

ÉTAT DE SANTÉ & ACCÈS AUX SOINS DES AGRICULTEURS DES COMBRAILLES

UNE ÉTUDE QUANTITATIVE
ET QUALITATIVE



ÉTAT DE SANTÉ & ACCÈS AUX SOINS DES AGRICULTEURS DES COMBRAILLES

UNE ÉTUDE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

Cette étude a été réalisée en partenariat avec :



Et avec le soutien de :



AUTEURS

Marielle Chappuis
Pascal Dessenne
Céline Laurenson
Olivier Lesens
Léo Magnin
Geoffrey Normand

ENQUÊTEURS

Louis Cormerais
Lucille Kupfer-Cornet
Léo Magnin
Geoffrey Normand
Maryse Renon

INTRODUCTION

Médecins du Monde (MdM) est une organisation non-gouvernementale dont l'objectif est de faciliter l'accès aux droits et aux soins de santé des populations les plus vulnérables en France comme à l'étranger. En France, l'association est présente dans une vingtaine de départements au travers de 70 programmes menés par des bénévoles et des salariés.

Depuis 2013, le REseau de Santé et de CORDination d'Appui (Rescorda) de MdM situé en Auvergne dans les Combrailles dans le département du Puy-de-Dôme, s'est fixé comme objectif d'améliorer l'accès aux soins des publics vulnérables vivant en milieu rural en favorisant le maillage et l'articulation indispensable entre les acteurs du soin et le secteur social. Ce projet s'inscrit dans les actions menées dans le cadre du Contrat Local de Santé du Pays des Combrailles signé avec l'Agence Régionale de Santé Auvergne (ARS). Après presque deux ans de fonctionnement, il apparaît que très peu de personnes issues du milieu agricole ont été suivies par le dispositif Rescorda. Face à ce constat et compte tenu de la littérature relatant des conditions de vie difficiles dans le monde agricole, MdM, en collaboration avec le Syndicat Mixte pour l'Aménagement et de Développement des Combrailles (SMADC) et l'École Normale Supérieure de Lyon, a proposé au travers d'une étude de comprendre les difficultés d'accès aux soins rencontrées par les agriculteurs vivant sur le secteur des Combrailles. Celle-ci a permis à la fois d'avoir un état des lieux de l'état de santé des agriculteurs et de leurs difficultés d'accès aux soins, mais également de pouvoir dialoguer sur le thème de la santé avec ce public très peu demandeur.

18 % de la population française résident dans « l'espace rural » . En 2011, 13,3 % des auvergnats vivent sous le seuil de pauvreté² c'est-à-dire avec un niveau de vie inférieur à 977 € par mois. Le Puy-de-Dôme est au 35ème rang des départements les plus pauvres (sur les 101). C'est aussi l'un des 3 départements français où la précarité des jeunes adultes est la plus marquée³. En raison d'une faible densité médicale, et d'une distance importante à parcourir pour accéder aux structures de santé secondaires ou tertiaires, l'accès aux soins de santé peut devenir de plus en plus difficile, voire, se traduire par un effet de renoncement aux soins pour les personnes vivant en milieu rural. Par ailleurs, au cours des dernières années la population rurale a considérablement changé en France. Les agriculteurs représentent actuellement moins de 5% de la population générale. Le statut et la vie de l'agriculteur ont profondément changé avec une transformation des métiers et des qualifications. Les agriculteurs deviennent des chefs d'entreprise qui doivent faire face à de nombreuses pressions. Aujourd'hui l'activité agricole ne repose plus sur l'ensemble des membres de la famille. Le taux de pauvreté dans cette catégorie socio-professionnelle s'est accru ces dernières années passant de 13% en 2006 à 24% en 2010⁴.

Enfin, des études récentes ont mis en évidence un excès de mortalité par suicide chez les exploitants agricoles masculins par rapport à la population générale (en 2008, le risque de décès par suicide était de 28% plus élevé chez les agriculteurs exploitants que dans la population générale, dans la classe d'âge de 45 à 64 ans) et en particulier chez les éleveurs (excès de mortalité par suicide de 56% pour l'élevage «lait» et 127% pour l'élevage «viande»). Le suicide constitue ainsi la troisième cause de décès dans le monde agricole, après les décès par cancer (32%) et affections de l'appareil cardiovasculaire (19%)⁵.

1. Berthod-Wurmser M et al. « Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural » Rapport IGAS, Conseil général de l'agriculture, de l'alimentation et des espaces ruraux, 2009, Tome 1

2. Lasbats F, Vallès V « La pauvreté dans le Puy de Dôme - Aggravation de la situation des plus pauvres pendant la crise » INSEE Analyses, 2015, n°12

3. Ibid

4. Source : Centre d'étude et de prospectives, 2010

5. Bossard C, Santin G, Guseva Canu I. « Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants- Premiers résultats », InVS, rapport, 2013, 27 pages.

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

L'étude s'est déroulée de mi-février à fin avril 2015, à travers la réalisation d'une enquête quantitative et d'une enquête qualitative.

