

Personnes suivies pour maladies psychiatriques en Occitanie

Un cumul de vulnérabilités,
un effet multiplicateur du non-recours
aux soins primaires ?

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

■ OCTOBRE 2025 ■
Mise à jour janvier 2026



Personnes suivies pour maladies psychiatriques en Occitanie

Un cumul de vulnérabilités,
un effet multiplicateur du non-recours
aux soins primaires ?

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

■ OCTOBRE 2025 ■
Mise à jour janvier 2026

Inca Ruiz, chargée d'études, statisticienne CREAI-ORS/ORSM Occitanie

Cette étude a été rendue possible grâce au financement de l'ARS Occitanie.

TABLE DES MATIÈRES

1/ CONTEXTE ET HYPOTHÈSES	3
2/ OBJECTIF	5
3/ MÉTHODOLOGIE	5
3.1 Choix des populations.....	5
3.2 Identification des populations en situation de fragilité	7
3.2.1 Population prise en charge pour maladies psychiatriques	7
3.2.2 Population en situation de handicap.....	7
3.2.3 Population en situation de précarité financière	7
3.3 Choix des indicateurs de recours aux soins.....	8
4/ RÉSULTATS	9
4.1 Présentation des populations selon les fragilités.....	9
4.2 Caractéristiques des populations selon leur niveau de fragilité.....	10
4.2.1 Population prise en charge pour maladies psychiatriques en situation de handicap et bénéficiaire de la C2S (G1)	10
4.2.2 Population prise en charge pour maladies psychiatriques en situation de handicap et non bénéficiaire de la C2S (G2)	11
4.2.3 Population prise en charge pour maladies psychiatriques sans situation de handicap et bénéficiaire de la C2S (G3)	12
4.2.4 Population en situation de handicap sans prise en charge pour maladies psychiatriques et bénéficiaire de la C2S (G4)	13
4.2.5 Population sans aucune fragilité identifiée (G8)	14
4.3 Inégalités d'accès aux soins selon le niveau de fragilité	15
4.3.1 Populations les plus éloignées du recours aux soins de prévention.....	15
4.3.2 Recours aux soins primaires en libéral.....	16
4.3.3 Recours aux soins chez un psychiatre en libéral.....	18
5/ SYNTHÈSE.....	19
6/ ANNEXES	21
6.1 Annexe 1. Identification dans le SNDS de la population en situation de handicap (administrative).....	21
6.2 Annexe 2. Identification dans le SNDS de la population en situation de précarité financière.....	23
6.3 Annexe 3. Effectifs par âge, sexe et par département de résidence selon le groupe de population	24



1/ CONTEXTE ET HYPOTHÈSES

Le code de la santé publique garantit l'égal accès aux soins pour tous, en particulier pour les personnes les plus démunies sans discrimination (Art. [L1110-3](#) ; [L1110-1](#)).

Pour autant, le facteur de défavorisation sociale et la pauvreté monétaire sont repérés comme des composantes majeurs du renoncement ou du nonaccès aux soins (Lapinte, Legendre 2021¹). Les personnes pauvres en conditions de vie ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres (Lapinte, Legendre 2021). Près d'un bénéficiaire sur six n'a pas de complémentaire santé. Ce renoncement est plus accentué pour les bénéficiaires des minima sociaux en situation de handicap, près de sept sur dix se perçoivent en mauvaise santé ou très mauvaise santé (53 % en population générale) et se déclarent plus isolés (Baradgi, 2021²).

En 2022, sur les 125 000 personnes bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) habitant en Occitanie, 43 % des allocataires vivent sous le seuil de bas revenu situé à 60 % du revenu médian contre 17 % pour l'ensemble de la population. Huit personnes sur dix vivent à domicile.

Selon le baromètre *Handifaction*, 61,4 % des personnes en situation de handicap habitant en Occitanie n'ont pu effectuer tout ou partie de leurs soins.

Dans cet ensemble, les personnes suivies pour maladies psychiatriques et bénéficiaires d'une AAH peuvent connaître des freins dans l'accès et le recours aux soins majorés à la fois par un facteur de défavorisation sociale, par les caractéristiques intrinsèques aux troubles psychiques, les phénomènes de stigmatisation et d'auto-stigmatisation ou d'environnement.

Ainsi, l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) observe dans une étude parue en 2018³ une réduction de l'espérance de vie des personnes suivies pour des troubles psychiques sévères de 16 ans chez les hommes et de 13 ans chez les femmes. Cette surmortalité est observée pour l'ensemble des causes de décès.

Cette situation peut en partie s'expliquer par des comportements défavorables à la santé (conduites addictives, conduites à risques), mais une perte de chance est constatée en matière de soins somatiques, notamment en raison d'un accès réduit à ces soins (Younes, Lemogne, 2017⁴).

¹ Lapinte A., Legendre B., DREES, Etudes et résultats (n°1200, juillet 2021), Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres (8 p.) en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>

² Baradgi E., DREES, Etudes et résultats (n°1203, septembre 2021), Minima sociaux : des conditions de vie plus dégradées pour les bénéficiaires handicapés (6 p.) en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-08/ER%201203.pdf>

³ C. Grandé, M. Coldelfy. Irdes. Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère QES - n°250 2020/09 (8p) en ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/250-moins-de-soins-de-prevention-plus-d-hospitalisations-evitables-chez-personnes-suivies-pour-trouble-psychique-severe.pdf>

⁴ Younes N., Lemogne C., Dans revue « Après-demain » 2017/2 N° 42, NF, pages 24 à 26
Éditions Fondation Seligman, Accès aux soins des personnes présentant des troubles mentaux en ligne : <https://shs.cairn.info/revue-apres-demain-2017-2-page-24?lang=fr>

Aussi, si l'accès à la santé des personnes en situation de handicap est un enjeu énoncé prioritaire par les pouvoirs publics depuis plus d'une dizaine d'années (Jacob, 2013⁵), rappelé par la Conférence nationale du handicap (CNH) du 26 avril 2023, repris dans la feuille de route Santé mentale et psychiatrie⁶, les difficultés d'accès aux soins sont persistantes.

Pour les personnes vivant avec une maladie psychiatrique, caractérisée par sa variabilité symptomatique, sa chronicité avec une perte d'autonomie variable, une évolution lentement favorable voire une stabilisation fragile, une morbidité somatique associée importante (Fagiolini et Goracci, 2009⁷), nous formulons l'hypothèse que la combinatoire « maladie psychiatrique/pauvreté/handicap » a un effet multiplicateur sur le non-recours ou les difficultés d'accès aux soins, dont les causes sont multifactorielles.

En prenant appui sur le modèle social du handicap, qui permet d'appréhender le handicap dans une approche situationnelle, comme le résultat d'une interaction entre des facteurs individuels, facteurs sociaux et environnementaux, nous souhaitons vérifier l'hypothèse suivante :

« la combinaison pauvreté, handicap et maladies psychiatriques aurait un effet multiplicateur sur le non-recours ou les difficultés d'accès aux soins primaires ».

Note de lecture

Pour explorer cette hypothèse, nous nous sommes appuyés sur les données du SNDS. Cependant, celles-ci ne permettent pas d'identifier si les personnes cumulant un handicap et des troubles psychiatriques bénéficient spécifiquement d'une reconnaissance administrative de handicap psychique (via une notification de la CDAPH).

Dans cette étude, les termes « handicap » et « maladies psychiatriques » peuvent inclure des situations de handicap psychique. L'idée ici est d'illustrer des vulnérabilités cumulées. Il est important de noter que le SNDS ne distingue pas ces deux cas de figure : « handicap et maladies psychiatriques » (sans précision sur le type de handicap) et « reconnaissance d'un handicap psychique » (notification prononcée de la CDAPH).

⁵ Jacob P., Jousserandot A., Rapport Jacob « Un droit citoyen pour la personne handicapée, Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement » (265 p.), en mission auprès de Madame Marie-Arlette CARLOTTI, Ministre déléguée chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion et de Madame Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Avril 2013 en ligne : <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/134000341.pdf>

⁶ Ministère des affaires sociales, Santé mentale et psychiatrie, Synthèse du bilan de la feuille de route, état d'avancement au 3 mars 2023 (35 p.) en ligne : <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/presse/dossiers-de-presse/article/synthese-du-bilan-de-la-feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-au-3-mars>

⁷ Fagiolini A., MD, Goracci A., MD revue J Clin Psychiatry 2009;70 (suppl 3) The Effects of Undertreated Chronic Medical Illnesses in Patients With Severe Mental Disorders (8 p.) en ligne : <https://www.psychiatrist.com/pdf/the-effects-of-undertreated-chronic-medical-illnesses-in-patients-with-severe-mental-disorders-pdf/>

2/ OBJECTIF

L'objectif principal est d'analyser comment le recours aux soins évolue en fonction de facteurs de fragilité (handicap ou non) pour les personnes prises en charge pour maladies psychiatriques.

