même travailler tout seul et tout, je trouve que c'est pas motivant, c'est pas voilà. Bon, il y a des trucs que je fais tout seul mais je fais du tracteur, moi j'fais une journée de tracteur, je suis malheureux à faire du tracteur toute la journée. [...] » (P06).

La **modernisation de la profession** (P01, P04, P05, P06, P07) fut également évoquée comme moyen préventif supplémentaire par les EA.

« [...] bon maintenant, euh, ça n'existe plus, mais avant, euh, on avait des tracteurs qui n'avaient pas de cabines, **[I : Oui c'est vrai]** hein, alors euh, bon euh, y a quand même eu des choses qui, qui se sont améliorées euh, pour, pour la santé quand même. Hein ! » (P01).  
 « [...] Avant, on en trayait, aller au plus, on avait peut-être trait 100, 110. [...] l'soir t'en avais pour deux heures quoi. [...] Minimum ! Si tout allait bien et tout. [...] Et puis il fallait être à deux. **[I : Hum]**. Là, t'arrives ici, le soir tout seul, en... si t'es un peu énervé en une demi-heure, trois quarts d'heure, allez grand maximum une heure, tout le monde a à bouffer quoi. 'Fin, tout le monde a... Tout, le boulot est fait quoi » (P06 parlant de son investissement dans un robot de traite).

Cette prévention via l'équipement peu représenter un coût parfois conséquent, lui-même pouvant entraîner un facteur de risque socio-économique (P06, P07, P08). Cela pouvait représenter un frein à la prévention en santé au travail.

« Mais j'avais une bonne quarantaine d'années et puis après, 'fin c'est pareil, économiquement, financièrement, 'fin, d'arrêter tout, ça passait pas financièrement, quoi euh... **[I : Hum, hum]**. Parce que je devais quand même des gros emprunts liés à l'investissement du robot » (P07).

- **Le choix de ne pas s'exposer à certains risques à travers :**

Le **mode d'exploitation biologique** était identifié comme préventif de l'exposition aux risques phytosanitaires et autres produits chimiques par P03 et P05 (voir « I.A.e. Exposition aux divers risques et facteurs de risques dépendant de différents facteurs » page 44). P05 expliquait que ce mode d'exploitation n'était pas toujours utilisé pour les valeurs qui lui sont attribuées, mais parfois uniquement dans un but de rentabilité et donc consciemment ou non en prévention du risque économique.

« Je sais pas si t'en as beaucoup qui vont... qui étaient avec du conventionnel, qui convertissent en bio, j'pense pas. [...]. Ceux qui le font, c'est peut-être pour euh, l'argent. 'Fin, y en a qui disent que en fait tu vas gagner euh... Il y a cette image là aussi de... [...]. Beh t'en a qui font la, t'en a qui font la conversion pour avoir les aides. **[I : Hum, hum]**. Pour avoir les primes à la conversion et qui après repassent au bout de 5 ans en conventionnel, tu vois » (P05).

Le **type d'exploitation** était un moyen préventif bien identifié pour P07 qui avait effectué une reconversion professionnelle à la suite de son accident (voir « I.A.e. Exposition aux divers risques et facteurs de risques dépendant de différents facteurs » page 44).

« Autant un hectare de céréales fait vivre à peu près correctement son exploitant que [...] l'élevage c'est quand même beaucoup d'temps et [...] faut pas compter son nombre d'heures » (P07).

P02 et P05 identifiaient la **sous-traitance** comme moyen préventif ; P02 contre le risque d'exposition aux produits phytosanitaires et P05 contre le facteur de RPS d'intensité et temps de travail.

« Ben pour les phytos, on a des gants, on a les, la combinaison si, mais moi, je, à la limite, c'est, c'est... c'est pas vrai parce que c'est pas moi qui traite. **[I : D'accord]**. On fait traiter par une entreprise donc c'est pas nous qui l' faisons, c'est eux qui sont équipés » (P02).

« [...] Mais je ferais faire par BL. en fait. Lui il fait de la prestation. **[I : D'accord, lui, il va semer, il va tout faire et puis euh...]**. Ouais voilà, parce que c'est à une demi-heure d'ici, puis moi, j'pourrais jamais faire, je peux pas faire les deux » (P05).

Le choix de ne pas s'exposer à certains risques s'exprimait également chez P06 et P08 sous une forme plus directe. Par exemple, P06 refusait de s'exposer aux risques de chute de hauteur.

« Beh moi j'n'ai, j'ai pas de machine vraiment, pas de désileuse, pas de pailleuse [...]. Pas d'ensileuse, donc euh voilà ça, ça limite les risques quand même quoi » (P08).

« Je n'fais pas de traitement phytosanitaire. [...]. J'ai pas d'cultures donc euh... 'Fin voilà » (P08).

« Et euh, il y a même des risques que nos pères prenaient que nous, on veut plus. **[I : Ouais]**. Genre, changer des tôles sur un toit » (P06).

- **La prévoyance** (P02, P03, P04, P05, P06, P07)

La prévention en santé au travail apparaissait à travers la prévoyance mise en place par les EA qui s'exprimait de différentes manières. Notamment par le biais d'une prévoyance assurantielle professionnelle et privée ou encore via l'adhésion au service de remplacement. Cette prévoyance permettait d'assurer la prévention de la « santé de l'exploitation » et ainsi la continuité de prise en charge de celle-ci. Cela apportait une prévention notamment du facteur de risque psychosocial d'insécurité de la situation de travail (avec le facteur de risque d'insécurité socio-économique) dont peut découler un certain nombre d'autres facteurs de risques et risques par la suite (voir « I.B. Une étroite interdépendance entre la profession d'EA et la santé » page 46). En effet, de la santé économique dépendait un ensemble de composantes de la bonne santé de nos EA.

« [...] Puis se protéger aussi quoi, parce que [...] c'est l'bonhomme qui fait tourner aussi la, la ferme. [...] beh tu peux aller jouer au foot le dimanche, tu peux te fracasser la cheville ou prendre un mauvais coup, tomber du cheval ou... [...]. 'Fin dans tes activités sportives ou même sur la ferme. Puis se dire : « beh demain si je peux pas faire mon travail, qui, qui le fait quoi ? » » (P07).

« Beh oui, qu'tu prennes cette truc là... voilà, c'est ça. Si tu as un incendie, puis ça si t'as le vol et puis machin... Donc ben bref » (P05).

« Nous, on cotise au service de remplacement. [...]. Beh en fait, on a pris le service de remplacement pour nous soulager un peu [...] » (P06).

- **Travail collectif organisé, savoir s'organiser** (P06)

Ces moyens préventifs ont des **buts** divers et parfois communs que sont :

- **Facilitation et diminution de la pénibilité du travail** (P02, P03, P04, P05, P06, P07, P08).

« Oui, oui, on a beaucoup d'barrières. C'est vrai qu'ça nous aide. On en met même plus qu'il n'en faut. 'Fin, justement euh, on regarde pas à mettre une barrière. Des fois pour pousser les vaches, on prend une barrière, on pousse les vaches. Plutôt que, que d's'embêter. On essaye, oui, de tout s'faciliter avec le, avec le télescopique. Ça t'facilite, bien la vie » (P03).

« J'essaie de faciliter un peu euh, de pas porter trop de charges lourdes quoi, inutilement » (P05).

- **Éviter ou réduire l'exposition à certains risques professionnels** (P01, P02, P03, P04, P05, P06, P07, P08). P07 décrivait plus particulièrement l'importance de réduire le risque d'exposition à l'insécurité socio-économique à travers la construction de sa protection sociale via la souscription à des assurances complémentaires ainsi qu'à des services de prévoyance privés. Cela pouvait également passer par l'adhésion au service de remplacement.

« Voilà, euh... On prend l'temps, des fois pas toujours, mais bon, on essaie de, de minimiser les risques au niveau des manipulations des animaux quoi » (P08).

« Et des fois tu, 'fin, t'as certains jeunes : « oh ouais non mais pfff... Ouais non bah on verra bien ». Mais oui mais 'fin... [I : Hum, hum]. Il y a un moment faut savoir se construire aussi son, son parcours social et puis sa sécurité sociale aussi entre guillemets » (P07).

- **L'équilibre des sphères de vie privée et professionnelle** (P06, P07, P08) avec une diminution de l'omniprésence du travail dans la vie.

« Ouais. Ouais, il faut s'équiper pour pas être esclave du truc et puis... Et puis arriver à profiter à côté quoi. 'Fin... » (P06).

- **La prévoyance de la « santé de l'exploitation »** (P02, P03, P05, P06, P07)

Les EA ont conscience des bénéfices des actions préventives dans le domaine de la santé au travail et des améliorations possibles qu'ils peuvent encore apporter. Cela n'est pas toujours le cas dans les autres domaines en prévention en santé.

« Après dans les animaux, bah on a peut-être encore un peu d'la contention à revoir, parce qu'on n'est pas toujours au, au top là-dessus » (P04).

Le sentiment de maîtrise du risque en santé au travail était également repérable face à la capacité des EA à **relativiser certains risques** (P02, P03, P04, P05, P06, P08). Par ailleurs, la plupart des participants estimaient le **risque zéro comme illusoire** dans leur profession (P02, P03, P04, P05, P06, P08). P05 nous a fait comprendre que le fait de relativiser le risque était corrélé à la conscience qu'ont les EA des risques.

« Après, il y a les produits qu'on utilise euh, mais y a pas que des produits phyto hein ! Il y a tout... une mauvaise utilisation c'est toujours risqué, comme dans tout métier... Euh... » (P02).

« Bon après, il y a des moments, y a des moments comme aussi dans, dans tous les métiers aussi. J'veux dire celui qui travaille, qui est pas bien avec son employeur, y a des, il y a des périodes de stress. [...]. Il y a d'autres soucis, on va pas... » (P04).

« Bah, c'est, ouais. Après c'est vrai que tu te dis toujours, merde euh, si il arrivait quelque chose euh, voilà quoi. Mais bon. **[I : Ouais]**. Après, faut prendre des risques pour avancer aussi » (P06).

### II.A.a.2. Comportements et opportunités d'accès en prévention en santé au travail

Dans un second temps, l'autonomie des participants en matière de prévention en santé au travail se traduisait à travers leurs comportements et la saisie ou la création d'occasions préventives.

- **S'entourer, c'est pouvoir se protéger**

Le **travail collectif** était vu comme préventif et comme un facteur protecteur (voir **tableau 2**). Nous distinguons plusieurs sortes d'opportunités en prévention en fonction de la forme que le travail collectif pouvait prendre. Le travail collectif aidait au partage de la charge de travail, à la prise de temps de repos et de temps d'arrêt en cas de besoin (maladie ou autre). Cela permettait aussi de diminuer l'isolement des EA grâce à des échanges plus réguliers.

Dans un premier temps, plusieurs EA identifiaient le fait d'**être employeur** comme un facteur protecteur (P02, P04, P05, P06, P07). En effet, le fait d'être responsable de la santé d'autrui (salariés et/ou intervenants) permettait d'aborder plus régulièrement le sujet de la prévention en santé au travail et ceci principalement par l'intermédiaire du **DUERP** (Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels) devant être révisé annuellement.

Cela amenait aussi aux EA son lot de responsabilités augmentant parfois la présence et le poids de certains facteurs de risques psychosociaux (P04, P06), tels que la charge de travail ou le trop plein d'autonomie. P06, par exemple, estimait le DUERP comme une contrainte administrative supplémentaire ce qui l'amenait à moins d'adhésion. Il jugeait également prendre des risques pour sa santé pour éviter de soumettre ses salariés à ces risques (se reporter aux extraits de verbatim page 48).

« Il y a un truc qui est obligatoire dans toutes entreprises, prévention des risques. [...]. Tout le monde est obligé de remplir ça, normalement. Toutes les exploitations doivent l'avoir. J'sais pas si tout le monde l'a mais... [...]. Donc à la limite c'est avec ça qu'on parle le plus, c'est dans ces, ces cas-là qu'on en parlerait plus » (P02).

« Ouais, de, ouais, ouais. Bah on s'protège, en protégeant, en voulant protéger aussi notre employé, quoi. [...]. Donc euh, 'fin. J'pense que le fait d'avoir quelqu'un à, à protéger, on s'protège aussi soi-même quoi » (P04).

Dans un second temps, le fait de **travailler avec un ou plusieurs associés** était également vu comme une opportunité d'accès à la prévention en santé au travail (P01, P04, P06, P07). P06 était en association familiale avec deux personnes (en plus de ses salariés) et trouvait important de rester conciliant. Il insistait sur le rôle central d'une bonne communication dans le but de maintenir de bonnes relations intra-professionnelles. Le travail en association était pour lui protecteur mais nécessitait une certaine organisation et hiérarchisation. Il avait d'ailleurs réalisé une formation dans ce sens avant son installation (voir pages 52-53 dans « I.C. Une interdépendance des sphères de vie professionnelle et privée : facteur protecteur ou facteur de risque en santé ? »).

« [...] moi toute ma vie j'ai travaillé tout seul, quant j'voyais ceux qui travaillaient à plusieurs, euh, euh, bah j'me disais, c'est quand même bien d'travailler à plusieurs, c'est plus facile. [...] » (P01).

« [...] Travailler à plusieurs, il faut savoir des fois euh, faire un peu des concessions et puis... Ouais il y a des, y a plein d'petits trucs hein euh. 'Fin, par exemple, c'est BQ. qui sème, ça fait que deux ans qui sème, c'est pas aussi nickel que quand c'était BR. qu'a semé toute sa vie quoi, mais euh, c'est tout, voilà, il faut... [...]. Il y a quand j'me suis installé avec mon père et BR., on avait une formation obligatoire. Ça devait être [...] relations humaines-travailler ensemble, un truc comme ça. [**I :D'accord**]. Donc c'était un peu prévention, on va dire aussi, c'est euh... » (P06).

Dans un dernier temps, les EA évoquaient le **travail en coopération et/ou l'entraide professionnelle** (P01, P04, P06, P07). Les Coopératives d'Utilisation de Matériel Agricole (CUMA) étaient un moyen d'entraide et de rencontre entre EA luttant contre l'isolement. De manière surprenante, aucun participant n'a évoqué leur rôle économique à travers le fait qu'elles permettent

également l'achat de matériel relativement coûteux à plusieurs, et donc le fait qu'elles pourraient jouer un rôle préventif du facteur de risque psychosocial d'insécurité socio-économique.

« Beh avec les bêtes, avec les bêtes, il faut tout le temps être présent toute façon euh, bon de temps en temps j'arrive à me libérer. L'autre jour, beh quant AA. était là, euh, on s'est libéré une journée parce que beh il est venu m'aider un petit peu le matin et pi le soir, et pi entre les deux on est arrivé à prendre [...] une journée mais autrement, euh... » (P01).

« [...]. J'suis pas tout seul. 'Fin, je suis, même si je suis en nom tout seul sur l'exploitation, 'fin, j'travaille beaucoup, 'fin avec « organisme professionnel 1 », avec des copains en entraide pour la moisson et tout ça, donc quand y a besoin, 'fin je... Je peux avoir de la main-d'œuvre occasionnelle si besoin. Et puis... » (P07).

Les EA identifiaient également **l'échange entre pairs** (P02, P04, P06, P07) comme moyen d'accès à la prévention en santé au travail. Ces échanges pouvaient aussi avoir lieu lors d'échanges au sein d'associations et coopératives (CUMA etc. voir ci-dessus). Pour P06, ces échanges entre pairs pouvaient permettre une prise de conscience de son exposition aux risques en santé au travail.

« [...]. Quand on a échangé sur la prévention, c'était p't'être, ouais, on a fait une réunion, il y a peu de temps sur une euh, sur la transmission des exploitations. Il y a des gens qui parlaient un peu de ça, peut-être. C'est peut-être là qu'on a parlé plus peut-être... dernièrement » (P02).

« Ouais, la formation de la gestion des risques. [...]. Ouais, c'est ça. Bon, ça nous a permis d'échanger avec d'autres agriculteurs » (P04).

« [...]. J'pense que 'fin, collectivement, on sera toujours plus fort que en restant un peu isolé. [...]. Puis d'échanger et puis de, parce que 'fin, pfff, c'est pour résumer un petit peu tout c'qu'on a dit, j'pense que globalement, la société c'est un petit peu, c'est trop, 'fin, c'est individualisé » (P07).

Il existait tout de même une certaine hétérogénéité des avis sur ce point. P03 et P04 trouvaient que les relations intra-professionnelles étaient peu propices à l'échange et la communication sur le sujet de la santé. Pour P04, le monde agricole avait perdu une partie de son esprit collectif et solidaire et l'échange entre pairs était plus difficile. P07 citait le COVID comme facteur ayant aggravé l'individualisme sociétal.

« [I : Est-ce que dans ce type d'organisme par exemple, vous parlez un petit peu de la santé ? De votre santé ?]. Non. [...]. On parle de la santé d'nos bêtes. [Rire] » (P03).

« [I : Entre exploitants etc. ?]. Euh, entre exploitants on a toujours un... C'est un peu... [...]. Moins mis à part qu'on sait qu'par exemple, la personne, 'fin, je veux dire AU., on sait qu'il est passé par des soucis, donc on arrive à aborder des sujets comme ça, d'prévention. Mais [...] l'agriculteur qui, on voit qu'ça va bien, qui fait des bons résultats, il n'en parlera pas quoi » (P04).

« Beh moi la solidarité j'vois que, j'veux dire toi tu, ben ton, bah BF. Il a vendu son blé, s'il l'vend pas, il va aller sur internet chercher l'prix du blé qui lui convient. Moi, je l'vends au prix moyen donc je suis solidaire avec les autres agriculteurs à la limite. Mais ça, on n'l'a plus. Euh... » (P04).

Nos participants **s'entouraient et s'impliquaient dans certaines OPA**. La sollicitation de ces dernières sur certains sujets et projets professionnels leur apportait des informations, une aide et des conseils supplémentaires en prévention de risques et facteurs de risques pour la santé, notamment économique.

- **S'impliquer, c'est pouvoir se protéger**

Pour nos participants l'implication avait un pouvoir préventif. Cela passait tout d'abord par le fait de **se former et de s'informer** (P02, P04, P05, P06, P07, P08).

« [...] d'être en contact avec d'autres exploitants et puis d'autres formateurs à c'journee-là on a, on apprend toujours et puis le soir on revient, on s'est ouvert un peu l'esprit puis : « ah beh oui, tiens, c'est vrai que là euh... mon truc il est pas top, j'pourrais... ». (P07).

« Hum, hum. C'est à nous d'chercher l'information » (P04).

« Puis avec les réseaux sociaux par exemple, 'fin il y a tout un panel d'informations qui est plus ou moins erroné, ou fausses ou pas bonnes. [...]. Il y a un moment, faut aller chercher aussi la bonne info et puis se... [...]. Au bon endroit, puis d'se, d'se former de, de, d'apprendre [...] » (P07).

Cela passait soit par une participation de son propre chef à un moment de formation et/ou d'information, soit par une auto-formation de manière autodidacte et par échange de bons procédés entre pairs (P05, P06).

« [...] Puis je découvre ce métier-là, donc je pense qu'au fur et à mesure j'avais vu un peu des erreurs euh. 'Fin j'suis pas, j'découvre un peu le métier, donc c'est sûr que j'ai peut-être pas non plus les bons réflexes euh. [...] j'pense t'façon ça s'apprendra au fur et à mesure mais » (P05).

« [...] à force d'apprendre, c'est pour en arriver à... Beh tu fais des petits lots d'moutons, de brebis plutôt et comme ça euh, quand il y en a une qu'agnelle, beh elle est pas dans deux-cents et elle perd pas ses agneaux, et ça peut te permettre de te lever un peu moins souvent. [...] » (P06).

P02 décrivait la nécessité d'un apprentissage initial des méthodes et actions préventives en santé au travail. En effet, selon elle, passé un certain temps il était difficile de changer ses habitudes qu'elles soient bonnes ou mauvaises. P05 qui venait de terminer sa formation étayait ce propos à travers la description d'une formation initiale trop courte pour aborder l'ensemble des sujets nécessaires.

« [...] c'est un peu un manque de temps, il y a toujours autre chose à faire. [...] On a une mauvaise habitude. [...]. **[I : On a du mal à les changer ?]**. Ouais, c'est ça comme ça, on est trop vieux maintenant. Fallait le faire avant, faut le faire à 20 ans. C'est en école qui faut prendre » (P02).

« [...] Toi, t'as des cours là-dessus, mais on va pas te faire le Certiphyto et puis on va pas te faire, apprendre à conduire un tracteur, on va pas te faire apprendre à t'occuper d'animaux, mais on va t'apprendre à aller gratter des subventions quoi. Et puis à gérer ton entreprise. En fait on t'apprend à être un bon... Un, un bon gérant, pas être un bon agriculteur, un, pas un bon éleveur, on t'apprend à être un bon responsable d'exploitation. [...]. Après c'est une formation qui est concentrée en 9 mois donc ils peuvent pas tout faire non plus » (P05).

Comme vu ci-dessus, en plus de s'entourer d'OPA les EA pouvaient aussi s'y impliquer. Cela leur permettait d'être plus informés, notamment en prévention en santé. L'implication de P04 et P07 s'exprimait dans le fait d'**être en mission et acteurs en santé au travail** via leur appartenance aux instances de la MSA. Ils possédaient un rôle d'informateur de la communauté des EA en prévention et ceci leur permettait d'être eux-mêmes informés et acteurs dans ce domaine.

« Ouais, c'était dans le rôle d'« appartenant » qu'on avait mis ça en place et puis euh... Non mais ça, c'est, c'était une journée enrichissante. Bon, il y a toujours pas énormément de participants, mais bon au moins ceux qui y étaient, ils étaient satisfaits de, c'qui s'était fait quoi » (P04).

« [...] moi j'ai été quand même assez surpris de découvrir la MSA par l'intérieur et de voir aussi tous les services qu'elle proposait » (P07).

Cette auto-implication et autonomie en prévention en santé au travail pouvait conduire assez souvent à une sélectivité des formations et informations reconnue comme telle ou non par les EA.

« Beh après, il faut prendre la formation où qu'c'est qu'on va en parler. J'veux dire, si on va sur la, le travail du sol, c'est sûr qu'on va pas parler de, de prévention » (P04).

- **Savoir évoluer et s'adapter**

P07 insistait sur l'importance de prendre le temps de questionner sa pratique professionnelle. Cela représentait le premier moyen de protection en santé au travail à travers l'évaluation et la remise en question de son quotidien professionnel. S'ouvrir sur ce point permettait de remarquer les améliorations et adaptations à développer. Il notait d'ailleurs que certains EA n'ayant pas su s'adapter aux changements du paysage agricole et n'ayant pas su évoluer techniquement par exemple, étaient plus précaires dans l'ensemble des champs de leur santé.

## **II.A.b. Les représentations de la prévention en dehors du champ de la santé au travail**

Si les EA disaient avoir une bonne connaissance et conscience de la prévention en santé au travail, ils étaient souvent moins bavards concernant les autres champs de la prévention en santé.

### **II.A.b.1. Des représentations de la prévention hétérogènes**

Les participants possédaient chacun à leur manière une certaine conscience et avaient chacun leur propre considération et conception de la prévention en santé.

En ce qui concerne leurs **considérations pour la prévention en santé**, celles-ci étaient variées. Par exemple, P08 et P01 disaient n'avoir que peu de considération pour celle-ci. D'autres la considéraient comme importante et avaient conscience des bénéfices qu'elle pouvait leur apporter. Elle devenait d'autant plus importante lors d'une **avancée en âge** chez les EA. Pour P04, cela s'entendait devant l'identification de risques plus importants pour sa santé (risque cancéreux). D'autres encore comme P05 et P06 déclaraient peu s'y intéresser mais possédaient dans leurs discours des éléments divers s'y rapportant. Par ailleurs, même s'ils étaient encore jeunes, ils déclaraient que leur avancée en âge avait majoré leur conscience et considération pour la prévention en santé grâce à une meilleure prise de recul et lucidité à ce sujet. Cela s'identifiait notamment chez P05 via sa sensibilité augmentée pour la prévention en santé de ses enfants et donc à travers eux, pour elle-même durant ses grossesses (protéger autrui, c'est pouvoir se protéger).

« Ah, si, j'ai quand même euh, conscience des risques. Beh surtout qu'à j'suis enceinte en plus, donc en fait j'expose moi plus euh, le bébé que j'porte. Donc euh, j'fais [...] forcément, attention aussi à ce que j'fais pour pas non plus euh, mettre en danger ma grossesse, quoi. [...] J'pense euh, pfff. Si en temps normal euh... Là, j'suis à un âge où j'fais quand même attention » (P05).

Concernant leur **conception de la prévention en santé**, elle revêtait également plusieurs aspects via des sensibilités hétérogènes à diverses actions ou sujets en prévention en dehors du cadre du travail. En effet, en dehors de cette sphère, peu d'EA se rejoignaient sur un domaine préventif en particulier.

La conception de la prévention principalement dans son **rôle de prévention primaire** s'exprimait entre autres à travers une sensibilité des EA au développement et maintien d'une **bonne hygiène de vie** (P02, P03, P05). Pour chacune des participantes, cette bonne hygiène de vie passait par une bonne hygiène alimentaire. P03 relevait l'importance de l'activité physique et pour elle comme pour P02, le repos restait un élément important pour le maintien d'un bon équilibre de la santé psychique comme physique. L'équilibre des sphères de vie privée et professionnelle était également primordial pour certains EA (P06, P07, P08).

Certains EA ont évoqué la **vaccination**.

Il est à noter que la perception de la prévention en santé chez P02 était dépendante des représentations qu'elle pouvait avoir de la maladie ou des traitements. En effet, nous identifions chez elle une sorte de classification de gravité des pathologies en fonction de son propre vécu.

La prévention dans son état primaire se retrouvait chez P05 dans ses comportements d'évitement et de non-exposition à certains risques, en particulier grâce à sa sensibilité à son impact environnemental sur le vivant.

Certains participants possédaient une représentation de la prévention comme quelque chose de **périodique** (P03, P05, P06, P07). Cela menait certains EA (P03, P06, P07) vers une conception de la prévention en santé principalement dans son **rôle de prévention secondaire**, à travers la représentation de celle-ci comme une **surveillance périodique de son état de santé**.

P05 et P07 évoquaient comme moyen de prévention la réalisation de consultations périodiques chez le MG, notamment comme dit plus haut lors de grossesse pour P05.

Dans ce contexte, on identifiait des **sensibilités hétérogènes en prévention secondaire**. Pour P03 par exemple, nous notions l'importance d'une surveillance de l'état bucco-dentaire et des examens gynécologiques. P04, lui, était sensible au dépistage des cancers notamment du fait de la gravité potentielle de ces maladies et de l'augmentation du risque cancéreux avec l'âge (comme décrit ci-dessus). P05 évoquait quant à elle l'importance de la prévention de la iatrogénie médicamenteuse en particulier à travers la polymédication et les prescriptions inappropriées d'antibiotiques.

Chez P06 la représentation de la prévention en santé était assez complète puisque l'ensemble des champs d'action de celle-ci ont pu être distingués, notamment le **rôle tertiaire** moins identifié dans le reste de nos entretiens.

Plusieurs EA avaient une image et une **conception particulière de la prévention en santé** pouvant affecter leur adhésion et accès à cette dernière. En l'occurrence, trois EA avaient accès à cette protection par prévention en pensant ou voulant protéger autrui : **protéger les autres, c'est pouvoir se protéger**. En effet et comme vu plus haut, P05 était sensible à la prévention, seulement pas pour

elle-même directement mais pour autrui : souvent pour ses enfants, avec une nécessité de prévention lors de la grossesse et pour eux après leur naissance mais aussi à travers sa sensibilité à son impact environnemental. P03 accédait également à la prévention pour sa propre santé lors de consultations de médecine générale prévues au départ pour ses enfants. P01, quant à lui, pensait la prévention comme quelque chose de collectif. Il donnait souvent l'exemple de la vaccination qui permettait selon lui de protéger collectivement la population, sans voir l'intérêt individuel de celle-ci. Étant isolé et ne voyant que trop peu de monde, il trouvait donc peu d'utilité à la prévention en santé.

« **[I : Heum, et, qu'est-ce que... quelle importance vous, vous accordez à cette prévention de la santé ?]**. Euh, pfff, ça m'importe peu. **[I : Ça vous importe peu ?]**. Ouais, parce que j'suis tout seul alors euh, voilà c'est ... **[I : Parce que vous êtes tout seul ?]**. Ouais ! **[I : Du coup par rapport à quoi ça ne doit pas prévaloir ?]**. Beh ffff, par exemple, bon bah moi, j'veus disais l'autre jour, je n'ai pas été vacciné pour le COVID. [...]. Et, comment, euh, euh, ffff. Mettons, euh j'aurai été marié, j'aurai eu des enfants, peut-être que je me serais fait vacciner » (P01).

P02 et P03 possédaient une certaine  **Crainte du diagnostic**, ne les encourageant pas à participer à des actions de prévention. La crainte de ne plus pouvoir assumer ses responsabilités professionnelles par la suite, à travers le temps des soins notamment, était prévalente par rapport aux bénéfices potentiels de l'action préventive pour P03.

« Beh parce que je sais pas moi, parce que là ça va comme ça et c'est là qu'il trouve c'qu'on a, puis qu'il faut se soigner, 'fin c'est, c'est prendre du temps que là on a autre chose à faire que d'se soigner. C'est une spirale en fait euh » (P03).

« Et toi, t'es, au final t'as peut-être rien, donc tu vas pas aller voir si t'as quelque chose. Et si t'as rien, des fois c'est en cherchant qu'tu trouves quelque chose. Voyez c'que j'veux dire ? » (P03).

« Parce que je n'sais pas si j'oserais m'soigner. **[I : D'accord]**. Donc, j'préfère pas savoir [petit rire]. **[I : D'accord. Vous préférez pas savoir et comme ça y a pas... ?]**. Voilà c'est ça, ouais y a pas de... C'est, c'est complètement débile, mais c'est comme ça ! En plus j'donne pour le, la recherche pour le cancer, pour l'téléthon, pour l'machin, mais j'vais pas soigner. [Rire]. C'est complètement débile, mais bon c'est comme ça ! [Rire] » (P02 en parlant du dépistage organisé contre le cancer colo-rectal).

## II.A.b.2. Comportements, opportunités et freins d'accès en matière de prévention en santé

La plupart des participants évoquaient plusieurs ressources en termes d'accès à la prévention en santé, en particulier leur entourage, la médecine générale et la MSA dont nous développerons les spécificités ci-dessous. Cependant, d'autres moyens d'accès et d'information, ainsi que plusieurs facteurs limitant ceux-ci, ont été identifiés.

### **AVOIR ACCÈS À LA PRÉVENTION NE VEUT PAS DIRE PRATIQUE DE LA PRÉVENTION**

En effet, avoir accès à ces moyens préventifs ne menait pas forcément nos EA vers un comportement ou une pratique préventive en santé.

Pour commencer, en termes de facteur limitant leur accès et leurs comportements préventifs, nos interviewés nous ont fait part du **rôle central du temps** (P01, P02, P03, P04, P06, P07, P08) avec pour eux, peu de temps libre à accorder à leur santé et à leur prévention en santé. Comme vu plus haut, l'interdépendance de leur santé et de leur profession les menait à privilégier leur travail (dont dépend leur santé) plutôt que leur prévention en santé. P07 était le seul interviewé à avoir un regard différent sur ce sujet en recommandant aux autres EA de lever le pied dans le travail pour pouvoir prendre du recul et reconsidérer leurs priorités.

« [...] j'me dis, qu'c'est pas trop possible. Entre faire de la prévention sur une, sur la santé ou alors euh, aller soigner tout de suite une vache malade, euh, que elle, elle est vraiment malade t'y vas [...]. Et toi, t'es, au final t'as peut-être rien, donc tu vas pas aller voir si t'as quelque chose » (P03).

P06 a par exemple choisi le port d'une attelle quotidiennement plutôt que la chirurgie réparatrice du fait du peu de temps qu'il a, peut et veut accorder à sa santé. Il a donc choisi une prévention tertiaire de récurrence plus commode en termes de temps pour lui.

« Bah après j'suis allé, euh... Je suis allé voir un chirurgien à « ville 8 », qui doit toujours m'opérer et tout ça. [...]. Il me dit : « oh, tu me rappelles quand tu veux le faire », machin tout ça mais... En fait, on est toujours en train de faire un truc, et puis un autre truc et puis... [...]. Tu trouves pas de date et puis... Là j'avais dit, hop, je le ferai peut-être cette année au mois de juin, puis... » (P06).

L'accès aux soins en général et à la prévention en particulier était **conditionné par les expériences et le vécu propres des EA ainsi que celui de leur entourage**. En effet, les EA prenaient la prévention en considération lors de leur propre confrontation ou celle de leur entourage à la maladie et/ou à la présence de symptômes. Aussi, certaines conduites préventives pouvaient dépendre de l'état de santé de la personne. P08 par exemple ne pouvait avoir accès à un certain nombre de sports du fait de son mauvais état articulaire. Il avait accès à ces pratiques préventives mais ne pouvait les pratiquer.