ENQUÊTE QUANTITATIVE

La population cible de l'étude était constituée des agriculteurs exploitants actifs résidant sur les communautés de communes de Pionsat, Menat et Cœur de Combrailles⁶.

Les exploitants ont été tirés au sort dans une liste exhaustive, fournie par le SMADC, constituée des agriculteurs exploitants actifs résidant sur ces communes en décembre 2014. Toutes les personnes sélectionnées étaient averties par courrier puis contactées par téléphone par un enquêteur pour participer à l'étude (figure ci-contre). Les entretiens avaient lieu au domicile des personnes et se présentaient sous la forme d'un questionnaire abordant les conditions de vie, de travail et de santé. La durée moyenne de la passation du questionnaire a été de 45 minutes. Un consentement écrit était signé par toutes les personnes participant.

En amont de l'enquête, des articles ont été publiés dans les trois journaux agricoles de la région afin d'informer la population de la mise en place de l'enquête. Au moment des commissions agricoles (du 15 décembre 2014 au 15 janvier 2015), le SMADC et MdM ont informé et sensibilisé les élus et les conseillers techniques de la chambre d'agriculture sur l'enquête. Ceux-ci ont pu informer et sensibiliser la communauté agricole locale, permettant ainsi de faciliter le premier contact avec les agriculteurs.

La précarité a été mesurée par le score EPICES, indicateur individuel qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. La qualité de vie a été mesurée à l'aide du SF12⁷ qui permet de déterminer un score de santé physique (Physical Composite Scores -PCS12) et un score de santé mentale (Mental Health Composite Scores - MCS12). Pour ces deux scores, la valeur 50 représente la santé moyenne en population générale. Dans le cadre de l'étude, un score inférieur à 40 était considéré comme un indice de mauvaise qualité de vie physique ou mentale.

Enfin le niveau de détresse psychologique des agriculteurs était mesuré à l'aide du GHQ12⁸. Le score a été calculé selon deux types de cotation, une cotation dimensionnelle (échelle de Likert allant de 0 à 3) et une cotation dichotomique (0-0-1-1). Le seuil de 2/3, proposé par Goldberg pour la cotation dichotomique dans une population en médecine générale, a été retenu pour interpréter ce score et mettre en évidence (ou non) une situation de détresse psychologique.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS. Les comparaisons de variables ont été testées à l'aide du test du chi-deux de Pearson (pour les variables qualitatives) et du test non paramétrique de Kruskal et Wallis ou de l'analyse de variances (pour les variables quantitatives). Les différences observées sont exprimées à l'aide du « p » qui exprime la probabilité que les différences observées soient significatives. Si la valeur du « p » indiqué est inférieure à 0,05 on conclut à une relation statistiquement significative entre les groupes ainsi comparés d'un point de vue statistique.

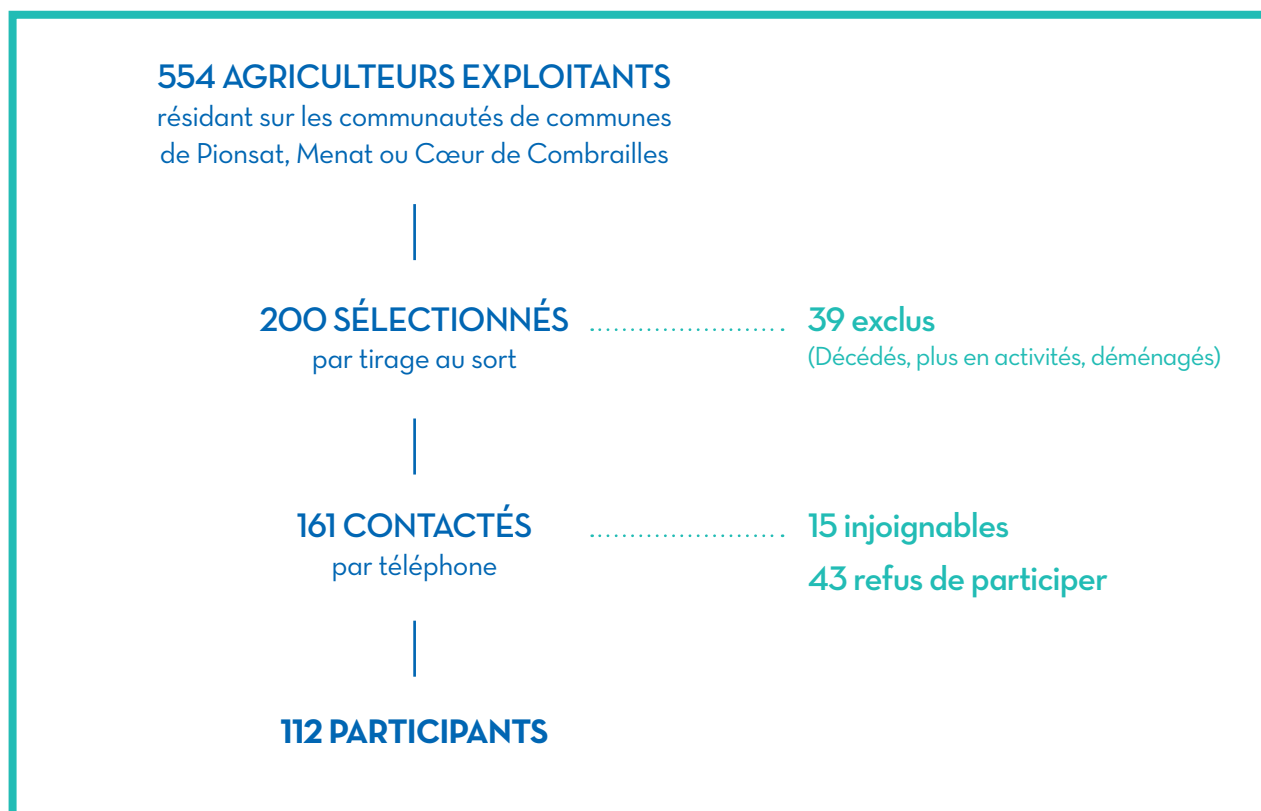
L'enquête s'est déroulée du 16 février au 29 avril 2015. Parmi les 161 agriculteurs exploitants contactés par téléphone pour participer à l'étude, 112 ont accepté de participer, soit un taux de participation de 70%.