3/ MÉTHODOLOGIE

La méthodologie repose sur une analyse statistique descriptive et comparative permettant de mesurer les écarts de recours aux soins entre différents groupes de population, à partir de leurs consommations de soins courants, en exploitant les données du Système national des données de santé (SNDS).

3.1 Choix des populations

Cette étude décrit et analyse comparativement, sur la région Occitanie, différents groupes de personnes selon leur situation de vulnérabilité (présence ou non d'une pathologie psychiatrique, identification d'une situation de reconnaissance administrative d'un handicap (bénéficiaire de l'AAH, d'une pension d'invalidité de catégorie 3⁸ ou d'un accompagnement médico-social par un établissement ou service du médicosocial (ESMS)) en termes de consommation de soins primaires en libéral (consultations en médecine générale, en gynécologie-obstétrique pour les femmes, soins dentaires, dépistage, vaccinations...).

Au départ, nous avons proposé d'étudier :

Deux sous-groupes au sein de la population prise en charge pour maladies psychiatriques bénéficiaire de l'AAH et/ou d'une pension d'invalidité de catégorie 3 (PI) :

- Vivant à domicile sans accompagnement par un ESMS (à l'exception d'un ESAT) ;
- Accompagnée en établissement médico-social (hors ESAT) ;

en comparaison avec les groupes de personnes suivantes :

- La population générale : adultes âgés de plus 20 à 64 ans ;
- La population bénéficiaire de l'AAH ;
- La population prise en charge pour maladies psychiatriques non bénéficiaire de l'AAH.

Finalement, au regard de la répartition des effectifs ([Figure 1](#)), nous avons recentré l'analyse sur huit groupes de population (Gi avec i=1 à 8), en combinant trois niveaux de fragilité différents caractérisés par : « santé mentale | maladies psychiatriques », « handicap⁹ | AAH, PI ou ESMS » et « précarité financière | C2S » ([Tableau 1](#)).

Point de vigilance : L'approche de la précarité financière en utilisant le SNDS repose sur les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S). Tous les publics précaires ne sont pas nécessairement bénéficiaires de la C2S. À ce titre, le rapport annuel de la C2S 2023¹⁰ indique que le taux de recours reste stable autour de 55-69 % selon les dispositifs (gratuit ou avec participation), mais que des disparités persistent selon la méconnaissance des droits, des idées reçues ou les profils de population (un non-recours important pour les travailleurs précaires, les jeunes âgés de moins de 25 ans...).

⁸Être en incapacité d'exercer une activité professionnelle et d'avoir besoin de l'aide d'une personne pour les gestes essentiels du quotidien

⁹Reconnaissance administrative - bénéficiaire d'une AAH, d'une pension d'invalidité de catégorie 3 ou d'une prise en charge en ESMS

¹⁰ Direction de la sécurité sociale, la complémentaire santé solidaire, rapport annuel 2023 <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/2024-05/Rapport%20annuel%20C2S%202023%20VF.pdf>

Dans les éléments qui suivent, le terme « handicap » désigne une reconnaissance administrative (AAH, pension d'invalidité de catégorie 3 ou prise en charge en ESMS) (pour plus de détails, nous vous invitons à vous reporter au paragraphe 3.2. Identification des populations en situation de fragilité).

Tableau 1. Populations retenues dans l'étude selon leur niveau de fragilité (3 critères)

Groupe	Symbole	Définition	Niveau de fragilité*
G1		Cumul de trois fragilités : Population prise en charge pour maladies psychiatriques en situation de handicap et bénéficiaire de la C2S	Maximal
G2		Cumul de deux fragilités (santé mentale et handicap) : Population prise en charge pour maladies psychiatriques en situation de handicap et non bénéficiaire de la C2S	Très élevé
G3		Cumul de deux fragilités (santé mentale et précarité financière) : Population prise en charge pour maladies psychiatriques , sans une situation de handicap identifiée et bénéficiaire de la C2S	Élevé
G4		Cumul de deux fragilités (handicap et précarité financière) : Population sans prise en charge pour maladies psychiatriques , en situation de handicap et bénéficiaire de la C2S	Élevé
G5		Fragilité liée au handicap isolée : Population sans prise en charge pour maladies psychiatriques , en situation de handicap et non bénéficiaire de la C2S	Modéré à élevé
G6		Fragilité liée à la santé mentale isolée : Population prise en charge pour maladies psychiatriques , sans une situation de handicap identifiée et non bénéficiaire de la C2S	Modéré
G7		Fragilité liée à la précarité financière isolée : Population sans prise en charge pour maladies psychiatriques , sans situation de handicap identifiée et bénéficiaire de la C2S	Faible
G8		Aucune fragilité identifiée parmi les trois retenues : Population sans prise en charge pour maladies psychiatriques sans situation de handicap identifiée et non bénéficiaire de la C2S	Aucun

* du plus au moins vulnérable

Nous avons comparé ces huit groupes à la population totale des « consommateurs »¹¹ de soins en Occitanie en 2022 (référence neutre sans fragilité spécifique).

La tranche d'âge 20-64 ans a été retenue pour cibler les bénéficiaires potentiels de l'AAH (attribuée avant 60 ans). Cela permet de se concentrer sur une population active mais exposée à des fragilités cumulées (maladies psychiatriques, handicap, précarité financière).

¹¹ Le référentiel annuel 2022 de la Fnors contient l'ensemble des bénéficiaires consommateurs ayant eu au moins un remboursement entre le 01/01/2020 et le 31/12/2022. Le choix du réseau des ORS pour définir une population stock de bénéficiaires « consommateurs » une année donnée s'est porté sur la population ayant au moins une consommation de soin au cours des 3 dernières années consécutives et en vie au 1^{er} janvier de l'année du référentiel (en y rajoutant les nouveaux nés de l'année). Il s'agit d'une méthodologie proche de celle utilisée par la Cnam pour sa cartographie des pathologies mais moins restrictive puisque ce référentiel inclut une partie des non consommateurs de la dernière année.

3.2 Identification des populations en situation de fragilité

3.2.1 Population prise en charge pour maladies psychiatriques

Le nombre de personnes prises en charge pour maladies psychiatriques, mis à disposition par l'Assurance maladie dans sa base de cartographie des pathologies, correspond au nombre de personnes suivies pour des troubles psychiatriques (tous régimes confondus). La prise en charge est identifiée via des algorithmes appliqués aux données médico-administratives du SNDS, qui permettent de repérer les diagnostics, actes ou médicaments spécifiques aux pathologies psychiatriques. Ces données incluent notamment les hospitalisations, les affections de longue durée (ALD), et les traitements chroniques par psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, etc.). Les soins en ambulatoire non liés à une hospitalisation ou une ALD ne sont pas inclus dans cet indicateur.

3.2.2 Population en situation de handicap

La population en situation de handicap retenue dans cette étude regroupe tous les assurés-bénéficiaires (tous régimes confondus) identifiés avec une reconnaissance administrative d'une situation de handicap comprenant :

- une allocation aux adultes handicapés (AAH) ;
- une pension d'invalidité de catégorie 3, c'est-à-dire être en incapacité d'exercer une activité professionnelle et d'avoir besoin de l'aide d'une personne pour les gestes essentiels du quotidien ;
- une exonération du ticket modérateur au titre de l'invalidité (catégorie 3) ;
- une prise en charge par un établissement ou service médicosocial du secteur handicap entre le 01/01/2022 et le 31/12/2022.

Pour plus de détails sur la méthodologie et les étapes de construction de cette population en situation de handicap (reconnaissance administrative), nous vous invitons à vous reporter à l'[annexe 1](#).

3.2.3 Population en situation de précarité financière

Dans le SNDS, les personnes en situation de précarité financière ont été identifiées via la complémentaire santé solidarité (C2S ou CSSP), variable figurant dans le SNDS ([annexe 2](#)).

À partir du 1^{er} novembre 2019, l'aide à la complémentaire santé (ACS) et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ont fusionné pour former la complémentaire santé solidaire (C2S). Cette fusion n'a rien changé pour les bénéficiaires de la CMU-C ; cependant pour les assurés de l'ACS, les garanties ont été alignées sur celles de la CMU-C moyennant une participation financière de maximum 1 euro par jour et par personne. On distingue des bénéficiaires de la C2S gratuite et des bénéficiaires de la C2S participative (CSSP).

Pour les personnes disposant de ressources modestes, le plafond de revenu pour bénéficier de la C2S dépend de la composition du foyer et peut varier d'une année à l'autre. La C2S est accordée pour un an à l'ensemble du foyer. Elle doit être renouvelée chaque année.

3.3 Choix des indicateurs de recours aux soins

De nombreuses études ont mis en évidence que les personnes suivies pour des troubles psychiques faisaient face à une mortalité prématurée quelle que soit la cause de décès. Ce phénomène, marqueur d'inégalité de santé, questionne le suivi et l'accès aux soins somatiques de ces personnes¹².