De même, une expérience vécue comme négative pouvait mener à une perte de confiance envers la médecine, et la médecine générale en particulier, et donc à terme à moins de consultations et ainsi à un moindre accès préventif. P05 nous avait fait part d'une expérience personnelle en médecine générale qu'elle avait mal vécue et qu'elle considérait comme un abus de confiance. Elle distinguait également des incohérences dans les prises en charge médicales et le vécu de son entourage proche. Nous avons remarqué dans son discours que cela la conduisait à une perte de confiance envers la profession médicale incriminée dans ces vécus négatifs, et en particulier envers la médecine générale, à l'égard de laquelle nous discernions même une certaine méfiance, conduisant la participante vers moins d'adhésion, notamment en prévention.

« [...] En fait, il faudrait avoir une confiance aveugle des fois puis moi c'est vraiment pas mon, mon cas. Et donc je me méfie tout le temps » (P05).

Au contraire l'entourage pouvait aussi être un moyen d'information en prévention en santé (P02, P03).

« Beh pour l'papillomavirus, c'est pas lui qui m'en a parlé, hein, c'est une copine » (P03).  
 « C'est comme au moment du COVID, y avait des, des aides, mais ça personne ne l'a su ou très peu de gens. Par exemple, pour installer, euh... pour éviter d'avoir l'COVID. Y a des copains à AJ., par exemple, ils ont eu, euh, des, des servantes d'atelier. [...] nous, on sait pas. Là, c'est, on l'a su parce que c'est des copains à AJ. qu'étaient au GDEA qui l'ont fait et qui, euh, qui... » (P02).

L'entourage pouvait également avoir un effet protecteur ainsi qu'un rôle préventif propre à travers la diminution du sentiment d'isolement, l'augmentation du soutien et son rôle dans la diminution de certains facteurs de risques et risques psychosociaux notamment. Comme vu plus haut, P01 ne voyait

que peu d'intérêt à la prévention du fait de son isolement et de sa vision collective de celle-ci. C'était l'inverse pour P02 qui était entourée de ses fils qui restaient attentifs à ses comportements en santé. P03 essayait d'aider son époux à lâcher prise et P07 nous faisait part de l'importance de l'entourage pour permettre une prise de recul quant au travail.

Au total, l'entourage jouait un rôle primordial dans l'accès et/ou les représentations de la prévention en santé de chacun.

Aussi, certains EA évoquaient le **rôle des médias grand public** dans l'accès à l'information préventive. Pour P02, ceux-ci représentaient un moyen d'information. En revanche, P05 et P06 n'avaient que peu de confiance en eux, voir même une certaine méfiance.

### ***ACCÈS ET FREINS À LA PRÉVENTION EN MÉDECINE GÉNÉRALE***

- **La médecine générale : une porte d'entrée vers la prévention**

Une des voies d'accès à la prévention citée était la médecine générale avec le plus souvent un **médecin généraliste vu comme l'interlocuteur principal** en la matière.

Cependant, il y avait peu d'accès directs à la prévention en médecine générale. En effet, en dehors de l'existence de pathologies chroniques (P02) ou de consultations dédiées à leurs enfants (P03, P05 dont pendant sa grossesse), les EA **consultaient peu**.

En effet, ils auto-évaluaient leur état de santé et auto-estimaient souvent la nécessité ou non d'une consultation. Cela les menait à consulter principalement pour **motifs aigus avec demande curative lors d'un dépassement de leur seuil de tolérance** qu'ils estimaient élevé (P01, P02, P03, P04, P05, P06, P08). Deux EA (P06 et P07) évoquaient tout de même avoir accès au MG dans le cadre d'une demande de certificat de non-contre-indication à la pratique sportive. Pour P07 cela représentait une réelle opportunité de consultation globale intégrant une partie préventive.

De plus les EA n'allaient pas forcément vers le MG en première intention. Par exemple, P06, du fait de l'accès à et de la relation médecin-patient qu'il entretenait avec son MG, dont il n'était que peu satisfait, et en raison de la présence le plus souvent chez lui de pathologies aiguës, se tournait plus facilement vers le SAU, contrairement à P03. Pour P05 le motif de consultation, et donc le domaine

duquel il relevait selon elle, menait vers l'interlocuteur correspondant qui n'était pas usuellement le médecin généraliste.

« Si j'ai un problème de femme, j'vais voir une sage-femme. Euh, si c'est, si admettons un jour j'ai un problème psychologique, j'pense que je vais voir un psy, mais j'vais pas me faire prescrire des antidépresseurs euh, par un, par un médecin quoi. Tu vois ça, c'est un truc que je comprends pas que, que des médecins puissent prescrire des antidépresseurs par exemple » (P05).

La consultation en médecine générale pour motif préventif pur n'a jamais été relevée lors de nos entretiens. Les participants voyaient ces consultations pour autre motif comme une voie d'accès à la prévention, que le sujet soit abordé de leur propre chef ou que les propositions émanent du MG.

En effet, les EA se disaient **souvent à l'origine des propositions préventives** en médecine générale, et nous expliquaient devoir être assez souvent moteurs et autonomes dans leur prévention. Dans ce contexte et de manière logique, les participants qui n'avaient ou disaient n'avoir que peu de considération pour la prévention en santé n'abordaient pas d'eux même le sujet avec leur MG (P06, P08). C'était donc le MG de P08, profitant d'une consultation pour autre motif, qui lui proposait certains examens dans un but de prévention secondaire, sans forcément atteindre l'adhésion de son patient.

Les EA appréciaient certaines qualités du MG et lui attribuaient certains rôles qui, lorsque ces derniers étaient présents, facilitaient l'accès et la relation avec le MG et concouraient à plus d'adhésion et d'accès à la prévention. Ils pourraient donc correspondre à une voie de développement possible, dans le but d'amener les EA vers plus d'adhésion à la prévention.

Dans notre étude, les qualités suivantes ont été identifiées comme appréciées :

- La disponibilité du MG (P01, P02, P06) et son adaptabilité (P01),
- La connaissance de ses patients (P01, P02, P04, P08) mais aussi le rôle de médecin de famille (P02, P04),
- La connaissance des spécificités de la profession d'EA était estimée (P04) ou désirée (P03),
- La pratique de gestes techniques, tels que les sutures par exemple (P08).

Les rôles reconnus par les EA aux médecins généralistes étaient les suivants :

- Identification par les EA du rôle en prévention en santé du MG,
- Rôle d'intermédiaire entre la MSA et les EA (P04), notamment concernant la prévention des facteurs de risques et RPS, ainsi que la prévention de l'équilibre de la santé sociale des EA,
- Rôle social du MG qui représentait pour P05 un des derniers remparts contre l'isolement, notamment en milieu rural pour les personnes âgées,
- Rôle d'orientation, en particulier vers les prises en charge plus spécialisées (P05, P07).

Cependant, d'autres éléments se sont révélés plutôt limitants pour l'accès à la prévention en médecine générale.

- **Évolutions du paysage médical actuel**

Les **évolutions du paysage médical actuel**, dont des **difficultés croissantes d'accès aux soins** (de médecine générale comme spécialisée) et/ou une peur de devoir faire face à ces difficultés dans un avenir très proche, ont été évoquées.

P02 confiait même parfois renoncer à certains soins dans ce contexte (voies d'accès inadaptées).

« Donc, donc, il y a beaucoup d'médecins auxquels on n'va plus parce que... Faut des boîtes vocales, il faut des trucs comme ça. Il faut être longtemps pour avoir un rendez-vous » (P02).

En médecine générale, cela se révélait dans le **ressenti d'une baisse démographique** des médecins généralistes, associé à la sensation d'une **médecine générale débordée**.

P03 évoquait notamment un changement récurrent d'interlocuteur en médecine générale.

L'impression, ressentie par les EA, d'une médecine générale débordée se reflétait à travers un **temps de consultation jugé insuffisant**, ainsi qu'un **rythme de consultation** pressant. P05 nous décrivait une médecine générale presque expéditive. P04 évoquait une diminution du temps de soin avec une diminution de possibilités préventives, ainsi que des difficultés d'expression de certains sujets dans le temps imparti. Les EA remarquaient aussi une augmentation de la charge administrative du médecin généraliste au détriment du temps médical (P03, P04).

Une certaine lassitude et un certain découragement de leur MG étaient décrits par les EA (P04, P05, P08). Ils se disaient compréhensifs et avaient un discours de soutien envers leur médecin et la

profession en elle-même. De fait, ils reconnaissaient l'importance et le rôle central du MG dans la possibilité d'accès aux soins. P04 comparait d'ailleurs la profession d'EA à celle de médecin généraliste, en particulier concernant l'augmentation de la charge administrative professionnelle ainsi que le ressenti d'une certaine lassitude.

« On voit bien sur son ordinateur, il passe plus de temps à faire les papiers qu'à m'ausculter au final. [I : **Oui à penser...**]. Bon après, c'est sûr qu'ils ont tellement d'choses à faire. J'dis pas qu'c'est d'sa faute hein ! » (P03).

« Là il, j'le vois, mais même moi je le vois que, 'fin parce que il discutait un peu et tout, on voit bien qu'il... pfff, il en a ras-le-bol hein. Plus là, c'que le gouvernement il est en train de vouloir mettre en place et tout, il était... La dernière fois que j'y suis allée, il était remonté. [Rire] » (P05).

Ces changements et difficultés pouvaient mener à une prise en charge préventive incomplète ou absente en médecine générale. P05 perdait notamment confiance envers le système de santé face au relevé d'incohérences dans celui-ci. Cela représentait assurément un frein d'accès à la prévention.

Malgré la vision du MG comme interlocuteur principal en prévention en santé et les facteurs facilitant l'accès à celle-ci en médecine générale, les évolutions du système médical, notamment dans ce domaine médical, limitaient l'accès et les opportunités de prévention. De plus, d'autres facteurs limitants venaient si ajouter.

- **Sentiment d'incompréhension ou de compréhension partielle entre le MG et les EA**

Les EA trouvaient qu'il existait une certaine incompréhension entre eux et leur MG et ce à travers divers ressentis et différents phénomènes.

Tout d'abord, certains EA (P01, P02, P03, P04, P05) trouvaient les **propositions préventives et les prises en charge de leur MG inadaptées** à leurs demandes, à leurs représentations en santé mais aussi inadaptées à la profession d'EA, via un défaut d'intégration des spécificités du métier.

Chez P03 les inadaptations aux attentes de la patiente étaient facilement identifiables et multiples. Elles se distinguaient dans un premier temps à travers l'absence ou l'inadaptation des propositions préventives et de prise en charge. Dans un second temps, nous avons discerné des consultations de

médecine générale inadaptées car non ou insuffisamment patient-centrées, non ou peu individualisées, et il existait parfois une absence de proposition d'accès à certains droits en santé par le MG (ex : arrêt de travail). Ce dernier point pouvait être interprété comme barrière aux soins.

P03 expliquait tout cela par une probable méconnaissance de la profession d'EA par le MG.

[I : [...]. **Est-ce que vous parlez ensemble un petit peu, par exemple, des risques auxquels votre profession, elle vous expose ?**]. Non. [I : **Non ?**]. Puis, j'pense que y... j'pense qu'il s'rend pas compte à mon avis. [I : **Ouais, vu...**]. Vu, l'comportement qu'il a eu là pour la sciatique et puis AM. l'coup dans... j'pense qu'il s'rend pas compte euh... [I : **Des risques et du métier que vous faites quoi ?**]. Oui. [I : **Ouais**]. J'pense qu'il met ça, la même chose que si t'étais euh... secrétaire ou... VRP quoi ! » (P03).

P05, elle aussi, trouvait les propositions de son MG peu adaptées à ses représentations en santé et considérait qu'il ne lui fournissait pas assez d'information pour lui permettre d'avoir confiance en lui.

« Ouais il y a un peu des automatismes peut-être qui sont faits quoi. Ou il y a des choses qui sont... [I : **Qui sont plus forcément dites ?**]. Ou qui sont, qui sont sensées euh, pour un médecin mais que... Qui sont, qui le sont peut-être moins pour le patient quoi. En fait, il faudrait avoir une confiance aveugle des fois puis moi c'est vraiment pas mon, mon cas. Et donc je me méfie tout le temps » (P05).

Ensuite, ce sentiment d'incompréhension s'illustre dans **les non-dits** en santé et en prévention lors des consultations (P01, P02, P03, P04). Ceux-ci étaient engendrés par différents paramètres et pouvaient émaner du patient ou du médecin.

On distinguait une **influence de la relation médecin-patient sur ces non-dits** en consultation. Les EA avaient pour la plupart une relation de confiance avec leur MG. Certains le considéraient même comme leur médecin de famille, ce qui pouvait parfois être cause de non-dits en consultation. En effet, P02 et P04 qui semblaient posséder ce genre de relation avec leur médecin traitant décrivaient chacun à leur manière une influence de l'ancienneté de la relation sur la génération de non-dits.

On trouvait auprès de P02 des consultations routinières, pouvant provenir du fait que la patiente consultait habituellement pour le suivi de pathologies chroniques. Lors de ces consultations, elle décrivait un degré d'intimité selon elle avancé, la conduisant à des non-dits dans un but empathique et protecteur envers son MG, afin de ne pas alourdir la charge émotionnelle de celui-ci qu'elle évaluait déjà lourde.

P04 trouvait quant à lui que l'ancienneté de la relation influençait l'attitude préventive de son MG avec, dans ce domaine, des non-dits et non-demands de sa part du fait d'a priori envers son patient.

Cela pouvait entraîner une non-recherche et/ou une non-proposition préventive de la part du MG.

Chez P01, la relation semblait plutôt paternaliste et convenir au patient qui respectait grandement son MG. Seulement, cela menait le patient à ne pas oser aborder certains sujets ou questions en santé de son propre chef.

« [...] Quand on a pas trop d problème de santé ça va. Mais j'veux dire que... ou alors il faudrait y aller plus souvent mais... Euh... J'pense qu'il le fait parce que bon, il, il nous connaît. C'est sûr que ça serait un nouveau médecin, il faudrait remettre plus en place, mais euh... à l'inverse aussi, ça... Un nouveau médecin, nous, nous ferait peut-être des check-up que lui ne fait pas parce qu'il pense que ça va quoi. **[I : D'accord, parce qu'il vous connaît ? Bien ?]**. Il nous connaît et peut-être, 'fin, ou il veut pas, ben pour lui, ça va quoi » (P04).

Les **a priori du patient** pouvaient représenter une source de non-dits en médecine générale. On identifiait comme tels les caractéristiques du MG, notamment son âge, son sexe et son vécu. Un sentiment ainsi qu'un a priori d'impuissance du MG (P02), voire un sentiment d'incompétence de celui-ci (P05) face à certains problèmes ou questions, étaient également perçus.

« Ben là, avec mon nouveau médecin, j'oserais pas aborder euh, quand même l problème gynécologique quoi. Ça c'est sûr, j'lui dirai pas. **[I : C'est plus compliqué parce que c'est un... un homme ?]**. J'pense que c'est parce que c'est un homme puis qu'il est jeune quoi. Il est plus jeune que moi » (P03).

« Beh ouais, tout c'qui est intime euh, ça jamais. Moi, j'vais voir euh, une sage-femme si j'ai besoin, hein. J'parlerai jamais à un médecin de genre, si j'ai un problème euh... même des problèmes de couple ou quoi. 'Fin j'en sais rien. 'Fin moi, mon médecin, c'est pas mon psy, c'est pas mon pote euh, c'est rien quoi. [Rire] » (P05).

Réciproquement, les EA supposaient que les MG avaient des a priori en prévention concernant leurs patients (P04). P07 semblait concevoir la recherche de non-dits comme le rôle du MG, afin de permettre aux patients de s'exprimer sur certains sujets difficiles à aborder pour eux.

Plusieurs **sujets** étaient effectivement **difficiles ou non abordés** avec le MG. On distinguait chez les femmes les motifs gynécologiques et ce qui selon elles relevait de l'intime. Il s'agissait pour P02 de ses problèmes familiaux et de la souffrance psychologique engendrée par ceux-ci. De même pour P04 en ce qui concernait les sujets considérés comme intimes, à savoir ceux touchant à la sexualité et au stress.

Les EA justifiaient les non-dits et les sujets difficiles à aborder, à travers leur autoévaluation de la nécessité d'aborder ou non certains sujets. Souvent, ils estimaient non nécessaire d'aborder ceux-ci tant que leur seuil de tolérance n'était pas dépassé.

« Ben parce que on va pas aller au médecin pour lui dire la nuit euh... j'ai mal quoi ? [Rire] » (P03).

Il est à noter que le **temps de consultation** souvent jugé court et le rythme parfois pressant (P05) (voir ci-dessus) étaient pourvoyeurs de non-dits chez nos EA. Aussi, certains non-dits étaient **parfois inconscients** de la part de nos interviewés qui déclaraient initialement ne pas avoir de sujets tabous avec leur MG mais citaient ensuite plusieurs thèmes problématiques.

L'ensemble de ces non-dits pouvaient engendrer un moindre recours au MG et une orientation vers d'autres acteurs en santé. Ceux-ci pouvaient également provoquer une non-adhésion et/ou non-observance des prises en charge proposées, et mener à terme à une perte de confiance entre le MG et son patient. Cette perte de confiance pouvait par la suite mener à une moindre confiance en la prévention proposée par le médecin.

Pour finir, les attitudes et décisions curatives des MG pouvaient exercer une influence positive comme négative sur les représentations des EA ainsi que sur la relation médecin-patient.

- **Sentiment d'isolement en prévention en médecine générale**

Les EA se sentaient parfois isolés dans leur démarche préventive en médecine générale et ce de différentes façons.

Comme dit plus haut, ce sentiment d'isolement était en partie provoqué par les **évolutions du système médical actuel** avec des difficultés d'accès aux soins, un temps de consultation jugé court par les patients et un MG semblant débordé, ne pouvant que peu aborder ce sujet en plus du ou des motifs de consultation.

Un **sentiment de manque de considération** et parfois un **sentiment de manque d'implication** de la part du MG pouvaient mener au sentiment d'isolement en prévention en santé. Ces deux sentiments pouvaient être aggravés par le temps court de consultation et la sursollicitation du MG. P06 a parfois éprouvé un sentiment de **manque de disponibilité** du médecin augmentant le manque de considération et l'isolement ressentis.

« Ouais. Beh l'médecin il nous a prescrit euh, le scanner là et puis après c'est tout quoi ! 'Fin il nous a rien fait, c'est pareil, on aurait voulu qu'il prenne plus soin de nous, qu'il nous mette en arrêt, qu'on a un remplaçant et puis... pour nous bien, bien prendre soin d'notre santé quoi ! Au final, AM. a été passer son scanner à « ville 1 » là, et puis c'est tout, y avait rien. Donc euh... Rien ! » (P03).

« T'sais t'es là, t'essaies d'rhabiller euh, j'rhabille BN., il est en train d'me dire euh, des trucs en même temps, alors je suis pas du tout concentrée à c'qu'il m'dit. J'écoute rien de c'qu'il me dit, parce que tu as la petiote qui pleure à moitié, parce que dès que je commence à la déshabiller maintenant elle est là : « ooohhhh [imitation de pleurs d'enfant] », parce qu'elle sait qu'elle va se faire manipuler. [Rire]. [...]. Beh pfff, t'façon c'est, il va juste faire les, les examens euh, standards quoi. [...] » (P05).

« [...] parce qu'on m'a dit que j'ai du diabète, que fallait que j'prenne des cachets, mais j'ai jamais eu le... ni un diététicienne, ni une diététicienne, ni essayer de m'dire qu'est-ce qui faut que j'mange, comment qu'je mange et tout ça. Ça à la limite c'est c'que je r'gretterais l'plus. Parce que y en, parce que y en a qui ont l'air d'être très au courant, moi pas du tout. Et euh, donc après je fais ma petite sauce à moi mais c'est un peu à l'aveuglette » (P02).

On identifiait également le **peu d'aller-vers** en prévention du médecin généraliste comme provoquant ou augmentant ce sentiment d'isolement en prévention. Notamment, lorsque le MG n'allait pas à la recherche de facteurs de risques, ne proposait pas la prévention aux EA etc.

Nous identifions une certaine autonomie des EA en santé en générale et en prévention en particulier. En effet, ils révélaient souvent **devoir être moteurs** de leurs démarches de prévention en santé, en proposant ou abordant ce sujet eux même avec le MG. Ceci pouvait mener les patients à un isolement et à un moindre accès préventif du fait d'une moindre connaissance des moyens préventifs existants de leur part.

« Beh pour l'papillomavirus, c'est pas lui qui m'en a parlé, hein, c'est une copine. **[I : D'accord]**. [...] Parce que ma fille elle a XX ans. Donc c'est elle qui m'a dit que j'aurais déjà pu l'faire depuis longtemps. Donc là, j'lui en ai parlé et c'est lui euh, il m'a dit « oui, oui on fait ça », on l'a fait ensemble. Et du coup, c'est moi aussi qui lui ai parlé, j'lui dit « paraît qu'ça existe pour les garçons ? ». **[I : Hum hum]**. Donc ça vient d'moi, c'est pas lui qui m'a... » (P03).

Parfois, face à toutes ces difficultés d'accès en médecine générale et à ces freins, les EA pouvaient avoir recours aux médecines non conventionnelles. L'homéopathie et l'ostéopathie étaient citées. Pour ceux ayant fait appel à un ostéopathe, il semblait que l'écoute et le temps consacré au patient leur ait permis de se sentir compris, écoutés et que le traitement proposé était adapté.

## **ACCÈS ET FREINS À LA PRÉVENTION VIA LA MSA**

- **La MSA perçue comme garante de la sécurité sociale et de la prévention en santé des exploitants agricoles**

La MSA était bien définie par les EA comme leur sécurité sociale. P07 (appartenant aux instances MSA) possédait une identification assez complète des différents rôles de la MSA.

Entre autres, lui et P02 décrivaient un organisme de sécurité sociale permettant la garantie de droit et d'égalité d'accès aux soins en santé. P05 voyait cette garantie d'égalité dans l'accès aux droits de formation proposés par la MSA.

Les EA identifiaient plusieurs rôles en santé à la MSA et pour chacun avec de petites subtilités :

- Le rôle en prévention en santé

Ce rôle de prévention en santé était bien identifié par les EA, mais principalement dans le **champ de la prévention en santé au travail**. Dans ce domaine, ils trouvaient les propositions de prévention intéressantes, notamment à travers les **accompagnements techniques et financiers** qui pouvaient leur être proposés pour l'achat de matériel préventif ou pour l'investissement et les aménagements infrastructurels à visée préventive.

P01 identifiait bien ces offres préventives mais ne les trouvait pas fonctionnelles ; il y avait selon lui beaucoup d'offres mais peu d'acceptations des demandes par la MSA.

Dans ce contexte et/ou à l'initiative des EA, la MSA intervenait gratuitement sur les exploitations afin d'établir un diagnostic des risques et facteurs de risques présents. Cette démarche était saluée par la plupart des participants (P03, P05, P06, P07, P08), mais jugée incomplète selon P03 car non suivie de suggestions et solutions concrètes de la part des préventeurs MSA, ce qui ne permettait pas une amélioration de la situation. P07 n'avait pas le même ressenti en la matière et évoquait un réel rôle d'accompagnement et d'orientation de la MSA dans ce cadre.

Par ailleurs, P06 et P08 ayant bénéficié de ce diagnostic préventif lors d'une demande de subvention à l'achat de matériel, décrivaient une sorte de porte d'entrée préventive pour la MSA chez les EA selon le principe du donnant-donnant. En effet, la demande de subvention conduisait au passage d'un préventeur MSA ayant pour objectif premier le diagnostic des risques et facteurs de risques sur l'exploitation, et incitant dans un deuxième temps les EA à réaliser quelques mises aux normes et/ou

quelques améliorations en termes de prévention sur l'exploitation, de manière à pouvoir leur accorder la subvention sollicitée.

« C'est obligatoire qu'il fasse un audit de l'exploitation, qu'il vienne voir l'exploitation pour euh... Ben regarder l'état des, du matériel et tout ça. **[I : D'accord]**. Normalement on doit faire aussi un... J'avais dû faire un... Un contrôle technique des appareils de levage » (P08).

Dans le même registre, P05 évoquait la proposition d'aide à la rédaction du DUERP.

P04, P07 (les deux EA appartenant aux instances de la MSA) ainsi que P06 (membre de plusieurs OPA) trouvaient les formations proposées par la MSA instructives, via l'apport de conseils pratiques en termes de prévention en santé au travail. P08 au contraire n'y voyait pas d'intérêt par auto-estimation d'une maîtrise suffisante des risques en santé au travail. P02, quant à elle, trouvait important d'enseigner la prévention lors de la formation initiale par la MSA afin d'éviter dès le départ la prise de mauvaises habitudes, qui selon elle étaient difficiles à changer dans les suites (voir extrait de verbatim page 66). P05 avait d'ailleurs été informée par la MSA, lors de sa formation initiale, des offres et possibilités préventives en santé au travail.

En dehors du champ de la santé au travail, peu d'EA identifiaient les actions préventives de la MSA ou les identifiaient sans y prendre forcément part. P02 était une des seules à les retrouver. Elle citait par exemple les invitations aux dépistages du cancer colo-rectal et aux « Instants Santé » sans en connaître le nom. P04 n'en connaissait pas le nom mais reconnaissait y avoir pris part. Quant à P08, il recevait lui aussi ces deux types d'invitation par la MSA mais n'y participait pas.

P07 ayant été victime d'un accident du travail ayant engendré de nombreux soins et s'étant engagé auprès de la MSA dans les suites, reconnaissait à la prévention en santé son coût négligeable face aux conséquences de son absence.

« [...]. Puis c'est vrai que 'fin, globalement hein, pour la, la sécu et tout ça 'fin, la prévention, elle sera toujours un bon, un bon investissement. **[I : Hum, hum]**. Parce que beh souvent c'est sûr, c'est un peu d'argent dépensé mais tout ce qu'on peut gagner à côté d'un, d'une pathologie, d'un accident de travail... » (P07).

- Rôle de couverture santé professionnelle

« Ouais, bon. Après, j'ai peut-être pas fait tous les papiers aussi qu'il fallait quand j'ai eu mon genou. [I : Hum, hum]. Mais euh, on va dire que j'ai été remboursé euh, encore pas trop mal quoi. [...]. Les indemnités c'était moyen quand même hein, mais... » (P06).

Cette couverture était souvent citée comme partielle et/ou insuffisante face aux besoins des EA. En effet, pour eux il était impossible avec les indemnités fournies par la MSA de pouvoir faire appel au service de remplacement ou d'embaucher un salarié lors d'un arrêt de travail par exemple. Ceci les empêchait de pouvoir prendre l'arrêt de travail et/ou pouvait les mener vers une nécessité de souscription à un service d'assurance complémentaire, voire parfois vers une situation d'insécurité socio-économique dans les suites (voir partie « sentiment d'injustice sociale » débutant page 90).

En ce qui concernait le service de médecine du travail, les participants y avaient peu recours et/ou accès. P06 avait été mis en relation avec ces services dans le cadre d'un accident de travail.

- Le rôle de recouvrement des cotisations

Le sujet des cotisations était assez sensible et nous trouvions fréquemment une vision de la MSA limitée à ce rôle, obscurcissant les autres chez la plupart des participants. Les EA jugeaient les cotisations plutôt élevées et P03 décrivait même un sentiment de précarisation à travers elles.

« Ben après, c'est eux qui m'piquent euh... moitié d'mes gains, c'est sûr. C'est eux que, tous les ans à Noël, là, ils nous prennent tout c'qu'il nous reste, qu'nous, on peut plus acheter d'cadeaux d'Noël aux gosses, 'fin voilà » (P03).

P05 qui possédait un statut d'affiliation en tant que cotisant solidaire trouvait que les cotisations sociales étaient corrélées à ce dernier, c'est-à-dire relativement faibles, et que la couverture sociale attribuée en conséquence était assez limitée.

P04 et P07 (appartenant aux instances de la MSA) jugeaient également que cette représentation prépondérante de la MSA chez les EA pouvait être un réel frein en termes de santé et de prévention. En effet, selon eux et du fait de cet aspect, les EA n'étaient pas enclins à aller chercher de l'aide et/ou informations auprès de la MSA en cas de problème ou d'interrogation. P06, quant à lui, avait cette impression de cotisations élevées et aurait aimé avoir plus d'explications de la part de la MSA à ce sujet, afin de pouvoir changer son regard sur cet organisme.

« Beh par moments aussi oui parce que souvent, il y a un peu un frein parce que : « oh beh... », 'fin, beaucoup c'est focalisé cotisations. [I : Hum, hum]. Mais après ils voient pas toutes les autres prestations qu'ça peut fournir... » (P07).

« Ouais. Bah au moins une fois... Après, c'est peut-être de ma faute, hein ? C'est peut-être moi aussi qui, qui dis : « Oh euh, pfft, la MSA, c'est bon, à part nous piquer l'pognon, c'est tout ce qu'ils savent faire et puis... » » (P06).

#### - Le rôle de couverture vieillesse

Les participants étaient particulièrement concernés par le sujet de leur retraite (P01, P02, P03, P04, P07). Plusieurs la jugeaient peu suffisante seule, mais indiquaient pouvoir compenser et subvenir à leurs besoins quand le moment serait venu, grâce à la vente de leur patrimoine professionnel. Cependant, ce sujet devenait source de stress, dans le contexte actuel de baisse du nombre d'EA, menant à une peur de ne pouvoir transmettre et vendre ce patrimoine.

Dans ce contexte, les EA avaient certaines attentes envers la MSA, comme une adaptation de sa politique de prévention en la matière.

« [...]. Et puis après, beh oui, comme on a rien gagné, fin on cotise pas, si on cotise quand même mais, on finit avec des p'tites retraites et puis après beh des fois, y en a y disent « oui, mais tu vois pas tout c'que t'as ? ». Beh heureusement, parce que après, l'gars si y vit encore 20 ans en retraite, et beh heureusement qu'y vend son capital, hein, parce que j'sais pas de quoi y vivrait. Hein. Alors euh, ça, c'est quand même, euh ... » (P01).

P04 trouvait sa part de cotisations pour la retraite corrélée à la retraite estimée par la MSA.

« Femme de P04 : La différence qu'on cotise par rapport qu'on cotise, j'trouve que la retraite elle est quand même pas grosse. P04 : Oui, mais. Oui, non mais... Oui mais regardes tu, on cotise admettons, on cotise, admettons chacun 10000€ par an. 10000€ par an sur 40 ans, si on est 40 ans en retraite, 'fin on y sera pas... parce qu'on l'aura à 60... Admettons qu'on soit 30 ans en retraite, on aura cotisé que pour 1000€ par mois ou 1200€, le, 'fin, 'fin, tout, 'fin je connais pas, mais toi en tant que salarié, tu vas certainement cotiser plus euh, sur euh... » (P04 et son épouse).

- Le rôle de couverture en santé (maladie – maternité – invalidité)

« [...] La MSA à mes yeux ? Bon bah j'sais pas, c'est... c'est remboursement euh, de quand on est malade. Normalement ils sont là pour euh... Ben si c'est quand même important ! Parce que quand on est malade, qu'on aurait tout à payer euh, ça serait problématique [...]. Donc c'est vrai qu'au jour d'aujourd'hui on va s'faire soigner, on s'pose pas d'questions » (P02).

Pour P08 cela représentait la moindre des choses, c'est-à-dire un service minimum que la MSA se devait d'assurer. On identifiait chez P07 une couverture invalidité à la suite de son accident, et P05 citait le rôle de couverture maternité, mais qui ne lui était pas accessible du fait de son statut de cotisant solidaire.

Il est à noter qu'en plus de ces différents rôles identifiés à la MSA par les EA, P08 identifiait également la MSA comme responsable des prestations familiales.

Au total, les EA considéraient la MSA comme leur sécurité sociale et avaient une représentation assez large de ses rôles. Ils lui étaient reconnaissants dans ce sens, mais n'en étaient parfois pas complètement satisfaits et pouvaient en avoir une vision limitée et ce, du fait de l'existence de plusieurs éléments limitants que nous développerons ci-dessous.

- **Des relations avec la MSA souvent dégradées**

- ❖ Des problèmes de communication entre les EA et la MSA

Des problèmes de communication entre les EA et la MSA étaient souvent cités. Ils étaient source de **défaut d'information** ainsi que de **complexité d'accès** pour nos EA et ce, à travers deux phénomènes principaux : des difficultés d'interaction et un sentiment de défaut d'accès aux droits. A ces derniers, venait s'ajouter le sentiment d'une certaine opacité de la MSA.

- Des difficultés d'interaction :

Discernables face au **peu d'aller-vers** de la MSA ressenti par les interviewés, avec peu de propositions et peu de contacts de sa part. P04 et P08 décrivaient un aller-vers de la MSA principalement sur le sujet des cotisations et peu en direction d'autres sujets. Un **défaut de communication**, notamment pauvre sur les sujets préventifs, se faisait donc ressentir.

« Ben c'est pas le... La tâche administrative non, parce que la MSA on reçoit, c'est juste des appels à cotisation, on a qu'ça comme, comme échange avec eux. Les appels à cotisation » (P08).

On identifiait par exemple chez P04 et P06 un manque d'information concernant la gestion de la santé au travail sur l'exploitation, pour eux-mêmes mais surtout pour leurs salariés.

« Femme de P04 : Et beh même pour l'salarié, on n'a rien du tout. P04 : Non, pour le salarié. On n'sait même pas quand est-ce qu'il doit faire une visite, ainsi de suite quoi » (P04 et son épouse).