6. Ces 3 communautés de communes constituent le territoire sur lequel intervient le Rescorda.

7. Le SF12 est une version abrégée du « Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey » (SF-36).

8. Le GHQ12 de Goldberg et Hillier (1979), est un questionnaire de santé générale qui mesure sur 4 dimensions : anxiété et insomnie, symptômes somatiques, dysfonctionnement social et dépression.

SÉLECTION DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉ À L'ÉTUDE



ENQUÊTE QUALITATIVE

Une étude qualitative a complété le volet quantitatif afin d'approfondir la compréhension de certaines situations représentatives (agriculteur en groupement, jeune maraîcher néorural...) et d'élargir le spectre de la population interrogée en y incluant des personnes évoluant dans le milieu agricole mais ne faisant pas partie de la population cible de l'enquête quantitative centrée sur les exploitants actifs (retraités, salariés, conjoints collaborateurs, travailleurs saisonniers...). La méthode qualitative permet d'obtenir des réponses plus détaillées et librement commentées aux questions posées.

Au total, 16 personnes ont été rencontrées à leur domicile dont 10 hommes, le plus souvent célibataires (n=9) et éleveurs (n=12). Cinq étaient retraités.

La méthodologie adoptée a été celle de l'entretien semi-directif. Les entretiens duraient en moyenne une heure et demie (minimum : 30 minutes ; maximum : 3 heures) et ont tous été enregistrés.

La ligne directrice des entretiens a été la notion d'itinéraire thérapeutique. Cette ligne directrice renvoie aux comportements de santé mis en œuvre par les personnes interviewées pour agir en cas de douleur physique ou mentale, ou dans des situations d'inconfort de vie.

RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Les agriculteurs ayant participé à l'enquête quantitative (n=112) sont majoritairement des hommes (75%). L'âge moyen est de 48,6 ans (min=26 ans, max=74 ans). Il s'agit surtout d'agriculteurs natifs des Combrailles (87%), vivant en couple (85,7%), ayant repris une exploitation familiale (75%) en individuelle (46%) et propriétaires de leur logement (82%). La grande majorité des personnes rencontrées sont éleveurs de viande (86%) et produisent de la nourriture pour leur bétail.

L'ensemble des caractéristiques socio-démographiques des personnes enquêtées est présenté dans le tableau en page 14.

SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE

Les scores SF12 et GHQ12 n'étant pas exploitables pour 2 personnes de l'échantillon, l'analyse a donc été réalisée sur 110 participants.

SANTÉ PHYSIQUE

Parmi les agriculteurs interrogés, 85% se sentaient en bonne santé. L'évaluation de la qualité de vie physique peut être considérée, selon le SF12, comme mauvaise⁹ chez 15,5% des agriculteurs. De façon générale, les agriculteurs estiment que leur corps résiste très bien à la maladie (86%) et la même proportion considère avoir une vie très saine (85%). Un tabagisme actif est retrouvé chez 26% (15 cigarettes par jour en moyenne), et de manière significative plus fréquente chez les moins de 50 ans (37% versus 15%, $p < 0,01$). La consommation régulière d'alcool est retrouvée chez 21% avec un nombre moyen de verres de vin de 2,3/jour.

40% ont déclaré une affection chronique, notamment cardio-vasculaire (10%), ostéo-articulaire (10%) neurologique (7%) et pulmonaire (7%). La surcharge pondérale (IMC entre 25 et 30) est retrouvée chez 35% et l'obésité (IMC > 30) chez 18% de l'échantillon.

Alors que l'état dentaire est jugé plutôt bon à très bon par 87% des participants, 45% d'entre eux ont au moins une dent absente non remplacée (12% ayant plus de 4 dents manquantes non remplacées).

SANTÉ MENTALE

29% des agriculteurs interrogés ont une qualité de vie mentale réduite selon le score SF12. La détresse psychologique a été détectée chez 24% des agriculteurs interrogés et est significativement plus importante chez les femmes et chez les personnes déclarant un mauvais état de santé ($p = 0,001$). Le croisement des résultats aux tests GHQ12 et SF12 montrent une forte corrélation dans les deux dimensions de la santé physique ($p = 0,039$) et mentale ($p < 0,001$). La situation financière des foyers et le sentiment d'isolement sont associés à une moindre qualité de vie mentale.