Le choix des indicateurs de recours aux soins primaires s'est articulé autour du recours aux soins :

- de prévention : accès à la vaccination antigrippale, dépistage du cancer colorectal ;
- courants en médecine générale en secteur libéral (soins de ville) ;
- courants de spécialistes du secteur libéral (soins de ville) : dentistes, dermatologues, ophtalmologues, pour les femmes, gynécologues et sages-femmes.

Tableau 2. Indicateurs de recours aux soins primaires

Recours aux soins de :	Indicateurs	Définition
Prévention	Vaccination antigrippale	Nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans ayant eu au moins un acte remboursé de vaccination antigrippale lors des deux campagnes hivernales (hiver 2022 - période du 18/10/2022 au 28/02/2023 et hiver 2023 - période du 17/10/2023 au 31/01/2024)
	Dépistage du cancer colorectal	Nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans ayant eu au moins un acte remboursé de dépistage de cancer colorectal entre le 01/01/2022 et le 31/12/2023
Médecine générale en secteur libéral (ville –SNDS Base DCIR)	Médecins généralistes	Nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans ayant eu au moins un acte remboursé d'un omnipraticien libéral entre le 01/01/2022 et le 31/12/2023
Spécialités courantes en secteur libéral (ville –SNDS Base DCIR)	Dentistes	Nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans ayant eu au moins un acte remboursé chez un dentiste en libéral entre le 01/01/2022 et le 31/12/2023
	Ophtalmologues	Nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans ayant eu au moins un acte remboursé chez un ophtalmologue en libéral entre le 01/01/2022 et le 31/12/2023
	Dermatologues	Nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans ayant eu au moins un acte remboursé chez un dermatologue en libéral entre le 01/01/2022 et le 31/12/2023
	Psychiatres	Nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans ayant eu au moins un acte remboursé chez un psychiatre en libéral entre le 01/01/2022 et le 31/12/2023
	Gynécologues	Nombre de femmes âgées de 20 à 64 ans ayant eu au moins un acte remboursé chez un gynécologue en libéral entre le 01/01/2022 et le 31/12/2023
	Sages-femmes	Nombre de femmes âgées de 20 à 64 ans ayant eu au moins un acte remboursé chez une sage-femme en libéral entre le 01/01/2022 et le 31/12/2023

¹² C. Grandé , M. Coldefy. Irdes. Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère QES - n°250 2020/09 8p <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/250-moins-de-soins-de-prevention-plus-d-hospitalisations-evitables-chez-personnes-suivies-pour-trouble-psychique-severe.pdf>

4/ RÉSULTATS

4.1 Présentation des populations selon les fragilités

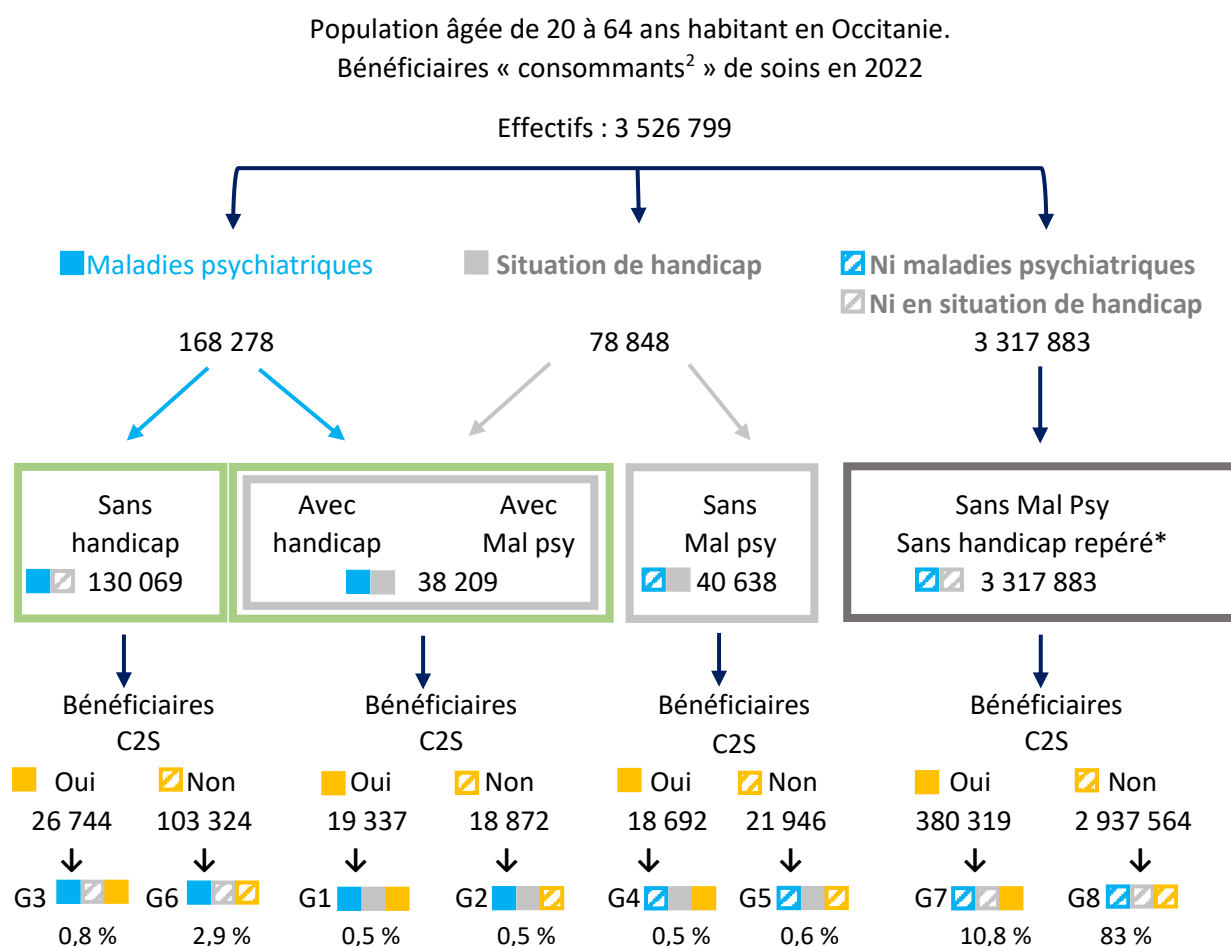
En Occitanie, sur un effectif total de 3 526 799 bénéficiaires « *consommants* » de soins en 2022¹³, 17 % (soit 589 237 personnes) présentaient au moins une des trois fragilités selon les critères retenus :

- 168 278 en prise en charge pour maladies psychiatriques, fragilité liée à la santé mentale (5 %) ;
- 78 848 en situation de handicap (2 %) ;
- 445 092 bénéficiaires de la C2S, fragilité liée à une précarité financière (13 %).

La répartition de ces fragilités (Figure 1), qu'elles soient isolées ou combinées (G1 à G8, [tableau 1](#)), révèle une prédominance des situations avec une seule fragilité identifiée (86 % des Occitans présentent au moins une fragilité) et une faible proportion de cumul de fragilités (14 %).

Ainsi, 83 % de la population occitane n'est pas concernée par ces fragilités selon les critères retenus.

Figure 1. Répartition des effectifs selon les fragilités cumulées en 2022



Sources : SNDS, DCIR, cartographie des pathologies, référentiel des prises en charge en établissements médicosociaux, référentiel FNORS des bénéficiaires consommateurs de soins 2022 (tous régimes confondus)
Exploitation : CREA-ORS/ORSM Occitanie

¹³ Référentiel annuel 2022 Fnors qui contient l'ensemble des bénéficiaires consommateurs ayant eu au moins un remboursement entre le 01/01/2020 et le 31/12/2022.

4.2 Caractéristiques des populations selon leur niveau de fragilité

4.2.1 Population prise en charge pour maladies psychiatriques, en situation de handicap et bénéficiaire de la C2S (G1)



Les personnes en fragilité maximale, cumulant maladies psychiatriques, handicap et précarité financière (C2S) se distinguent – par rapport à celles avec une seule fragilité (maladies psychiatriques) – par une surreprésentation d'hommes et de bénéficiaires d'une ALD, un recours accru à la vaccination antigrippale, mais un moindre recours aux soins primaires libéraux de ville, au dépistage du cancer colorectal et une sous-déclaration du médecin traitant.