Certains EA (P04, P06, P07) décrivaient aussi dans l'autre sens, **un défaut d'aller-vers des EA**. P06 nous faisait part de son peu d'intérêt en la matière comme quelque chose auquel il pourrait lui-même remédier. P07 lui, trouvait qu'il était du devoir des EA d'aller vers la MSA et de s'intéresser à ses propositions et actions préventives. Il était important pour lui et P04 (les deux EA appartenant aux instances de la MSA) de changer l'image de la MSA auprès des EA afin qu'ils puissent voir et prendre conscience des avantages et de l'aide qu'elle pouvait représenter, et en particulier sa valeur en prévention (en dehors du service de recouvrement des cotisations sur lequel les EA restaient souvent arrêtés).

D'autre part, les difficultés d'interaction étaient engendrées par des **moyens et voies de communication jugés peu adaptés**.

La **voie informatique** représentait, d'après les participants, la voie d'information principale utilisée par la MSA. Cette modernisation pouvait entraîner des difficultés d'accès aux informations. Certains participants (P02, P04) trouvaient la voie informatique, et notamment la navigation sur le site web, peu praticables. On notera qu'ils avaient tous deux plus de 50 ans. En contrepartie, on identifiait chez eux un accès aux informations concernant leurs cotisations MSA, et la gestion de ces dernières, facilités par l'informatisation.

Les opinions au sujet des informations reçues par mail étaient mitigées. P02 et P07 décrivaient une **sursollicitation par mail**. Cela les conduisait à une certaine surcharge informationnelle et P02 à un désengagement avec une absence ou peu de lecture de ses mails. P06 lui aussi n'était pas réceptif

à ce mode de communication et ne lisait pas les mails reçus de la MSA. P07, semblant plus sensible à sa santé et à sa prévention en santé depuis son accident, trouvait que cela lui prenait un certain temps mais restait déterminé à lire ceux qu'il jugeait d'intérêt notable.

La plupart des EA semblaient plus réceptifs aux **informations par voie postale** que par mail, malgré ou peut-être grâce à la diminution des communications de ce type. Ceux déclarant recevoir l'information par courrier recueillaient l'information, même s'ils n'y adhéraient pas forcément.

Ensuite, plusieurs EA trouvaient la **voie téléphonique difficile d'accès** avec une trop importante multiplicité des services ainsi que des difficultés d'accès à un interlocuteur fiable, capable de répondre à leurs interrogations et de leur fournir des informations concrètes. De plus, des changements récurrents au sein des équipes de la MSA ont été rapportés. Cette instabilité d'interlocuteurs représentait une difficulté supplémentaire d'interaction, que ce soit par voie téléphonique ou lors de rencontres en personne.

En ce qui concernait l'information reçue en présentiel de la part de la MSA lors de la formation initiale, P05 et P03 n'avait rien à y redire.

De plus, certains EA reconnaissaient avoir eu d'intéressants échanges et une bonne relation avec l'intervenant local en prévention de la MSA lors de son passage sur l'exploitation.

« Ah beh je reproche, ça je, je n'ai rien reproché à... C'est pas parce qu'il m'a donné une subvention, hein. Mais j'veux dire c'est voilà, ça c'était efficace, mais au niveau de, quand il faut téléphoner à « ville 8 » ou je n'sais pas, oui, c'est à « ville 8 » qu'ils sont. [! : Hum, hum]. Quand il faut téléphoner à « ville 8 » ou à la plateforme c'est, c'est inexplicable quoi on... » (P08 évoquant son interaction avec le préventeur MSA).

- Un défaut d'accès aux droits en santé

On identifiait notamment un défaut d'accès aux droits individuels (chez P02 et P04 principalement). P04 exprimait des difficultés d'accès aux droits d'information sur la retraite, des difficultés d'accès aux services préventifs et aux services maladie parfois.

« Ben déjà savoir à quoi on a l'droit ! Qu'il y ait une feuille qui nous dirait, tiens, vous avez l'droit euh... vous souffrez de ça, tiens, y a ça qui est subventionné ou pas. Ça serait déjà une bonne chose, sans que ce soit nous qui, qui ont besoin d'téléphoner à un monsieur pour un autre, puis ravoir un autre monsieur, pour avoir ce à quoi on a l'droit. [...]. Et après quand on l'appelle on lui demande, est-ce ce qu'on a besoin... Est-ce que ça s'est subventionné ? Et il dit « non », mais il va pas nous dire à côté, vous avez l'droit à ça » (P02).

De plus, P04 et P08 décrivaient des incohérences dans les communications de la MSA sur de prétendus changements de statut ou d'affiliation et c'était à eux que revenait la tâche d'informer la MSA de leur erreur et/ou d'aller comprendre auprès d'elle pourquoi ils recevaient ce genre d'information. Ceci engendrait (chez P08 surtout) une certaine perte de confiance et un certain ras-le-bol.

- Sentiment d'opacité de la MSA

Ce sentiment était surtout identifié chez P06 et P08. P06 décrivait entre autres, une incompréhension de la répartition des cotisations sociales et un manque d'explications sur ce point. Cette opacité semblait renforcer la vision limitée au rôle de recouvrement de cotisation qu'avaient les EA de la MSA.

« Et même eux quand on leur demande des explications, qu'on a, c'qu'on a déjà fait, qu'on fait régulièrement, pour leur demander le pourquoi du comment. Ils sont incapables d'expliquer, c'est... La MSA, c'est opaque à un point que... **[I : D'accord]**. T'façon c'est reconnu par, non seulement par les agriculteurs, mais par tous les autres organismes euh... [...]. La MSA c'est tellement opaque, c'est tellement bordélique que... » (P08).

À travers tout ceci, nous avons pu remarquer que souvent, les EA **doivent être moteurs de leur information** en santé et en prévention en santé. Ceci pouvait mener à une certaine **sélectivité de l'information**. Cela était apparent devant une connaissance souvent partielle et/ou vague des services et actions préventives proposés par la MSA.

Nous identifions cela clairement chez P03 qui trouvait les voies d'information (téléphonique, informatique) pratiques et faciles d'utilisation, mais qui semblait posséder une connaissance très partielle des services de prévention et principalement tournée vers le champ de la prévention en santé au travail. Il en était de même pour P05 qui avait reçu un mail contenant différentes informations mais qui s'était concentrée sur un sujet d'intérêt à l'époque pour elle (l'allaitement).

- ❖ Sentiment d'inadaptation et d'incompréhension entre la MSA et les exploitants agricoles
- Sentiment d'injustice sociale

Dans un premier temps, ce sentiment d'injustice sociale s'illustre dans les **prestations sociales de la MSA jugées insuffisantes** face aux besoins, aux cotisations versées mais aussi face au travail fourni. On identifiait parfois une certaine insuffisance en santé sociale et/ou un défaut d'accès ne permettant pas de garantir un plein accès aux soins. Cela empêchait par moments les prises en charge préventives et pouvait avoir des répercussions à terme sur la santé globale des EA.

« [...] Mais la MSA n'm'a jamais payé une prothèse dentaire [...]. Beh ou alors rembourser, mais je n'sais pas ptet 15 % quoi, hein. Mais c'que j'veux dire, y a des gens qui, qu'ont d'autres maladies, on les soigne, mais moi si c'est, si c'est ma faiblesse, pourquoi qu'on ne, qu'on en prend pas compte. [...]. Bah la partie financière, c'est la partie financière, mais y a, y a pas que la partie financière. [...] j'aurai les moyens d'me l'payer [...]. Disons qu'si la MSA, y avaient, y avaient fait plus, y auraient fait le contraire, beh je l'aurais fait quand même, hein [...]. » (P01).

Certains citaient comme exemple, les prestations sociales versées lors d'arrêts maladie. Et pour la plupart, la retraite était un sujet de préoccupation dans ce contexte. Aussi, comme cité plus haut, le sentiment de prestations non corrélées aux cotisations pouvait participer à ou engendrer un sentiment de précarisation (voir extrait du verbatim de P03 page 84). Il est à noter que P02 ressentait ce déséquilibre auprès de la MSA mais également auprès de ses assurances complémentaires.

« [...] j'ai juste bénéficié quand j'ai eu l'genou cassé des, des 20€ ou 22€, j'sais plus, par jour de la MSA, dans sa grande générosité. **[I : D'accord, ouais. C'était pas beaucoup ouais]**. C'qui m'permettait certainement 22€ d'embaucher quelqu'un pour me remplacer. [...] là c'est plus symbolique qu'autre chose. On l'a pris hein. On y avait l'droit, on l'a pris hein, j'vais pas » (P08).

Dans un second temps, l'injustice sociale était perçue à travers le ressenti d'un **sentiment de disparités sociales**. On identifiait chez P01 et P04 un sentiment de disparités de considération et de couverture sociale, entre eux et les salariés agricoles sur plusieurs sujets : retraite, couverture sociale, arrêt de travail... Ils déploraient ces différences devant les similitudes de conditions de travail entre eux et les salariés agricoles, voire même des conditions plus pénibles et exigeantes pour eux (plus de responsabilités, un risque économique jugé plus important...). P04 ressentait ces disparités sociales aussi entre les EA et le reste de la population générale.

« [...] AS. aurait été salariée, l'accident qu'elle a eu sur l'exploitation, elle aurait été salariée, aujourd'hui, ça serait résolu, elle aurait un autre poste de travail, elle serait plus sur l'exploitation, elle aurait un autre poste de travail, elle travaillerait peut-être euh, dans un bureau » (P04).

Ce sentiment de disparités sociales s'illustrait également chez P04 et P06 à travers un ressenti de disparités de contributions sociales mais une équivalence de prestations sociales entre EA.

« [...] Et il y avait un gars qui dit : « ah beh moi, j'croisais que plus vous payez de MSA, plus vous aviez une grosse retraite [...]. Mais en fait, jusqu'à un certain niveau [...] j'ai demandé au comptable, à partir de je sais plus combien, tout le reste, on paye pour les autres. Donc j'veux bien être gentil à payer un peu pour les autres. [...] Moi j'trouve ça dégueulasse parce que on voit certains agriculteurs [...] qu'ont fait que des conneries toute leur vie, qu'ont fini par couler la boutique, qu'ont laissé des dettes à la MSA terribles. [...]. Et à la fin la MSA ils effacent tout. [...]. Et toi, t'es là, tu bosses, tu t'crèves le cul à bosser correctement et tout. Des fois tu profites pas ou machin ou tu te privés. 'Fin voilà tu te privés de certaines choses et euh, derrière beh, on te dit des trucs comme ça. 'Fin moi j'trouve ça un peu, voilà quoi » (P06).

« [...] Bon, il y en a très peu, la MSA doit pas cotiser beaucoup mais j'veux dire le chômeur il aura quand même une petite retraite que nous qui aurons travaillé toute notre vie avec, on aura une petite retraite également quoi » (P04).

Au contraire, P01 trouvait qu'il existait des disparités de prestations et de couvertures sociales notamment à but préventif entre les EA.

« En ce moment [...]. Y proposent, bah des aides, parce que, pour le COVID [...]. Tous les prix qui augmentent quoi, tout ça ! Mais euh, de toute façon, si, si... c'qu'y distribuent, faut bien qu'ils l'prennent à quelqu'un. [I : **Oui, c'est sûr...**]. Alors euh, y en déshabillent un, pour rhabiller l'autre quoi. Mais moi, je. Fin j'sais pas, c'est... » (P01).

Devant ces injustices sociales et principalement la considération des prestations sociales comme basiques et insuffisantes, on distinguait une fois de plus l'autonomie des EA concernant leur santé et leur prévention. En effet, la **nécessité d'être moteur et l'importance pour eux de se construire une couverture sociale complémentaire** était perceptible.

« J'pense que la complémentaire est primordiale pour s'assurer un petit peu une future retraite, une bonne garantie euh... des accidents et tout ça quoi. [I : **A côté, hum, hum**]. Que la MSA, 'fin, ça reste un peu le système un petit peu rigide, légal, obligatoire. Et après, 'fin faut savoir, savoir se.... se protéger un petit peu autrement aussi » (P07).

P05 qui possédait un statut de cotisant solidaire (car débutante dans le métier) avait un avis assez ambivalent sur le sujet. Elle bénéficiait d'une protection sociale de la part de la MSA assez faible et élémentaire, corrélée selon elle au statut social d'affiliation ainsi qu'aux cotisations (et donc aux revenus). On ressentait à travers son discours une certaine incohérence de ce système.

En effet, le fait d'être cotisant solidaire lui offrait des droits de formations ainsi qu'une couverture sociale de base, sans cotisations ou vraiment très faibles en retour. Ce qu'elle saluait et ce qui l'aidait et la protégeait de certains facteurs de risques et risques (notamment financièrement). Seulement, la couverture sociale fournie par la MSA était trop faible pour lui garantir une sécurité suffisante, ce pourquoi elle se trouvait dans l'obligation de souscrire des assurances complémentaires. Ainsi, le prix assurantiel complémentaire lui offrant une sécurité sociale complète se trouvait augmenter ses cotisations totales (MSA + assurances complémentaires). Cela revenait pour elle pratiquement à payer des cotisations MSA sous le statut de chef d'exploitation, ce qui l'incitait à vouloir changer de statut lorsque cela lui serait possible.

Cela lui permettrait de bénéficier d'une couverture et protection sociale plus larges et exhaustives, ainsi que de pouvoir diminuer le poids de ses cotisations complémentaires.

Pourtant les autres EA, tous affiliés en tant que chefs d'exploitation à la MSA, citaient également devoir souscrire des assurances complémentaires professionnelles et privées afin de compléter leur couverture sociale. Le plus souvent, étaient citées la faiblesse et l'inadaptation des prestations versées lors d'arrêt maladie (d'origine professionnelle ou non). En effet, les EA précisait que cela ne leur permettait pas de pouvoir assurer le fonctionnement de l'exploitation et/ou d'engager un remplaçant ou salarié (voir page 60 « Prévoyance » dans « II.A.a.1 Sentiment de maîtrise du risque »). Cela les menait souvent à poursuivre leur activité malgré leur mauvais état de santé. P02 souscrivait à une assurance complémentaire qu'elle trouvait onéreuse et qui ne la couvrait (financièrement) que lors de pathologies réellement invalidantes.

« [...] il m'a mis euh... 15 jours d'arrêt, mais euh, j'me suis renseignée, j'avais pas le droit à grand-chose donc euh, voilà. **[I : D'accord]**. On est restés quand même... J'ai travaillé beaucoup moins. [...] j'prends une assurance, euh, au niveau d'assurance 1 « coups durs », mais les coups durs il faut qu'ce soit, être hospitalisé [...] Soit être opéré. Donc ça, tu, on paye une fortune pour rien du tout, et au niveau remboursement de la sécurité sociale, on reste, c'était, j'crois qu'c'était 23€ ou un truc comme ça par jour. Donc 23€, on ne peut pas prendre quelqu'un pour s'remplacer » (P02).

Tout ceci décrit une certaine précarité de la couverture sociale proposée par la MSA gérant les cinq branches de celle-ci pour nos EA. Cela peut rajouter pour eux un certain risque économique ainsi qu'une charge mentale supplémentaire, du fait de l'autonomie en santé que cela engendre. Au final, cela semblait engendrer plus de risques ou d'incertitude que de prévention.

- Sentiment d'inadaptation de la MSA

Ce sentiment d'inadaptation de la MSA était identifié chez les participants à travers d'autres aspects. P04 et P08 trouvaient la MSA inadaptée du fait de la complexité et des contraintes que représentaient les démarches administratives en prévention en santé au travail. Cela correspondait pour eux à un réel frein d'accès à cette dernière. P08 s'était également senti contraint par la MSA sur le plan administratif.

« [...] Et pour nous supprimer les chèques euh, les chèques, ils les laissaient sur l'bureau. [I : **D'accord**]. Et ils les mettaient le lendemain et ils disaient, qu'ils les avaient reçus le lendemain du délai. [I : **D'accord**]. Donc à chaque fois ça faisait 10%, donc en fin d'année on se recevait... [...] à la fin beh c'était... En fait c'est, c'est insidieux, c'est tous des systèmes pour nous obliger à... Bon après on, maintenant on a fait par prélèvement quoi, comme tout le monde quoi » (P08).

On identifiait aussi chez certains EA (P01, P03, P04) une impression d'inadaptation de la MSA aux contraintes que leur impose la profession ainsi qu'aux problématiques agricoles actuelles (baisse démographique (P08)). Les propositions d'aides étaient parfois inadaptées pour répondre aux difficultés et problèmes rencontrés par les EA ou prévenir l'aggravation de ceux-ci, avec le ressenti par les EA d'un **sentiment de défaut d'accompagnement et d'orientation** en santé et prévention. Nous avons cité plus haut, le manque d'orientation et d'accompagnement concernant la gestion de la santé au travail des salariés (P04 et P06) mais aussi le défaut d'orientation pour une meilleure prévention des risques en santé au travail (P03). On discernait ce sentiment pour P04 dans le peu de suivi des pathologies chroniques de son épouse, pourtant en arrêt de travail.

« Euh, pfff. Euh, je m'demande si c'est des gens qui savent c'que c'est qu'l'agriculture. En gros. Parce que... C'est, fin j'sais pas, fin après, je, j'veux pas, j'veux pas critiquer la MSA, c'est pas ça du tout, mais euh... [...]. La MSA y envoient des mails tous les 2-3 jours, fin [...] on va dire, deux, deux toutes les trois semaines peut-être, hein ? Toujours en route à nous proposer justement, tout un tas de trucs. Euh... avec eux, on pourrait faire un dossier tous les jours si on voulait, quasi hein [...] d'aide ou des choses comme ça. Et puis, quand on les fait, ça n'aboutit jamais ! » (P01).

En plus du sentiment des EA de ne pas être compris par la MSA, ceux-ci, à leur tour, ne comprenaient parfois pas certains de ses choix, orientations et/ou actions préventives. P02 n'avait pas eu de suite ou de retour concernant sa participation aux « Instants Santé » par exemple et elle ne comprenait pas certaines orientations préventives de la MSA. Les « Instants Santé » n'étaient pas une action connue et appréciée des EA du fait des modalités d'accès jugées difficiles à travers la nécessité de se déplacer et l'impression que cela pouvait empiéter sur leur temps.

« Fallait se rendre à « ville 11 ». [I : **Et ça, ça vous intéresse pas trop non plus euh... ?**]. Euh, ça m'intéresse pas trop d'perdre une demi-journée pour euh... [...] Rien du tout » (P08).

Les caractéristiques identifiées ci-dessus menaient les EA à être autonomes, acteurs et moteurs de leur santé et prévention. Cela les conduisait souvent à un **sentiment d'isolement et de manque de considération de la part de la MSA**. Chez P01, ces deux sentiments allaient jusqu'à entraîner un sentiment d'illégitimité à l'accès à certains soins. Ceci ne tendait pas vers une amélioration des relations altérées entre eux et représentait un réel frein à la prévention en santé. Afin d'améliorer cette situation, deux EA (P04 et P07) s'étaient investis d'une mission au sein de la MSA dans le but de promouvoir la prévention en santé (surtout dans le champ de la santé au travail) et de servir d'intermédiaire entre la MSA et la communauté locale des EA. P07 expliquait que l'une de ses premières missions était de changer la vision limitée qu'ont les EA de la MSA.

« Et ça, 'fin, il y a un, il y a un défaut de communication, de perception de, de cet organisme que bien souvent quand on parle, quand j'en parle avec mes collègues : « ouais, beh la MSA, 'fin, t'as vu c'qu'ils me... t'as vu c'que j'paie en cotisation ? ». Mais inversement, maintenant, je leur dis : « mais inversement tu vois pas tout c'qu'elle te donne non plus » » (P07).

## **II.B. Les besoins et leviers pour une meilleure prévention en santé**

Les attentes et leviers identifiés par les EA étaient pour la plupart en relation directe avec les risques, facteurs de risques et freins à la prévention en santé auxquels ils se voyaient confrontés. Ils étaient finalement assez proches quels que soient les acteurs en santé.

Il est toutefois à noter que P08 n'exprimait aucun besoin en prévention que ce soit envers la MSA, envers son MG ou envers d'autres intervenants en santé. Il n'avait en effet que peu d'attentes particulières en prévention et de considération en ce sens.

### **II.B.a. Besoin de considération et de compréhension**

Les EA attendaient des différents acteurs en santé une certaine considération et compréhension. Tout d'abord, la compréhension par le MG, la MSA ou les autres OPA, des risques et contraintes auxquels ils étaient exposés professionnellement, était recherchée par les EA.

On retrouve cet aspect dans le chapitre I de ce travail, dans lequel est exposée l'importance pour les EA de nous transmettre et de nous faire comprendre la multiplicité et dangerosité des risques auxquels ils sont exposés professionnellement.

En ce qui concernait la médecine générale dans ce registre, P04 nous faisait part du besoin d'avoir un MG plus impliqué, notamment en termes de dépistage et prise en charge des facteurs de risques et risques psychosociaux chez les EA. Pour P05, une formation des MG à la prévention dans le champ de la santé au travail chez les EA, leur permettrait d'être en mesure de sensibiliser ces derniers à ce sujet et de combler leurs besoins de considération et d'aller-vers en la matière.

P05 et P03 évoquaient un besoin et recherchaient des consultations de médecine générale patients-centrées afin de se sentir considérées et prises en charge dans leur globalité et selon leurs représentations et ressentis dans les soins. Par exemple, P03 aurait apprécié de son MG qu'il ait une approche plus individualisée lors de ses prises en charge, en incluant notamment la profession dans ses réflexions et propositions. Pour que P05 puisse établir une relation de confiance il semblait également nécessaire que son MG comprenne et s'adapte à ses représentations en santé et en prévention. En effet, elle semblait désirer être plus proactive concernant ses soins, et voir ses représentations en termes de prévention et actions préventives intégrées dans les propositions de prises en charge de son MG.

« Puis, j'pense que y... j'pense qu'il s'rend pas compte à mon avis. [I : Ouais, vu...]. Vu, l'comportement qu'il a eu là pour la sciatique et puis AM. l'coup dans... j'pense qu'il s'rend pas compte euh... [I : Des risques et du métier que vous faites quoi ?]. Oui. [I : Ouais]. J'pense qu'il met ça, la même chose que si t'étais euh... secrétaire ou... VRP quoi ! » (P03).

Beaucoup d'EA nous ont fait part en médecine générale de la nécessité d'un temps de consultation plus long, qui serait peut-être moins générateur de non-dits et permettrait pour certains d'avoir une chance de compréhension de ce qui leur est transmis comme informations par le MG. P05 exprimait qu'elle était dans l'attente de se trouver confrontée à des interlocuteurs patients et non pressés.

Certains EA faisaient d'ailleurs appel à d'autres professionnels de santé en médecine conventionnelle ou non, et avaient l'impression d'être plus pris en considération et écoutés.

On distinguait chez P06 l'attente d'une certaine disponibilité du MG lors d'une urgence. Lorsque cela n'était pas le cas, il semblait éprouver que sa santé était négligée et inconsidérée par le MG. Les EA comptaient sur cette assistance et ces soins de proximité.

« Pffff... J'devrais pas l'dire, mais je vais le dire quand même. Mon médecin il faut pas être malade ! [...]. Bah à priori, il aurait remis un peu, un peu d'eau dans son vin, mais il était... 'Fin, lui il avait les horaires euh... [I : Hum, hum], 9h-12h00, 14h-18h et puis tac terminé et tout l'monde se démerde hein. [...] c'était un exemple, mais ma grand-mère elle était à moitié en train de, de claquer. Euh, on l'appelle euh... 'Fin on avait pas, il était à la pause de midi, on avait pas fait attention plus que ça, quoi. [...]. « Ah beh non, Monsieur BZ. est en pause déjeuner, faudra rappeler à 14 heures ». Ouais, 'fin la grand-mère, elle est en train de claquer, la grand-mère est en train de claquer les gars euh... 'Fin j'sais pas moi mais... » (P06).

Chez P01 le besoin de considération et de reconnaissance semblait assez important pour qu'il considère lui-même sa santé et se sente légitime dans son accès aux soins.

Aussi, un des leviers vers une meilleure considération et compréhension serait l'amélioration de la couverture et des prestations sociales des EA.

« Bah, ils pourraient nous indemniser un peu mieux quand on est malade. [Rire] » (P03).

### **II.B.b. Besoin d'orientation et d'accompagnement en prévention (MSA et MG)**

Il était important pour nos participants d'avoir une orientation et un accompagnement complet et précoce en prévention en santé. Pour pouvoir répondre à ces besoins en médecine générale il était nécessaire, selon P05, de former les MG à certains sujets, mais également que ceux-ci admettent leurs limites dans certains domaines afin d'orienter leurs patients vers les acteurs qualifiés.

« Il y a des secteurs, voilà, ils peuvent pas tout gérer quoi. Le généraliste euh... Donc peut-être des fois il devrait dire : « bah allez voir euh, peut-être consulter euh... » [...]. Donc, il y a peut-être des formations qui devraient être, peut-être être faites aussi, euh... sur les médecins hein, aussi. Peut-être qu'ils devraient aussi se reformer sur certains secteurs ? » (P05).

P02 qui était la seule participante à déclarer souffrir de pathologies chroniques, désirait pouvoir bénéficier d'une éducation thérapeutique (se reporter à l'extrait de verbatim page 81). Elle possédait

également le rôle d'aidant principal et aspirait à plus d'accompagnement et de considération dans ce contexte.

« J'ai vraiment besoin de... d'une orientation » (P02).

Les EA exprimaient attendre en santé au travail une orientation et un accompagnement pour eux comme pour leurs salariés (P04, P06). P04 nous faisait part d'un besoin de restructuration du système agricole, à travers plus de considération et d'orientation en santé, notamment de la part de différentes OPA (dont la MSA). Ces dernières pourraient ainsi répondre au besoin d'amélioration des conditions de travail en prévention d'atteintes de la santé des EA, et en vue d'une limitation de l'impact de l'exercice professionnel.

P07 indiquait qu'il serait important que les EA se forment ou reforment dans certains domaines professionnels, au vu de leur polyvalence et de leur formation parfois partielle dans certaines branches. Par ailleurs, P05 soulevait le problème de la non-gratuité de certaines formations professionnelles proposées par différentes OPA, vue comme un frein d'accès à la prévention.

Les EA avaient des attentes en termes d'accompagnement et d'orientation en prévention de leur santé sociale, et des besoins de garantie de leur sécurité et protection sociale. Ceci dans le but de réduire leur sentiment d'inégalités sociales en santé et leur précarité. Cela à travers :

- Une amélioration de l'accompagnement et de l'orientation en cas de difficultés sur l'exploitation. P04, souhaitait aussi voir se développer plus de suivis médico-psychosociaux adaptés de la part de la MSA concernant les pathologies chroniques et invalidantes professionnellement, que certains EA pouvaient présenter, notamment son épouse.
- Un besoin de prévention et d'identification de l'épuisement professionnel, ainsi qu'un besoin de dépistage précoce des facteurs de risques psychosociaux et du stress. Plusieurs leviers étaient identifiés, tels que :
  - o Une facilitation des démarches auprès des OPA (dont la MSA), actuellement jugées chronophages et complexes. Ce qui permettrait aux EA d'avoir plus de temps en dehors du domaine professionnel,

« Ben oui, beh voilà c'est ça. Puis qu'ce soit pas très long, c'est ça. Parce qu'on a pas forcément beaucoup d'temps, l'peu d'temps qu'on a, on aimerait bien faire autre chose quoi » (P02).

- La facilitation, par les différents acteurs de santé, du besoin d'arrêt dans le travail (repos). Un des leviers exprimés était l'amélioration de l'accès aux services de remplacement (coût, confiance...),
- Le MG pouvait jouer un rôle important dans le dépistage, le diagnostic et donc la prévention à tous les niveaux de cet épuisement psychique, ainsi qu'orienter les EA dans ce cadre,

« Beh, j'veux dire, euh, cinq minutes de plus, ça permettrait peut-être de s'exprimer, beh puis l'médecin il pourrait dire, beh tiens, chez untel, beh il commence à mal dormir, peut être prévoir un peu de, de, un peu plus de prévention, ou dire, beh euh, pourquoi pas mettre en place dans, chez des agriculteurs, des, chez les agriculteurs des, j'sais pas moi ? [...] » (P04).

- Un besoin d'amélioration de la situation des EA en retraite et de compréhension des enjeux démographiques actuels, afin d'agir de manière préventive sur ce tableau (transmission, succession). Nous détectons aussi un besoin d'amélioration des indemnités journalières lors d'arrêts maladie, afin de permettre aux EA de s'arrêter véritablement et ainsi pouvoir réellement prendre soin de leur santé (en particulier physique chez nos participants).

« On sent, ouais. On sent que l'problème de, 'fin qui va avoir dans les 10 ans qui viennent, ça va être le, le renouvellement d'nos générations. 'Fin, tes parents, nous. Et ça, il [...] faut peut-être que la MSA en prenne, tout de suite... qu's'intéresse à ça, pour essayer d'mettre des choses en place, pour dire euh... euh, 'fin, dans les... aller dans les lycées agricoles, des choses comme ça, de dire si t'es agriculteur, tu, tu peux avoir, tu peux prétendre à ça. Euh, il faudrait... » (P04).

P05 évoquait aussi le rôle d'accompagnement que peuvent avoir les vendeurs de produits agricoles (phyto, nettoyage etc.) en prévention de certaines expositions ainsi que les autres interlocuteurs agricoles concernés.

### **II.B.c. Besoin d'une amélioration des relations**

- **Besoin d'un aller-vers en prévention en santé**

Le besoin d'un aller-vers de la part des différents acteurs en santé et dans les différents champs de la prévention était palpable chez les EA.

À la base des autres besoins, les EA avaient un **besoin d'aller-vers informatif**. Ils estimaient cela comme faisant partie des devoirs des OPA (notamment la MSA) et des autres acteurs en santé (notamment du MG). P02 précisait également être dans l'attente d'un aller-vers informatif spontané de la part de la MSA. Cela permettrait d'éviter, dans une certaine mesure, l'information sélective et/ou partielle que nous avons identifiée chez eux, surtout dans le domaine de la santé au travail.

En médecine générale, on discernait chez P01 et P03 un besoin de propositions de prévention, notamment lors de consultations pour d'autres motifs. Généralement, chez les autres participants, eux-mêmes ou leurs MG semblaient profiter de ces occasions pour aborder le sujet de la prévention.

Cet aller-vers lors de toute consultation permettrait en effet de lever certains non-dits chez nos participants, devant les différents besoins exprimés ou retrouvés dans l'étude, ainsi que d'aborder des sujets difficiles à évoquer par les patients.

Par exemple, on identifiait un besoin d'expression, d'écoute et de soutien sur les sujets angoissants, et parfois même la souffrance psychique chez P02. Associé à cela et comme vu plus haut, le besoin d'aller-vers sur les sujets de stress et d'épuisement professionnels était évoqué. D'autres EA évoquaient donc le besoin d'un aller-vers du MG sur les sujets non abordés ou difficiles à aborder (non-dits), et le besoin de propositions de prévention (notamment en prévention en santé au travail).

Le développement d'une nouvelle relation médecin-patient était identifié comme une possibilité d'amélioration de l'accès à la prévention. Cela pourrait éviter et/ou permettre d'aborder des sujets non dits généralement présents avec le MG habituellement consulté, ainsi que d'ouvrir le dialogue d'un côté comme de l'autre.

« Ouais, après c'est peut-être bien que ce soit un autre médecin de temps en temps par rapport à son médecin traitant. [I : **Ouais ?**]. Parce que peut-être qu'il, il verrait des choses que le, quelqu'un d'autre ne voit, que le médecin traitant ne voit pas ou... 'fin » (P06)

Il est à noter que lors de nos entretiens, les EA cherchaient auprès de l'investigatrice principale des réponses, des orientations, de la réassurance et même une oreille attentive. Ceci peut être la manifestation de leurs besoins.

« Mais c'est vrai que lui, c'est fort le stress. Des fois tu te demandes quand même si y a pas un truc qui va péter dans l'cerveau. Des fois il saigne du nez trois fois par jour. C'est quand même pas normal, non ? » (P03).

Par ailleurs, certains EA évoquaient des leviers d'améliorations possibles concernant l'aller-vers des autres acteurs de santé en prévention.

En santé au travail les EA exprimaient un besoin d'échanges et de rencontres avec la MSA, notamment en présentiel, afin de pouvoir rencontrer leurs interlocuteurs.

« Non ? Ça, ça serait bien j'pense d'avoir un camion qui vient et puis beh qui fait là, les contrôles annuels des dents. [Rire]. Non, mais j'dis des dents parce que ça paraît facile à mettre en place quoi. [I : Hum, hum]. Voilà faire un, le contrôle aussi, oui, comme la médecine du travail pour les oreilles euh, la vue, 'fin. J'pense qu'il y a un truc, euh, minimum qu'ils pourraient mettre en place dans un camion, ça s'est déjà vu ça » (P03).

« Ouais, euh... Après ils pourraient avoir un passage de, d'un gars de la MSA tous les deux ans par exemple. Pour nous dire : « bah là, attention ci, attention ça, faudrait peut-être ci, faudrait peut-être ça ». Oh, on pourrait peut-être » (P06).

Ils évoquaient (P03, P05, P06) également comme moyen le fait de rendre certaines choses obligatoires. P06 évoquait notamment l'exemple d'un aller-vers du MG dont découlerait une obligation de consultation de sa part. P05 ajoutait que la gratuité représentait un point important pour faciliter l'accès à certains événements ou formations, notamment en prévention des risques professionnels.