75% des agriculteurs déclarent que leur travail est fatiguant nerveusement (dont 92% présentent une détresse psychologique avérée, $p = 0,017$) et 85% déclarent qu'il est fatiguant physiquement (dont 96% présentant une détresse psychologique avérée, $p = 0,061$). Plus de la moitié des personnes interrogées (52%) déclarent avoir des insomnies (dont 81% des personnes présentant une détresse psychologique avérée, $p = 0,001$). Les personnes qui ont déclaré que leur travail les empêche de dormir ou qui se sont déclarées plus facilement

9. Scores inférieurs à 40

10. Score inférieur à 40

11. GHQ12 > 2

inquiètes (47%) présentent également une moindre qualité de vie mentale associée et dans 85% des cas sont considérés en détresse psychologique ($p=0,001$).

L'enquête qualitative indique que les principales sources d'anxiété liées à l'activité professionnelle des agriculteurs exploitants, sont les « papiers ». À tel point qu'un éleveur a déclaré : « on a deux patrons, le soleil et eux [la PAC] ! ». Souvent considérées comme opaques, les règles pour obtenir les subventions changent très souvent et les agriculteurs sont parfois prévenus au dernier moment, alors que les conditions météorologiques permettraient de travailler. De plus, comme le fait remarquer une conjointe collaboratrice, « c'est pas qu'une question de papiers » car cela désigne tout un travail d'organisation et d'anticipation « pour passer dans les clous » et avoir droit aux subventions sans lesquelles l'exploitation ne peut pas s'en sortir financièrement : « ça c'est un stress parce qu'on sait jamais comment il va falloir s'organiser pour tomber dans les clous, vous voyez ce que je veux dire, et quelquefois, il faudrait très peu quasiment, pour faire basculer certaines exploitations, vous voyez. »

Le lien entre ces pressions administratives et ses répercussions sur la santé de l'agriculteur est clairement explicité par une conjointe interviewée, qui dit de son mari qu'il a parfois du mal à dormir parce qu'« il organise beaucoup ses journées aussi la nuit ou aux toilettes aussi ». Les agriculteurs en détresse psychologique se montrent significativement plus inquiets (84%, $p=0,001$) dès que quelque chose ne va pas bien. La sérénité des agriculteurs n'est pas une doctrine de vie puisque 56% au total déclarent s'inquiéter facilement dès que quelque chose ne va pas.

30% des agriculteurs présentent une augmentation du tabagisme (dont 60% des personnes présentant une détresse psychologique avérée, $p=0,046$) dans les 12 mois précédents l'enquête et 2% une augmentation de la consommation d'alcool (dont 90% ($p=0,005$) présentant une détresse psychologique avérée), principalement en raison de leur travail. 13% des agriculteurs déclarent avoir pris des psychotropes dans les 12 derniers mois (sans différence significative selon le niveau de détresse psychologique au sens du GHQ12). La consommation de psychotropes est plus fréquente chez les femmes (60%, $p=0,001$), chez les personnes qui ont déclaré se sentir isolées socialement ($p=0,034$) et chez les personnes ayant une moindre santé mentale au sens du MCS12 ($p=0,003$).

Le nombre moyen de jours travaillés est supérieur à 6,5 par semaine (quelle que soit la saison) et le nombre moyen de jours de congés annuel est de 3,2. Les agriculteurs les plus jeunes (<50 ans) et ceux avec enfants ont tendance à prendre des vacances plus fréquemment. Les principaux motifs évoqués à l'absence de congés sont le fait de ne pas pouvoir se faire remplacer sur l'exploitation (15% des cas), le manque de moyens (12%), l'absence de goût des vacances (16,1%) et la surcharge de travail (14,3%). Seulement un tiers des agriculteurs a utilisé au moins une fois le service de remplacement, principalement du fait de la survenue d'une maladie (19%), pour des vacances (15%) ou pour un complément de main d'œuvre (12%). La justification du non recours au service de remplacement était principalement liée à la « non utilité » pour 33% (pas de besoin de remplacement) et le coût (20,5% des agriculteurs).

Les agriculteurs sont sensibles à la notion de souffrance psychique puisqu'ils reconnaissent pour 58% d'entre eux connaître dans leur entourage des personnes déprimées. Bien que ne déclarant pas eux-mêmes de tendance suicidaire directement, 47% ont toutefois déclaré connaître une personne travaillant dans l'agriculture, ayant effectué une tentative de suicide.