Tableau 3. Caractéristiques de la population cumulant les trois facteurs de fragilité (maladies psychiatriques, handicap et précarité financière)

		Valeur minimale Valeur G1 Valeur G6 Valeur G5 Valeur G7 Valeur maximale						
Nom de l'indicateur		Effectif G1	Valeur G1	Valeur G6	Valeur Pop Tot (Réf)	Min dans ≠ Gi	Graphique synthétique	Max dans ≠ Gi
Démographie	1. Effectifs et Evol/2019	19 337	+ 6,2 %	+ 0,3 %	+ 3,4 %	- 4,5 %		+ 12,0 %
	2. Pop de 20-24 ans	744	3,8 %	6,3 %	10,6 %	3,8 %		13,2 %
	3. Pop de 25-54 ans	12 666	65,5 %	57,1 %	66,3 %	57,1 %		70,7 %
	4. Pop de 55 ans et +	5 928	30,7 %	36,6 %	23,2 %	16,1 %		36,6 %
	5. Femmes	8 847	45,7 %	52,5 %	49,9 %	43,8 %		56,5 %
Précarité financière	6. Bénéficiaires de la C2S	19 337	100 %	0 %	12,6 %	0,0 %		100 %
État de santé	7. Personnes en ALD	18 371	95,0 %	71,3 %	14,0 %	10,1 %		98,3 %
Recours à la prévention	8. Vaccination antigrippale	3 064	15,8 %	10,7 %	4,2 %	2,6 %		20,6 %
	9. Dépistage du cancer colorectal	737	3,8 %	5,4 %	4,4 %	2,0 %		5,4 %
Handicap	10. Bénéficiaires AAH	19 175	99,2 %	0 %	2,2 %	0,0 %		99,2 %
	11. Accompagnés par ESMS	1 646	9,0 %	0 %	0,2 %	0,0 %		9,5 %
Recours aux soins primaires en libéral (ville)	12. Un médecin traitant déclaré	17 069	88,3 %	92,4 %	86,9 %	82,9 %		92,4 %
	Recours au moins une fois :							
	13. Médecin généraliste	16 735	86,5 %	93,6 %	83,2 %	82,2 %		93,6 %
	14. Gynécologue	1 884	21,3 %	29,2 %	16,6 %	17,4 %		34,2 %
	15. Sage-femme	726	8,2 %	11,2 %	8,5 %	7,1 %		17,4 %
	16. Psychiatre	5 925	30,6 %	32,8 %	4,4 %	2,9 %		32,8 %
	17. Dentiste	8 925	46,2 %	51,0 %	48,4 %	39,4 %		51,0 %
	18. Ophtalmologue	4 871	25,2 %	29,6 %	26,7 %	22,3 %		29,6 %
	19. Dermatologue	1 019	5,3 %	9,1 %	8,9 %	5,3 %		9,4 %

Source : SNDS (tous régimes confondus) – Exploitation : CREAI-ORS/ORSM Occitanie

4.2.2 Population prise en charge pour maladies psychiatriques en situation de handicap et non bénéficiaire de la C2S (G2)



Les personnes avec deux fragilités (maladies psychiatriques et handicap sans C2S) se distinguent – par rapport aux personnes avec une seule fragilité (maladies psychiatriques) – par une surreprésentation d'hommes, de bénéficiaires d'une ALD, un recours accru à la vaccination antigrippale, mais un moindre recours au dépistage du cancer colorectal et aux soins libéraux de ville (médecin généraliste, gynécologue...) et une sous-déclaration du médecin traitant.

Tableau 4. Caractéristiques de la population cumulant deux facteurs de fragilité (maladies psychiatriques et handicap)

		Valeur minimale	Valeur G2	Valeur G6	Valeur G5	Valeur G7	Valeur maximale		
Nom de l'indicateur		Effectif G2	Valeur G2	Valeur G6	Valeur Pop Tot (Réf)	Min dans ≠ Gi	Graphique synthétique	Max dans ≠ Gi	
Démographie	1. Effectifs et Evol/2019	18 872	- 2,0 %	+ 0,3 %	+ 3,4 %	- 4,5 %		+ 12,0 %	
	2. Pop de 20-24 ans	1 223	6,5 %	6,3 %	10,6 %	3,8 %		13,2 %	
	3. Pop de 25-54 ans	12 171	64,5 %	57,1 %	66,3 %	57,1 %		70,7 %	
	4. Pop de 55 ans et +	5 479	29,0 %	36,6 %	23,2 %	16,1 %		36,6 %	
	5. Femmes	8 264	43,8 %	52,5 %	49,9 %	43,8 %		56,5 %	
Précarité financière	6. Bénéficiaires de la C2S	0 %	0 %	0 %	12,6 %	0,0 %		100 %	
État de santé	7. Personnes en ALD	18 552	98,3 %	71,3 %	14,0 %	10,1 %		98,3 %	
Recours à la prévention	8. Vaccination antigrippale	3 078	16,3 %	10,7 %	4,2 %	2,6 %		20,6 %	
	9. Dépistage du cancer colorectal	653	3,5 %	5,4 %	4,4 %	2,0 %		5,4 %	
Handicap	10. Bénéficiaires AAH	18 116	96,0 %	0 %	2,2 %	0,0 %		99,2 %	
	11. Accompagnés par ESMS	1 825	9,5 %	0 %	0,2 %	0,0 %		9,5 %	
Recours aux soins primaires en libéral (ville)	12. Un médecin traitant déclaré	16 717	88,6 %	92,4 %	86,9 %	82,9 %		92,4 %	
	Recours au moins une fois :								
	13. Médecin généraliste	16 280	86,3 %	93,6 %	83,2 %	82,2 %		93,6 %	
	14. Gynécologue	1 477	17,9 %	29,2 %	16,6 %	17,4 %		34,2 %	
	15. Sage-femme	602	7,3 %	11,2 %	8,5 %	7,1 %		17,4 %	
	16. Psychiatre	5 286	28,0 %	32,8 %	4,4 %	2,9 %		32,8 %	
	17. Dentiste	7 674	40,7 %	51,0 %	48,4 %	39,4 %		51,0 %	
	18. Ophtalmologue	4 213	22,3 %	29,6 %	26,7 %	22,3 %		29,6 %	
	19. Dermatologue	1 006	5,3 %	9,1 %	8,9 %	5,3 %		9,4 %	

Source : SNDS (tous régimes confondus) – Exploitation : CREAI-ORS/ORSM Occitanie

4.2.3 Population prise en charge pour maladies psychiatriques sans situation de handicap et bénéficiaire de la C2S (G3)



Les personnes cumulant maladies psychiatriques et précarité financière (C2S), sans handicap repéré¹⁴, se distinguent – par rapport à celles avec une seule fragilité (maladies psychiatriques) – par une surreprésentation de femmes, un moindre recours à la prévention (vaccination antigrippale, dépistage du cancer colorectal) et aux soins libéraux de ville (gynécologues, psychiatres, dentistes et dermatologues), ainsi qu’une sous-déclaration du médecin traitant. Leur recours aux médecins généralistes et sages-femmes reste équivalent.

Tableau 5. Caractéristiques de la population cumulant deux facteurs de fragilité (maladies psychiatriques et précarité financière)

		Valeur minimale	Valeur G3	Valeur G6	Valeur G5	Valeur G7	Valeur maximale		
Nom de l'indicateur		Effectif G3	Valeur G3	Valeur G6	Valeur Pop Tot (Réf)	Min dans ≠ Gi	Graphique synthétique	Max dans ≠ Gi	
Démographie	1. Effectifs et Evol/2019	26 744	- 1,0 %	+ 0,3 %	+ 3,4 %	- 4,5 %		+ 12,0 %	
	2. Pop de 20-24 ans	1 894	7,1 %	6,3 %	10,6 %	3,8 %		13,2 %	
	3. Pop de 25-54 ans	17 619	65,9 %	57,1 %	66,3 %	57,1 %		70,7 %	
	4. Pop de 55 ans et +	7 232	27,0 %	36,6 %	23,2 %	16,1 %		36,6 %	
	5. Femmes	13 844	51,8 %	52,5 %	49,9 %	43,8 %		56,5 %	
Précarité financière	6. Bénéficiaires de la C2S	26 744	100 %	0 %	12,6 %	0,0 %		100 %	
État de santé	7. Personnes en ALD	18 968	70,9 %	71,3 %	14,0 %	10,1 %		98,3 %	
Recours à la prévention	8. Vaccination antigrippale	2 297	8,6 %	10,7 %	4,2 %	2,6 %		20,6 %	
	9. Dépistage du cancer colorectal	837	3,1 %	5,4 %	4,4 %	2,0 %		5,4 %	
Handicap	10. Bénéficiaires AAH	0	0 %	0 %	2,2 %	0,0 %		99,2 %	
	11. Accompagnés par ESMS	0	0 %	0 %	0,2 %	0,0 %		9,5 %	
Recours aux soins primaires en libéral (ville)	12. Un médecin traitant déclaré	23 551	88,1 %	92,4 %	86,9 %	82,9 %		92,4 %	
	Recours au moins une fois :								
	13. Médecin généraliste	25 008	93,5 %	93,6 %	83,2 %	82,2 %		93,6 %	
	14. Gynécologue	3 665	26,5 %	29,2 %	16,6 %	17,4 %		34,2 %	
	15. Sage-femme	1 699	12,3 %	11,2 %	8,5 %	7,1 %		17,4 %	
	16. Psychiatre	7 624	28,5 %	32,8 %	4,4 %	2,9 %		32,8 %	
	17. Dentiste	12 670	47,4 %	51,0 %	48,4 %	39,4 %		51,0 %	
	18. Ophtalmologue	6 668	24,9 %	29,6 %	26,7 %	22,3 %		29,6 %	
	19. Dermatologue	1 582	5,9 %	9,1 %	8,9 %	5,3 %		9,4 %	

Source : SNDS (tous régimes confondus) – Exploitation : CREAI-ORS/ORSM Occitanie

¹⁴ Sans handicap repéré : non bénéficiaires d’une AAH, ni d’une pension d’invalidité de catégorie 3, ni d’un accompagnement par un ESMS

4.2.4 Population en situation de handicap sans prise en charge pour maladies psychiatriques et bénéficiaire de la C2S (G4)



La population en situation de handicap et en précarité financière (C2S) sans prise en charge pour maladies psychiatriques, se distingue – par rapport à celle avec handicap seul (sans C2S ni maladies psychiatriques) – par une surreprésentation de femmes et de personnes âgées de 55 ans ou plus, un recours accru aux médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, psychiatres, dentistes et ophtalmologues. Leur recours aux dermatologues et la déclaration du médecin traitant reste équivalent.