« En fait, on est un peu tout comme ça, il faut un peu des, des dates pour être, qu'on soit obligés de, de faire le truc, quoi. [...]. En fait il, il t'appelle, il te dit, euh : « beh tiens je t'ai mis un rendez-vous telle date, parce que ça fait longtemps que je t'ai pas vu, tu viendras à telle date à telle heure » [...]. Tu te dis... même : « Ah beh là, ça va pas », tu rechanges, tu redécals l'heure ou voilà. [...]. Mais être un peu obligés c'est vrai que ça pourrait peut-être être pas mal, ouais » (P06).

« On te téléphonerait, on dirait : « bonjour donc j'suis l'médecin d'la MSA. J viens faire un check-up, euh... votre check-up annuel, euh. J vous laisse deux créneaux, j viens quand ? », voilà. On te l'impose entre guillemets, et tout l'monde le ferait hein ? J pense. Même AM. il le ferait » (P03).

Aussi, certains EA décrivaient la nécessité d'un aller-vers des EA vers la MSA. Cela permettrait aux EA d'expliquer leur point de vue d'un côté et de comprendre également celui de la MSA de l'autre. P07 (appartenant aux instances de la MSA) insistait sur le fait que les EA devaient devenir maîtres de leur santé et de leur prévention en santé, en prenant du recul et le temps de s'y intéresser, notamment à travers la prévention proposée par la MSA. Pour ceci, il jugeait important que les EA changent leur regard sur cet organisme, souvent limité à son rôle décrié de recouvrement de cotisations. Cet aller-vers de leur part pourrait être l'un des moyens d'y parvenir.

P06 se trouvant plutôt passif dans cette relation avec la MSA se montrait intéressé pour faire évoluer sa conception de celle-ci. Il restait ouvert à l'échange et proposait comme autre levier, un aller-vers explicatif de la part de la MSA sur le fonctionnement des cotisations ainsi que sur l'aspect administratif de celle-ci, afin de tendre vers plus de compréhension (P06).

« Mais c'est vrai qu'tout ça en fait, on râle toujours après ça, mais on s'y intéresse pas. [...]. Faut remonter un peu tout ça, puis faire un peu l'point, qu'on vienne vraiment nous expliquer vraiment comment ça marche, ce qu'il faut et puis ouais » (P06).

« Après c'que j'attends principalement, beh c'est que... C'est que le monde agricole s'ouvre un peu plus à c'que la MSA peut proposer, puis qu'la MSA puisse euh, bien communiquer, peut-être encore mieux, parce que 'fin, j'trouve que ça communique déjà beaucoup. [...] **[I : Plutôt que les, que l'monde agricole aille vers la MSA en fait, s'ouvre à la MSA ?]**. Oui puis que la, il y a un moment, [...] beh de s'dire : « tiens, j'ai une invitation là, j'la laisse pas sur le coin du bureau », puis j'me dis : « ah beh là, oui, ça c'est vrai qu'ça, 'fin, j'suis un peu sensible à ce sujet-là et puis, oui bah allez je, je note la date et j'm'inscrirai et j'irai à la formation ou voilà » » (P07).

Tout cela permettrait de tendre vers plus de transparence de la MSA (avec une diminution du sentiment d'opacité cité ci-dessus) et donc vers plus de confiance, qui elle-même pourrait mener vers plus d'intérêt pour les actions et propositions préventives de la MSA.

Il est important de noter que la plupart des EA restaient ouverts aux propositions préventives et aux moyens de communication utilisés par les différents acteurs en santé.

« Même à la limite une petite visio, ça peut être aussi... une, un moyen de l'faire quoi » (P04).

- **Besoin d'amélioration de l'accès à l'information en prévention**

En dehors du besoin d'aller-vers, les EA possédaient des attentes d'amélioration des services d'information et des moyens de communication avec la MSA.

Ceci pouvait passer par une meilleure adaptation et stabilité des canaux de communications, ainsi qu'une simplification et facilitation des démarches d'accès à l'information et aux droits en prévention en santé.

P02 évoquait également le besoin d'une information individualisée de la part de la MSA, afin d'améliorer son information en prévention, en particulier concernant ses droits en prévention en santé au travail. Comme vu plus haut elle attendait un aller-vers informatif spontané.

« Ben déjà savoir à quoi on a l'droit ! Qu'il y ait une feuille qui nous dirait, tiens, vous avez l'droit euh... vous souffrez de ça, tiens, y a ça qui est subventionné ou pas. Ça serait déjà une bonne chose, sans que ce soit nous qui, qui ont besoin d'téléphoner à un monsieur pour un autre, puis ravoir un autre monsieur, pour avoir ce à quoi on a l'droit. [...]. Mieux nous informer de ce à quoi on a l'droit. Je pense que ça serait ça, mieux nous informer » (P02).

- **Le lien entre la MSA et le médecin généraliste**

Un besoin de développement de la communication et du lien entre la MSA et les MG a été soulevé par les EA. P06, par exemple, voyait cela comme un remède à la redondance en prévention. Au contraire, P02 déplorait ne pas avoir bénéficié de la partie des « Instants Santé » censée se passer avec son MG, et donc ne pas avoir été informée des conclusions de participation à cette action préventive (organisée par la MSA).

- **Les relations intra- et extra-professionnelles**

Pour garantir la prévention de certains facteurs de risques et risques, notamment psychosociaux, les EA évoquaient un besoin de retrouver de la solidarité dans la profession. Ils

indiquaient également qu'une amélioration du regard et des relations entretenues avec le reste de la société était importante de manière préventive. Dans ce contexte, P06 organisait des portes ouvertes sur le lieu de l'exploitation afin de faire comprendre son métier au public, de le rencontrer et d'échanger avec lui. Cela représentait un moyen pour lui de modifier les a priori et images erronées que la société pouvait avoir à leur égard. On y trouve aussi un moyen d'amoindrir chez les EA le sentiment d'isolement ainsi que le facteur de risque psychosocial « rapports sociaux dégradés ».

« [...] Mais euh, on voudrait bien faire une porte ouverte justement pour inviter euh, un peu tous les gens des alentours pour vraiment leur expliquer c'qu'on fait quoi. Parce que ils sont... **[I : Hum. Pour leur montrer euh, ils sont, ils savent pas quoi ?]**. Ouais, et c'que j'te disais, il y a... Autant il y a des gens qui sont toujours en train d'te dire : « Ah, ça va machin, c'est pas facile et tout ». **[I : Hum, hum]**. Là tu les regardes, tu leur dis : « 'Fin, arrêtez voilà ». **[I : [Dit en souriant]. « J'vais bien quand même »]**. Et puis y a des gens qui sont toujours en train d'te dire : « ouais mais tu, 'fin voilà quoi » ; **[I : ouais, ouais]** ; tu, toi essayer de rassembler un peu tout c'monde-là pour qu'ils se rendent compte vraiment ce que c'est qu'le milieu agricole quoi » (P06).

## *DISCUSSION*

### **RÉSULTATS PRINCIPAUX**

Cette étude nous a permis de remarquer que pour pouvoir comprendre les EA en termes de prévention, il fallait bien **comprendre et connaître le monde agricole et l'environnement professionnel dans lequel ils évoluent**. C'est-à-dire, tenir compte des nombreux facteurs de risques et risques auxquels ce milieu les expose, de la potentielle dangerosité de ceux-ci, ainsi que de la place centrale qu'occupe leur profession dans leur vie associée aux contraintes que cela engendre.

Ce dernier point était particulièrement important du fait de la grande interdépendance de l'exercice de leur profession avec les trois sphères de la santé (physique – psychique – sociale) et entre elles. En effet, la polyvalence professionnelle des EA dans leur statut à la fois d'entrepreneur, de cadre et d'opérateur faisait de leur personne et en particulier de leur corps, l'outil principal de travail sur l'exploitation. En l'occurrence, les participants trouvaient que ces particularités n'étaient pas assez maîtrisées ou considérées par les différents interlocuteurs en santé, principalement le MG et la MSA.

Tout ceci menait les EA à de moindres possibilités et une moindre adhésion préventive, ainsi qu'à exprimer leurs attentes en miroir aux freins rencontrés.

Il est à noter que nous avons été étonnés que les participants de notre étude évoquent et s'expriment sur les facteurs de risques et risques psychosociaux auxquels ils étaient exposés. En effet, face à la culture de l'effort et à l'absence d'expression sur ces sujets que nous avons remarqués dans notre entourage agricole, ce résultat était inattendu.

Pourtant, il existait une certaine acceptation de ceux-ci comme faisant partie intégrante du travail et relevant d'un certain fatalisme. Aussi, les EA les évoquaient mais avec plus de relativité, de manière moins directe et parfois moins consciente que les risques pour la santé physique qu'ils identifiaient comme tels. D'ailleurs, le risque de suicide n'a été évoqué que par deux EA, et pour l'un des deux il était vécu comme une victimisation de la part de la société.

Dans l'étude menée par Solidarité Paysans (29), le même constat était fait : « contrairement aux idées reçues, ils savent très bien décrire ce qui leur arrive, malgré la loi du silence qui pèse dans les campagnes, les empêchant d'exprimer leur mal-être et de partager avec les voisins les difficultés

rencontrées ». Cependant, le moindre recours au système de soins, en général et dans ces cas précis, ne les aidait pas à prendre en charge l'installation ou la présence d'une certaine souffrance psychologique (29).

D'autre part, cette étude nous a frappé à travers **l'autonomie et l'indépendance dont les EA faisaient preuve en prévention en santé**. Elles s'expliquaient d'une part, du fait d'un ressenti de manque de compréhension, de considération et d'adaptation de la part des acteurs en prévention en santé, quel que soit l'interlocuteur (MG, MSA, autre). L'inadaptation que nous citerons comme exemple sera : la couverture et les prestations sociales proposées par la MSA ne permettant pas aux EA de posséder des conduites préventives (prise de temps de repos et/ou arrêts de travail peu possibles...). D'autre part, elles s'expliquaient par une certaine indépendance dans le monde du travail associée à une charge de travail conséquente, qui pouvaient se traduire dans le domaine de la santé (peu de temps à accorder en dehors de la profession) malgré une conscience des risques souvent exprimée (7). En effet, les EA possèdent professionnellement une forte latitude décisionnelle (7), notamment en prévention en santé au travail, qui peut impacter leur gestion de l'ensemble des domaines en santé en s'y reflétant.

Cette autonomie induite engendrait une **sélectivité de la prévention en santé**, tant de manière informative que participative, associée à une représentation plus importante et à des pratiques préventives menées principalement dans le champ de la santé au travail. Dans ce domaine, du fait de l'auto-développement de méthodes et comportements préventifs (s'entourer, se former, s'informer...), les EA éprouvaient le plus souvent un **sentiment de maîtrise des risques** et un certain fatalisme face à ceux-ci, qui n'allaient pas dans le sens du développement d'une prévention complète et adéquate.

En médecine générale, il apparaissait d'ailleurs qu'ils ne consultaient pratiquement jamais dans le cadre d'un motif préventif pur (excepté pour leurs enfants) mais pour d'autres motifs, comme la plupart du temps un motif urgent avec un dépassement de leur seuil de tolérance. C'est pourquoi il nous semble qu'un des messages principaux de cette étude est que chaque contact est une occasion de prévention à saisir, soit par les EA, soit par leurs interlocuteurs (MG, spécialistes, MSA, autres...).

Or, les problèmes de communication et notamment la perception du peu d'aller-vers des principaux interlocuteurs sur ce sujet (MG et MSA) étaient notoires dans notre étude. Cela amenait des besoins corrélés à ces représentations et freins d'accès en prévention en santé. À savoir, dans un premier temps, une meilleure compréhension et considération de la part des acteurs en prévention en santé, afin de pouvoir ensuite mieux les accompagner et les orienter. Et dans un second temps, l'amélioration des relations entre eux et ces intervenants se trouvait au cœur de leurs attentes, notamment concernant les propositions préventives et l'information en prévention.

Dans ce contexte, nous avons relevé **le rôle primordial de l'entourage**, aussi bien en tant que moyen préventif à proprement parler (des facteurs de risques et risques psychosociaux principalement) (29), qu'en tant que moyen d'information. Au contraire en cas d'isolement, mais aussi dans le cadre d'une mésentente lors d'une collaboration professionnelle avec l'entourage familial ou proche, celui-ci pouvait aussi revêtir l'apparence d'un facteur de risque supplémentaire.

## ***FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE***

### **I. Forces et intérêt de l'étude**

Le choix d'une étude qualitative était adapté au sujet de cette recherche qui explorait les représentations et expériences des EA en prévention en santé (24,25). De plus, il existait très peu d'études portant sur ce sujet, et aucune jusqu'à aujourd'hui ayant été réalisée dans le département des Ardennes. Les EA semblaient apprécier d'être écoutés et de pouvoir partager leurs avis et points de vue dans ce domaine. Cela nous permet de supposer que notre étude pourra favoriser le développement d'une meilleure compréhension pouvant elle-même mener vers des évolutions positives dans le domaine de la prévention en santé, ainsi que dans son approche auprès de cette population.

La méthode de recrutement et l'effet boule de neige utilisés ont permis d'éviter dans une certaine mesure le biais de sélection. En effet, l'utilisation d'un listing émanant directement de deux EA, et le fait de ne pas être passée par le monde médical (professionnels de santé et/ou MSA), ont permis d'aller directement à la rencontre des interlocuteurs concernés, sans l'influence préalable du système de soin. Cela a pu favoriser un discours plus libre des participants, par rapport aux thèses proches de notre sujet dans d'autres régions (30–32).

Dans cette étude qualitative, le choix d'un échantillonnage raisonné théorique nous a permis de d'obtenir une certaine diversité des critères socio-démographiques, critères pouvant exercer une influence sur les représentations et comportements en termes de prévention en santé. De ce fait, l'échantillon est constitué d'EA de diverses classes d'âge, de situations familiales et conjugales différentes, et d'appartenance ou non à certaines OPA (notamment aux instances de la MSA).

L'installation des EA de manière individuelle ou sous divers modes de collaboration, ainsi que la présence de salariés ou non, étaient diversifiées. Dans notre étude, ces deux derniers points exerçaient une influence sur plusieurs facteurs de risques psychosociaux (dont l'intensité et le temps de travail) et pouvaient renforcer l'interdépendance des sphères professionnelles et privées.

Nous avons également cherché à faire varier les modes d'exploitation (biologique ou conventionnel) ainsi que les différents types d'exploitation (polyculture, élevage lait, élevage viande, mixte...) pour rendre compte du paysage agricole local. Ces deux variables entraînaient, dans notre recherche, une différence d'intensité et de diversité d'expositions aux risques professionnels. Cependant, la plupart des EA que nous avons interrogés se trouvaient avoir une exploitation de type polyculture-élevage ou élevage simple, alors qu'un seul était en exploitation uniquement céréalière (polyculture – grandes cultures) représentant 41,08 % du paysage agricole ardennais (20).

L'ensemble de ces variables nous a toutefois permis de penser qu'une certaine multiplicité des représentations et comportements, concernant notre sujet d'étude, a pu être explorée.

Aussi, les entretiens individuels semi-dirigés laissaient tout l'espace nécessaire à une certaine spontanéité, liberté et sincérité dans le discours de nos participants. De plus, la méthode d'enregistrement a permis une réelle écoute active de la part de l'enquêtrice, et ainsi d'approfondir et de rebondir facilement sur certains sujets d'intérêt durant les entretiens.

## **II. Faiblesses de l'étude**

La saturation des données a été obtenue après huit entretiens, ce qui peut paraître peu en recherche qualitative. La méthode d'échantillonnage raisonné théorique ainsi que les durées souvent élevées des entretiens, avec un temps d'enregistrement total de 695 minutes, nous font penser que leur

richesse et la diversité des réponses obtenues étaient suffisantes, et qu'elles nous ont permis d'atteindre cette saturation plus rapidement que dans d'autres travaux.

Nous aurions pu enrichir notre réflexion par la confrontation d'idées et l'interaction entre différents EA à travers un ou plusieurs focus group, mais nous avons fait le choix de nous limiter aux entretiens individuels semi-dirigés au vu de la difficulté pour les EA de trouver du temps pour un entretien individuel sur leur lieu de vie et/ou de travail. De plus, certains de nos résultats montraient des difficultés et parfois même une réticence des échanges entre EA sur le sujet de leur santé (en dehors du cadre du travail). Par ailleurs, un entretien avec un ou plusieurs médecin(s) du travail de la MSA, préventeur(s) MSA ou médecin(s) généraliste(s) rural(-aux), permettrait de recueillir leurs ressentis sur la question de la prévention dans cette catégorie socio-professionnelle. Cela entrerait dans le cadre de questions de recherches complémentaires, pour permettre d'éclairer notre thématique de travail sous un autre angle.

Il existe un **biais d'interprétation et un d'analyse** possibles du fait de la subjectivité présente dans toute étude qualitative (24). Aussi, apparaissaient un **biais d'intervention et un biais de collecte des données**. Tous ces biais étaient principalement engendrés par le fait que l'investigatrice de l'étude était à la fois l'auteure du guide d'entretien, l'enquêtrice principale, la transcriptrice, l'analyste des données ainsi que la rédactrice du modèle explicatif. De plus, sa provenance du monde agricole ainsi que son manque d'expérience en recherche qualitative ont pu avoir une incidence sur cette subjectivité. Cependant, afin de limiter ces biais au maximum et dans le but de renforcer la scientificité et validité interne de notre travail, nous avons entrepris plusieurs démarches décrites ci-dessous.

Tout d'abord, la **tenue d'un journal de bord** durant toute la période de recherche a permis, dès le début de notre travail, d'affiner notre question de recherche ainsi que d'essayer de nous affranchir de nos a priori et idées préconçues sur le sujet étudié. À la suite des différents entretiens et lors de l'analyse des différents verbatim, la prise de notes nous a été bénéfique dans ce même but. De plus, le journal de bord ainsi que les cartes mentales réalisées sur le logiciel Mindmeister ont contribué à la comparaison des catégories et propriétés entre les différents participants, et ont permis d'établir au mieux et de manière exhaustive notre modèle explicatif.

Ensuite, le guide d'entretien a bénéficié d'une relecture et d'ajustements de la part de la directrice de thèse et a préalablement été testé sur un proche, exploitant agricole, de l'enquêtrice. De plus, du fait de l'approche itérative de notre travail, il a bénéficié de révisions régulières et d'une évolution au cours du recueil de données (voir annexe 4). L'investigatrice a également essayé de rester la plus neutre possible durant la conduite des différents entretiens, afin d'éviter le biais d'intervention.

Bien que cela ait pu engendrer de la subjectivité dans l'interprétation des résultats, le fait d'avoir pris contact le plus souvent directement en personne avec les EA, et de leur avoir précisé le statut de fille d'agriculteurs de l'investigatrice, a pu contribuer à renforcer le sérieux de la démarche et à favoriser le contact et la confiance des interviewés envers elle.

Pour finir, trois verbatim ont profité d'une relecture par la directrice de thèse, et un entretien a bénéficié d'un co-codage avec une personne non issue du milieu médical s'étant formée à l'analyse qualitative pour cette recherche. Aussi, lors de notre analyse, l'émergence de catégories et propriétés non connues ou perçues par l'enquêtrice lors de la formulation dans son journal de bord de ses a priori et connaissances antérieures du monde agricole, nous fait penser que les biais d'analyse et d'interprétation ont pu être en partie maîtrisés.

Comme notifié dans la grille COREQ réalisée (se reporter à l'annexe 3), nous n'avons pas proposé aux participants la relecture de la retranscription de leur entretien, ce qui aurait pu augmenter la validité interne de notre étude. En effet, les EA semblaient déjà surchargés et nous ne voulions pas leur imposer une contrainte supplémentaire.

Après analyse des différents verbatim et devant une prévalence de la prévention dans le domaine de la santé et sécurité au travail dans nos résultats, nous pensons qu'un **biais de réponse** s'était développé. Effectivement, nous nous sommes interrogés sur la possible imputabilité des questions « brise-glace » d'ouverture tournées vers le sujet de la profession, et qui auraient pu inciter à orienter les réponses des participants vers le domaine de la prévention en santé - sécurité au travail, au détriment des autres domaines de la prévention en santé.

Cependant, le co-codage d'un entretien, l'obtention d'éléments dans d'autres domaines de prévention en santé, et l'importance de leur profession dans leur vie déjà décrite dans la littérature (33), nous ont conforté quant à la pertinence de ce résultat et de nos questions d'ouverture. De plus, les EA

revenaient souvent au domaine de la santé au travail lors de questions plus larges sur la prévention en santé, et demandaient parfois si la question portait ou non sur ce domaine en particulier avant de fournir une réponse.

Les biais de réponse et de désirabilité sociale ont été réduits par le rappel, avant le début de chaque entretien, qu'il n'existait pas de bonne ou mauvaise réponse, mais qu'uniquement le ressenti et les expériences des participants étaient attendus. Aussi, le double statut de l'enquêtrice (fille d'agriculteurs et médecin généraliste) semblait être plus une force qu'un frein lors des différents entretiens. En effet, les EA cherchaient parfois des réponses ou de la réassurance auprès de l'enquêtrice. De plus, ils ont souvent évoqué et partagé des sujets personnels, qui parfois n'ont pas été retranscrits car trop identifiants et hors sujet dans le cadre de notre recherche. Aussi, les participants avaient tendance à poursuivre la discussion sur divers sujets avec l'enquêtrice après avoir terminé l'entretien « formel » lors de l'arrêt de l'enregistrement. Cela montre une certaine confiance envers cette dernière et une envie de partager et d'être écouté.

Un biais de réponse a pu être plus important lors de l'entretien de P04 en raison de la présence de son épouse durant toute la durée de celui-ci, ainsi que des quelques interventions de cette dernière. Cela a pu en effet influencer les réponses du participant, le déroulement de l'entretien ainsi qu'interrompre et/ou modifier le cours des pensées de l'enquêtrice comme de P04. Néanmoins, le participant rebondissait sur les propos de son épouse lorsqu'il possédait un avis contraire à celle-ci. Cela nous a donné l'impression d'une certaine dynamique durant l'entretien avec une confrontation d'idées entre les deux ainsi que l'ouverture, l'approfondissement ou la relance par eux-mêmes de certains sujets.

## **COMPARAISON À LA LITTÉRATURE ET PERSPECTIVES**

### **I. Une espérance de vie en bonne santé relativement faible : éléments d'explication à la lumière de nos résultats**

Bien que l'espérance de vie à 35 ans chez les EA soit supérieure à celle de la population générale (3,4), leur Espérance de Vie en Bonne Santé (EVBS) est quant à elle plus faible.

Cette espérance de vie assez longue est en partie expliquée, dans la littérature, par la moindre consommation tabagique de la part des EA par rapport au reste de la population générale. En effet,

21 % des agriculteurs sont concernés, avec un taux très proche de celui des cadres et professions intellectuelles supérieures qui est de 19 % (4).

Seulement, en 2003, les EA présentaient une EVBS à 50 ans de 16,5 ans pour les hommes, et 16,7 ans pour les femmes (34,35), soit respectivement jusqu'à l'âge de 66,5 ans et 66,7 ans. Ces chiffres représentent le deuxième taux le plus bas parmi les actifs, après les ouvriers.

Dans une étude plus récente datant de 2013, les EA déclaraient plus souvent des limitations d'activité et moins souvent être en bonne santé que d'autres catégories socio-professionnelles, comme les cadres ou les professions intellectuelles supérieures, desquelles ils se rapprochent pourtant en matière d'espérance de vie (4). De plus, ce pourcentage semble avoir tendance à augmenter puisqu'en 2007, 11,8 % d'EA déclaraient une limitation d'activité, alors qu'en 2013 ce taux avait pratiquement doublé à 22,6 %, représentant le taux le plus élevé toutes catégories socio-professionnelles confondues parmi les actifs (4). On remarquera toutefois que les données les plus récentes sur ces sujets datent respectivement de 2003 et 2013 (4,34–36).

- **L'interrelation entre la profession et la santé**

Certaines données (4,37) et en particulier le rapport de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) (4), citent le fort impact des conditions de travail sur l'état de santé et réciproquement, renforçant ainsi la pertinence du regard porté par nos participants sur l'interdépendance entre leur profession et leur santé.

En effet, l'influence négative du travail sur la santé identifiée dans notre étude, notamment liée aux expositions des EA à de multiples risques, semble cohérente avec l'EVBS relativement faible décrite dans la littérature (34,35). La multiplicité des risques et facteurs de risques auxquels les EA sont exposés, à travers leur profession, est également largement constatée dans la littérature (7,9,14).

Les EA de notre étude décrivaient également le caractère de gravité en santé que peuvent avoir leurs expositions aux risques. Celui-ci s'exprimait fréquemment, selon eux, à travers la survenue d'accidents du travail aux conséquences souvent lourdes. Ceci semble en cohérence avec la littérature, où nous retrouvons un taux de mortalité par accident du travail le plus élevé en agriculture-sylviculture-pêche à 28,2/100 000, avant même les secteurs de la construction (38). De manière plus

spécifique chez les NSA, la mortalité annuelle au travail était aussi bien supérieure à celle du secteur du Bâtiment et Travaux Publics (BTP), et ceci principalement dans l'élevage bovin (7). Les accidents du travail, mortels ou non, étaient par ailleurs plus nombreux en élevage bovin (9,39,40) et liés principalement à la manipulation des animaux et à l'utilisation de machines (20).

Il est à noter que certains participants identifiaient une différence d'exposition aux facteurs de risques et risques, entre eux et les salariés agricoles. Ils trouvaient une explication principalement dans leur statut d'indépendant, qui leur conférait un certain surcroît de facteurs de risques psychosociaux et de stress, notamment du fait des responsabilités inhérentes à ce statut. Dans ce sens, nous observons la production de travaux sur le rôle des et les liens entre les accidents du travail et les facteurs de risques et risques psychosociaux (37), avec le risque le plus élevé d'accident du travail pour les travailleurs exposés simultanément à de fortes expositions aux facteurs physiques et psychosociaux, ce qui est souvent le cas dans les professions indépendantes entre autres.

Il arrivait également que les interviewés déclarent prendre plus de risques, afin de ne pas exposer leurs salariés à certains dangers. Cela semble cohérent, puisque nous constatons des accidents plus fréquents chez les NSA par rapport aux salariés agricoles (7,35).

Remarquons que l'ensemble des données présentées ci-dessus, associées à l'omniprésence du travail dans la vie des EA (33), peut justifier la prédominance des représentations de la prévention dans le domaine de la santé au travail, chez les participants à notre étude.

Tout ceci corrobore la crainte de nos participants d'observer un impact négatif de l'exercice de leur profession, surtout corrélé à leur avancée en âge, et parfois même une peur de ne plus pouvoir assumer leur travail dans de bonnes conditions. Cela peut expliquer, en partie, les données concernant leur EVBS.

- **Comportements en termes de consommation de soins**

La plus faible EVBS des EA peut s'expliquer à travers une sous-consommation de soins de leur part, qui peut s'exprimer à travers leur faible budget consacré à la santé (5). Dans notre étude, ils avaient

pourtant, pour la plupart d'entre eux, conscience de l'importance et de l'utilité de la prévention, mais évoquaient le peu de temps qu'ils avaient et/ou voulaient accorder à leur santé.

Les motifs de consultation de nos participants étaient curatifs plutôt que préventifs, notamment en médecine générale, et lors d'un dépassement de leur seuil de tolérance. Benjamin Jouenne (32) identifiait également dans son étude ces particularités dans la population d'EA d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan, et Charly Extra (31) relevait des consultations après un certain temps d'autosurveillance, et souvent la pratique d'une automédication de la part des EA de la Vallée de la Blanche. Delphine Vallée (30), elle aussi, citait des habitudes de recours au MG pour des problèmes de santé jugés graves ou urgents, et parfois uniquement après une automédication de la part des EA. Ces modes de recours aux soins, plus curatifs que préventifs, lorsque cela est jugé nécessaire et parfois possiblement de manière tardive, concourent certainement à la faiblesse de l'EVBS des EA.

Ce phénomène peut s'expliquer en partie à travers les particularités de leur profession, notamment les problèmes de temps à accorder en dehors de celle-ci du fait de la présence de nombreuses contraintes professionnelles. Aussi, la priorisation par les EA de leur santé socio-économique, passant par la bonne « santé / viabilité » de l'exploitation, pouvait être en cause. Cela pouvait conduire les participants à une moindre consommation de soins, notamment préventifs, et à cette plus faible EVBS.

Il est à noter que nous n'avons pas trouvé d'études statistiques montrant un recours aux soins tardifs de la part des EA et/ou retard de prise en charge, mais les études qualitatives de Benjamin Jouenne (32) et Charly Extra (31) allaient dans ce sens.

- **État de santé et isolement de la population d'EA : vecteurs d'un moindre recours aux soins notamment préventifs ?**

Plus de la moitié des EA présentent un âge supérieur à 50 ans (41). On remarque par ailleurs que l'âge médian dans notre étude était de 53 ans. Le vieillissement de cette population peut être un élément supplémentaire, favorisant la diminution de leur EVBS.

De plus, les EA possèdent une cessation d'activité assez tardive, à 61,5 ans chez les hommes et 59,8 chez les femmes (34,35), malgré cette EVBS relativement faible. En effet, les travailleurs

indépendants, malgré la présence de problèmes de santé, peuvent devoir ou avoir un bénéfice à poursuivre leur activité pour se garantir une meilleure retraite et/ou en cas de problèmes ou difficultés de transmission de leur patrimoine (34). Cela peut naturellement augmenter l'impact de la profession sur leur santé, et ainsi influencer leur EVBS.

Ajoutées à cela, peuvent également se poser pour eux, la question de leur santé socio-économique et celle du coût des soins. De fait, 18 % des ménages d'EA vivent sous le seuil de pauvreté en France (41). De plus, notre département d'étude se trouve à la 9<sup>ème</sup> place en France métropolitaine en termes de pauvreté, avec un taux à 18,6 % en 2019 (42).

Cette précarité, souvent évoquée par les EA interrogés, soit pour eux-mêmes, soit concernant certains de leurs collègues, n'engendrait pas d'obstacles particuliers aux soins à travers le coût des soins, notamment préventifs.

Certains EA faisaient mention de difficultés économiques plus importantes dans les filières d'élevage par rapport à la filière grande culture, ce que nous retrouvions dans la littérature (41). Comme dit plus haut, dans notre étude, nous n'avons interrogé qu'un seul EA en filière polyculture – grande culture qui évoquait des différences entre ces deux filières, mais n'évoquait pas le sujet de la précarité en particulier.

Aussi, les EA de notre étude évoquaient leur isolement social. Celui-ci pouvait être du fait de l'autonomie dont ils faisaient preuve dans leur vie et en matière de santé en particulier, mais il pourrait également résulter de leur situation sociogéographique. Dans ce contexte d'isolement social, les participants expliquaient les difficultés d'accès aux soins qu'ils rencontraient, notamment par le biais de la baisse démographique des acteurs de santé autour d'eux. Cela semblait les mener vers un isolement dans le soin, duquel résultait notamment un besoin d'aller-vers de la part des acteurs en santé, en prévention et en santé en général.

Le fait que les EA, notamment ardennais, habitent souvent en milieu rural (43) peut expliquer leur isolement social, leur isolement en santé et les phénomènes décrits ci-dessus. En effet, il existe plus de difficultés d'accès à certains services en milieu rural, notamment des difficultés de recours aux

soins (44). Concernant plus spécifiquement les soins de prévention, il est également décrit dans la littérature une plus grande difficulté d'accès à ceux-ci en milieu rural, compte tenu notamment des services et équipements de soins souvent insuffisants et déficitaires, en particulier en médecine générale (44). En effet et comme décrit par certains de nos participants, le risque de voir disparaître les médecins généralistes proches de la retraite, par manque de successeurs et remplaçants, est fréquent en milieu rural (44).

De plus, le département des Ardennes présente un taux de ruralité non négligeable de 54 % (43) et nous retrouvons dans le Grand-Est, un temps d'accès moyen aux services de la vie courante (dont font partie les médecins, les pharmacies, les laboratoires d'analyses médicales...) inférieur à quatre minutes pour seulement 15 % de la population rurale (43).

Si le coût des soins n'était pas évoqué par les EA de notre étude comme frein d'accès, les déplacements nécessaires pour avoir recours à certains soins pouvaient représenter une barrière pour eux, du fait de l'éloignement géographique. Ils n'ont pas abordé le coût des déplacements mais cette question peut également se poser.

L'ensemble de ces éléments peut représenter une des causes de moindre consommation médicale chez les EA, notamment préventive, les conduisant certainement à une EVBS plus faible. Cela peut expliquer les modes de recours aux professionnels de santé, de la part des EA de notre étude vivant en milieu rural, et le rôle important de l'entourage dans leur vie comme facteur protecteur de cet isolement. Dans l'étude de Benjamin Jouenne traitant le sujet de la sous-consommation médicale des EA en Ile-et-Vilaine et Morbihan et leurs comportements en santé (32), les EA n'exprimaient pas de freins concernant les coûts ou la distance d'accès aux soins. Il serait intéressant d'étudier plus en détail les freins à la consommation de soins des EA ardennais pour pouvoir améliorer leurs expériences en la matière (coût des soins, coût des déplacements, éloignement des structures etc.).

## **II. Les facteurs de risques et risques psycho-sociaux : une prévention essentielle**

Nos résultats concernant l'exposition aux facteurs de risques et risques psychosociaux, semblent correspondre aux autres données de la littérature (9,14,28,33), notamment avec la description

détaillée de ceux-ci dans la thèse de Charlotte Mabire « Résistance du monde agricole : aspects psychosociaux du bien-être et du mal-être » (33).