LE NIVEAU DE PRÉCARITÉ DES AGRICULTEURS

31% des agriculteurs sont en situation de précarité au regard du score EPICES¹², mais aucun n'est considéré comme grand précaire. Si les études qualitatives et quantitatives ont montré une certaine faiblesse voire inadaptation du score EPICES à la population spécifique des agriculteurs¹³, l'étude qualitative a permis de démontrer toutefois que les agriculteurs peuvent potentiellement tous basculer dans une zone de vulnérabilité quel que soit leur âge, leur sexe, la taille ou le type d'exploitation. L'affaiblissement du corps et de la force de travail, la maladie, un accident, les premiers signes de la vieillesse... sont des facteurs anxiogènes parce qu'ils menacent et réduisent « l'avance » dans le travail. Cette amoindrissement de « l'avance » engendre une représentation négative de soi-même qui génère à son tour une intensification des exigences professionnelles : « *si je vais moins vite qu'avant, il faut donc que je travaille plus longtemps* ». C'est ce qui transparait dans un entretien avec un éleveur qui, souffrant de problèmes de santé, peut abattre une moindre quantité de travail qu'auparavant. Cette différence s'exprime et se mesure en termes d'avance :

Éleveur : *Nous c'est pas les 35h qu'on fait. Eh nous, les gens qui sont à la retraite ils demandent les trimestres, mais si ils comptaient les heures y'aurait pas besoin de tant de trimestres. C'est vrai hein. Moi je finis à onze heures le soir alors...*

Enquêteur : *Onze heures ?*

Éleveur : *Passer partout, et puis attends moi j'ai plus d'avance comme j'avais. (Éleveur, 52 ans)*



© DR

12. Seuils retenus : précarité score >30,17 ; grande précarité score > 53,84.

13. La question relative à la pratique du sport est souvent une question difficile à répondre pour les agriculteurs du fait que la plupart des agriculteurs ont généralement une activité physique en relation avec leur travail mais peu dans un contexte de pratique sportive, souvent par manque de temps. De plus, la plupart des agriculteurs sont propriétaires de leur ferme par héritage, ce qui n'est pas en lien avec un critère de prospérité économique. (Logements parfois grands, anciens et donc énergivores et quelque fois ne répondant pas à certains critères de confort). Enfin, il n'est pas une habitude culturelle marquée pour les agriculteurs actifs de faire appel à un travailleur social, même pour ceux dans une situation financière difficile.

RELATION AVEC LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

Parmi les agriculteurs exploitants interrogés, 93% bénéficient d'une assurance complémentaire santé privée et 5,4% sont à la CMUc. Seuls 1,7% des personnes rencontrées n'ont pas de complémentaire et moins de 2% sont bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) alors que selon les informations disponibles (en termes de revenus et de taille des foyers) plus d'un tiers des foyers pourrait à priori en bénéficier.

La plupart des agriculteurs font confiance à leur médecin (89%), même s'ils estiment dans 44% des cas que les informations délivrées par les professionnels du soin sont difficiles à comprendre et dans 76% des cas que leurs recommandations sont difficiles à respecter. 90% ont consulté un médecin généraliste au moins une fois dans les deux années précédentes, 65% un dentiste, 44% un ophtalmologiste et 36% un autre spécialiste. 61% des femmes ont consulté un gynécologue. Par contre, 17% des personnes de 50 à 74 ans ont eu recours au test de dépistage hémocult dans les 2 années ; ce qui montre un taux de participation inférieur à celui de la population générale¹⁴. Par ailleurs, 63,2% des femmes de 50 à 74 ans ont réalisé une mammographie dans les 2 ans conformément aux recommandations nationales (contre 70% de la population du Puy de Dôme¹⁵).

En cas de maladie, 45% préfèrent attendre avant de rencontrer un médecin et 40% pratiquent l'automédication. En cas d'infection respiratoire, 6 agriculteurs sur 10 déclarent systématiquement continuer à travailler, 40,5% ont recours à une forme de médecine alternative (sophrologie, ostéopathie, acupuncture) et 17% se tournent vers des guérisseurs ou rebouteux. Ces pratiques se retrouvent notamment fortement corrélées à une pratique agricole tournée vers le biologique.

Faire confiance au système de soins de santé pour la gestion des maladies graves semble être la règle. Les agriculteurs biologiques ont tendance à critiquer la médecine conventionnelle et recourir à la médecine alternative pour les problèmes de santé bénins. Ils reprochent à leurs médecins un manque d'écoute, de considération, de temps passé avec le patient et de ne se concentrer uniquement que sur une partie du corps au lieu de voir le patient dans son ensemble, avec une prescription systématique de médicaments.

« Comme dans la médecine conventionnelle bin on me prenait pas au sérieux, bin j'ai été voir un guérisseur qui au moins lui euh... j'ai pas envie de ça mais lui il me plaignait, il me comprenait, il essayait de me rassurer et ça ça m'a fait du bien... »

Certains agriculteurs ont acquis une sorte de connaissance personnelle des problèmes de santé (représentation plus ou moins erronée notamment sur la maladie de Lyme, très présente dans ce secteur géographique) et choisissent d'utiliser la médecine conventionnelle ou alternative conformément à l'idée qu'ils ont de la maladie et de sa gravité.

14. ARDOC : Association Régional des Dépistages Organisés des Cancer Ibid.

15. Inserm, Tns Healthcare, Roche - ObÉpi 2009 - Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids.

LES SOINS DE SANTÉ ET LE RENONCEMENT AUX SOINS

14 % des agriculteurs déclarent avoir renoncé à consulter un médecin dans les 12 derniers mois et 20 % un dentiste. La principale raison de ce renoncement est le manque de temps (27 %) et la distance à parcourir jusqu'aux structures de soins de santé (16 %) (également lié au temps).