Tableau 6. Caractéristiques de la population cumulant deux facteurs de fragilité (handicap et précarité financière)

		Valeur minimale	Valeur G4	Valeur G6	Valeur G5	Valeur G7	Valeur maximale		
Nom de l'indicateur		Effectif G4	Valeur G4	Valeur G5	Valeur Pop tot (Réf)	Min dans ≠ Gi	Graphique synthétique	Max dans ≠ Gi	
Démographie	1. Effectifs et Evol/2019	18 692	+ 12,0 %	- 4,5 %	+ 3,4 %	- 4,5 %		+ 12,0 %	
	2. Pop de 20-24 ans	911	4,9 %	6,4 %	10,6 %	3,8 %		13,2 %	
	3. Pop de 25-54 ans	10 990	58,8 %	59,8 %	66,3 %	57,1 %		70,7 %	
	4. Pop de 55 ans et +	6 792	36,3 %	33,8 %	23,2 %	16,1 %		36,6 %	
	5. Femmes	9 835	52,6 %	49,0 %	49,9 %	43,8 %		56,5 %	
Précarité financière	6. Bénéficiaires de la C2S	18 692	100,0 %	0,0 %	12,6 %	0,0 %		100 %	
État de santé	7. Personnes en ALD	10 414	55,7 %	67,7 %	14,0 %	10,1 %		98,3 %	
Recours à la prévention	8. Vaccination antigrippale	2 932	15,7 %	20,6 %	4,2 %	2,6 %		20,6 %	
	9. Dépistage du cancer colorectal	736	3,9 %	3,7 %	4,4 %	2,0 %		5,4 %	
Handicap	10. Bénéficiaires AAH	18 424	98,6 %	92,1 %	2,2 %	0,0 %		99,2 %	
	11. Accompagnés par ESMS	973	5,2 %	8,0 %	0,2 %	0,0 %		9,5 %	
Recours aux soins primaires en libéral (ville)	12. Un médecin traitant déclaré	16 618	88,9 %	88,9 %	86,9 %	82,9 %		92,4 %	
	Recours au moins une fois								
	13. Médecin généraliste	17 099	91,5 %	88,7 %	83,2 %	82,2 %		93,6 %	
	14. Gynécologue	2 346	23,9 %	19,3 %	16,6 %	17,4 %		34,2 %	
	15. Sage-femme	810	8,2 %	7,1 %	8,5 %	7,1 %		17,4 %	
	16. Psychiatre	2174	11,6 %	6,6 %	4,4 %	2,9 %		32,8 %	
	17. Dentiste	8 493	45,4 %	39,4 %	48,4 %	39,4 %		51,0 %	
	18. Ophtalmologue	5 531	29,6 %	26,9 %	26,7 %	22,3 %		29,6 %	
	19. Dermatologue	1 290	6,9 %	6,9 %	8,9 %	5,3 %		9,4 %	

Source : SNDS (tous régimes confondus) – Exploitation : CREAI-ORS/ORSM Occitanie

4.2.5 Population sans aucune fragilité identifiée (G8)



La population sans aucune fragilité se distingue des groupes avec fragilités isolées (maladies psychiatriques, handicap ou précarité financière) par une proportion élevée de 20-24 ans, moins de bénéficiaires d'une ALD, et un recours moindre aux médecins généralistes et psychiatres. En revanche, elle consulte davantage des gynécologues et sages-femmes.

Tableau 7. Caractéristiques de la population sans aucune fragilité identifiée parmi les trois facteurs retenus (maladies psychiatriques, handicap et précarité financière)

		Valeur minimale	Valeur G8	Valeur G6	Valeur G5	Valeur G7	Valeur maximale		
Nom de l'indicateur		Effectif G8 	Valeur G8 	Valeur Pop Tot (Réf)		Min dans ≠ Gi	Graphique synthétique	Max dans ≠ Gi	
Démographie	1. Effectifs et Evol/2019	2 937 564	3,0 %	+ 3,4 %		- 4,5 %		+ 12,0 %	
	2. Pop de 20-24 ans	309 563	10,5 %	10,6 %		3,8 %		13,2 %	
	3. Pop de 25-54 ans	1 942 333	66,1 %	66,3 %		57,1 %		70,7 %	
	4. Pop de 55 ans et +	685 668	23,3 %	23,2 %		16,1 %		36,6 %	
	5. Femmes	1 440 453	49,0 %	49,9 %		43,8 %		56,5 %	
Précarité financière	6. Bénéficiaires de la C2S	0	0,0 %	12,6 %		0,0 %		100 %	
État de santé	7. Personnes en ALD	297 034	10,1 %	14,0 %		10,1 %		98,3 %	
Recours à la prévention	8. Vaccination antigrippale	110 716	3,8 %	4,2 %		2,6 %		20,6 %	
	9. Dépistage du cancer colorectal	139 393	4,7 %	4,4 %		2,0 %		5,4 %	
Handicap	10. Bénéficiaires AAH	0	0,0 %	2,2 %		0,0 %		99,2 %	
	11. Accompagnés par ESMS	0	0,0 %	0,2 %		0,0 %		9,5 %	
Recours aux soins primaires en libéral (ville)	12. Un médecin traitant déclaré	255 2442	86,9 %	86,9 %		82,9 %		92,4 %	
	Recours au moins une fois								
	13. Médecin généraliste	2 415 235	82,2 %	83,2 %		82,2 %		93,6 %	
	14. Gynécologue	492 165	34,2 %	16,6 %		17,4 %		34,2 %	
	15. Sage-femme	250 794	17,4 %	8,5 %		7,1 %		17,4 %	
	16. Psychiatre	83 835	2,9 %	4,4 %		2,9 %		32,8 %	
	17. Dentiste	1 428 065	48,6 %	48,4 %		39,4 %		51,0 %	
	18. Ophtalmologue	792 740	27,0 %	26,7 %		22,3 %		29,6 %	
	19. Dermatologue	276 180	9,4 %	8,9 %		5,3 %		9,4 %	

Source : SNDS (tous régimes confondus) – Exploitation : CREAI-ORS/ORSM Occitanie

4.3 Inégalités d'accès aux soins selon le niveau de fragilité

Pour comprendre les différences d'accès aux soins primaires entre les populations, nous avons utilisé des régressions logistiques multivariées. Cette méthode statistique permet d'identifier les facteurs associés à un recours plus ou moins fréquent de recours aux soins, en tenant compte de plusieurs caractéristiques socio-démographiques (l'âge, le sexe et le département de résidence, [annexe 3](#)).

Les populations présentant au moins une fragilité (maladies psychiatriques, handicap, précarité financière) ont été comparées à une population de référence, la population sans fragilité. Nous avons utilisé les odds ratios ajustés (ORa) issus des régressions logistiques pour mesurer l'association statistiquement significative entre les fragilités et le recours aux soins de prévention ou de soins primaires, tout en neutralisant l'effet de l'âge, du sexe et du département de résidence (« *toutes choses égales par ailleurs* »). Ils permettent ainsi d'isoler l'effet propre des fragilités sur le recours aux soins.

L'objectif est d'identifier « Quelles sont les populations les plus éloignées de la prévention (vaccination antigrippale, dépistage du cancer colorectal) et des soins primaires en libéral (médecins généralistes, gynécologues, dentistes...) ? ».