Le rapport en 2017 de la DREES (4) sur l'état de santé de la population en France recense les différents taux d'exposition aux facteurs de risques psychosociaux des actifs occupés, par sexes et catégories socio-professionnelles. On remarque chez les agriculteurs exploitants, un taux d'exposition supérieur à la moyenne concernant l'« intensité et le temps de travail », ainsi que pour le facteur de risque « rapports sociaux difficiles » avec 86 % d'EA se disant exposés (taux le plus important toutes catégories socio-professionnelles confondues) (4). Les EA étaient les moins soumis au facteur de risque de « demande émotionnelle » avec le taux d'exposition le plus bas à 15 % (contre 36 % pour l'ensemble des catégories). Ces données concordent avec ce que nous avons pu identifier dans notre étude. Cependant, les taux d'exposition au « manque d'autonomie », aux « conflits de valeur » et à l'« insécurité économique » étaient inférieurs à la moyenne, contrairement à ce que l'on aurait pu supposer à la lumière de nos résultats. Cela peut s'expliquer par les différents items d'exposition retenus dans ce rapport (4), ne rendant pas forcément compte de la complexité de l'exposition discernée dans notre étude. Par exemple, l'« insécurité économique » était évaluée uniquement sur la crainte de perdre son emploi et, concernant l'« autonomie », seul le manque de celle-ci était considéré, alors que notre travail montrait des problèmes d'autonomie plus complexes. De plus, ces données (4) étaient basées sur une collecte effectuée en 2013, nous laissant penser que certaines évolutions ont pu avoir lieu depuis.

Le stress était le risque psychosocial le plus fréquemment évoqué dans notre étude, en regard des violences internes et externes très peu citées. Cela correspond aux données fournies par la MSA dans les années 2003-2004, où le stress représentait le risque principal pour les EA avec 43 % des interrogés concernés (7,9). La santé économique représentait alors la préoccupation majeure de l'exploitant (52,3 %), loin devant le sujet de leur propre santé (7 %) pourtant au cœur de leur vie et de leur projet professionnel (7,9,35). La charge de travail, le temps de travail, et les dossiers administratifs étaient déjà à l'époque exprimés comme pesants (7,9) et semblent corrélés avec nos résultats.

### **Perspectives concernant les facteurs de risques et risques psychosociaux**

Pour ce qui est des perspectives de recherches et à propos des données 2017 du rapport de la DREES (4), il serait intéressant de pratiquer une nouvelle étude comparative entre les différentes catégories professionnelles en France, sur leurs expositions aux différents facteurs de risques et risques psychosociaux, en y intégrant un nombre plus conséquent d'items d'exposition. Cela permettrait de rendre compte de la complexité et de la diversité des expositions pour chacun, de la manière la plus exhaustive et fidèle possible. Aussi, une évaluation ciblée de l'exposition des EA, et/ou comparative avec celle des salariés agricoles, serait intéressante à mener.

Il est à noter que, dans la littérature, le risque accru d'accident du travail dans les élevages (principalement bovins) est expliqué par une exposition aux animaux (comme vu plus haut). Dans notre étude, les EA exprimaient en effet un risque d'atteintes physiques par contacts et/ou par manipulations des animaux. Seulement, en plus de cela, nous identifions un lien entre le secteur de l'élevage et les facteurs de risques et risques psycho-sociaux. Ce lien n'était pas vraiment relayé dans la littérature dans cette catégorie socio-professionnelle, et ce malgré une surmortalité par suicide dans ce type d'exploitation (45).

Il serait donc intéressant de se pencher sur cette question par la production de travaux sur la recherche d'un lien objectif entre le secteur de l'élevage et l'exposition aux facteurs de risques et risques psychosociaux. Cela permettrait de développer des interventions préventives précoces et plus spécifiques dans ces secteurs, si nécessaire.

Dans la pratique, face à l'ampleur de la présence des facteurs de risques et RPS ainsi qu'au risque suicidaire chez les EA, il serait intéressant de réaliser un questionnaire de dépistage et d'évaluation des facteurs de risques psychosociaux. Le MG pourrait par exemple l'utiliser lors de consultations avec les EA. Il pourrait aussi être appliqué de manière systématique lors de moments préventifs dédiés (par exemple lors des « Instants Santé » de la MSA (voir annexe 2)).

Plusieurs questionnaires traduits en langue française existent (46). Cependant, ils semblent plus adaptés aux salariés dans le monde de l'entreprise et peu aux cas individuels. De plus, leur longueur pourrait représenter un frein à leur utilisation en consultation de médecine générale. À noter que l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des

maladies professionnelles (INRS) a développé une page web recensant les différentes approches par questionnaire, en fonction de l'évaluation recherchée et du contexte de dépistage (47).

Le questionnaire semblant le moins spécifique au monde salarial est le questionnaire de Siegrist (48,49) qui comporte 46 items, mais dont une version plus courte (16 items) est en cours d'évaluation (48). Une étude sur son utilisation chez les EA et/ou le développement d'un questionnaire approprié au dépistage individuel chez les professionnels indépendants serait à discuter.

Il serait également intéressant de promouvoir l'intégration systématique de l'évaluation des facteurs de risques et RPS, ainsi que leur réévaluation régulière dans le DUERP de manière préventive.

De manière plus spécifique contre le facteur de risque d'« **insécurité de la situation de travail** », plusieurs pistes d'amélioration et de réflexion pourraient être explorées. Ce facteur de risque est en effet actuellement en hausse, notamment du fait la chute démographique actuelle et à venir du nombre d'EA, particulièrement dans le département des Ardennes (50).

Tout d'abord, contre la préoccupation de la transmission de l'exploitation et de l'apport financier futur à la retraite, qui était assez présente dans notre étude, il s'agirait de plus promouvoir et de rendre plus accessibles aux EA les aides à la transmission possibles (51). Dans son rapport M. Damaisin (52) observait : « Les dispositifs d'accompagnement de la transmission des cédants aux postulants à l'installation se développent. La transmission de l'exploitation hors cadre familial qui peut être mal vécue doit être préparée assez tôt et accompagnée. Elle n'est pas qu'une question financière, le projet de transmission est aussi important que le projet d'installation ».

Pour ceci, nous pourrions envisager de manière préventive par exemple, une formation gratuite et/ou une intervention de la part de préventeurs et/ou d'intervenants de la Chambre d'Agriculture sur le lieu de l'exploitation. Ceci dans le but d'informer les EA d'un certain âge des dispositifs à leur disposition (51). Conjointement, il serait intéressant de discuter la réalisation d'un diagnostic des améliorations possibles à apporter à l'exploitation en termes de prévention en santé au travail, afin de préparer la reprise du futur repreneur dans les meilleures conditions, ainsi que l'intégration de la MSA dans ces démarches relevant d'une prévention, et peut-être dans une certaine mesure l'intégration du médecin généraliste. Aussi, une compensation financière, de la part de la MSA ou de l'État, pourrait être discutée dans le cas des EA n'ayant pas pu avoir une vente suffisante de leur patrimoine professionnel lors de leur départ à la retraite, selon certains critères (augmentation de leur

pension de retraite, compensation financière unique...). Il est à noter que pour améliorer la retraite des EA, la MSA a mis en place en 2003 la Retraite Complémentaire Obligatoire (RCO) qui a été revalorisée récemment (6).

Ensuite, contre le facteur de risque d'« insécurité de la situation de travail » et plus particulièrement contre l'insécurité économique, les participants de notre étude évoquaient comme ressource supplémentaire la diversification des activités sur l'exploitation, à travers la vente directe, et ce malgré la description par P08 d'un surcroît de travail non négligeable. Ce dernier citait également la pluriactivité, présente chez certains de ses collègues, comme facteur indispensable à la survie économique de ceux-ci. Dans la littérature (9,44), ces deux mesures associées également à la pluriactivité des ménages agricoles permettent d'améliorer les revenus globaux des EA, et donc de diminuer leur précarité et le facteur de risque d'insécurité économique.

La vente directe apporte une valorisation de la production et un prix plus juste pour les EA. Delphine Vallée (30) décrivait dans son travail, un différentiel d'exposition à certains facteurs de risques, en fonction de la pratique de la vente directe ou non. Aussi, dans le secteur de l'élevage bovin-lait, plusieurs marques locales, issues d'un regroupement d'EA locaux, se sont fait une place sur le marché du lait. Dans notre département, il s'agit de la marque « Mon Lait Ardennais » qui permet aux membres d'obtenir une rémunération plus juste du litre de lait, équivalente à environ la moitié du prix de vente (0,46 €) (53). Il pourrait être intéressant de proposer aux EA ce genre de pratiques et de les aider au développement de celles-ci. Aussi, il serait utile d'évaluer la faisabilité de ce genre de regroupements dans d'autres filières (en élevage bovin-viande par exemple).

Concernant le facteur de risque d'« **intensité et temps de travail** », plusieurs options existent mais ne semblent pas connues ou peu utilisées par les EA de notre étude. Il serait utile de communiquer davantage sur les moyens de prévention existants ainsi que de lever les barrières, et ce en apportant des réponses aux inquiétudes des EA et en proposant des accompagnements dans ces démarches.

Dans notre étude, le service de remplacement semblait peu utilisé, notamment du fait de certains freins que nous avons en communs avec les résultats obtenus par Charly Extra (31) : service payant supplémentaire, aides financières de la MSA insuffisantes pour payer un salarié le nombre d'heures nécessaires, confiance limitée et peur de laisser son exploitation à un inconnu...

Il serait intéressant de la part de la MSA et des autres OPA de promouvoir cette forme de prévention et d'aider les EA à y accéder, pour leur permettre d'obtenir une aide au repos et/ou une baisse de l'intensité et du temps de travail. D'autres moyens, tels que le « groupement d'employeurs », pourraient représenter une option (54). Ce dernier permet à plusieurs EA d'embaucher conjointement un salarié en Contrat de travail à Durée Indéterminée (CDI), intervenant sur les différentes exploitations. Cela pourrait permettre aux EA isolés de ne plus l'être ou de l'être moins. Cela pourrait également les inciter à rédiger le DUERP, et par lui les faire réfléchir et prendre en considération la prévention en santé sur le lieu de travail.

Concernant le facteur de risque « **relations sociales dégradées** », P06 introduisait comme levier la notion de communication positive, notamment à travers l'organisation de portes ouvertes. Cela avait pour but d'améliorer les relations avec le reste de la population, et de renouer un lien de confiance et de compréhension solide avec le public. Le développement de ce point, dans le but de diminuer ce facteur de risque, serait une perspective intéressante soulevée également dans la littérature (52). Aussi, la victimisation ressentie par P06 de la part de la société, pourrait être atténuée par le traitement de l'information dans l'espace public (particulièrement par les médias grand public), de manière plus corrélée à la réalité quotidienne des EA.

### **III. Le risque suicidaire : un sujet peu abordé**

Dans notre étude, les EA se sont ouverts assez largement sur le sujet des risques et facteurs de risques psychosociaux. Certains ont même évoqué la présence, dans leur entourage agricole, de situations de mal-être avancées. Pourtant, deux EA seulement ont abordé le risque suicidaire à proprement parler, dont l'un en évoquant son impression d'une surreprésentation de celui-ci dans l'espace public. Il semble donc que le sujet était encore tabou pour nos interviewés.

Or, au vu de la surmortalité par suicide chez les EA par rapport à la population générale et aux autres catégories socio-professionnelles (8,45), d'ailleurs plus importante chez les hommes âgés de 45 à 64 ans et dans le secteur de l'élevage bovin (8,45), nous aurions pu nous attendre à plus de réactions et de réflexions autour de cette question. De plus, le taux de décès par suicide est décrit comme particulièrement élevé en Champagne-Ardenne (45).

Aussi, plusieurs éléments auraient pu nous faire penser que les langues étaient plus déliées aujourd'hui sur ce sujet. On peut citer en effet : la libération de la parole de certains EA, de nombreuses prises de parole et de position publiques sur le suicide dans le milieu agricole, et aussi la mise à disposition de nombreux dispositifs et outils, peu cités et/ou connus de nos interviewés, tels que : les réseaux Sentinelles, les numéros d'écoute (notamment Agri'écoute de la MSA (voir annexe 2)), Solidarité Paysans, le Samu social agricole... (35,52).

Pourtant, dans notre étude, ce sujet semble encore difficile à aborder spontanément et il semble rester du chemin à parcourir pour lever les barrières encore présentes (à noter que le guide d'entretien ne contenait pas de questions explicites à ce sujet). Cela peut s'expliquer par le sentiment de maîtrise du risque, l'auto-détermination des EA concernant leurs besoins en santé et en prévention, mais aussi par les problèmes de communication qu'ils décrivaient. Aussi, la multiplicité des acteurs et des dispositifs en place, avec chacun leurs spécificités, peut être en cause (52).

Dans les « maux de la terre » (7) les auteurs nous expliquent les difficultés à aborder le thème de la « souffrance au travail », tout comme les difficultés d'utilisation de ce terme auprès de la majorité des EA. Ils citent un déni du risque et la forte revendication d'indépendance professionnelle des EA comme barrière à cela.

Le risque suicidaire est multifactoriel chez les EA. Il est lié aux facteurs de risques et aux risques psychosociaux bien sûr, mais également au cadre personnel, géographique et aux spécificités individuelles. On observe en effet des disparités géographiques, avec un nombre de suicides deux fois supérieur en milieu rural par rapport au milieu urbain (7,35). De plus, il existe des déficits en certains services et en certaines offres de santé dans les milieux ruraux, dont les services des psychologues et des psychiatres, ce qui n'est certainement pas en faveur de la réduction de ce chiffre (44).

Or, dans notre étude, nous retrouvons un sentiment d'isolement multifactoriel comme facteur de risque psychosocial des « rapports sociaux dégradés ». Cet isolement social, qui peut toucher certains EA, est donc à bien prendre en compte car il contribue au risque suicidaire, en particulier à travers le milieu rural où ils vivent et le célibat (7,52).

Il est probable que le fait d'avoir parlé de prévention ait plus amené nos participants à évoquer les facteurs de risques et risques, notamment psychosociaux potentiellement générateurs de nombreux risques, dont ce risque suicidaire (14). Ceci dans le but de les porter à notre connaissance et de les comprendre pour tendre vers une prévention précoce de ces derniers, sans évoquer à proprement parler le sujet du risque suicidaire. Comme dit plus haut, il est à noter que le guide d'entretien ne contenait pas de question explicite à ce sujet, et que les interviewés auraient peut-être été enclins à aborder le sujet s'il avait été proposé.

### **Perspectives concernant le risque suicidaire**

Au vu des besoins identifiés chez les EA interrogés, il serait intéressant et bénéfique en prévention de ce risque suicidaire et des facteurs de risques et risques psychosociaux, de développer avec les acteurs locaux une plaquette informative regroupant tous les dispositifs à la disposition des EA, avec pour chacun leurs spécificités et leurs moyens d'accès (numéros de téléphone et/ou personne référente...). Le but serait de fournir aux EA un accès à cette information importante de manière claire, efficace et autonome, tout en agissant sur les freins évoqués, notamment leur isolement.

P06 décrivait un sentiment de stigmatisation du mal-être des agriculteurs ainsi qu'une surreprésentation, dans l'espace public, du suicide dans la profession. Dans son rapport M. Damaisin (52) insistait sur le fait que, pour obtenir une réaction positive des EA aux campagnes d'information sur le mal-être des agriculteurs, il reste important de diffuser une information non-stigmatisante. Il serait donc bénéfique d'en tenir compte lors de la préparation des futures campagnes d'information, ainsi que dans les reportages et articles diffusés dans les médias grand public.

Il est à noter que deux études, auxquelles nous n'avons pas eu accès, ont été menées en Ille-et-Vilaine sur le sujet de la prévention du risque suicidaire chez l'agriculteur (55,56). Il aurait été intéressant de les comparer avec notre travail.

#### IV. La prévention et sa place en médecine générale

- **Peu de consultations préventives en médecine générale**

Dans notre étude, les EA considéraient la santé dans son ensemble, et notamment à travers l'interdépendance de ses trois grandes composantes décrites par l'OMS (11) : la santé physique, la santé psychique et la santé sociale. Il en était de même dans la thèse de Delphine Vallée concernant les EA lorrains (30). À noter qu'au vu de cela, ainsi que de l'interdépendance de la santé et de la profession chez les EA, la prise en charge curative ou préventive d'un des champs de la santé (sociale, psychique ou physique) par le MG pouvait avoir des propriétés préventives dans les autres.

Nos participants avaient une représentation de la prévention principalement dans son rôle primaire et secondaire, et parfois, mais de manière moindre, dans son rôle tertiaire.

Comme vu plus haut dans la partie « comportements en termes de consommation de soins » (page 113), les EA de notre étude ne consultaient pas souvent, malgré leur exposition à de nombreux risques et la limitation d'activité fréquemment retrouvée dans cette population (4). C'était notamment le cas en médecine générale, où les participants consultaient uniquement pour un motif jugé urgent, lors du dépassement de leur seuil de tolérance. Ceci rejoignait les chiffres concernant leur sous-consommation de soin par rapport à la population générale (5), et concordait avec différents travaux (30–32,57). Il est important de noter que, dans ce contexte, la MSA a ciblé les « Instants Santé » (voir annexe 2) sur les ressortissants sous-consommateurs de soins depuis 2017, jusqu'alors ouverts à tous les ressortissants (30,58).

Par ailleurs, les femmes de notre étude semblaient se créer plus d'occasions de prévention, par le fait qu'elles consultaient lors de leur grossesse et pour leurs enfants. La thèse de Vallée Delphine (30) montrait qu'elles étaient plus enclines à la prévention, ce que nous ne retrouvions pas clairement ici.

- **La relation médecin-patient : le point de départ d'une amélioration possible de l'adhésion préventive des exploitants agricoles**

Le MG restait dans notre étude l'acteur de premier recours vers lequel les EA se tournaient, et son rôle en prévention était identifié. Cela correspond aux résultats de Delphine Vallée décrivant le médecin traitant comme le référent en terme de santé (30). Cependant, un manque de connaissance et un manque de prise en compte des spécificités professionnelles agricoles dans les

prises en charge (préventives comme curatives) étaient décriés, dans notre étude comme dans d'autres travaux (30–32).

Notre travail mettait en lumière certaines qualités appréciées du MG et certaines déceptions, freins et attentes vis-à-vis de celui-ci, en santé et en prévention. Nos résultats rejoignaient la littérature sur les attentes et la perception, par les patients, de la qualité de la relation médecin-patient. En effet, les données pouvaient être mises en relation concernant l'insatisfaction dans la relation médecin-patient, souvent due à des problèmes de communication (59), à l'ambiguïté concernant les places de chacun dans la relation (60), et à l'appréciation ou l'attente de la part des patients d'une écoute et d'une disponibilité du MG, associées à une relation de partenariat et non plus paternaliste (61).

Par ailleurs, la plupart des EA de notre étude se disaient ou nous montraient être exposés au risque de précarité socio-économique pouvant les mener à une certaine précarité en santé. Une étude qualitative menée sur la « relation médecin-patient en situation de précarité économique » (62) montrait les mêmes résultats que celle menée dans la population générale (61), avec tout de même cette différence que les patients en état de précarité avaient moins d'attentes en termes de prévention et d'autonomisation. Cela ne se retrouvait que partiellement dans notre étude avec effectivement, pour nos EA, des attentes en termes de prévention, notamment une prévention adaptée à leur profession associée à un besoin de connaissances par leur MG dans ce domaine. En revanche, concernant l'autonomisation, ils n'étaient pas en recherche de celle-ci du fait d'une autonomie perçue comme déjà avancée en santé et en prévention. Ils étaient plutôt en quête d'une situation inverse avec aide, accompagnement et orientation de la part de leur médecin.

De plus, certaines études montrent que les patients défavorisés, en situation de précarité, bénéficieraient de moins d'informations et de moins de soutien émotionnel lors des consultations de médecine générale, avec des médecins qui seraient plus directifs et chercheraient moins l'expression de leurs patients (10). Ce constat va à l'encontre des besoins et attentes exprimées par les participants à notre étude (écoute, aide, accompagnement et orientation).

En ce qui concerne les non-dits, influençant ou influencés par la relation médecin-patient, deux études qualitatives portaient sur leurs perceptions : l'une concernait les perceptions des MG (63) et

l'autre celles des patients (59). Elles mettaient en avant, comme dans notre étude, le rôle central du facteur temps, ne permettant pas l'expression de ces non-dits par les patients, et/ou leur recherche, ainsi que l'acheminement des patients par les MG vers la prise de conscience de leur présence. La part de formation des MG concernant la communication et la psychologie était mise en cause, entre autres (63). Le début d'une relation médecin-patient y était décrit comme un moment clé, plus propice aux non-dits, alors que l'avis des patients sur l'ancienneté de la relation était ambivalent (59). Cela n'était que partiellement en corrélation avec l'avis de nos interviewés, qui justement prônaient comme levier contre les non-dits une nouvelle relation médecin-patient. Des recherches complémentaires sur ce sujet, par le biais par exemple d'une étude observationnelle associée à des questionnaires ou entretiens avec le MG comme avec le patient, pourraient permettre d'y voir plus clair.

Concernant d'autres sources de non-dits, nous avons remarqué des similitudes entre les résultats de cette étude et les nôtres (l'écart d'âge, sentiment d'impuissance du MG...) (59).

### **Perspectives concernant la relation médecin-patient**

Au total, pour améliorer la relation médecin-patient dans son ensemble, l'approche centrée sur le patient (64,65), désirée de manière manifeste par certains EA de notre étude, semble un point à développer en médecine générale. En effet, cela permettrait de comprendre le patient dans sa globalité biomédicale, psycho-sociale et environnementale et d'inclure le développement de l'alliance thérapeutique (64), dans le but de lui proposer une prévention et des soins adaptés, auxquels son adhésion serait plus aisée. Le développement d'une alliance thérapeutique et d'une relation de partenariat du MG avec son patient serait idéale. Cela permettrait au MG de comprendre son patient et donc d'adapter sa pratique au monde agricole dans lequel ce dernier évolue. L'explication au MG, par le patient de son quotidien et des risques auxquels il est exposé amènerait le MG vers plus de clarté et à terme à des propositions de projets préventifs et/ou curatifs adaptés, par la combinaison de la compréhension de ce monde et de son expertise médicale. Cela faciliterait certainement la mise en confiance du patient, qui se sentirait écouté et compris et, par-là, son adhésion aux propositions préventives. Le MG pourrait dans ce contexte s'appuyer sur l'autonomie de ses patients EA, qui représente un levier d'action conséquent, en leur accordant une place centrale dans leurs soins.

Par ailleurs, plusieurs qualités étaient appréciées chez le MG dans notre étude, et la plupart étaient similaires aux qualités attendues par les EA dans d'autres travaux (30–32) : disponibilité, connaissance du monde agricole, temps de consultation suffisant... Cela peut représenter des perspectives d'amélioration intéressantes pour les MG.

Concernant les non-dits, la proposition de consultations, une fois par an avec un médecin différent du médecin traitant habituel (un confrère, un remplaçant...), permettrait d'observer si cela a un impact sur ces derniers. En effet, un médecin consulté pour la première fois effectue souvent un tour d'horizon de l'état de santé global du patient, des risques auxquels il peut être exposé, et propose souvent un point préventif en correspondance.

Pour finir et en vue du développement de l'ensemble des leviers abordés ci-dessus (consultations et démarches plus centrées sur le patient, éviter les non-dits...), des formations initiales et continues seraient à proposer et à encourager sur l'amélioration des compétences relationnelles en médecine générale (10). En outre, l'Institut National de Médecine Agricole (INMA) pourrait jouer un rôle dans la formation médicale continue des MG exerçant en milieu rural et souhaitant se former à cette médecine, en leur proposant par exemple des formations en lignes aux particularités du monde agricole et rural. Le développement de réflexions, d'analyses et d'auto-critiques de leur pratique, soit seul ou lors de groupes de pairs, pourrait permettre d'arriver à certains ajustements dans le but d'améliorer la relation médecin-patient et l'adhésion aux propositions préventives et curatives.

- **Une situation démographique en médecine générale difficile : la redynamisation des espaces ruraux et le travail pluriprofessionnel comme solutions**

Dans notre département d'étude, nous observons depuis plusieurs années, une baisse progressive de la densité des professionnels de santé libéraux, principalement en médecine générale avec une baisse de 7,1 % entre 2012 et 2016 (21), ne risquant pas de s'améliorer selon la projection, plutôt pessimiste, réalisée pour 2030 (21). On peut également percevoir cette difficulté d'accès aux soins, dans cet espace relativement rural que sont les Ardennes, à travers la cartographie des zones prioritaires ouvrant droit à des aides (40). En effet, le département est principalement classé en zone prioritaire d'intervention ou en zone d'action complémentaire (excepté à Charleville-Mézières et ses

alentours) (40). La littérature montre dans ces cas que les MG exerçant dans des zones défavorisées sont moins nombreux, qu'ils ont plus souvent des consultations surchargées, qu'ils disposent de moins de ressources humaines et techniques, et que la durée des consultations est inversement proportionnelle à la charge de travail et au niveau socio-économique local (10). Cela semble être corrélé avec les évolutions du système médical retrouvées dans nos résultats. « L'effet combiné de consultations plus courtes et de l'accumulation de problèmes somatiques, psychologiques et sociaux accroît la probabilité que les questions non urgentes, et notamment la prévention, soient laissées de côté pendant les consultations » (10).

### **Perspectives d'amélioration de cette situation en médecine générale**

La redynamisation des espaces ruraux serait à promouvoir pour que les MG puissent avoir une plus grande envie de s'installer dans ces espaces sous-dotés en médecine générale. Cela serait également profitable pour nos EA contre l'isolement sociogéographique tant médical que dans les autres sphères de leur vie. Il serait intéressant de proposer aux MG des aides techniques et humaines dans ces zones comme, par exemple, un secrétariat sur place qui permettrait d'alléger le travail et de promouvoir un aller-vers préventif en médecine générale dans les populations en ayant besoin.

Aussi, l'exercice non isolé des médecins généralistes à travers un réseau, qu'il soit interprofessionnel (travail en association avec d'autres MG, assistanat ou adjuvanat) ou bien pluriprofessionnel en structures pluridisciplinaires par exemple (maisons ou centres de santé pluridisciplinaires), permettrait aux MG de ne pas se sentir isolés dans leur environnement de travail dans un premier temps, et leur permettrait ensuite d'optimiser, voire d'alléger leur charge de travail, notamment préventive (66). En effet, au sein des structures pluridisciplinaires, les médecins ont la possibilité de travailler avec des infirmières, des kinésithérapeutes, des dentistes, etc.

Les MG peuvent développer avec d'autres professionnels de santé des Équipes de Soins Primaires (ESP), des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et/ou des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Dans ces regroupements pluriprofessionnels, les professionnels de santé montent ensemble des projets de soins pour leurs patients, et ils pourraient par exemple développer, en milieux ruraux, des projets de soins pour les EA.

De plus, que ce soit en exercice de groupe ou seul, les médecins peuvent travailler en coopération et sur le site de leur cabinet avec des infirmières d'Action de Santé Libérale en Équipe (ASALÉE). Ces dernières prennent le plus fréquemment en charge des patients présentant des pathologies chroniques. Elles délivrent des séances d'éducation thérapeutique (diabète, asthme, troubles cardiovasculaires, sevrage tabagique, surpoids...) (67,68) et peuvent participer aux campagnes collectives de dépistage de certains cancers (68). Elles peuvent représenter un réel soutien pour le MG, notamment concernant les actions préventives, et une réelle chance pour les patients, en renforçant leur éducation thérapeutique ainsi qu'en leur prodiguant un soutien psychosocial supplémentaire. Elles sont également souvent en mesure d'accorder plus de temps que le MG aux patients.

N'oublions pas aussi le rôle des Infirmières en Pratique Avancée (IPA), nouveau mode d'exercice possible pour les infirmières, développé dans le but d'améliorer l'accès aux soins et de diminuer la charge de travail des MG. Cela représente notamment pour les patients, et en particulier pour les EA, une chance supplémentaire de pouvoir accéder aux soins, notamment préventifs.

Dans notre étude, les EA n'accédaient pas toujours au MG en premier recours en fonction de l'auto-évaluation de leur état de santé. Ils faisaient parfois directement appel à d'autres professionnels de santé (sages-femmes par exemple) et/ou à des pratiques de soins non conventionnelles (PSNC) (ostéopathie par exemple) (69). Ce recours aux PSNC était également identifié dans l'étude de Benjamin Jouenne (32), mais pour une raison différente des nôtres : désir de thérapeutiques à connotations plus naturelles, retrouvé dans notre étude uniquement chez P01. Pour les autres participants, la recherche d'écoute et d'un temps plus long de consultation étaient évoqués. Il serait intéressant d'évaluer l'impact, la place et la pertinence de la prévention lors des consultations avec ces professionnels, ainsi que de voir si un développement de celle-ci serait un avantage pour nos patients. Le développement dans les territoires ruraux de l'installation de sages-femmes, et l'encouragement à y accéder, pourraient être des leviers d'amélioration d'accès à la prévention en santé, palliant le manque de temps ressenti en médecine générale et en gynécologie par nos participantes.

En conclusion, tout ceci permettrait de faciliter les conditions de travail des MG en milieu rural et leur donnerait certainement la possibilité de prendre un temps de formation, qu'ils ne possèdent peut-

être pas actuellement. Cela leur permettrait, comme évoqué plus haut, de choisir une formation sur le sujet de la médecine en milieu rural et/ou sur les particularités du monde agricole.

L'ensemble des moyens évoqués permettrait à la fois aux EA d'avoir un meilleur accès aux soins de premier recours, ainsi que d'accéder à une meilleure prévention en santé, à travers notamment le développement de la multiplicité des intervenants en prévention (MG, MSA, IPA, infirmières ASALÉE, infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens, praticiens de soins non conventionnés, sages-femmes, dentistes, etc.).

## V. La prévention, la MSA et les exploitants agricoles

- **L'exemple des « Instants Santé »**

La MSA possède et propose beaucoup d'actions préventives mais celles-ci étaient souvent méconnues par les EA de notre étude, surtout en dehors du champ de la santé au travail.

L'une des offres préventives de la MSA, les « Instants Santé », cible les sous-consommateurs de soins depuis 2017 et les invite à participer à des actes de prévention en deux temps (30,58) (explications en annexe 2). Une évaluation pilote des « Instants Santé » conduite sur la population des sous-consommateurs de soins montre une plus grande participation des NSA par rapport aux salariés agricoles (70). Pourtant, dans notre étude, les « Instants Santé » étaient peu connus et/ou uniquement dans les grandes lignes. En effet, les EA n'en connaissaient souvent pas le nom, ce qui concordait avec les résultats de Delphine Vallée (30). Pourtant, cinq EA sur huit faisaient partie des patients à inviter aux « Instants Santé », au vu de leur déclaration de consultation en médecine générale (**tableau 1**) et des critères d'appartenance à la classe des sous-consommateurs de soins qu'ils remplissaient (70) (voir annexe 2).

Nous n'avons pas trouvé d'étude plus récente que l'étude pilote (70), notamment pas de documents, chiffres et/ou statistiques fournis par la MSA, pouvant nous renseigner sur la participation spécifique des NSA et/ou EA aux « Instants Santé ». Il serait intéressant pour la MSA d'en produire, afin d'avoir une indication sur l'adhésion de ceux-ci à ce mode préventif. Cela pourrait contribuer à l'adaptation de ce moyen préventif à cette population spécifiquement et/ou d'en développer d'autres dans ce sens.

De plus, lors de l'étude pilote menée en 2017 (70), 16,14 % des participants déclaraient, entre autres, avoir des besoins concernant leur santé mentale, ce qui n'était pas surprenant au vu des chiffres concernant le suicide dans cette population. Dans cette étude et face à ces besoins, il était déjà proposé d'intégrer des actions préventives dans le domaine de la santé mentale lors des « Instants Santé », et/ou d'évaluer si ceux-ci débouchaient sur des soins en lien avec ces problèmes, après la consultation de médecine générale

- **Les explications possibles à la méconnaissance des actions préventives de la MSA et les perspectives d'amélioration**

La méconnaissance par les EA des services préventifs de la MSA, notamment en dehors du domaine de la santé au travail, peut avoir plusieurs explications.

Tout d'abord, comme identifié dans notre étude chez la plupart de nos participants, le rôle de recouvrement des cotisations sociales de la MSA éclipsait souvent les autres, notamment son rôle en prévention en santé. C'est pourquoi la question du guichet unique de la MSA peut être soulevée.

Ensuite, les problèmes de communication et de compréhension entre les EA et les différents services de la MSA, bien identifiés dans notre étude et associés à des besoins corrélés à ces difficultés, pouvaient être en cause. On relevait dans le rapport d'activité 2022 de la MSA (71), un taux de satisfaction des EA encore à un « niveau insuffisant » (65 %), avec des habitants en zones rurales moins satisfaits que la moyenne. Cela semble être en accord avec nos résultats. Certaines données, au contraire, diffèrent de nos résultats mais sont peu utilisables car non individualisées aux EA. Cela concerne notamment la satisfaction quant aux canaux de communication, avec un taux de satisfaction pour l'accueil en agence et les services en ligne assez élevé à 81 %. Il serait intéressant d'avoir les chiffres de satisfaction des EA plus particulièrement concernant ces points dans cette enquête, ou lors d'une prochaine enquête de satisfaction. Cela nous permettrait d'apprécier si ces voies de communication sont adaptées aux besoins des EA, car dans notre étude les interviewés semblaient préférer les interventions sur le site de l'exploitation ou à proximité.