Le manque de temps semble être la raison la plus socialement acceptable pour les agriculteurs actifs, mais elle peut masquer une situation plus complexe dans laquelle des raisons financières, l'organisation du transport, la peur et la négligence sont souvent intriquées. Dans ce cas, le bénéfice potentiel de la prise en charge ne peut pas compenser l'anxiété générée par tous les inconvénients de l'organisation des soins. Derrière la prétendue absence de temps, peut aussi se masquer le fait que les agriculteurs actifs peuvent prioriser leur travail au détriment de leur propre santé.

Enquêteur : *Et vous savez pourquoi il voulait pas aller voir le médecin ?*

Conjointe collaboratrice : *Non non, il a pas le temps et puis il veut pas, le vétérinaire est plus indispensable.*

Enquêteur : *Ah bon ? (rires) Le vétérinaire est plus indispensable que le médecin ?*

Conjointe collaboratrice : *Oui c'est plus indispensable de faire soigner les animaux que pour les paysans se faire soigner eux.*

Ce manque de temps, dû à une trop grande quantité de travail, et cette hiérarchisation des besoins, qui fait passer la santé du cheptel avant celle de l'exploitant, pointe une réalité agricole majeure : l'importance écrasante accordée à la sphère professionnelle sur la sphère privée, principal facteur d'anxiété.

Pour beaucoup d'agriculteurs, leur travail n'est pas qu'un emploi mais un mode de vie et une identité qui va au-delà de la sphère strictement professionnelle. Beaucoup sont issus d'une tradition familiale d'agriculteurs et 87% sont natifs des Combrailles. Chez les exploitants âgés de plus de 40 ans, la table du salon est aussi souvent le bureau de travail. De la même manière, pour les retraités, les vêtements de travail sont souvent les vêtements de tous les jours. C'est cette fusion entre la sphère professionnelle et la sphère privée, qu'on trouve aussi dans la littérature, que pointe une exploitante :

« Dans le milieu agricole on vit carrément, notre vie et notre travail c'est tout mêlé quoi. Y'en a peut-être qui arrivent à séparer mais moi, ça fait partie de tout, c'est tout, tout mêlé. »

Le mode culturel est aussi un facteur dominant intervenant dans le renoncement aux soins. Cet élément est ressorti notamment dans l'enquête qualitative chez les agriculteurs retraités, habitués « à la dure » à ne rien demander et à se contenter de peu. Certains vivent dans des conditions très précaires avec un seul point d'eau et pratiquement pas de chauffage, mais endurent « naturellement » ces conditions de vie sans oser demander d'aide sociale particulière sans doute par fierté.

Le renoncement aux soins dentaires est lié à la peur du dentiste, de la prise en charge elle-même (la peur du diagnostic, de la douleur, l'échec du traitement) : « [...] *Je sais qu'il y a des professionnels de santé [...], ils connaissent leur travail, mais j'ai peur* ». L'autre raison du renoncement aux soins dentaires est financière ; cela est notamment visible chez les retraités pour qui le dentier est perçu comme un luxe que la génération qui les a précédés ne se permettait pas et ne pouvait pas se permettre d'un point de vue financier.

Même si la grande majorité des agriculteurs ont une bonne assurance complémentaire, les questions financières restent une des raisons principales de leur renoncement aux soins, notamment pour les agriculteurs aux ressources limitées, mais également et toujours la question du temps alloué pour se faire soigner. Dans de nombreux cas, les agriculteurs évoquent qu'ils doivent payer le médecin à l'avance avant d'être remboursés par l'assurance maladie et leur mutuelle, et certains d'entre eux ne peuvent pas se le permettre (« *Je n'ai pas 20 € à mettre là* »). Le prix du transport pour rencontrer un spécialiste peut également provoquer un acte

de renoncement aux soins (« *Je dois faire attention lors du remplissage du réservoir pour aller à l'hôpital. Il est à une heure de route et il est vrai que parfois je reste avec ma douleur parce que je ne pouvais pas payer, même si je ne payais pas quelque chose là* »). Les barrières financières peuvent être aussi créées par une méconnaissance des droits. Ce comportement s'accroît davantage chez les agriculteurs retraités qui adoptent un comportement très dur avec eux-mêmes et dont l'habitude culturelle n'est pas de demander de l'aide. C'est le cas de cet agriculteur retraité qui, n'ayant plus que quelques dents, hésite à entreprendre des soins dentaires parce qu'il a peur de devoir les payer de sa poche :

Enquêteur : *Et pourquoi vous y allez pas [chez le dentiste] ?*

Retraité : *Je pourrais bien y aller mais c'est pas remboursé ça.*

Enquêteur : *C'est ça qui vous inquiète ?*

Retraité : *(inaudible) ça finit jamais.*

Enquêteur : *Vous savez pas à quelle hauteur vous êtes remboursé pour les dents ?*

Retraité : *Oui j'crois que c'est guère remboursé.*

Concernant la santé mentale, le non recours aux soins s'expliquent chez certains agriculteurs rencontrés par le fait qu'ils ne considèrent pas les troubles mentaux comme des problèmes de santé susceptibles d'être évoqués par un médecin. « *c'est une maladie, la dépression ?* »



DISCUSSION

La population étudiée est constituée majoritairement d'agriculteurs masculins cinquantenaires travaillant dans l'élevage-viande, originaires des Combrailles et ayant repris l'exploitation familiale.