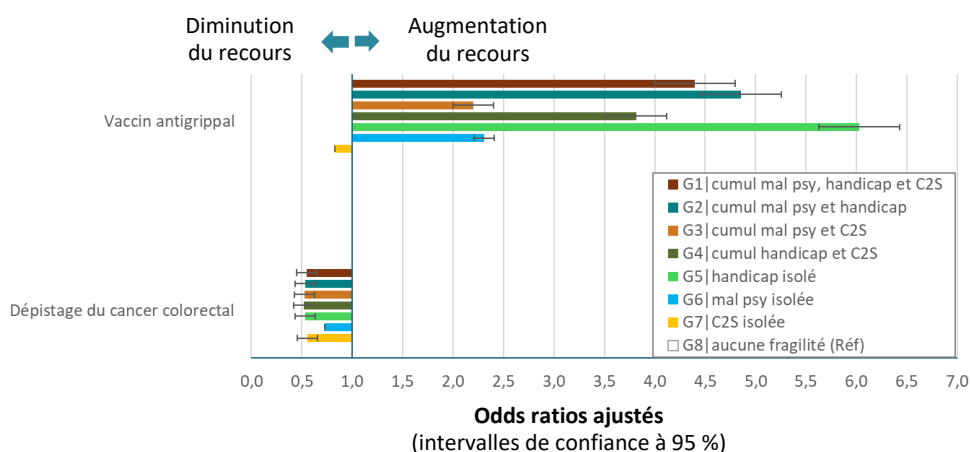
4.3.1 Populations les plus éloignées du recours aux soins de prévention

Pour le vaccin antigrippal (campagnes hivers 2022-2023 et 2023-2024), les résultats montrent des différences significativement marquées selon les niveaux de fragilité ([Figure 2](#)), toutes choses égales par ailleurs :

- ▶ les Occitans avec une fragilité liée à un handicap isolé (ORa de 6,028) ou cumulé avec des maladies psychiatriques – avec ou sans précarité financière – (ORa de 4,400 à 4,856) ont un recours très élevé à la vaccination antigrippale ;
- ▶ à l'inverse, les personnes en situation de précarité financière isolée (C2S) ont un recours plus faible à la vaccination antigrippale (ORa de 0,829).

Pour le dépistage du cancer colorectal, les populations occitanes présentant au moins une fragilité (maladies psychiatriques, handicap, précarité financière) ont un recours significativement plus faible au dépistage par rapport à la population sans fragilité. Les ORa varient de 0,517 à 0,726, indiquant une réduction similaire du recours au dépistage dans tous les groupes « *fragiles* » à l'exception des Occitans avec une fragilité liée à la santé mentale isolée. Ces derniers ont un accès un peu moins limité que les autres populations fragiles, avec un odds ratio ajusté légèrement plus élevé (ORa de 0,726) ([Figure 2](#)).

Figure 2. Association* entre la présence d'au moins une fragilité chez les Occitans âgés de 20 à 64 ans et le recours aux soins de prévention



* statistiquement significatif ($p < 0,0001$)
Source : SNDS – Exploitation : CREA-ORS/ORSM Occitanie

4.3.2 Recours aux soins primaires en libéral

Des différences significatives sont observées dans le recours aux soins primaires en libéral (ville), toutes choses égales par ailleurs :

- ▶ les Occitans présentant au moins une fragilité consultent plus fréquemment un médecin généraliste que ceux sans fragilité.
L'intensité de ce recours varie selon le niveau de fragilité (ORa de 1,261 à 3,036) ([Figure 3](#)) ;
- ▶ les Occitans cumulant deux fragilités « handicap et précarité financière » ont un recours au médecin généraliste 1,3 fois plus élevé (ORa¹⁵ de 1,261) que ceux sans fragilité ;
- ▶ ceux avec une fragilité liée à la santé mentale isolée (ORa de 2,610) ou cumulée avec une précarité financière (ORa de 3,036) ont un recours très élevé, ce recours est près de 3 fois plus élevé (ORa de 3,036).

La prise en charge de maladies psychiatriques semble contribuer à cette augmentation du recours aux médecins généralistes. Cela s'explique probablement par des besoins médicaux accrus (liés aux troubles psychiatriques) et un accompagnement par des dispositifs s'articulant avec les médecins généralistes.

- ▶ À l'inverse, les Occitans avec au moins une fragilité accèdent moins souvent aux spécialistes libéraux (dentistes, ophtalmologues, dermatologues) que ceux sans fragilité ([Figure 3](#)).
 - Dentistes en libéral : les Occitans avec un handicap isolé (ORa de 0,627) ou un handicap cumulé avec des maladies psychiatriques (sans précarité financière) ont le recours le plus faible (ORa de 0,686), avec une réduction de plus de 30 % ;
 - Ophtalmologues en libéral : ceux avec une fragilité liée à la santé mentale cumulée à la précarité financière ont un recours réduit de 30 % (ORa de 0,704) ;
 - Dermatologues en libéral : le recours est réduit de près de 50 % (ORa de 0,510) pour les Occitans en fragilité maximale (cumul de maladies psychiatriques, handicap et précarité financière).

Chez les femmes occitanes avec au moins une fragilité, les soins gynécologiques et le suivi par une sage-femme sont moins fréquents et tout particulièrement ([Figure 4](#)) :

- ▶ le recours est réduit à plus de 50 %¹⁶ pour celles ayant une fragilité :
 - isolée liée à un handicap : ORa de 0,472 pour les gynécologues et de 0,421 pour les sages-femmes ;
 - cumulée « *santé mentale et handicap* » : ORa de 0,433 pour les gynécologues et de 0,459 pour les sages-femmes.

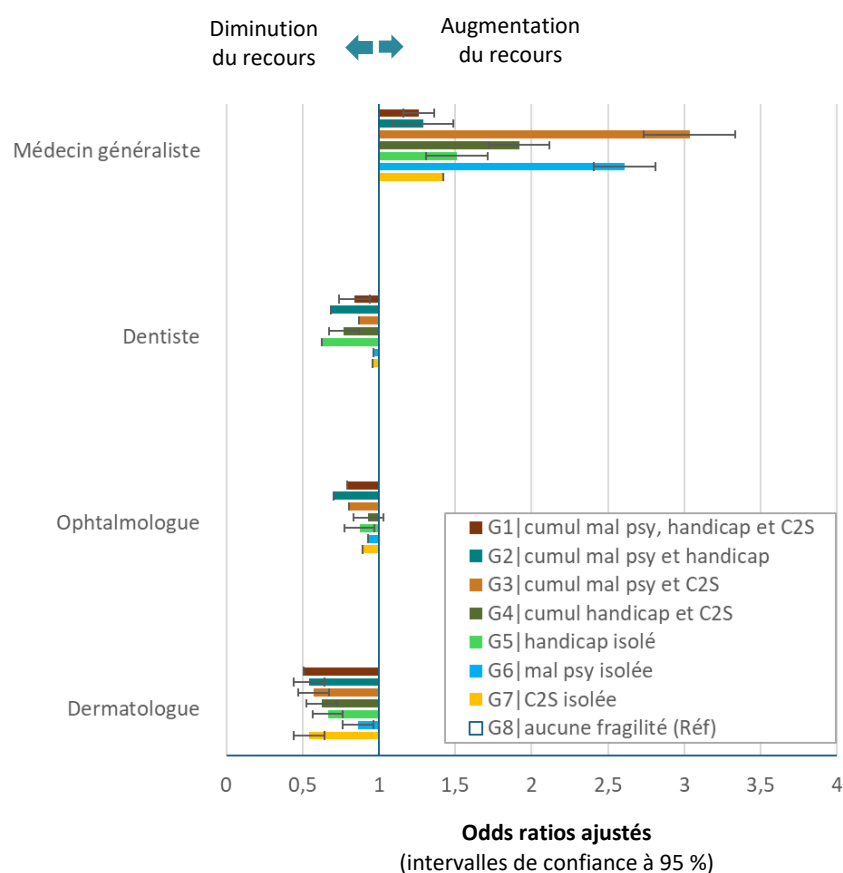
Quand les maladies psychiatriques et la précarité financière sont les fragilités identifiées de façon isolée, l'accès à ces soins est moins limité variant de 13 % à 22 % :

- maladies psychiatriques isolées : ORa de 0,845 pour les gynécologues et de 0,790 pour les sages-femmes (réduction d'accès de 15 % et de 21 %) ;
- précarité financière isolée : ORa de 0,780 pour les gynécologues et de 0,874 pour les sages-femmes (réduction d'accès de 22 % et de 13 %).

¹⁵ ORa est l'odds ratio ajusté traduisant l'importance de l'association entre la présence d'une fragilité et chaque indicateur de recours de soins primaires après ajustement sur l'âge, le sexe et le département de résidence.

¹⁶ Un odds ratio ajusté de 0,472 signifie que les chances de consulter sont réduites de 53 % (car $1 - 0,472 = 0,528$).