Comme énoncé contre le risque suicidaire et les risques psychosociaux, une brochure d'information regroupant tous les dispositifs à disposition avec leurs spécificités et leurs moyens d'accès (numéros

de téléphone et/ou personne référente...) serait peut-être utile dans ce contexte également. Cela permettrait aux EA d'accéder à ces informations importantes de manière claire, succincte et efficace, et leur permettrait aussi d'éviter de devoir aller chercher l'information. Le Pass'Agri (72) existe dans ce contexte, mais nous n'avons pas trouvé d'étude évaluant ce dispositif auprès des EA. Nous avons élaboré à titre d'exemple en annexe 8, un document informatif à destination des exploitants agricoles ardennais, sur lequel la MSA et les autres acteurs de santé pourraient s'appuyer. Cet exemple de document informatif pourrait bien sûr être étoffé, distribué largement aux EA et adapté à chaque département par les MSA locales. Une révision et/ou une mise à jour régulière de ce dernier serait également à effectuer.

Pour finir, trop peu de données centrées sur la population spécifique des EA sont produites ou rendues accessibles par la MSA, notamment concernant les chiffres de participation aux dépistages organisés, sur lesquels nous n'avons pas trouvé de données individualisées (6).

Il serait important et intéressant, pour mieux comprendre les comportements des EA en prévention, de produire ces données. Cela aurait pour but de proposer, et d'adapter si nécessaire, la promotion, les actions et les propositions préventives, au plus près de la réalité participative des EA (ciblage, relance, propositions). Cela pourrait également servir à l'amélioration des moyens de communication dans cette partie de la population agricole. Il serait également intéressant de conduire une étude quantitative sur les connaissances détenues par les EA concernant les différents dispositifs d'aide, d'accompagnement et de prévention proposés.

Aussi, une réévaluation de leurs attentes en terme de prévention au niveau national serait bénéfique et permettrait une comparaison avec les résultats de 2003 (7,9) qui pour l'instant semblent encore d'actualité au vu de nos résultats. On pourrait également développer des études en vue d'explorer l'impact, sur certaines attentes chez les EA, des actions prévues et mises en place à travers les différents Plans Santé - Sécurité au Travail (PSST) et Conventions d'Objectif et de Gestion (COG) de la MSA. Seulement, face à la diversité des branches et du paysage agricole, il serait peut-être plus avisé de conduire ce type d'études au niveau local (départemental). En effet, cela pourrait mener vers une adaptation des politiques de santé aux spécificités et aux risques locaux prépondérants, en collaboration avec les MSA locales et les intervenants locaux (MG, autres OPA).

- **Une amélioration de la relation entre la MSA et les exploitants agricoles : une condition nécessaire pour tendre vers une meilleure prévention**

D'autre part, il paraît indispensable de renforcer les liens entre la MSA et les EA. Pour ce faire, P04 reconnaissait le MG comme pouvant posséder un rôle d'intermédiaire entre les deux. C'est pourquoi le renforcement du réseau local et départemental d'intervention auprès de nos EA, alliant MSA, MG et les différentes OPA, devrait être développé. Le MG pourrait par exemple, après avoir reçu l'information de la part de la MSA ou d'autres OPA, proposer et informer les EA sur les actions et possibilités de prévention de ceux-ci, ainsi qu'à terme peut-être changer l'image auprès des EA de la MSA.

Les acteurs locaux, tels que les EA appartenant aux instances MSA, sont importants mais semblaient insuffisants dans notre étude. P04 insistait sur le fait qu'ils n'étaient pas assez formés et n'avaient pas assez de temps pour s'occuper de manière correcte de certaines situations de détresse.

Concernant les préventeurs MSA qui interviennent sur les exploitations principalement lors de demandes de subventions et/ou à la demande des EA, ils représentent une porte d'entrée préventive dans le domaine de la santé au travail, en établissant un diagnostic de l'exploitation dans ce domaine. Ils pourraient alors jouer un rôle d'informateur en prévention dans les autres champs de la santé auprès des EA. En effet, la MSA étant l'organisme gérant l'ensemble de la santé des EA, elle pourrait utiliser ce canal pour aborder ces questions.

L'image prépondérante de la MSA comme organisme de recouvrement des cotisations, que possèdent les EA, pourrait être atténuée par la proposition de **plus d'aller-vers de la part de la MSA**, notamment sur les sujets en santé et en prévention. Cela pourrait se développer à travers une amélioration de la communication (quelle que soit sa forme) et plus particulièrement, comme identifié dans notre étude, par le biais de rencontres en présentiel. P03 proposait le passage d'un bus sur le lieu de l'exploitation de manière périodique. Plusieurs participants évoquaient également l'obligation de participation en prévention comme moyen d'y accéder, mais ne serait-ce pas perçu par les EA au contraire comme une contrainte supplémentaire imposée par cet organisme ?

Par ailleurs, la médecine du travail offre aux nouveaux installés la possibilité d'effectuer un bilan médico-professionnel (14,73) (voir annexe 2), mais ensuite les interactions avec le service santé-

sécurité au travail de la MSA ne se font souvent qu'à la demande des EA, ou lors d'AT/MP nécessitant ce recours. Il serait intéressant d'instaurer un aller-vers de la médecine du travail, tout au long de la vie des assurés. Cela leur permettrait de se sentir plus considérés et d'apercevoir, à travers l'intervention de la médecine du travail, un autre rôle de la MSA que celui de recouvrement de cotisations.

## *CONCLUSION*

Notre étude a permis de mettre en lumière les représentations et les besoins des exploitants agricoles ardennais en prévention en santé. Il en est ressorti une omniprésence du travail dans leur vie, engendrant une représentation de la prévention principalement dans le domaine de la santé au travail. Dans notre étude, les exploitants agricoles avaient une représentation assez claire des facteurs de risques, des risques ainsi que des moyens et comportements préventifs professionnels. En outre, les facteurs de risques psychosociaux étaient nombreux et bien décrits, mais souvent de manière moins explicite que les risques, notamment ceux concernant la santé physique.

Aussi, l'autonomie et l'indépendance dont les exploitants agricoles faisaient preuve professionnellement, notamment en prévention en santé au travail, les conduisaient souvent à un sentiment de maîtrise du risque pas toujours approprié. Cela se retrouvait par extension fréquemment dans les autres champs de la prévention en santé.

Il semblait important pour nos participants de nous décrire ces particularités professionnelles, afin de nous mener à une meilleure compréhension de leurs représentations et attentes en prévention en santé. En effet, des difficultés de compréhension et souvent un manque de connaissance de la part des différents acteurs en santé, perçu par les exploitants agricoles au sujet de leurs expositions et contraintes professionnelles multiples, influençait leurs représentations et accès à la prévention.

Dans ce contexte, le médecin généraliste était souvent l'interlocuteur de premier recours, mais les exploitants signalaient encore ici des difficultés d'accès ainsi que relationnelles avec ce dernier, en plus d'un fréquent manque de connaissances et d'adaptation aux contraintes professionnelles.

Les relations avec la MSA étaient dégradées, avec une connaissance assez large de ses rôles en santé, mais une représentation prépondérante de celle-ci comme service de recouvrement des cotisations. Associés à cela, des problèmes de communication assez importants entravaient l'accès aux services préventifs de la MSA.

Au total, notre étude montre un certain isolement des exploitants agricoles en prévention en santé, engendrant une grande autonomie et une indépendance dans tous les champs de celle-ci. Une certaine sélectivité de l'information et des comportements préventifs était alors présente, et menait les exploitants agricoles à la mise en place de comportements et à la pratique d'actions préventives, principalement dans le domaine de la santé au travail. Notons aussi que, face à cet isolement en prévention, le rôle de l'entourage était très important, que ce soit en terme informatif comme en terme préventif propre, notamment des facteurs de risques et risques psychosociaux.

Face à ces constats, chaque opportunité de prévention auprès des exploitants agricoles est à saisir par les différents acteurs en santé. Les participants réclamaient, dans le but de tendre vers une meilleure prévention, une amélioration de la relation médecin-patient avec des consultations patients-centrées, ainsi qu'une amélioration des interactions avec la MSA.

Plusieurs perspectives de recherches ont été évoquées et concernaient principalement la production de données spécifiques sur cette catégorie socio-professionnelle indépendante et particulière des exploitants agricoles, afin d'avoir un meilleur aperçu de leurs comportements et besoins.

Plusieurs pistes d'amélioration ont été évoquées dont, notamment et dans un premier temps, la distribution ou la mise en ligne par la MSA locale, d'un document rassemblant les différents dispositifs à la disposition des exploitants agricoles. Aussi, plus d'aller-vers, une meilleure communication, une meilleure promotion et une meilleure accessibilité à leurs services seraient importants à développer sur l'ensemble des outils et aides possibles, face aux sujets préoccupant les exploitants agricoles (retraite, transmission, médecine du travail, santé générale...).

Nous évoquons aussi le développement d'un réseau local solide, avec et autour des exploitants agricoles, comprenant l'amélioration des relations entre les exploitants et les différents interlocuteurs en santé ainsi qu'entre eux (MG, MSA, OPA). La formation d'un réseau de santé pluriprofessionnel plus important autour du médecin généraliste, dans ces milieux ruraux et déficitaires dans le domaine de la médecine générale, serait aussi à promouvoir, aider et développer. Tout ceci s'inscrit dans une nécessaire et plus large redynamisation des espaces ruraux, afin de pouvoir améliorer les conditions

de vie et de travail de l'ensemble de la population peuplant ces espaces, et d'inciter les médecins à s'installer dans ces zones.

VU

Strasbourg, le 20 novembre 2023

Le président du jury de thèse

Professeure Maria GONZALEZ



VU et approuvé

Strasbourg, le 23 NOV. 2023

Le Doyen de la Faculté de

Médecine: Médecine et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



## *ANNEXES*

### **ANNEXE 1 – DÉFINITION ET ORGANISATION DE LA PRÉVENTION EN FRANCE**

#### **1) La prévention en santé : définition**

Selon la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lors de sa constitution en 1946, la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité » (1). Pour maintenir la population en bonne santé, une promotion de la santé (2,3) associée à des actions de préventions collectives et individuelles sont nécessaires.

La prévention en santé est définie par l'OMS en 1948 comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (4). On distingue trois niveaux de prévention :

- La **prévention primaire** intervient en amont de la maladie par l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et pendant un temps donné (5), afin de réduire la fréquence d'apparition de nouveaux cas. On peut citer la lutte contre les facteurs de risque, les messages d'information de la santé publique concernant l'hygiène alimentaire, l'activité physique etc.
- La **prévention secondaire** a pour but de réduire la prévalence d'une maladie dans la population (5). En effet, elle permet de modifier le cours de l'évolution d'une maladie de manière favorable, grâce à la détection ainsi qu'à l'accès à un traitement à un stade précoce (6). Il s'agit en particulier des dépistages (dépistage du cancer du sein, dépistage du cancer colo-rectal, frottis cervico-vaginal...).
- La **prévention tertiaire** intervient lorsque la maladie est déjà présente. Son but est de réduire, dans la population cible, la prévalence des incapacités chroniques, des complications, des invalidités et des récurrences qui peuvent être induites par la pathologie. Elle cible donc tous les champs pouvant être touchés par la maladie : médical, social et psychologique principalement.

## 2) Organisation de la prévention en santé en France

En France il existe divers outils de prévention. Ils varient en fonction du régime de Sécurité Social, en fonction des facteurs de risque rencontrés aux différents âges de la vie, mais aussi en fonction du statut des travailleurs. Ci-dessous sont listés les principaux outils de prévention en place à ce jour :

- **Le test de dépistage néonatal** : dépistage réalisé par le test de Guthrie. Il permet le dépistage de cinq pathologies nécessitant une prise en charge précoce : phénylcétonurie, mucoviscidose, hypothyroïdie congénitale, hyperplasie congénitale des surrénales, drépanocytose.
- **Consultations sous la coordination de la Protection Maternelle et Infantile (PMI)** : qui propose des bilans de santé gratuitement aux enfants âgés d'un mois à six ans. Ces actions permettent un dépistage individualisé des troubles psychologiques, des troubles psycho-comportementaux, des troubles du langage, de l'obésité, des troubles de l'audition, de la vision et du saturnisme (7). Il existe également les examens obligatoires et l'établissement de certificats dans les 8 premiers jours de vie, au cours du 9<sup>ème</sup> mois et au cours du 24<sup>ème</sup> mois (8).
- **Médecine Scolaire** : elle est en charge de la prévention individuelle et collective durant l'enfance avec notamment deux examens obligatoires, dont un au cours de la 6<sup>ème</sup> année (visite médicale) et l'autre au cours de la 12<sup>ème</sup> année (visite de dépistage) (9). Elle est effectuée par les médecins scolaires et les infirmières scolaires. Lorsque ceci n'est pas possible au vu des effectifs, elle est effectuée par le médecin traitant. Elle permet le dépistage de bon nombre de troubles et problèmes de santé (10,11).
- **Étudiants et jeunes en formation** : de 16 à 25 ans, des bilans de santé leur sont proposés en début de formation.
- **Dépistages organisés** :
  - Dépistage organisé du cancer colorectal : il concerne les patients âgés de 50 à 74 ans, à risque modéré de cancer colorectal et les invite à réaliser, tous les deux ans, un test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles (12).

- Dépistage organisé du cancer du sein : il concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans, sans antécédent ni facteur de risque particulier, et les invite à réaliser une mammographie de dépistage tous les deux ans (13).
- Dépistage organisé du cancer du col utérin : il intéresse les femmes de 25 à 65 ans. Pour les femmes de 25 à 29 ans, il consiste en la réalisation d'un frottis cervico-utérin avec examen cytologique à la recherche de la présence de Human Papillomavirus (HPV) oncogènes tous les trois ans (après deux premiers frottis cervico-utérins normaux à un an d'intervalle). Pour les femmes de 30 à 65 ans, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un test HPV-HR (Human Papillomavirus à Haut Risque), tous les cinq ans. Ce test recherche la présence d'ADN du virus HPV à haut risque (14).
- **Médecine du travail** : pour les salariés, elle permet un suivi lors de la visite médicale d'embauche, puis de façon périodique. Elle permet une prévention des pathologies en fonction des facteurs de risques professionnels présents.

*BIBLIOGRAPHIE DE L'ANNEXE 1 – DÉFINITION ET ORGANISATION DE LA SANTÉ EN FRANCE*

1. Constitution of the world Health Organization [Internet]. New-York; 1946 juill. [Cité 20 oct 2022]. Disponible sur: [https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch\\_IX\\_01p.pdf](https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf)
2. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa : Promotion de la Santé. 1986.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Glossaire de la Promotion de la Santé [Internet]. 1999. [Cité 30 nov 2022]. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf)
4. Haute Autorité de Santé. Prendre en compte la santé des mineurs / jeunes majeurs dans le cadre des établissements / services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives. Présentation Générale [Internet]. 2015. [Cité 20 oct 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835427/fr/prendre-en-compte-la-sante-des-mineurs/jeunes-majeurs-dans-le-cadre-des-etablissements/services-de-la-protection-de-l-enfance-et/ou-mettant-en-oeuvre-des-mesures-educatives](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835427/fr/prendre-en-compte-la-sante-des-mineurs/jeunes-majeurs-dans-le-cadre-des-etablissements/services-de-la-protection-de-l-enfance-et/ou-mettant-en-oeuvre-des-mesures-educatives)
5. Flajolet A. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Annexe 1 – La prévention : définitions et comparaisons. [Internet]. Paris: Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative; 2008. [Cité 1 avr 2022]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Flajolet.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf)
6. Döbrössy L, World Health Organization. Prevention in primary care : recommendations for promoting good practice [Internet]. WHO Regional Office for Europe; 1994 [cité 1 avr 2022]. 216 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259811>
7. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, aux pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Recommandations pour la pratique clinique. [Internet]. 2005. [Cité 3 avr 2022]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/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#ancreDocAss](https://www.has-sante.fr/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#ancreDocAss)
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les certificats de santé de l'enfant [Internet]. 2016. [Cité 3 avr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/les-certificats-de-sante-de-l-enfant>
9. Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. Être médecin de l'éducation nationale [Internet]. 2021. [Cité 3 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/etre-medecin-de-l-education-nationale-7028>
10. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Argumentaire. Recommandation pour la pratique clinique. [Internet]. 2005. [Cité 3 avr 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires](https://www.has-sante.fr/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires)
11. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Proposition. Recommandation pour la pratique clinique. [Internet]. 2005. [Cité 3 avr 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires](https://www.has-sante.fr/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires)
12. Haute Autorité de Santé. Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé [Internet]. 2017. [Cité 3 avr 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2772744/fr/cancer-colorectal-modalites-de-depistage-et-de-prevention-chez-les-sujets-a-risque-eleve-et-tres-eleve](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2772744/fr/cancer-colorectal-modalites-de-depistage-et-de-prevention-chez-les-sujets-a-risque-eleve-et-tres-eleve)

13. Institut National du Cancer. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein [Internet]. 2022. [Cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
14. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. 2020. [Cité 4 avr 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans)

## **ANNEXE 2 - MSA : SON HISTOIRE, SON FONCTIONNEMENT, SA PRÉVENTION**

### **1) Histoire de la Mutualité Sociale Agricole (MSA)**

La MSA tire ses origines du mutualisme agricole qui était représenté, au départ et jusqu'à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, par des regroupements d'agriculteurs. Ces mutuelles agricoles avaient pour but principal de couvrir les risques d'incendie et les risques de mortalité du bétail (1).

En 1900, la loi Vigier vient apporter aux mutualités agricoles un statut, des avantages financiers et des avantages fiscaux. On parlera alors de « Mutualité Agricole ». Ces mutualités agricoles couvraient essentiellement trois risques : la perte du bétail, l'incendie et les accidents. Seulement, elles restaient encore rares et étaient principalement souscrites pour le risque de perte du bétail (1).

C'est ensuite, dans les années 1928-1930, qu'apparaissent les premières lois de protection sociale avec une obligation d'assurance sociale pour tous les salariés.

En 1930, la loi du 30 avril met en place un régime social obligatoire pour les salariés agricoles à participation des employeurs : l'Assurance Maladie Maternité Décès Vieillesse des salariés (2,3).

Elle autorise également les structures mutualistes agricoles à gérer des assurances sociales propres. Celles-ci prennent le relais pour protéger les agriculteurs et mieux gérer leurs risques sociaux, et non plus uniquement assurer leur activité.

En 1936, les allocations familiales sont étendues aux salariés agricoles et en 1938 aux non-salariés agricoles (4).

Le 2 décembre 1940, sous le gouvernement de Vichy, est votée la loi qui va mettre en place la Corporation Paysanne. Elle prévoit l'unification dans un organisme unique de toutes les organisations agricoles, coopératives, mutualistes ou syndicales d'avant-guerre, et elle est placée sous la seule tutelle du Ministère de l'Agriculture (1). En 1941, il ne reste donc plus qu'une seule Mutualité Agricole au niveau national avec au niveau départemental une seule caisse d'assurance sociale agricole et une seule caisse d'allocations familiales agricoles (1).

En 1944, après la Libération, une ordonnance abroge la loi sur la Corporation Paysanne. Par contre, l'organisation par unification des caisses et les spécificités de ce régime agricole sont conservées,

avec une organisation des caisses locales autour de nouveaux conseils d'administration provisoires jusqu'en 1949 (2).

En 1945, pour répondre à une nécessité économique et sociale, le Régime Général de la Sécurité Sociale est créé. Il ne s'agira pas d'un régime de protection sociale unique, car la population agricole fait reconnaître sa capacité à gérer son propre régime (1).

La même année est donc créée l'Union des Caisses centrales de la Mutualité Agricole qui regroupe les Caisses centrales d'assurances mutuelles agricoles et les Caisses d'allocations familiales de secours mutuels et d'assurances sociales agricoles (2).

Ce n'est qu'en 1949, par la loi du 8 juin, que la MSA bénéficia d'un statut définitif avec la reconnaissance de la spécificité du régime agricole. Les premières élections des Conseils d'Administration se tiendront la même année (1,5). C'est ainsi que le système démocratique de la MSA fut institué.

En 1952, le régime d'allocation vieillesse des exploitants agricoles est créé (1,4,5).

Ce n'est qu'en 1961 (loi du 25 janvier 1961), qu'un régime d'assurance maladie obligatoire permet un véritable accès aux soins, pour les exploitants et leurs familles, avec la création du régime **AMEXA** (Assurance Maladie des Exploitants Agricoles) (4). Il est à noter qu'ils sont les premiers indépendants à bénéficier d'une telle prestation en France.

En 1966, une assurance obligatoire contre les accidents est créée pour cette même population : l'**AAEXA** (Assurance Accidents des Exploitants Agricoles). Elle est confiée aux assureurs privés à la demande de la profession (4). Seulement, la loi d'obligation d'assurance contre les accidents possédait quelques failles puisqu'elle fonctionnait sur les bases d'une assurance privée, et que le choix de l'assureur était libre et laissé à l'adhérent (GAMEX entre autres). De plus, les prestations fournies par l'assurance obligatoire étaient relativement faibles (particulièrement les prestations en espèces) (6). Il n'y avait également aucun moyen de réaliser un contrôle des exploitants réellement assurés (6).

En 1972, le régime des accidents du travail et des maladies professionnelles des salariés agricoles, et son système de prévention, sont confiés à la MSA (4).

Le 5 novembre 2001, la MSA obtient une évolution sociale majeure qui instaure la prise en charge, dans le service public, du risque accident du travail et maladie professionnelle des non-salariés de l'agriculture, associée à l'organisation de sa prévention : l'**ATEXA** (couverture Accidents du Travail des Exploitants Agricoles) (3,4). Il s'agit donc d'une réforme de l'AAEXA qui n'avait pas pu répondre à sa fonction première convenablement, avec des améliorations quant au cadre réglementaire et à la gestion des cotisations. Antérieurement à cette évolution, 20 % des agriculteurs n'étaient pas couverts sur le plan du risque professionnel par leurs assureurs (4). Les accidents de la vie privée ne sont alors plus considérés comme des risques professionnels, et seuls les accidents du travail et les maladies professionnelles sont dorénavant pris en charge par la MSA (7).

Il est à noter, que les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle bénéficient d'un régime particulier et de caisses d'assurances accidents agricoles indépendantes de la MSA (7,8).

En 2014, les exploitants et leurs conjoints collaborateurs peuvent bénéficier d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident de la vie privée (AMEXA), alors qu'ils ne pouvaient jusqu'alors percevoir des indemnités journalières qu'en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle par le biais de l'ATEXA, contrairement aux salariés qui étaient déjà couverts sur ce plan depuis 1961.

## 2) Fonctionnement de la MSA

La MSA est un organisme privé chargé de la gestion d'un service public, qui assure la protection sociale de l'ensemble des salariés et des non-salariés du monde agricole (7,9). Il s'agit d'un **système démocratique social unique**, qui a su conserver et adapter ses racines mutualistes au fil du temps (9). On qualifie la MSA de « **guichet unique** », ce qui veut dire qu'elle gère toutes les branches de la Sécurité Sociale, tout au long de la vie de l'assuré (immatriculation, appels de cotisations, vieillesse, maladie, maternité, retraites...) (4). Elle assure donc d'un seul tenant le fonctionnement de la médecine préventive, de la promotion de la santé, de l'action médicale, de l'action sanitaire et sociale, de la médecine du travail, du contrôle médical et de la prévention des risques professionnels (4).

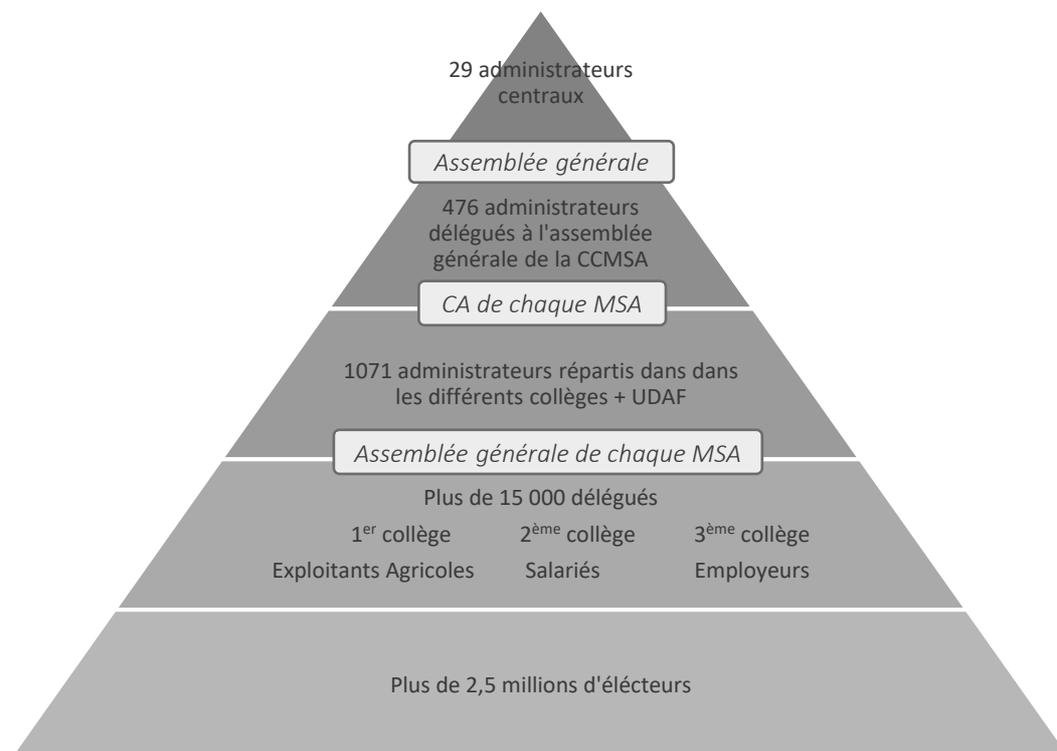
Il est à noter que la MSA est le seul régime de protection sociale à prendre en charge la médecine du travail et la prévention des risques professionnels pour ses adhérents (9).

On parle d'un **système démocratique social** fondé sur des valeurs mutualistes, car son fonctionnement repose sur l'élection, tous les cinq ans, par les adhérents eux-mêmes de représentants à tous les niveaux (du niveau local au niveau national).

Les adhérents votent dans trois collèges distincts (**figure 1**) :

- 1<sup>er</sup> collège : les exploitants agricoles non-employeurs de main-d'œuvre
- 2<sup>ème</sup> collège : les salariés
- 3<sup>ème</sup> collège : les employeurs de main-d'œuvre
- Plus des représentants désignés par les Unions Départementales des Associations Familiales (UDAF)

Ensuite, l'assemblée générale de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) désigne à son tour les administrateurs de celle-ci. Au sommet se trouve le président de la CCMSA préalablement élu délégué au niveau de son canton.



**Figure 1 : Pyramide Mutualiste de la MSA**

CA : Conseil d'Administration ; CCMSA : Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole ;  
MSA : Mutualité Sociale Agricole ; UDAF : Unions Départementales des Associations Familiales

La CCMSA fait ensuite le lien entre les besoins ainsi que les réalités du terrain vécues par les adhérents et les pouvoirs publics, dont en particulier le ministère de l'Agriculture et de la Pêche (4). Elle coordonne et expertise pour les MSA locales. Elle joue également un rôle essentiel dans les mécanismes de compensation des charges de gestion, ainsi que dans la répartition des enveloppes d'action sanitaire et sociale entre les caisses, et elle veille à l'application locale des politiques sociales agricoles (4).

### **3) La prévention par la MSA : son organisation et son financement**

Suite aux ordonnances de 1945, tous les régimes d'assurance maladie obligatoires ont un devoir de prévention et de promotion de la santé envers leurs assurés.

L'article L.732-11 du code rural et de la pêche maritime (10) définit les rôles et missions de la CCMSA. On trouve parmi eux : la promotion et l'animation de l'action sanitaire et sociale, ainsi que la promotion de la prévention des accidents du travail auprès des salariés et des non-salariés agricoles.

La CCMSA établit donc chaque année un programme national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire. Ce programme est établi d'une part, à partir des orientations fixées par la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) ou Convention Pluriannuelle d'Objectifs et de Gestion (CPOG) conclues entre l'État et la MSA et d'autre part, à partir des projets préventifs propres à chaque caisse de MSA (11).

La COG définit les engagements pris par la MSA, les actions à mettre en œuvre et les indicateurs qui permettent d'en rendre compte. C'est une convention conclue entre l'État et la MSA comme outil de contractualisation pour cinq ans (12). La COG, pour être approuvée, doit être signée par les trois ministres de tutelle concernés (Agriculture ; Solidarité et Santé ; Comptes Publics), ainsi que par le président et le directeur général de la CCMSA.

Une fois approuvé, ce programme de prévention se voit allouer un financement par le Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire des professions Agricoles (FNPEISA), qui sera distribué par la CCMSA aux différentes caisses MSA (11).

En ce qui concerne la prévention des risques professionnels, la CCMSA établit un plan de santé - sécurité au travail (PSST) quinquennal, qui s'appuie sur les politiques nationales (plan de santé au

travail), européennes, ainsi que sur les spécificités de la profession (taille des différentes entreprises, les différentes populations à surveiller (non-salariés agricoles et salariés agricoles)) et les risques professionnels spécifiques variables (13,14). La CCMSA se base également sur les chiffres nationaux d'AT/MP (Accidents du Travail et Maladies Professionnelles) pour définir les actions de prévention de son programme. Lui est alloué pour répondre entre autres à ces besoins : le fonds de prévention des risques professionnels agricole.

#### **4) Les actions de prévention proposées par la MSA**

Contrairement au régime général qui est divisé en plusieurs branches gestionnaires de la vie d'un assuré, la MSA en gère toutes les sphères (d'où le terme de « guichet unique »). Elle est, par ailleurs, le seul régime de protection sociale à prendre en charge la médecine du travail et la prévention des risques professionnels pour ses adhérents (9). Nous présentons ci-dessous, quelques exemples des actions de prévention mises en place et proposées par la MSA.

- **Les « Instants Santé »**

Les « Instants Santé » sont des examens périodiques de santé à destination de l'ensemble de la population agricole (les salariés comme les non-salariés agricoles), entre 25 et 74 ans, proposés tous les 10 ans. Ils sont complets, gratuits (15) et centrés sur les risques spécifiques à chaque tranche d'âge. Au départ, ceux-ci étaient proposés à l'ensemble des adhérents du régime agricole dans la tranche d'âge concernée. Cependant, suite à l'observation d'une baisse périodique des participations sur plusieurs années associée à un taux de participation plus marqué de la part des personnes ayant déjà un suivi médical correct, il a été décidé en 2017 d'adresser les invitations uniquement aux adhérents sous-consommants de soins.

La MSA définit la population des sous-consommants de soins comme suit :

- Les 25-44 ans ayant bénéficié de moins de 2 consultations dans les 2 ans,
- Les 45-54 ans ayant bénéficié de moins de 2 consultations dans l'année,
- Les 55-64 ans ayant bénéficié de moins de 3 consultations dans l'année,
- Les 65-74 ans qui ont bénéficié de moins de 3 consultations sur les 6 derniers mois (16).

Une invitation est envoyée à l'assuré. S'il y répond positivement, une convocation associée à un auto-questionnaire lui sont transmis avant de rencontrer une infirmière qui prendra ses mesures biométriques et qui pourra lui proposer, en fonction des facteurs de risques retrouvés, certains tests fonctionnels, un bilan biologique, un entretien avec une diététicienne et/ou un entretien avec un tabacologue (15,17).

Suite à ce bilan préventif, l'assuré est invité à se diriger vers le médecin de son choix afin d'effectuer une consultation de prévention centrée sur les facteurs de risque dépistés, ainsi que sur les sujets le préoccupant (15,17). Le médecin doit remplir le dossier médical du patient et le retourner au médecin conseil de la MSA. Enfin, l'assuré pourra être invité à effectuer des examens complémentaires et/ou certains bilans, qui auront été prescrits par son médecin traitant ou proposés par la MSA.

- **Les « Instants Santé Jeunes »**

Les personnes de 16 à 24 ans peuvent sur invitation de la MSA, participer aux « Instants Santé Jeunes ». Ils sont invités à répondre à un questionnaire en ligne sur le site « [isjeunes.msa.fr](http://isjeunes.msa.fr) » (18) puis à se rendre en consultation de prévention avec le médecin généraliste de leur choix. Ces jeunes assurés peuvent recevoir un chèque-sport d'une valeur de 30 € après signature de l'invitation par le médecin consulté et son envoi à la MSA (8).

- **Les actions de prévention pilotées par l'État**

Des actions de prévention pilotées par l'État sont également proposées et prises en charge par la MSA pour ses assurés. Il s'agit entre autres des dispositifs de dépistages des cancers (dépistage organisé du cancer du sein, dépistage organisé du cancer colo-rectal et dépistage du cancer du col de l'utérus), des campagnes de vaccinations, de la prévention bucco-dentaire ainsi que de la lutte contre le tabac et contre l'obésité (19).

- **Les actions de prévention spécifiques de la MSA**

La MSA propose également des actions de prévention spécifiques aux différents âges de la vie des assurés. Elle est aidée, dans ce contexte d'intervention en milieux ruraux, par les Associations de Santé, d'Éducation et Prévention dans les Territoires (ASEPT), qui proposent et mettent en place des actions de prévention variées.