Les néoruraux sont peu nombreux. Ils se distinguent néanmoins des précédents : il s'agit de gens plus jeunes, souvent non propriétaires qui ont développé une activité agricole plus réduite, souvent biologique à type de maraichage ou d'élevage autre que bovins et ne sont pas toujours issus de filière directement agricole. Cette population a un rapport à la santé qui diffère des autres exploitants agricoles.

Malgré la manipulation de produits jugés dangereux par les agriculteurs eux-mêmes à 70% avec souvent peu de protection (pour 40% d'entre eux), le ressenti de la santé physique est bon chez une large majorité des participants. On retrouve ce qui était déjà noté dans d'autres études pour ce qui concerne l'alcool et le tabac, à savoir une consommation inférieure à la population générale. Pour le tabac, il faut cependant nuancer : il existe une augmentation significative chez les moins de 50 ans, ce qui laisse supposer que la consommation de tabac risque de rejoindre la courbe de la population générale dans les prochaines années.

Par ailleurs, il existe un probable décalage entre le ressenti et la situation réelle. Alors que 85% se sentent en bonne santé, une affection chronique est retrouvée chez 40% d'entre eux.

La maladie de Lyme n'a pas été spécifiquement recherchée lors de cette étude mais elle est très fréquemment évoquée comme une affection chronique, mal prise en charge par le système de soins. Enfin la surcharge pondérale voire l'obésité (18% de l'échantillon) est fréquente mais n'est pas ressentie comme un signe de mauvaise santé. La proportion d'agriculteurs en surpoids est équivalente à celle en population générale (31,9% en 2009) alors que la proportion de personnes obèses est supérieure à la moyenne nationale (14,5% en population générale adultes).

De même, l'état dentaire est jugé satisfaisant chez 87% des agriculteurs, alors que près de la moitié ont au moins une dent absente non remplacée. Cette étude tend à mettre en évidence ce qui est sans doute un facteur socio-culturel, à savoir la surestimation de l'état de santé physique réel, favorisée par le sentiment de mener une vie saine, avec de l'exercice physique et par l'habitude de ne pas se plaindre facilement de la douleur physique.

La confiance dans le système de soins est globalement bonne ; la grande majorité des agriculteurs (90%) a consulté un médecin généraliste dans les deux années précédentes.

Néanmoins, la relation au professionnel de santé n'est pas exempte de critiques, notamment le manque de temps consacré, le manque d'écoute et de considération. Il s'ensuit des problèmes de compréhension de ce que dit le médecin et des difficultés d'observance. Par ailleurs, certains aspects du soin apparaissent particuliers au monde rural. Les agriculteurs font facilement le rapprochement entre le choix qu'ils opèrent pour leur bétail (vétérinaire, « traitement maison », attentisme) et l'attitude qu'ils ont vis-à-vis de leur propre santé (médecin pour les maladies jugées graves, attentisme ou médecine alternative pour les affections jugées bénignes). En ce sens, ils sont plutôt acteurs de leur santé mais leur connaissance des maladies tend à provenir de leur propre expérience ou de celle de leurs proches, et non d'une explication donnée par un professionnel de santé. La sous-estimation d'un problème de santé et une connaissance souvent erronée des maladies sont susceptibles d'aboutir à des retards de prise en charge. Mais la principale cause de retard ou de renoncement aux soins réside dans le rapport au temps et au travail des agriculteurs. À un travail qui les occupe toute l'année (très peu de vacances, peu de différences entre la vie en dehors et au travail) s'ajoute une pression administrative (« les papiers ») à laquelle ils sont peu préparés et une pression liée à l'état d'avancement de leur travail par rapport à ce qu'ils établissent comme la norme (celle-ci étant l'état d'avancement du groupe social d'agriculteurs alentours). Il peut s'ensuivre une image dégradée du métier et donc de soi avec une souffrance psychique qui peut être importante chez certains. Cette souffrance est sans doute aussi liée avec un sentiment d'isolement retrouvé chez 27% des agriculteurs. Un peu plus d'un agriculteur sur 10 déclarent avoir moins d'un contact amical par mois, et 2 sur 5 ont moins d'un contact par mois avec un membre de la famille, même

si majoritairement ils savent qu'ils peuvent compter sur l'entraide mutuelle (80%). On peut supposer que cette souffrance psychique multifactorielle peut être en partie une explication au taux de suicide important dans cette catégorie de population, ce d'autant qu'elle est volontiers dissimulée. Les agriculteurs n'avouent que très rarement directement leur détresse psychologique pourtant bien représentée dans cette étude, mais ils ne la minimisent pas en parlant de la souffrance ou les passages à l'acte de leurs confrères. Cette thématique reste encore difficile à aborder chez les agriculteurs plus habitués culturellement à une vie de labeur et à souffrir en silence. La question de la temporalité qui revient souvent en leitmotiv chez les agriculteurs doit cependant nous interroger sur cette charge de travail ressentie au quotidien ramenant l'agriculture non pas comme un métier mais un mode de vie incarné. L'agriculteur ne quitte pas son lieu de travail où majoritairement il vit, travaille sans horaire défini au point d'en oublier les vacances.