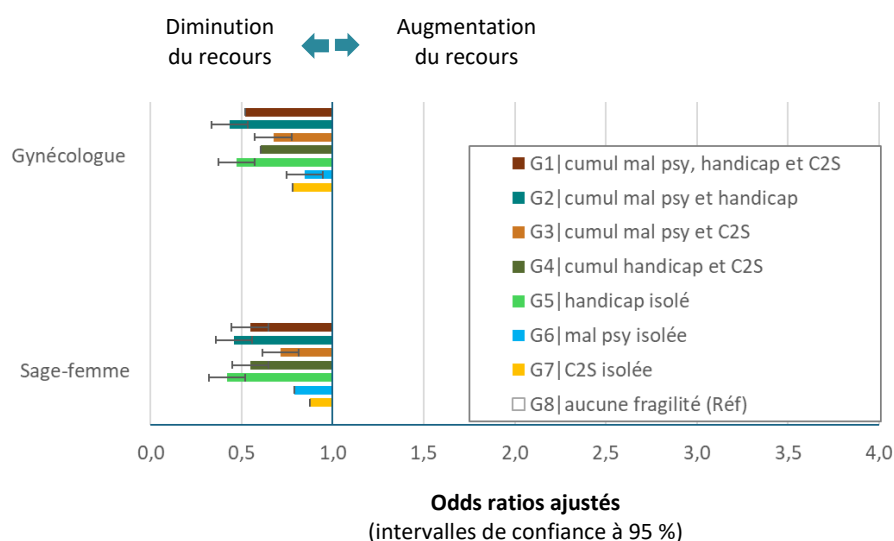
Figure 3. Association* entre la présence d’au moins une fragilité chez les Occitans âgés de 20 à 64 ans et le recours aux soins primaires en libéral



* statistiquement significatif ($p < 0,0001$)

Source : SNDS DCIR – Exploitation : CREA-ORS/ORSM Occitanie

Figure 4. Association* entre la présence d’au moins une fragilité chez les femmes occitanes âgées de 20 à 64 ans et le recours aux soins chez un gynécologue ou une sage-femme en libéral



* statistiquement significatif ($p < 0,0001$)

Source : SNDS DCIR – Exploitation : CREA-ORS/ORSM Occitanie

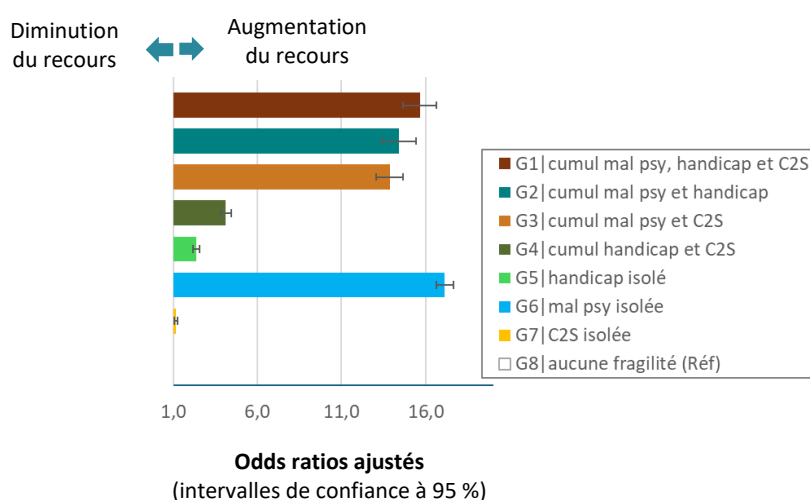
4.3.3 Recours aux soins chez un psychiatre en libéral

Les Occitans pris en charge pour des maladies psychiatriques ont un recours très élevé aux psychiatres libéraux (Figure 5), indépendamment des autres fragilités. Les odds ratios ajustés (ORa) varient de 13,9 (pour les personnes cumulant maladies psychiatriques et précarité financière) à 17,1 (pour celles avec des maladies psychiatriques isolées).

Les Occitans présentant un handicap isolé ont un recours modéré, environ 2 fois supérieur (ORa de 2,4) à celui de la population sans fragilité (Figure 5).

En revanche, ceux confrontés à une précarité financière isolée (ORa de 1,2) ont un recours légèrement supérieur, ce qui suggère que la précarité financière seule est peu associée à une consultation accrue chez un psychiatre en libéral (Figure 5).

Figure 5. Association* entre la présence d'au moins une fragilité chez les personnes occitanes âgées de 20 à 64 ans et le recours aux soins chez un psychiatre en libéral



* statistiquement significatif ($p < 0,0001$)

Source : SNDS DCIR – Exploitation : CREA-ORS/ORSM Occitanie

5/ SYNTHÈSE

Concernant l'accès aux soins de prévention, les personnes occitanes avec une reconnaissance administrative d'un handicap ou une prise en charge pour maladies psychiatriques se vaccinent 2 à 6 fois plus que celles sans fragilité, tandis que la précarité financière isolée réduit ce recours de 17 % (ORa de 0,83), révélant des inégalités d'accès liées selon le niveau de fragilité. Ce meilleur recours à la vaccination chez les personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative d'un handicap s'explique probablement par le fait que cette population dispose souvent d'un accompagnement renforcé, qu'il soit institutionnel ou assuré par des aidants.

Cependant, cette hypothèse ne s'applique pas au dépistage du cancer colorectal. En effet, tous les groupes fragiles y ont 30 à 50 % moins recours (ORa variant de 0,517 pour ceux avec « handicap et précarité financière » à 0,726 pour ceux avec des maladies psychiatriques isolées) que la population sans fragilité. Un accès aux campagnes de dépistage semble insuffisant pour les populations fragiles.

Concernant l'accès aux soins primaires auprès d'un médecin généraliste en libéral (soins de ville), les populations occitanes présentant au moins une fragilité (maladies psychiatriques, handicap ou précarité financière) consultent davantage les médecins généralistes que celles sans fragilité. Tout particulièrement, les personnes occitanes avec une seule fragilité liée à une prise en charge de maladies psychiatriques y ont recours 3 fois plus (ORa de 3,036). La fragilité liée à « maladies psychiatriques » semble jouer un rôle majeur dans cette augmentation, probablement en raison de contacts plus fréquents en médecine générale dans le cadre de leur suivi médical.

À l'inverse, l'accès aux soins spécialisés (soins courants) exerçant en libéral¹⁷ (gynécologues, dentistes, dermatologues...) semble limité pour les populations fragiles et tout particulièrement cumulant plusieurs fragilités :

- dentistes : les Occitans avec un handicap isolé (ORa de 0,627) ou un handicap cumulé à des maladies psychiatriques (ORa de 0,686) y ont recours 30 % moins que ceux sans fragilité ;
- ophtalmologues : les Occitans cumulant « santé mentale et handicap » ont un recours réduit à 30 % (ORa de 0,704) ;
- dermatologues : les Occitans en fragilité maximale, cumulant les trois fragilités (maladies psychiatriques, handicap et précarité financière) y ont près de 50 % moins recours (ORa de 0,510) que ceux sans fragilité, illustrant un accès très limité pour les populations les plus fragiles ;
- gynécologues et sages-femmes : les femmes avec handicap isolé ou avec « maladies psychiatriques et handicap (sans précarité financière) » ont un recours réduit de 50 %, tandis que la précarité financière isolée réduit moins leur accès (13 % pour les sages-femmes à 22 % pour les gynécologues).

Ces résultats révèlent des inégalités d'accès aux soins spécialisés en secteur libéral (soins de ville), probablement liées à des aspects financiers, géographiques ou administratifs, ainsi qu'à une priorisation des soins perçus comme urgents (médecine générale) au détriment des soins préventifs ou spécialisés. Il faut garder en tête que ces résultats sur le recours aux soins primaires en secteur libéral (soins de ville) n'incluent probablement pas les personnes hospitalisées en soins psychiatriques de longue durée (plus d'un an), qui représentent moins de 1 % de la population avec maladies psychiatriques étudiée ici.

¹⁷ Au sens de soins de ville (SNDS Bases DCIR)

Tableau 8. Recours aux soins primaires des groupes de populations occitanes âgées de 20 à 64 ans selon leur niveau d'accès aux soins

● Accès très réduit (ORa < 0,7) ● Accès réduit (ORa entre 0,7 et 0,9) ● Accès élevé (ORa >1)

Type de soins primaires	G1 cumul mal psy, handicap et C2S	G2 cumul mal psy et handicap	G3 cumul mal psy et C2S	G4 cumul handicap et C2S	G5 handicap isolé	G6 mal psy isolée	G7 C2S isolée	G8 aucune fragilité (Réf)
Prévention								
 Vaccination antigrippale	●	●	●	●	●	●	●	Réf
 Dépistage cancer du colorectal	●	●	●	●	●	●	●	Réf
Médecine générale en libéral								
 Médecins généralistes	●	●	●	●	●	●	●	Réf
Spécialités médicales, soins primaires et préventifs en libéral								
 Dentistes	●	●	●	●	●	●	●	Réf
 Ophtalmologues	●	●	●	●	●	●	●	Réf
 Dermatologues	●	●	●	●	●	●	●	Réf
 Gynécologues*	●	●	●	●	●	●	●	Réf
 Sages-femmes*	●	●	●	●	●	●	●	Réf
Soins spécialisés en libéral								
 Psychiatres	●	●	●	●	●	●	●	Réf

* chez les femmes

Source : SNDS – Exploitation : CREAI-ORS/ORSM Occitanie

Malgré un recours plus fréquent aux médecins généralistes, toutes les populations fragiles en Occitanie rencontrent des difficultés pour accéder aux soins spécialisés courants et préventifs (Tableau 8). Ces inégalités, aggravées par les maladies psychiatriques isolées ou cumulées avec un handicap et/ou une précarité financière, appellent à des actions ciblées pour réduire les inégalités d'accès aux soins spécialisés courants.