Nous établissons ci-dessous une liste non exhaustive à titre d'exemple des actions préventives proposées par la MSA aidée des ASEPT :

- Mémo Santé Enfant : moyen d'information, via un service en ligne, sur les évènements de santé importants de la vie de son enfant jusqu'à ses 16 ans.
- « Les P'tits ateliers nutritifs » : ateliers en ligne animés par une diététicienne qui informe les parents d'enfants âgés de moins de deux ans et les futures mamans, sur l'alimentation des nourrissons.
- L'action collective et participative « prendre soin de sa santé ».
- L'action « Bien vieillir » qui se décline en plusieurs ateliers : les « Ateliers Vitalité », les ateliers prévention des chutes, les « PEPS EUREKA », les parcours santé aidants, le « Cap bien-être »... (15).
- Le programme d'éducation thérapeutique de la MSA : il est proposé sous forme d'ateliers et concerne les patients atteints d'une hypertension artérielle ou ceux atteints d'une insuffisance ou d'une maladie coronarienne (15).
- Le dispositif Déclic Stop Tabac et l'entretien motivationnel à l'arrêt du tabac sont proposés dans le cadre des « Instants Santé » aux assurés concernés (15).
- Le « Parcours Nutrition Santé », avec notamment « Nutri Déclic », est un programme d'accompagnement proposé par la MSA et prescrit par le médecin traitant. Il permet la prise en charge par la MSA de trois consultations avec une diététicienne (15).

## **5) Prévention en Santé - Sécurité au Travail (SST)**

La santé des agriculteurs est étroitement liée au métier qu'ils exercent. Ce dernier les expose en effet à divers facteurs de risques et risques.

Les non-salariés agricoles bénéficient de l'ATEXA depuis 2002 et donc des services Santé – Sécurité au Travail (SST) proposés par la MSA. Un site web regroupant des informations, plaquettes, vidéos et tutoriels de prévention sur le milieu du travail est à leur disposition à l'adresse suivante : <https://ssa.msa.fr/>.

La loi prévoit pour les exploitants agricoles, et plus particulièrement autour de l'installation des jeunes agriculteurs, une visite technique ainsi qu'un bilan médico-professionnel (9,20). La visite technique est assurée par le conseiller en prévention de la MSA locale, et le bilan consiste en une visite médicale avec un médecin du travail MSA (9).

Dans le cadre de la prévention et du suivi de la santé chez les agriculteurs, la MSA a mis en place différents observatoires et réseaux de veille sanitaire : l'observatoire des troubles musculosquelettiques (au sein de l'Observatoire des Risques Professionnels et du Machinisme Agricole (ORPMA)), le réseau Agri Sentinelle, le réseau de zoonosurveillance, le réseau Phyt'attitude de toxicovigilance et le Réseau de Pathologies Respiratoires Agricole National (REPRAN). La MSA mène aussi des études épidémiologiques et des enquêtes, notamment au niveau national : SUMER, Agrican, Coset-MSA, pour les plus connues.

Il existe des dispositifs en termes de prévention et santé au travail, notamment concernant la prévention du suicide auprès de cette population. On retrouve principalement dans ce but : la ligne téléphonique Agri'écoute, les cellules pluridisciplinaires de prévention du suicide au sein des services de SST, les actions « Et Si On Parlait du Travail ? » (ESOPT), les dispositifs d'accompagnement et de répit. D'autres dispositifs, non pilotés par la MSA, existent également contre ce risque (Réseau Sentinelle, Solidarité Paysans...). Aussi, la prévention de la désinsertion professionnelle et de l'invalidité chez les agriculteurs reste un objectif phare du Plan Santé – Sécurité au Travail (PSST) de la MSA.

*BIBLIOGRAPHIE DE L'ANNEXE 2 – MSA : son histoire, son fonctionnement, sa prévention*

1. Manderscheid F. Une autre Sécurité Sociale : La Mutualité Sociale Agricole. L'Harmattan. 1989. 255 p. (Logiques Sociales).
2. Lettre d'Information n°10 - Histoire de la Mutualité Sociale Agricole de la Haute-Garonne (1ère partie) [Internet]. Comité Régional d'Histoire de la Sécurité Sociale (CRHSS) Midi-Pyrénées; 2010 [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: [http://www.histoiresecump.fr/sites/default/files/lettre\\_crhmp\\_10.pdf](http://www.histoiresecump.fr/sites/default/files/lettre_crhmp_10.pdf)
3. MSA Beauce Cœur de Loire. Quelques repères historiques [Internet]. [Cité 11 avr 2022]. Disponible sur: <https://bcl.msa.fr/lfp/web/msa-beauce-coeur-de-loire/quelques-reperes-historiques?modallid=1>
4. Jacques-Jouvenot D, Laplante JJ. Les maux de la terre. L'aube; 2009. 216 p.
5. Vignoles PH. Lettre d'Information n°30 - Histoire de la Mutualité Sociale Agricole des Hautes-Pyrénées (première partie) [Internet]. Comité Régional d'Histoire de la Sécurité Sociale (CRHSS) Midi-Pyrénées; 2022. [Cité 11 avr 2022]. Disponible sur: [http://www.histoiresecump.fr/publications/lettre\\_crhssmp\\_30l.pdf](http://www.histoiresecump.fr/publications/lettre_crhssmp_30l.pdf)
6. Meftah-Nbouhou L. La protection sociale de l'agriculteur victime d'accidents. Université d'Avignon et des Pays de Vaucluse; 2018.
7. Delemotte B. Santé au travail en milieu agricole. Elsevier Masson; 2004. 206 p.
8. Direction des statistiques, des études et des fonds, Gaillard C, Dumanoir N, Nebot F, Pomykala F, Bodin A, et al. Chiffres Utiles de la MSA - Edition 2021 [Internet]. MSA; 2021. [Cité 11 avr 2022]. Disponible sur: <https://statistiques.msa.fr/publication/les-chiffres-utiles-de-la-msa-edition-nationale-2021/>
9. Choutet P, Delemotte B, Adjemian A, Grillet JP, Lancry PJ, Crochet B, et al. La santé au travail en agriculture : 40 ans de pratique. La Revue du Praticien. 15 juin 2007;57(11):60.
10. Article L723-11 [Internet]. Code rural et de la pêche maritime. [Cité 11 avr 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000037951447/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037951447/)
11. INMA. Référentiel Réglementaire du service du contrôle médical MSA [Internet]. 2016. [Cité 4 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.inma.fr/wp-content/uploads/2017/07/GUIDE-REFERENTIEL-REGLEMENTAIRE-24-02-16.pdf>
12. MSA. Le guide de l'administrateur MSA. Mandat 2015-2020. [Internet]. 2015. [Cité 4 mai 2022]. Disponible sur: <https://bourgogne.msa.fr/lfp/documents/98900/1181341/Guide+de+l'administrateur+MSA+2015-2020.pdf>
13. MSA. Plan Sante-Sécurité au Travail en Agriculture 2016-2020. 2016.
14. Institut National de Médecin Agricole (INMA). Santé et Sécurité au Travail en Agriculture - guide pratique à l'usage des acteurs de la santé et de la sécurité au travail en agriculture. 2013.
15. MSA. Rapport Charges et Produits : rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits au titre 2022 (loi du 1 août 2004). 2022.
16. Michel M, Arvis Souaré M, Dindorf C, Danguy V, Chevreul K. Health check-ups for the French under-consuming agricultural population : A pilot evaluation of the Instants santé MSA program. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. févr 2023;71(1):101420.

17. MSA. Dépliant MSA - Pourquoi participer aux Instants santé MSA ? [Internet]. [Cité 4 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.msa.fr/lfp/documents/11566/48453/D%C3%A9pliant+MSA+-+Instants+Sant%C3%A9+-+adh%C3%A9rents.pdf>
18. CCMSA. Instants Santé Jeunes par la MSA [Internet]. [Cité 4 mai 2022]. Disponible sur: <https://isjeunes.msa.fr/>
19. Comité interministériel pour la Santé. Plan national de santé publique 2018-2022 : la prévention contre les inégalités de santé [Internet]. 2018. [Cité 4 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/plan-national-de-sante-publique-la-prevention-contre-les-inegalites-de-sante>
20. MSA, La Santé-Sécurité au travail au service des entreprises, COCT (conseil d'orientation sur les conditions de travail). La prévention au service des TPE/PME agricoles. Les exploitants agricoles. [Internet]. 2009. [Cité 18 mai 2023]. Disponible sur: [https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/COCT-Les\\_exploitants\\_agricoles.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/COCT-Les_exploitants_agricoles.pdf)

**ANNEXE 3 – GRILLE COREQ**

N°	Guide questions/description	Réponses
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
<b>Caractéristiques personnelles</b>		
1	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	Emilie MINEUR
2	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Aucun
3	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste remplaçante
4	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Formation académique et auto-formation à la méthode qualitative. Aucune expérience.
<b>Relations avec les participants</b>		
6	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Absence de relation antérieure
7	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Statut de médecin généraliste de l'enquêtrice et motif global de la recherche. Situation de l'enquêtrice en tant que fille d'agriculteurs.
8	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	La situation de l'enquêtrice en tant que fille d'agriculteurs et l'intérêt de celle-ci pour le sujet de la santé dans cette population spécifiquement (exploitants agricoles) ont été signalés.
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
<b>Cadre théorique</b>		
9	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Méthode qualitative avec approche inspirée de la théorisation ancrée
<b>Sélection des participants</b>		
10	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Recrutement par l'intermédiaire du réseau de deux proches de l'enquêtrice, s'étant poursuivi par effet boule de neige. Échantillonnage raisonné théorique
11	Comment ont été contactés les participants ?	Prise de contact en face à face dans la majorité des cas, suivie le plus souvent d'un contact téléphonique, après un délai de réflexion, afin de fixer le rendez-vous pour l'entretien. Parfois, première prise de contact par téléphone.
12	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	8
13	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	1 refus pour manque de temps. 1 personne n'ayant plus répondu aux sollicitations de l'enquêtrice sans explication. 1 personne informée n'a pas été recontactée par l'enquêtrice pour cause d'atteinte de la saturation des données. Aucun abandon.
<b>Contexte</b>		
14	Où les données ont-elles été recueillies ?	7 entretiens sur 8 ont été menés au domicile des participants. 1 entretien a eu lieu sur le lieu de l'exploitation (travail) du participant.

15	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et le(s) chercheur(s) ?	1 entretien sur le lieu de l'exploitation : présence des collègues du participant dans les locaux (rares interruptions dans le bureau où se déroulait l'entretien). 1 entretien à domicile : épouse du participant présente durant l'entretien.
16	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Exploitants agricoles en activité, majeurs, ardennais, non-salariés agricoles. Reste des caractéristiques varié.

### Recueil des données

17	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui, ils ont été fournis par les auteurs en annexe 4 et le guide d'entretien a été préalablement testé sur un proche de l'enquêtrice, lui-même exploitant agricole.
18	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Aucune répétition
19	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
20	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, durant les entretiens, uniquement les sujets à approfondir et les questions de relance possibles ont été recueillis, afin d'aller au fond des choses et d'éviter les oublis. Le reste des notes a été inscrit dans le journal de bord, juste après les entretiens, lors de leur retranscription et tout au long de la rédaction du travail.
21	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne des entretiens individuels : 1h27. De 41mn à 2h03mn. Durée totale : 695mn.
22	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, avec la directrice de thèse de l'enquêtrice.
23	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

### Domaine 3 : Analyse et résultats

#### Analyse des données

24	Combien de personnes ont codé les données ?	L'enquêtrice principale : Emilie MINEUR, et un entretien a bénéficié d'un co-codage par une personne, non issue du milieu médical, formée à l'analyse qualitative.
25	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Une carte mentale représentant l'arbre de codage est présentée en annexe 7.
26	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Les thèmes ont été déterminés à partir des données.
27	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Word, Excel, Mindmeister.
28	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

#### Rédaction

29	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui et chaque citation était identifiée.
30	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

**ANNEXE 4 - GUIDES D'ENTRETIEN****GUIDE D'ENTRETIEN 1**

Questions d'ouverture :

- Pouvez-vous m'expliquer ce qui vous a encouragé à choisir ce métier d'exploitant agricole ?  
Quels sont les aspects positifs et négatifs de ce métier pour vous ?

**PRÉVENTION**

- **Que représente la prévention en santé pour vous ?**
  - > Que connaissez-vous comme actions de prévention ?
  - > Avec quel interlocuteur parlez-vous plus facilement de prévention en général ?
  - > Quelle importance accordez-vous à ces questions de prévention ? Pourquoi ?
- **Racontez-moi la dernière fois que vous avez pu échanger sur le thème de la prévention ou participer à un moment de prévention ?**
  - > Avec qui ? Dans quel contexte ?
- **Quelles sont vos attentes en prévention en santé ?**

**PRÉVENTION EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

- **Lorsque vous consultez votre médecin généraliste, comment se déroule la consultation et en général sur quoi porte-t-elle ?**
  - > Y a-t-il une prise de tension ? De poids ? Une auscultation cardio-pulmonaire ?
  - > Quels sont les motifs de consultation ?
- **Avez-vous l'impression que votre médecin généraliste pense à votre santé globale ? Expliquez-moi un peu.**
  - > Abordez-vous parfois ensemble la question de votre état psychologique ou de votre sommeil par exemple ? De la consommation tabagique ou d'alcool ?
- **En consultation, si le sujet de la prévention est abordé, il l'est par qui et sur quoi en particulier ?**
  - > Abordez-vous le sujet des dépistages ou de la vaccination ?
  - > Parlez-vous ensemble des risques auxquels votre profession vous expose ?  
(Surdité (ORL), TMS (kiné, rhumato, chir), risque cutané (dermato), > 50 ans et activité physique (cardio), déclaration phyt'attitude...)

**(S'il n'est pas abordé) Vous me dites que vous n'abordez pas ce sujet ensemble, pourquoi à votre avis ?**

  - > Cela vous convient-il ?
  - > Abordez-vous ce sujet avec d'autres personnes ou dans un autre cadre ?
- **Quels sujets aimeriez-vous aborder avec votre médecin généraliste ?**
- **Au contraire, y a-t-il des sujets que vous n'aimeriez pas aborder avec votre médecin ?**
  - > Comment ou avec qui aimeriez-vous aborder ces sujets ?

**PRÉVENTION MSA**

- **Que représente la MSA à vos yeux ?**
- **Que pensez-vous des services préventifs qui peuvent vous être proposés par la MSA ?**
  - > Comment avez-vous eu connaissance de ces services ? Y faites-vous appel ? Pourquoi oui / non ?

- > Avez-vous ou votre entourage bénéficié de certains services préventifs de la MSA ?  
(IS, « ESOPT », Éducation thérapeutique, Service SST, N° d'écoute, Remplacement, ...)
- **Selon vous quel rôle peut ou pourrait avoir la MSA concernant la santé au travail des agriculteurs ?**

### PERCEPTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

- **Quelle est l'influence de votre profession sur votre état de santé ?**
  - > Comment votre profession influence-t-elle votre état de santé (en bien ou en mal) ? Expliquez-moi.
  - > Mettez-vous en place certaines pratiques de prévention dans votre quotidien professionnel ? Lesquelles ? Pourquoi ?
  - > Quels sont pour vous les risques en santé les plus importants auxquels votre profession vous expose ?  
(Pesticides (Cancer, Parkinson...), TMS, Zoonoses, accidents, stress, fatigue, dépression, cancers de la peau, surdité, ...)
- **Que pourrait-on améliorer ou changer selon vous ?**

Question de clôture : Qu'attendez-vous de la MSA, de votre MG ou d'autres organismes dans ce domaine ?

Avez-vous d'autres choses à partager avec moi ?

### GUIDE D'ENTRETIEN 2

Questions d'ouverture :

- Pouvez-vous m'expliquer ce qui vous a encouragé à choisir ce métier d'exploitant agricole ?  
Quels sont les aspects positifs et négatifs de ce métier pour vous ?
  - > Quels autres aspects positifs voyez-vous ? et/ou Quels autres aspects négatifs voyez-vous ?

### PRÉVENTION

- **Que représente la prévention en santé pour vous ?**
  - > Que connaissez-vous comme actions de prévention ?
  - > Avec quel interlocuteur parlez-vous plus facilement de prévention en général ?
  - > Quelle importance accordez-vous à ces questions de prévention ? Pourquoi ?
- **Racontez-moi la dernière fois que vous avez pu échanger sur le thème de la prévention ou participer à un moment de prévention ?**
  - > Avec qui ? Dans quel contexte ?
- **Quelles sont vos attentes en prévention en santé ?**

### PRÉVENTION EN MÉDECINE GÉNÉRALE

- **Lorsque vous consultez votre médecin généraliste, comment se déroule la consultation et en général sur quoi porte-t-elle ?**
  - > Y a-t-il une prise de tension ? De poids ? Une auscultation cardio-pulmonaire ?
  - > Quels sont les motifs de consultation ?

- **Avez-vous l'impression que votre médecin généraliste pense à votre santé globale ? Expliquez-moi un peu.**
    - > Abordez-vous parfois ensemble la question de votre état psychologique ou de votre sommeil par exemple ? De la consommation tabagique ou d'alcool ?
  - **En consultation, si le sujet de la prévention est abordé, il l'est par qui et sur quoi en particulier ?**
    - > Abordez-vous le sujet des dépistages ou de la vaccination ?
    - > Parlez-vous ensemble des risques auxquels votre profession vous expose ? (Surdité (ORL), TMS (kiné, rhumato, chir), risque cutané (dermato), > 50 ans et activité physique (cardio), déclaration phyt'attitude...)
- (S'il n'est pas abordé) Vous me dites que vous n'abordez pas ce sujet ensemble, pourquoi à votre avis ?**
- > Cela vous convient-il ?
  - > Abordez-vous ce sujet avec d'autres personnes ou dans un autre cadre ?
- **Quels sujets aimeriez-vous aborder avec votre médecin généraliste ?**
  - **Au contraire, y a-t-il des sujets que vous n'aimeriez pas aborder avec votre médecin ?**
    - > Comment ou avec qui aimeriez-vous aborder ces sujets ?
    - > Si le participant ne sait pas : lui donner des exemples : parler de ce que vous ressentez par exemple ? De votre état psychologique ? ... ?
    - > Si réponse : « rien ne me gênerait » : comment aborderiez-vous ces questions avec le médecin ?

#### PRÉVENTION MSA

- **Que représente la MSA à vos yeux ?**
- **Que pensez-vous des services préventifs qui peuvent vous être proposés par la MSA ?**
  - > Comment avez-vous eu connaissance de ces services ? Y faites-vous appel ? Pourquoi oui / non ?
  - > Avez-vous ou votre entourage bénéficié de certains services préventifs de la MSA ? (IS, « ESOPT »,  ducation thérapeutique, Service SST, N  d'écoute, Remplacement, ...)
- **Selon vous quel rôle peut ou pourrait avoir la MSA concernant la santé au travail des agriculteurs ?**

#### PERCEPTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

- **Quelle est l'influence de votre profession sur votre état de santé ?**
  - > Comment votre profession influence-t-elle votre état de santé (en bien ou en mal) ? Expliquez-moi.
  - > Mettez-vous en place certaines pratiques de prévention dans votre quotidien professionnel ? Lesquelles ? Pourquoi ?
  - > Quels sont pour vous les risques en santé les plus importants auxquels votre profession vous expose ?
  - > (Pesticides (Cancer, Parkinson...), TMS, Zoonoses, accidents, stress, fatigue, dépression, cancers de la peau, surdité, ...)
  - > Qu'est-ce que  a provoque ?
- **Que pourrait-on améliorer ou changer selon vous ?**

Question de clôture : Qu'attendez-vous de la MSA, de votre MG ou d'autres organismes dans ce domaine ?  
Avez-vous d'autres choses à partager avec moi ?

**Données socio-démographiques – Entretiens individuels semi-dirigés**

Sexe :

Âge :

Situation familiale :

Nombre d'enfant(s) :

Type d'exploitation (type d'élevage, lait, viande, autre ...) :

Mode d'exploitation (GAEC, seul, autre ...) :

Nombre de personne(s) active(s) sur l'exploitation : salarié(s) :  
conjoint collaborateur :  
associé(s) :  
autre(s) (aidant familial...) :

Exploitation familiale ou individuelle :

Exploitation biologique ou non :

Nombre moyen de jours travaillés par semaine :

Nombre moyen de consultation(s) chez le médecin généraliste par an :

Utilisation du service de remplacement (oui/non) :

Faites-vous partie d'association(s)/organisme(s) professionnel(s) (CUMA, Chambre d'agriculture, MSA locale, autre(s)) ?

**ANNEXE 5 - LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE NON-OPPOSITION****LETTRE D'INFORMATION**

Coordinateur de la recherche : Dr Camille LEPINE  
Investigateur : Emilie MINEUR

Madame, Monsieur,  
Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par le Département universitaire de Médecine Générale de Strasbourg.  
L'objectif de cette étude est de mieux comprendre vos représentations et attentes en termes de prévention en santé.

**Procédure de l'étude**

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous vous entretenez avec un ou plusieurs membres de l'équipe de recherche au cours d'un entretien individuel d'une durée entre 30 minutes et 1 heure environ. Cet entretien se déroulera dans le lieu de votre choix. L'investigateur se déplacera à un moment de votre choix, selon votre convenance.

**Risque potentiel de l'étude**

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre.

**Participation à l'étude**

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

La participation à cette étude ne sera pas rémunérée.

**Informations complémentaires**

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès de l'investigatrice principale : MINEUR Emilie, médecin généraliste, par courriel : [mineur.emilie@gmail.com](mailto:mineur.emilie@gmail.com).

A l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués et une copie des publications vous sera envoyée sur simple demande écrite de votre part à Mme MINEUR Emilie au courriel suivant : [mineur.emilie@gmail.com](mailto:mineur.emilie@gmail.com).

**Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles**

Dans le cadre de la recherche à laquelle le département universitaire de médecine générale de Strasbourg et l'investigatrice MINEUR Emilie vous proposent de participer, vos données personnelles (entretien oral enregistré) feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront pseudonymisées et leur identification codée. Le traitement de ces données à caractère personnel sera conforme aux dispositifs du RGPD du 25 mai 2018.

Les données seront conservées pendant 2 ans.

Cette base de données sera conforme à la méthodologie MR004 de la CNIL (Commission de l'Informatique et des Libertés). Le responsable du traitement des données est l'Université de Strasbourg.

Un délégué à la protection des données a été désigné au sein de l'Université de Strasbourg et vous pouvez le contacter par mail ([dpo@unistra.fr](mailto:dpo@unistra.fr)) ou par courrier postal à l'adresse suivante : Direction du numérique de l'Université de Strasbourg - Déléguée à la Protection des Données, 14, rue René Descartes, CS 90032, 67081 STRASBOURG Cedex). Le fondement juridique de ce traitement de données réside dans l'intérêt public de conduire la recherche.

Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche ou décider ne plus y participer à tout moment de l'étude.

Conformément aux dispositions de loi relatives à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous

disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous pouvez réaliser une réclamation concernant le traitement de données auprès de la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte>).

Vous disposez également d'un droit de limitation du traitement des données.

La limitation de l'utilisation des données peut être demandée lorsque l'exactitude des données personnelles est contestée ou que le traitement des données est illicite. Cette demande vaudra également lorsque les données ne sont plus nécessaires pour l'analyse des données dans le cadre de la recherche, mais qu'elles doivent être pour partie conservées afin de permettre l'exercice des droits en justice. Les données limitées ne peuvent alors être exploitées qu'avec le consentement des intéressés.

Les résultats de cette étude pourront faire l'objet de communications lors de congrès médicaux et/ou être publiés dans une revue scientifique et/ou médicale et/ou autre.

A la fin de l'étude, vous avez le droit d'être informé des résultats globaux de la recherche, une copie des publications vous sera envoyée sur simple demande écrite de votre part à Mme MINEUR ([mineur.emilie@gmail.com](mailto:mineur.emilie@gmail.com)).

Vous pouvez prendre tout le temps nécessaire pour décider de participer ou non à cette étude.

Si vous décidez d'y participer, vous serez invité à signer au préalable un formulaire de non-opposition. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer. Vous conserverez une copie de ce formulaire.

<b>FORMULAIRE DE NON-OPPOSITION</b>
-------------------------------------

Nom du patient : .....
------------------------

Date d'information du patient : .....
---------------------------------------

Nom de l'investigateur : MINEUR Emilie
--

La participation à l'étude intitulée « **Prévention en médecine générale et en santé au travail : les représentations et attentes des exploitants agricoles des Ardennes** » dont l'investigateur principal est Mme Mineur Emilie, m'a été proposée.

Elle m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Afin d'éclairer ma décision, les objectifs et le déroulement de cette étude m'ont été expliqués. J'ai compris ces informations et j'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais.

Je suis informé(e) que cette étude sera conduite conformément à la législation française en vigueur.

Je connais la possibilité qui m'est réservée de retirer ma non-opposition à tout moment quelle qu'en soit la raison, sans avoir à le justifier et sans aucun préjudice pour moi-même. J'en informerai alors au préalable la personne qui me suit dans le cadre de l'étude et qui connaît mon identité. Ma non-opposition ne décharge en rien les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par l'investigateur. J'autorise le traitement de mes données à caractère personnel conformément aux dispositifs du RGPD du 25 mai 2018. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi « informatique et libertés » s'exerce à tout moment auprès de Mme MINEUR Emilie ([mineur.emilie@gmail.com](mailto:mineur.emilie@gmail.com)). Je pourrai exercer mon droit de rectification auprès de ce même investigateur.

En cas de publication des résultats dans une revue médicale, scientifique ou autre, mon identité ne sera jamais révélée.

Nom, Prénom et Signature du participant :   Nom, Prénom et Signature de l'investigateur :	<u>OPPOSITION :</u>   
--	---------------------------------

Un exemplaire pour le patient et un exemplaire pour l'investigateur.

# COMITE D'ETHIQUE

des Facultés de Médecine, d'Odontologie,  
de Pharmacie, des Ecoles d'Infirmières, de  
Kinésithérapie, de Maïeutique et des Hôpitaux

Strasbourg, le 16 septembre 2023

Dr Mineur

Jean SIBILLA  
Président

Ateliers de la Faculté de Médecine  
108 rue de la République  
67000 Strasbourg  
Tél : 03 88 38 38 00  
www.univ-strasbourg.fr

Référence : CE-2022-120

Chers collègues,

Le comité d'éthique vous remercie d'avoir soumis l'étude non interventionnelle intitulée «*Prévalence et attitudes des exploitants agricoles en médecine de travail et générale dans les Ardennes*».

Horaires d'ouverture  
du mardi au vendredi  
de 08:00 à 12:00  
de 13:00 à 16:00

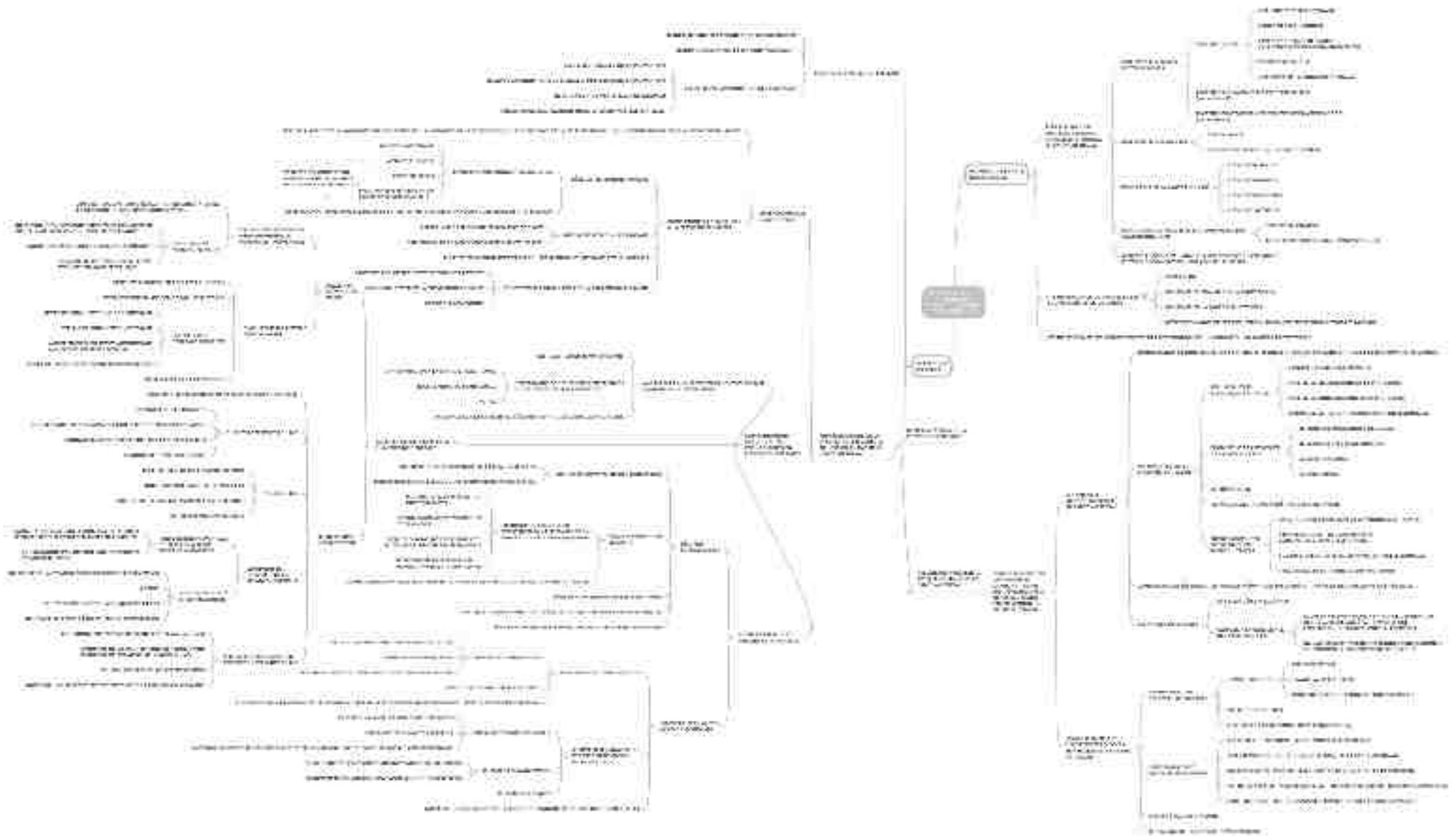
Après en avoir délibéré, le comité d'éthique émet un avis favorable à cette étude et nous restons à votre disposition pour les aspects éthiques et réglementaires.

Pr François CLAUS



Faculté de médecine  
Secrétariat Général  
10 rue Kœnigsmeyer  
67005 Strasbourg Cedex  
Tél : (33) 03 88 38 34 53  
Fax : (33) 03 88 38 34 24  
www.univ-strasbourg.fr  
medecine@univ-strasbourg.fr

ANNEXE 7 - RÉSUMÉ DU MODÈLE EXPLICATIF (SOUS FORME DE CARTE MENTALE)



EA : Exploitant(s) Agricole(s) ; MG : Médecin(s) Généraliste(s) ; MSA : Mutualité Sociale Agricole ; OPA : Organisation(s) Professionnelle(s) Agricole(s) ; RPS : Risques Psychosociaux

**ANNEXE 8 – EXEMPLE DE DOCUMENT D'INFORMATION À DÉSTINATION DES EXPLOITANTS  
AGRICOLES ARDENNAIS**

## **AGRICULTEURS ARDENNAIS EN DIFFICULTÉ ? DES DISPOSITIFS D'AIDE ET DE SOUTIEN POUR VOUS ACCOMPAGNER**

- **LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE** : l'interlocuteur toujours à votre écoute qui saura vous orienter.
- **Vous-même ou quelqu'un de votre entourage êtes en situation de détresse ?**

Voici les moyens d'accompagnement à votre disposition :

### **AGRI'ÉCOUTE**

Service d'écoute proposé par la MSA disponible 24h/24h et 7j/7j via :

- ➔ **09 69 39 29 19** : numéro d'écoute
- ➔ **agriecoute.fr** : plateforme vous donnant accès au tchat en direct avec un psychologue, ainsi qu'aux fiches et conseils sur la santé mentale. Vous pouvez également y prendre un rendez-vous pour un entretien avec un psychologue.

Accessible avec un identifiant et un mot de passe identiques pour tous :

Identifiant : monespaceagriecoute ; Mot de passe : AGRIECOUTE

### **CELLULES PLURIDISCIPLINAIRES DE PRÉVENTION (CPP)**

Ces cellules permettent de repérer les difficultés que vous pouvez rencontrer, de vous accueillir, vous orienter, vous accompagner et vous suivre sur l'ensemble des problèmes auxquels vous devez faire face. Ces cellules font intervenir, en fonction de l'évaluation de vos soucis : la médecine du travail, un psychologue, le réseau Sentinelle, l'assistantat social, les conseillers en prévention et bien d'autres intervenants, pour vous offrir un accompagnement personnalisé et un plan d'action individualisé.

Contactez votre MSA : **09 69 32 35 62**.