Les autres obstacles à la réalisation des soins sont ceux retrouvés dans le reste de la population rurale, à savoir les problèmes financiers, de transport et de connaissance des droits.

La précarité paraît mal évaluée par le score EPICES pour des raisons développées précédemment. Des items plus adaptés à cette population doivent être développés pour pouvoir mieux appréhender les personnes les plus à risque.

RECOMMANDATIONS

Une restitution des principaux résultats de l'étude a été faite auprès des acteurs locaux en septembre 2015 au cours de laquelle des pistes de travail ont été évoquées afin de redynamiser la prévention de la souffrance psychique et du suicide dans le cadre du contrat local de santé.

Les principales recommandations issues de cette restitution sont :

- Promouvoir et renforcer les dispositifs de remplacement, d'aide et de soutien existants ;
- Renforcer le rôle de la médecine du travail dans la prévention de la souffrance psychique ;
- Créer des outils adaptés de détection de la souffrance psychique ;
- Mettre en place une cellule multi-partenariale pour une meilleure prise en charge des populations : aller vers, évaluation et réseau multi compétence de prise en charge

CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉ À L'ENQUÊTE QUANTITATIVE

(n=112)		
Hommes	75,0%	84
Âge moyen ±ESM,	48,6	± 10,9
Natif des Combrailles	86,6%	97
Sentiment d'isolement perçu Isolé à plutôt isolé	26,8%	30
Niveau d'études Secondaire Etudes supérieures	83% 13%	91 14
Caractéristiques des ménages • Vie seul • Taille des ménages, moyenne ± ESM • Présence d'enfant(s)	14,3% 2,6 33,9%	16 38
Caractéristiques des exploitations • Type d'exploitation Exploitation familiale/reprise Création d'exploitation • Statut d'exploitation Individuelle GAEC EARL SCEA	75,0% 22,3% 46,4% 38,4% 12,5% 2,7%	84 25 52 43 14 3
Ressources & niveau de précarité • Propriétaire • Revenus déclarés <1200 euros 1200 - 2000 euros, >2000 euros • Sentiment d'insécurité financière (période dans le mois difficiles)	82,1% 38,1% 37,1% 24,8% 31,3%	98 40 39 26 35
Relation au travail • Nb d'année d'exercice d'activité (moyenne) • Surface moyenne cultivée (en hectares) • Nombre de jours travaillés par semaine en haute saison (moyenne) • Nombre de jours de vacances par an (moyenne) • Travail fatiguant nerveusement • Travail fatiguant physiquement • Travail qui empêche de dormir	24,3 28 6,9 3,2 75,0% 84,8% 51,8%	 84 95 58

État de santé perçu		
• Excellent à bon	84,8%	95
Santé physique		
• Score de santé physique moins bon que la moyenne (PCS12 < 40)	15,5%	17
• Maladie Chronique déclarée	40,2%	45
• Obésité	17,9%	20
Santé Mentale		
• Détresse psychologique définie par le GHQ12 > 2	23,6%	26
• Score de santé mental moins bon que la moyenne (MCS12 < 40)	29,1%	32
Consommation de psychotropes		
• Fumeur (usage occasionnel ou quotidien)	25,9%	29
• Consommation d'alcool quotidienne	21,4%	24
• Consommation de Psychotropes	13,4%	15
Recours aux soins		
• Au moins une consultation au cours des 2 dernières années		
Généraliste	90,2%	101
Ophtalmologue	43,8%	49
Gynécologue (femmes seulement n=28)	60,7%	17
Autre spécialiste	35,7%	40
Dentiste	65,2%	73
Médecine alternative	40,5%	45
Rebouteux	17,0%	19
• Recours aux dépistages		
Dépistage cancer colorectal (personnes de 50-74 ans) ≤ 2 ans	17,0%	10
Dépistage cancer col de l'utérus (femmes de 25-65 ans) ≤ 3 ans	70,4%	19
• Renoncement aux soins		
Médecin généraliste	14,3%	16
Dentiste	19,6%	22

REMERCIEMENTS

Médecins du Monde tient à remercier :

Toutes les équipes de Médecins du Monde en Auvergne, à Lyon et à Paris qui se sont mobilisées pour l'organisation et la mise en place de cette étude.

Les structures partenaires :
l'École Normale Supérieure de Lyon
et le SMAD des Combrailles.

Toutes les mairies des communes concernées par l'étude pour leur adhésion à l'enquête et leur implication.

Et bien sûr tous les agriculteurs qui ont accepté de nous donner un peu de leur temps pour participer à cette étude.



soigne aussi l'injustice