Si des actions devaient être priorisées pour réduire les inégalités d'accès aux soins, les populations suivantes pourraient être ciblées en premier lieu, en raison de leur éloignement marqué des soins spécialisés et préventifs (tableau 8) :

- les femmes occitanes présentant une fragilité liée à un handicap isolé ou cumulé avec des troubles psychiatriques (qu'elles soient ou non en situation de précarité financière) ;
- les Occitans cumulant maladies psychiatriques et handicap (sans précarité financière) ;
- les Occitans avec un handicap isolé (handicap reconnu administrativement).

Quelques pistes (non exhaustives), parmi d'autres, pourraient être explorées pour améliorer leur recours aux soins spécialisés et préventifs :

- renforcer l'offre de soins spécialisés à destination de ces populations fragiles (permanences dédiées, partenariats avec des acteurs locaux) ;
- déployer des campagnes de sensibilisation et d'information sur les dispositifs existants ou sur les aides du droit commun (prise en charge financière, aides...) ;
- améliorer la prise en compte des contraintes financières (accès aux aides...) ;
- étudier des solutions pour lever les freins logistiques (accès géographique, complexité des démarches, prises de rendez-vous dématérialisées...).

6/ ANNEXES

6.1 Annexe 1. Identification dans le SNDS de la population en situation de handicap (administrative)

Cette identification a été réalisée en quatre étapes :

Étape 1. Identification des assurés-bénéficiaires de l'AAH (dispositif AAH)

Il s'agit des assurés-bénéficiaires ayant eu au moins une prestation de soin remboursée avec une AAH entre le 01/01/2022 et le 31/12/2022 (dernière année disponible des bases de la cartographie des pathologies au moment de la construction des groupes de population). Par ailleurs, il faut savoir que l'information sur l'ouverture de droits au titre de l'AAH n'est disponible dans le SNDS que pour les personnes non assujetties à un autre titre à un régime obligatoire d'assurance maladie.

Étape 2. Identification des assurés-bénéficiaires de l'allocation sous forme de prestation au titre d'une pension d'invalidité (dispositif prestation PI)

Cela concerne tous les assurés-bénéficiaires ayant eu au moins une prestation de soin remboursée au titre de la pension d'invalidité de catégorie 3 uniquement, entre le 01/01/2022 et le 31/12/2022 (Base DCIR). Le versement de l'allocation sous forme de prestation au titre d'une pension d'invalidité se termine au moment du passage à la retraite mais il reste une exonération du ticket modérateur après celui-ci.

Étape 3. Identification des assurés-bénéficiaires par le motif d'exonération du ticket modérateur au titre d'invalidité (dispositif exonération TM PI)

Il s'agit de tous les assurés-bénéficiaires ayant eu au moins une prestation de soin prise en charge par l'assurance maladie en raison d'une exonération de ticket modérateur au titre d'invalidité (catégorie 3). Ceci permet de repérer l'ensemble des assurés-bénéficiaires concernés par une invalidité de catégorie 3 y compris après le passage à la retraite.

Étape 4. Identification des assurés-bénéficiaires admis en établissements ou services médico-sociaux (ESMS) du secteur handicap (SNDS, table référentiel établissements médicosociaux IR_ESM_R)

Cela concerne tous les assurés-bénéficiaires accompagnés par un ESMS entre le 01/01/2022 et le 31/12/2022 (cf. liste ci-dessous) avec une année de début comprise entre 1957 et 2022 et une année de fin comprise entre 2022 et 2323.

Liste des codes pris en compte :

/*filtre utilisé avec les codes retenus pour la variable ESM_CAT_COD*/

/*182 SESSAD*/

/*183 I.M.E*/

/*186 ITEP*/

/*188 ET.ENFANTS POLY-HANDICAPES*/

/*192 IEM*/

/*194 INSTITUT DEFICIENTS VISUELS*/

/*195 INSTITUT DEFICIENTS AUDITIFS*/

/*196 IES*/

/*238 Centre d'Accueil Familial Spécialisé*/

/*246 C.A.T/ESAT */

/*247 Entreprise adapté*/

/*252 FOYER HÉBERGEMENT ADULTES HANDICAPÉS*/

/*253 FOYER ACCUEIL POLYVALENT ADULTES HANDICAPÉS*/
 /*255 MAS*/
 /*370 ETABT EXPÉRIMENTAL PR PERSONNES HANDICAPÉES*/
 /*377 ETABT EXPÉRIMENTAL PR ENFANCE HAND. */
 /*379 ETABT EXPÉRIMENTAL PR ADULTES HAND. */
 /*382 FOYER DE VIE POUR ADULTES HANDICAPÉS*/
 /*390 ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL TEMPORAIRE ENFANTS HANDICAPÉS*/
 /*395 ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL TEMPORAIRE ADULTES HANDICAPÉS*/
 /*396 FOYER HÉBERGEMENT ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS*/
 /*402 JARDIN D'ENFANTS SPECIALISE*/
 /*437 FOYER ACCUEIL MÉDICALISÉ ADULTES HANDICAPÉS (F.A.M.) */
 /*445 SAMSAH*/
 /*446 SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT A LA VIE SOCIALE (S.A.V.S.) */
 /*448 ÉTABLISSEMENT ACCUEIL MÉDICALISÉ PERSONNES HANDICAPÉES (E.A.M.)*/
 /*449 E.A.N.M*/

À l'issue de cette dernière étape, une année index correspondant à la première année de repérage dans l'un des quatre dispositifs de reconnaissance administrative d'une situation de handicap (AAH, prestation PI, exonération TM PI ou ESMS PH) a été créée. Ceci a permis d'identifier les assurés-bénéficiaires en situation de handicap identifiée entre le 01/01/2022 et le 31/12/2022.

6.2 Annexe 2. Identification dans le SNDS de la population en situation de précarité financière

Dans le SNDS, la variable TOP C2S (CMU-C ou ACS avant 2019) est construite via deux sources :

1. **Table « ER_PRS_F »** : avoir eu au moins une prestation remboursée dans l'année avec comme type de contrat de complémentaire santé BEN_CTA_TYP dans la liste suivante : 89 (Bénéficiaire de la C2S complémentaire (en cours) quel que soit le gestionnaire), 91 (Contrat ACS TPI A), 92 (Contrat ACS TPI B) ou 93 (Contrat ACS TPI C) (dispo tous régimes).
2. **Table « IR_ORC_R »** : avoir une C2S active au moins un jour de l'année (disponible pour les régimes RG+SLM).

6.3 Annexe 3. Effectifs par âge, sexe et par département de résidence selon le groupe de population

Année 2022	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8
Effectif total	19 337	18 872	26 744	18 692	21 946	103 324	380 319	2 937 564
Age								
20-24	744	1 223	1 894	911	1 403	6 530	50 148	309 563
25-30	1 048	1 381	2 148	987	1 610	5 800	48 226	301 189
30-34	1 497	1 546	2 407	1 196	1 737	6 335	50 545	313 417
35-39	1 761	1 644	2 835	1 548	1 937	7 960	49 874	318 571
40-44	2 192	2 107	3 178	1 819	2 105	10 410	45 662	330 952
45-49	2 631	2 387	3 288	2 294	2 406	12 330	38 418	324 770
50-54	3 536	3 106	3 763	3 147	3 329	16 160	36 162	353 434
55-59	3 678	3 247	3 557	3 884	4 138	18 756	32 015	350 260
60-64	2 249	2 231	3 675	2 908	3 281	19 045	29 270	335 408
Sexe								
Hommes	10 491	10 608	12 900	8 858	11 184	49 122	165 607	1 497 113
Femmes	8 847	8 264	13 844	9 835	10 762	54 203	214 713	1 440 453
Département de résidence								
09-Ariège	479	547	788	392	547	2 623	11 111	69 324
11-Aude	1 366	1 471	1 979	1 415	1 556	6 529	26 601	170 104
12-Aveyron	690	999	1 170	468	866	6 116	9 133	131 305
30-Gard	2 457	2 091	3 691	2 269	2 452	12 219	55 763	363 450
31-Haute-Garonne	3 460	3 707	4 985	3 900	4 699	23 693	81 685	760 080
32-Gers	555	672	672	506	761	3 410	7 004	90 648
34- Hérault	4 562	3 672	5 467	4 848	4 729	19 658	90 842	593 108
46-Lot	512	430	638	374	578	2 822	7 724	80 067
48-Lozère	391	374	281	224	310	1 643	2 293	35 002
65-Hautes Pyrénées	922	853	938	952	1 056	4 196	11 263	108 057
66-Pyrénées-Orientales	1 907	2 115	3 341	1 513	1 876	9 519	41 693	221 037
81-Tarn	1 248	1 061	1 844	1 053	1 387	6 757	21 643	184 353
82-Tarn-et Garonne	788	881	950	778	1 131	4 140	13 563	131 032