### **SOLIDARITÉ PAYSANS**

Solidarité Paysans est une organisation associative présente sur l'ensemble du territoire, à travers des structures locales (départementales et/ou régionales), permettant une intervention proche de chez vous, au fait des spécificités locales et avec un suivi de proximité pouvant se mettre en place aisément. Il s'agit d'un mouvement de lutte contre l'exclusion en milieu rural qui permet l'accompagnement et la

défense des agriculteurs et de leurs familles. Cette organisation associative est composée en majorité d'agriculteurs bénévoles et formés. Plus d'informations sur : <https://solidaritepaysans.org/>

Solidarité Paysans Marne-Ardennes : 06 41 98 80 81 ou par mail : [solidaritepaysans5108@laposte.net](mailto:solidaritepaysans5108@laposte.net)

### AGRI SENTINELLES

Si l'un des intervenants sur votre exploitation aborde avec vous les difficultés que vous traversez et vous oriente vers certains intervenants, ne vous en offusquez pas, il peut s'agir d'une personne membre du réseau Agri Sentinelles. Il s'agit d'un réseau visant à sensibiliser et former, sur le sujet de la prévention du suicide, des personnes volontaires travaillant au contact des agriculteurs.

Agri Sentinelles a pour but de mieux repérer et orienter les agriculteurs en situation de détresse.

Ce réseau est porté par la Coopération Agricole et il est financé par le Ministère chargé de l'agriculture.

Il est soutenu par un grand nombre d'organisations professionnelles agricoles.

### AGRI COLLECTIF

Il s'agit d'un site internet à destination des exploitations agricoles en difficultés et des agriculteurs en détresse et/ou ressentant un mal être. Il vous permet, entre autres, de faire le point sur l'état économique de votre exploitation par un **auto-diagnostic** rapide. Le site web met aussi à votre disposition des fiches informatives abordant les sujets de l'assistance, pouvant vous être portée par les organismes sociaux (notamment la MSA) en cas de nécessité de remplacement, les sujets de lutte contre l'isolement et ceux abordant la gestion des cotisations sociales. D'autres fiches abordent les sujets d'accompagnements administratifs et les mesures judiciaires en cas de problèmes avec vos créanciers par exemple.

Agri Collectif vous donne également accès aux coordonnées d'interlocuteurs locaux adaptés et en particulier, pour le département des Ardennes, au dispositif Réagir (voir ci-dessous).

Consulter le site : <https://www.agricollectif.fr/>

### RÉAGIR

La cellule RÉAGIR des Ardennes est à votre écoute et vous accompagne en période de fragilité, que celle-ci soit de nature économique, financière, technique, sanitaire, médicale, relationnelle ou psychologique. Les personnes que vous pouvez joindre dans ce contexte à la Chambre d'Agriculture sont les suivantes :



Pascal TURQUIER

Tél : 03 24 33 06 01 ou 06 23 38 36 27 ; Mail : [p.turquier@ardennes.chambagri.fr](mailto:p.turquier@ardennes.chambagri.fr)

Lucie JACQUEMARD

Tél : 03 24 33 89 65 ; Mail : [l.jacquemard@ardennes.chambagri.fr](mailto:l.jacquemard@ardennes.chambagri.fr)

- Besoin de conseils en prévention en santé au travail ?

## LE SERVICE SANTÉ - SÉCURITÉ AU TRAVAIL DE VOTRE MSA VOUS ORIENTE

Ce service est joignable par téléphone au 03 26 40 80 76. Il vous renseigne sur un ensemble de sujets dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, par téléphone ou via un certain nombre de fiches pratiques disponibles sur leur site internet dédié à l'adresse suivante : <https://ssa.msa.fr/>

## CONSEILLERS EN PRÉVENTION

Contactez le conseiller en prévention MSA de votre secteur qui saura vous renseigner :

### La Prévention des Risques Professionnels

Employeurs, employés, salariés, des conseillers en prévention et une ergonome du service Santé et Sécurité au Travail sont à votre écoute pour :

- Analyser votre situation et vos situations de travail,
- Vous informer et vous former aux risques professionnels,
- Vous accompagner dans vos projets de transformation, de conception d'un bâtiment, ou lors de l'achat d'un nouveau matériel,
- Vous conseiller et vous proposer des solutions de prévention collectives et individuelles.

"Mieux savoir, mieux vous prévenir"



## LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Un médecin du travail peut vous répondre et vous recevoir sur votre demande. Des infirmières en santé au travail sont aussi disponibles.

Contactez le service de votre MSA Marne-Ardennes-Meuse : **03 26 40 80 76** pour plus de renseignements et/ou pour la prise d'un rendez-vous. Vous pouvez également écrire au service Santé, Sécurité au Travail par mail à l'adresse suivante : **sst.blf@mam.msa.fr**

- **Des problèmes avec vos cotisations sociales (MSA) ?**

**Modulation des cotisations non-salariés** : contactez votre comptable ou la MSA (**09 69 36 60 52**).

En cas de forte baisse de votre revenu agricole vous pouvez réviser vos appels de cotisations.

**Délai de paiement des cotisations sociales** : contactez le secteur recouvrement MSA : **03 29 83 38 27**.

Demande d'échéancier de paiement des cotisations non-salariés et/ou de la part patronale des cotisations sur salaires.

**Prise en charge des cotisations sociales** : contactez le pôle crise agricole MSA : **03 26 40 87 92**.

Demande de prise en charge partielle des cotisations non-salariés et/ou de la part patronale des cotisations sur salaires.

- **Besoin d'autres aides plus spécifiques ? Des aides existent pour vous.**

Toutes les informations complémentaires, notamment concernant votre éligibilité aux aides présentées ci-dessous ainsi que les formulaires de demande, sont disponibles sur le site de la MSA dans les « Imprimés Action Sociale » à partir du lien suivant : [https://marne-ardennes-meuse.msa.fr/lfp/ass/imprimes?p\\_p\\_id=com\\_liferay\\_journal\\_content\\_web\\_portlet\\_JournalContentPortlet\\_INSTANCE\\_3eOVGB6Ncl8X&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&\\_com\\_liferay\\_journal\\_content\\_web\\_portlet\\_JournalContentPortlet\\_INSTANCE\\_3eOVGB6Ncl8X\\_read\\_more=2](https://marne-ardennes-meuse.msa.fr/lfp/ass/imprimes?p_p_id=com_liferay_journal_content_web_portlet_JournalContentPortlet_INSTANCE_3eOVGB6Ncl8X&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_com_liferay_journal_content_web_portlet_JournalContentPortlet_INSTANCE_3eOVGB6Ncl8X_read_more=2)

### **Aides au repos et/ou aux vacances pour vous et/ou vos enfants**

- Aides aux vacances (bons de vacances)
- Accueils de loisirs sans hébergement (ALSH)

### **Aides aux remplacements sur l'exploitation**

- Demande de participation financière pour adhésion à une assurance service de remplacement pour les exploitants
- Demande de participation financière pour remplacement de l'exploitant en arrêt maladie / arrêt de travail ou en épuisement professionnel

**Aides pour les équipements ménagers et l'habitation**

- Demande d'avance sur prestations familiales pour l'équipement ménager des familles
- Demande de prêt pour l'amélioration de l'habitat des familles
- Aide à l'installation des jeunes actifs
- Demande de prêt habitat des personnes âgées

**Aides pour les enfants, étudiants et les jeunes actifs**

- Aide à la restauration scolaire
- Tickets MSA ACTIVITÉS
- Aide aux apprentis (demande de participation financière pour l'équipement)
- Demande d'Allocation Extra Légale aux Étudiants
- Aide à la formation BAFA (Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur)
- Aide à l'installation des jeunes actifs

**Aides pour les personnes âgées**

- Demande de prêt pour l'amélioration de l'habitat des personnes âgées
- Aide à l'achat d'équipement pour maintien à domicile
- Aide pour la téléassistance
- Demande d'aide à domicile seniors
- Demande d'aide à l'autonomie pour les personnes âgées à domicile
- Participation financière pour l'aide aux repas
- Demande de participation financière pour l'achat de protections pour incontinence

**Aides en santé**

- Demande de participation financière accès aux soins coûteux
- Demande de participation financière pour l'achat de protections pour incontinence
- Demande de participation financière pour l'adhésion à une assurance maladie complémentaire

- **D'autres services de prévention à votre disposition**

Le médecin généraliste, la MSA et d'autres professionnels de santé peuvent vous orienter :

- Bilans de santé pour vos enfants,
- Dépistages : dépistage du cancer du col utérin, dépistage organisé du cancer du sein, dépistage organisé du cancer colorectal, dépistages individuels...
- Vaccinations (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite, COVID, grippe...)
- Prévention bucco-dentaire : rendez-vous chez votre chirurgien-dentiste pour un bilan régulier
- ...

La MSA vous propose des actions de prévention spécifiques. Nous vous en présentons une liste non exhaustive ci-dessous :

- Les « Instant Santé » ou « Instants Santé Jeunes » : ces actions préventives peuvent vous être proposées si vous allez peu consulter. Dans ce cas, la MSA vous invite par mail, courrier et/ou téléphone à y participer.

Les « Instants Santé » consistent à vous rendre au point de rendez-vous proposé pour effectuer une première consultation avec une infirmière, qui pourra vous conseiller et vous prescrire des examens complémentaires si nécessaire. Des conseils diététiques et des conseils pour l'arrêt du tabac pourront vous être prodigués en cas de besoin ou de demande.

À la suite de ce premier rendez-vous, vous êtes invité à vous rendre chez le médecin de votre choix pour effectuer une consultation de prévention sur les facteurs de risques et les sujets préoccupants identifiés lors de la première consultation. Il abordera aussi avec vous, les résultats aux examens complémentaires effectués et pourra si nécessaire les compléter.

- Programmes d'éducation thérapeutique de la MSA : ils vous sont proposés sous forme d'ateliers si vous souffrez d'hypertension artérielle, de maladie ou d'insuffisance coronarienne.
- Pour les plus jeunes :
  - Mémo Santé Enfant : service en ligne utilisable pour vous informer des événements importants en santé de la vie de votre enfant.
  - Les « P'tits ateliers nutritifs » : ateliers en ligne animés par une diététicienne qui vous informe et vous conseille sur l'alimentation de vos enfants de moins de 2 ans, et pour les futures ou jeunes mamans de manière plus spécifique sur l'alimentation du nouveau-né.
- Pour les personnes plus âgées :
  - Les Ateliers MSA : Ateliers Prévention pour bien vivre sa retraite, Ateliers Vitalité, Ateliers du Bien Vieillir, Ateliers Mémoire PepsEureka, Ateliers de prévention des chutes, Parcours Cap Bien-Être...
  - « Parcours confiance » proposé par la MSA : pour faciliter le passage à la retraite des exploitants agricoles.
  - Les parcours santé aidants, sont aussi proposés à l'aidant principal d'une personne âgée.

**POUR TOUT RENSEIGNEMENT PLUS PERSONNEL ET ADAPTÉ À VOTRE SITUATION :**  
**RENDEZ-VOUS SUR PASS'AGRI (<https://www.msa.fr/lfp/pass-agri>)**

**LES COORDONNÉES DE VOTRE MSA LOCALE : MSA MARNE ARDENNES MEUSE**

Par téléphone : **09 69 32 35 62** (appel non surtaxé)

*Du lundi au mercredi de 8h30 à 17h30 & le jeudi de 9h à 17h30.*

Par courrier : **MSA Marne Ardennes Meuse**

**CS 30001**

**24 Boulevard Louis Roederer**

**51077 REIMS CEDEX**

En agence : **Agence MSA de Charleville-Mézières**

**30 Av. Jean Jaurès**

**08108 Charleville-Mézières**

*Ouverture : mardi, jeudi, vendredi de 9h à 12h sans RDV et de 13h30 à 17h exclusivement sur RDV.*

Par internet : [marne-ardennes-meuse.msa.fr](http://marne-ardennes-meuse.msa.fr)

Assistance Internet au 03 20 90 05 00, du lundi au vendredi de 8h30 à 12h15 et de 13h30 à 16h30.

## ***BIBLIOGRAPHIE***

1. INSEE. Définition - Exploitation agricole [Internet]. [Cité 24 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1186>
2. INSEE. Définition - Chef d'exploitation agricole et coexploitants [Internet]. [Cité 24 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1326>
3. INSEE. Espérances de vie par milieu social [Internet]. [Cité 24 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/6794598/EVMC/CATEGORY>
4. DREES. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017 [Internet]. DREES, Santé Publique France ; 2017 mai p. 436. [Cité 20 oct 2022] Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Rapport-ESPF-2017.pdf>
5. INSEE. Les dépenses des ménages en France en 2017 [Internet]. 2020. [Cité 24 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4648335?sommaire=4648339&q=d%C3%A9pense+sant%C3%A9%20cat%C3%A9gorie+socio#titre-bloc-1>
6. CCMSA. Direction déléguée aux Politiques sociales. Direction des Statistiques, des études et des fonds. Chiffres Utiles de la MSA. Edition 2023. MSA; 2023.
7. Jacques-Jouvenot D, Laplante JJ. Les maux de la terre. L'aube; 2009. 216 p.
8. Bossard C, Santin G, Guseva Canu I. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Premiers résultats [Internet]. Saint-Maurice : INVS; 2013 p. 26. [Cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides/surveillance-de-la-mortalite-par-suicide-des-agriculteurs-exploitants.-premiers-resultats>
9. Forget V., Depeyrot J.-N., Mahé M., Midler E., Hugonnet M., Beaujeu R., Grandjean A., Hérault B., 2019, Actif'Agri. Transformations des emplois et des activités en agriculture, Centre d'études et de prospective, Ministère de l'agriculture et de l'alimentation, la Documentation française, Paris.
10. Danet S, Trugeon A, Chauvin P, Estecahandy P, Cases C, Gonzalez L, et al. Les inégalités sociales de santé. Actualités et Dossier En Santé Publique. déc 2010;(73):64. [Internet]. [Cité 11 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=113>
11. Constitution of the world Health Organization [Internet]. New-York; 1946 juill. [Cité 20 oct 2022]. Disponible sur: [https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch\\_IX\\_01p.pdf](https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf)
12. HAS. Prendre en compte la santé des mineurs / jeunes majeurs dans le cadre des établissements / services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives. Présentation Générale [Internet]. 2015. [Cité 20 oct 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835427/fr/prendre-en-compte-la-sante-des-mineurs/jeunes-majeurs-dans-le-cadre-des-etablissements/services-de-la-protection-de-l-enfance-et/ou-mettant-en-oeuvre-des-mesures-educatives](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835427/fr/prendre-en-compte-la-sante-des-mineurs/jeunes-majeurs-dans-le-cadre-des-etablissements/services-de-la-protection-de-l-enfance-et/ou-mettant-en-oeuvre-des-mesures-educatives)
13. Delemotte B. Santé au travail en milieu agricole. Elsevier Masson; 2004. 206 p.
14. Choutet P, Delemotte B, Adjemian A, Grillet JP, Lancry PJ, Crochet B, et al. La santé au travail en agriculture : 40 ans de pratique. La Revue du Praticien. 15 juin 2007;57(11):60.

15. Allen J, Heyrman J, Svab I, Gay B, Ram P, Crebolder H, et al. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA EUROPE; 2002. [Internet]. [Cité 20 oct 2022]. Disponible sur: [https://dumgrouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version\(1\).pdf](https://dumgrouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version(1).pdf)
16. Ménard C, Demortière G, Durand É, Verger P, Beck F. Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés. Saint-Denis: INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé); 2012. (Études santé). [Internet]. [Cité 26 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/medecins-du-travail-medecins-generalistes-regards-croises>
17. Alloy JP, Viatte N, Lallement M. Les Ardennes : un département aux systèmes d'exploitation contrastés. AGRESTE Champagne-Ardenne. févr 2011;(1). [Internet]. [Cité 2 nov 2022]. Disponible sur: [http://sg-proxy02.maaf.ate.info/IMG/pdf\\_R2111A02.pdf](http://sg-proxy02.maaf.ate.info/IMG/pdf_R2111A02.pdf)
18. Chambre d'agriculture - Ardennes. Des fermes ardennaises de plus en plus variées. L'agriculture ardennaise en chiffres clés. [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://ardennes.chambre-agriculture.fr/agriculture-ardennaise/chiffres-cles-de-lagriculture-ardennaise/>
19. AGRESTE. Graph'Agri 2022. L'agriculture, la forêt, la pêche et les industries agroalimentaires. Ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire. Paris; 2022. [Internet]. [Cité le 2 nov 2022]. Disponible sur: [https://agreste.agriculture.gouv.fr/agreste-web/download/publication/publie/GraFra2022Integral/GraphAgri\\_2022\\_accessible.pdf](https://agreste.agriculture.gouv.fr/agreste-web/download/publication/publie/GraFra2022Integral/GraphAgri_2022_accessible.pdf)
20. DRAAF (Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt), SRISE (Service régional de l'information statistique et économique). Recensement agricole 2020. Premiers résultats des Ardennes. AGRESTE; 2022. [Internet]. [Cité 2 nov 2022]. Disponible sur: [https://draaf.grand-est.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/2022-01-ardennes\\_cle45f3b3.pdf](https://draaf.grand-est.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/2022-01-ardennes_cle45f3b3.pdf)
21. ARS Grand-Est. Plan Régional de Santé 2018-2027 - État de santé de la population et état de l'offre de santé de la région Grand Est. Volet 7 : Les ressources humaines en santé : professions médicales et paramédicales, formation. 2017. [Internet]. [Cité le 15 nov 2022]. Disponible sur: [https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2\\_Etat\\_des\\_lieux\\_07\\_RESSOURCES\\_HUMAINES\\_SANTE\\_20170519.pdf](https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519.pdf)
22. Santé Publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2018-2019 [Internet]. [Cité 3 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2018-2019>
23. CCMSA. GéoMSA. Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [Cité 3 juin 2023]. Disponible sur: [https://geomsa.msa.fr/#bbox=-15414,7138397,1371136,1116667&c=indicator&i=dt\\_prevention\\_colrec.dt\\_prevention\\_colrec&s=2019&selcogeo=08&view=map6](https://geomsa.msa.fr/#bbox=-15414,7138397,1371136,1116667&c=indicator&i=dt_prevention_colrec.dt_prevention_colrec&s=2019&selcogeo=08&view=map6)
24. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. GROUMF, GMS, CNGE. 2021. 192 p.
25. Frappé P. Initiation à la recherche. [2e édition]. Saint-Cloud, Paris: FAYR-GP ; Global Média Santé ; CNGE; 2018.
26. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4. [Internet]. [Consulté le 30 juin 2023]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-COREQ.pdf>

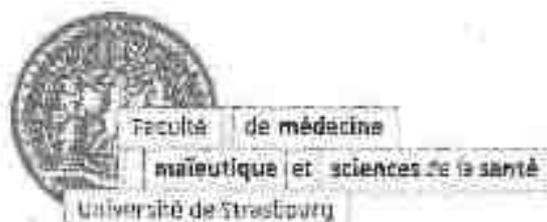
27. Gollac M, Brodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux. Paris: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011. [Internet]. [Consulté le 22 janv 2023]. Disponible sur : [https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_SRPST\\_definitif\\_rectifie\\_11\\_05\\_10.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf)
28. Service Santé Sécurité au Travail, MSA Maine-et-Loire. Les essentiels des Risques PsychoSociaux (RPS) [Internet]. 2022 [cité 22 janv 2022]. Disponible sur: <https://ssa.msa.fr/document/les-essentiels-des-risques-psycho-sociaux/>
29. Louazel V. Des agriculteurs sous pression : une profession en souffrance. Rapport d'étude sur les mécanismes psychosociaux en jeu chez les agriculteurs en difficulté [Internet]. Solidarité Paysans; 2016 mars p. 67. [Cité 2 sept 2023]. Disponible sur: <https://solidaritepaysans.org/zoom-sur/des-etudes/des-agriculteurs-sous-pression-une-profession-en-souffrance>
30. Vallée D. 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. [Faculté de Médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2018.
31. Extra C. Facteurs entravant la prise en charge des exploitants agricoles indépendants en médecine générale - point de vue des exploitants de la vallée de la Blanche. Université Aix - Marseille; 2021.
32. Jouenne B. Sous-consommation médicale, prévention et dépistage chez les agriculteurs : une étude qualitative de leurs représentations et comportements en santé réalisée en Ille et Vilaine et Morbihan. [Rennes, France]: Université Bretagne Loire; 2017.
33. Mabire C. Résistance du monde agricole : aspects psychosociaux du bien-être et du mal-être [Thèse de doctorat en psychologie]. [France]: Université de Lorraine; 2017.
34. Cambois E, Barnay T. 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*. mars 2009;(59):194-205.
35. Gambino M, Laisney C, Vert J, (coord.). Le monde agricole en tendance. Un portrait social prospectif des agriculteurs. Centre d'études et de prospective, SSP, ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du Territoire; 2012. [Internet]. [Cité 10 sept 2023]. Disponible sur: <https://agriculture.gouv.fr/le-monde-agricole-en-tendances-un-portrait-social-prospectif-des-agriculteurs>
36. Audureau W. Qu'est-ce que l'« espérance de vie en bonne santé », indicateur récurrent des débats sur l'âge de départ à la retraite ? *Le Monde* [Internet]. 15 avr 2022; [Cité 15 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2022/04/15/qu-est-ce-que-l-esperance-de-vie-en-bonne-sante-indicateur-recurrent-des-debats-sur-l-age-de-depart-a-la-retraite\\_6122315\\_4355770.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2022/04/15/qu-est-ce-que-l-esperance-de-vie-en-bonne-sante-indicateur-recurrent-des-debats-sur-l-age-de-depart-a-la-retraite_6122315_4355770.html)
37. Colin R. Effets de la multi-exposition aux facteurs de risque physiques et psychosociaux dans la survenue d'accident du travail. Université de Rennes; 2022.
38. Brière J, Chevalier A, Charbotel B, Imbernon E. Des indicateurs en santé au travail - Les accidents mortels d'origine professionnelle en France. [Internet]. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2011 p. 24. [Cité 16 sept 2023]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr>
39. CCMSA, Direction des Statistiques, des Etudes et des Fonds. Les statistiques des risques professionnels des non-salariés et des chefs d'exploitation agricole. Données nationales 2017. [Internet]. 2019 mai. [Cité 16 sept 2023]. Disponible sur: <https://statistiques.msa.fr/publication/les-statistiques-des-risques-professionnels-des-non-salaries-et-des-chefs-d-exploitation-agricole-en-2017-etude/>

40. ARS Grand-Est. ARS Grand-Est. 2022 [cité 23 sept 2023]. Médecins généralistes : publication de la nouvelle cartographie 2022 des zones prioritaires ouvrant droit à des aides en Grand Est. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/medecins-generalistes-publication-de-la-nouvelle-cartographie-2022-des-zones-prioritaires-ouvrant>
41. Bordet-Gaudin R, Logeais C, Ulriche A. Le niveau de vie des ménages agricoles est plus faible dans les territoires d'élevage. INSEE Première [Internet]. 11 oct 2021;(n° 1876). [Cité 16 sept 2023] Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5434584>
42. INSEE Résultats. INSEE. 2022 [Cité 16 sept 2023]. Principaux résultats sur les revenus et la pauvreté des ménages en 2019. Dispositif Fichier localisé social et fiscal (Filosofi). Niveau de vie et pauvreté des territoires en 2019. [Internet]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/6436484?sommaire=6036904#tableau-figure2\\_radio1](https://www.insee.fr/fr/statistiques/6436484?sommaire=6036904#tableau-figure2_radio1)
43. Isel F, Villaume. Le Grand Est, contrasté entre territoires très ruraux et urbains [Internet]. INSEE. INSEE Analyses Grand Est; 2021 avr. Report No.: 131. [Cité 16 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5359123#consulter>
44. Berthod-Wurmser M, Ollivier R, Raymond M, Villers S, Fabre D. Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural [Internet]. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Conseil Général de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Espaces Ruraux (CGAAER); 2009 sept. Report No.: IGAS N°RM2009-102P / CGAAER N°1883. [Cité 16 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/Pauvrete-precarite-solidarite-en-milieu-rural.html>
45. Khireddine I, Santin G, Bossard C. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. 2015;(433):44-6.
46. Lesage FX, Berjot S, Amoura C, Deschamps F, Grebot E. Mesure du stress en milieu de travail par autoquestionnaires validés en français : revue de la littérature. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. sept 2012;73(4):596-606.
47. INRS (Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles). Risques psychosociaux (RPS). Questionnaires risques psychosociaux. Quand et lequel choisir ? [Internet]. 2022. [Cité 11 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/questionnaires.html>
48. Langevin V, Boini S. Déséquilibre « efforts/récompenses » (Questionnaire dit de Siegrist) [Internet]. INRS. Références En Santé Au Travail. juin 2015;(142):109-12. [Cité 11 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%203>
49. Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M, Leclerc A. Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du déséquilibre efforts/récompenses. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2000;48(5):419-37.
50. AGRESTE, DRAAF (Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt). Population agricole. La population des exploitants agricoles du Grand Est : état des lieux, évolution et prospective [Internet]. Châlons-en-Champagne; 2021 juin. [Cité le Disponible sur: <https://draaf.grand-est.agriculture.gouv.fr/etude-no-4-la-population-des-exploitants-agricoles-du-grand-est-etat-des-lieux-a2620.html>
51. Chambre d'agriculture Grand-Est. Je transmets mon exploitation / Le PIT [Internet]. [Cité 2 sept 2023]. Disponible sur: <https://grandest.chambre-agriculture.fr/formation-emploi/je-transmets-mon-exploitation-le-pit/>
52. Damaisin Olivier, député de Lot-et-Garonne. Identification et accompagnement des agriculteurs en difficulté et prévention du suicide. 29 propositions pour améliorer les actions de sensibilisation et d'accompagnement. 2020 nov.

53. Terrien M. Le premier lait ardennais arrive dans les rayons. L'Union [Internet]. 5 sept 2018; [Cité le 2 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.lardennais.fr/art/110146/article/2018-09-05/le-premier-lait-ardennais-arrive-dans-les-supermarches-cette-semaine>
54. Chambre d'Agriculture Normandie [Internet]. 2023 [cité 11 sept 2023]. Groupement d'employeurs. Disponible sur: <https://normandie.chambres-agriculture.fr/conseils-et-services/gerer-son-exploitation/management-organisation-rh/groupement-employeurs/>
55. Delalande E. Prévention du risque suicidaire chez l'agriculteur : une étude qualitative chez les éleveurs bovins en Ille et Vilaine. Deuxième partie, connaissances et ressentis des agriculteurs sur l'accompagnement en cas de risque suicidaire [Thèse de Médecine]. Université de Rennes 1; 2021.
56. Priour A. Prévention du risque suicidaire chez l'agriculteur : étude qualitative chez des éleveurs bovins en Ille et Vilaine. Première partie, connaissances et ressentis des agriculteurs sur le suicide [Thèse de Médecine]. Université de Rennes 1; 2021.
57. Flajolet A. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire [Internet]. Paris: Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative; 2008. [Cité 5 sept 2023]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Flajolet.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf)
58. CCMSA. Prévention santé MSA : bilan 2016 et perspectives [Internet]. 2017 [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: [https://poitou.msa.fr/lfp/documents/98750/2218219/CCMSA\\_rapport\\_activite\\_prevention\\_2016\\_flash\\_BD.pdf/a70356f9-6031-8ebe-32ec-a423aa82f8e9](https://poitou.msa.fr/lfp/documents/98750/2218219/CCMSA_rapport_activite_prevention_2016_flash_BD.pdf/a70356f9-6031-8ebe-32ec-a423aa82f8e9)
59. Vignon E. Le non-dit du patient en consultation de médecine générale. Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 15 patients. [Thèse de Médecine]. [Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Merieux]: Université Claude Bernard - Lyon 1; 2015.
60. Daussy D. L'insatisfaction dans la relation médecin-malade : le point de vue du malade. [Thèse de Médecine]. [Faculté de Médecine Montpellier - Nîmes]: Université de Montpellier; 2018.
61. Dedienne MC. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups. [Thèse de Médecine]. [Faculté de Médecine de Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2001.
62. Marron-Delabre A, Rivollier E, Bois C. Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients. Santé Publique. 2015;27(6):837-40.
63. GAUDIN G. Le non-dit dans la consultation de médecine générale. Une étude qualitative sur son importance aux yeux des généralistes. [Thèse de Médecine]. [Faculté de Médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2013.
64. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. Exercer. avr 2017;132:187-8.
65. Haute Autorité de Santé. 2015 [cité 1 sept 2023]. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi)
66. Chabas P, Vidal-Borrossi F. Agir pour la continuité des soins, le paradigme du médecin rural. Actualités et Dossier En Santé Publique (ADSP). juin 2006;(55):4-8.
67. Asalée (Action de santé libérale en équipe) [Internet]. [Cité 24 oct 2023]. Disponible sur: <http://asalee.org/>
68. Dispositif Asalée : une coopération médecins-infirmiers pour améliorer la qualité des soins. La Revue Prescrire. avr 2023;43(474):306-7.

69. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2021 [Cité 20 oct 2023]. Les pratiques de soins non conventionnelles. Médecines complémentaires / alternatives / naturelles. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
70. Michel M, Arvis Souaré M, Dindorf C, Danguy V, Chevreul K. Health check-ups for the French under-consuming agricultural population : A pilot evaluation of the Instants santé MSA program. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. févr 2023;71(1):101420.
71. CCMSA. Rapport d'activité MSA 2022 [Internet]. 2022 [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: <https://marne-ardennes-meuse.msa.fr/lfp/documents/11566/82466739/Rapport+d%27activit%C3%A9+MSA+2022>
72. MSA [Internet]. [Cité 26 sept 2023]. Pass'Agri : toutes les aides de la MSA en cas de difficulté. Disponible sur: <https://www.msa.fr/lfp/pass-agri>
73. MSA, La Santé-Sécurité au travail au service des entreprises, COCT (conseil d'orientation sur les conditions de travail). La prévention au service des TPE/PME agricoles. Les exploitants agricoles. [Internet]. 2009. [Cité 26 sept 2023]. Disponible sur: [https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/COCT-Les\\_exploitants\\_agricoles.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/COCT-Les_exploitants_agricoles.pdf)

# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : MIXELIE Prénom : Emilie

Ayant été informé(e) qu'en n'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 28 décembre 1901 dite de répression des fraudes (dans les examens et concours publics).

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète*

Signature originale : 

À SRONHEIM le 07/11/2023

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

---

## RÉSUMÉ

**Introduction** : Les exploitants agricoles français présentent une espérance de vie à 35 ans supérieure à la moyenne nationale, mais une déclaration plus importante de limitation d'activité. Paradoxalement, ceux-ci se trouvent être les moins consommateurs de soins en France, et ce malgré leur exposition aux mêmes facteurs de risques et risques en santé que la population générale, et leurs multiples expositions professionnelles. La prévention en santé reste la pierre angulaire permettant de réduire ou éviter ces expositions et leurs conséquences. L'objectif de cette étude est d'étudier les représentations et attentes des exploitants agricoles ardennais en matière de prévention en santé.

**Méthode** : Une étude qualitative a été réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de huit exploitants agricoles ardennais, d'octobre 2022 à juillet 2023. Le recrutement s'est initialement effectué par réseau, et s'est poursuivi par effet boule de neige. L'analyse a été conduite selon une approche inspirée de la théorisation ancrée.

**Résultats** : Les exploitants agricoles ont souligné la place importante que représentait le travail dans leur vie, ainsi que les multiples risques et facteurs de risques, notamment psychosociaux, auxquels ils se trouvaient exposés. L'autonomie et l'indépendance multifactorielles, dont ils faisaient preuve en prévention étaient manifestes. D'une part, elles étaient induites par l'indépendance qu'ils devaient déployer dans le domaine de la prévention en santé au travail. Un sentiment de maîtrise du risque, à travers l'adoption de divers comportements préventifs, était très présent professionnellement. D'autre part, cette autonomie et cette indépendance en prévention étaient provoquées par un sentiment d'isolement, d'inadaptation et de manque de compréhension de la part des intervenants en santé. La relation médecin-patient ainsi que les non-dits en consultation pouvaient être en cause. Les relations dégradées et les problèmes de communication avec la MSA entravaient l'accès à la prévention. L'entourage jouait donc un rôle essentiel dans ce domaine, et représentait un moyen d'accès préventif.

**Discussion** : Les forces de notre étude résident dans son originalité et les méthodes d'étude et de recrutement, choisies pour être au plus près des intéressés. Des biais de désirabilité sociale, de collecte des données, d'intervention et d'analyse ont été identifiés. Nous avons essayé de les limiter, notamment par la tenue d'un journal de bord, le co-codage d'un entretien et l'élaboration de la grille COREQ.

**Conclusion** : La compréhension, la connaissance et l'adaptation, notamment à travers un aller-vers des intervenants auprès du monde agricole en prévention en santé, ainsi que par le développement d'un réseau local solide, notamment médical, sont nécessaires pour pouvoir tendre vers de meilleures adhésion et participation des exploitants agricoles ardennais en prévention en santé.

---

Rubrique de classement : Médecine Générale

---

Mots-clés : agriculteurs ; médecine préventive ; médecine générale ; santé au travail ; évaluation des besoins ; comportement en matière de santé ; recherche qualitative

---

Présidente : Pre GONZALEZ Maria, Professeure des Universités – Praticien Hospitalier

Directrice : Dr LEPINE Camille, Cheffe de clinique des Universités de Médecine Générale

Assesseurs : Dr ROUGERIE Fabien, Professeur Associé des Universités de Médecine Générale

Dr GRIES Jean-Luc, Médecin Généraliste

Dr HERBRECHT Pascale, Médecin du Travail MSA, Cheffe de service

---

Adresse de l'auteur : mineur.emilie@gmail.com