Les conditions de vie, de santé, et d'accès aux soins des plus de 50 ans durant la pandémie de Covid-19 en France

Thomas Renaud, Louis Arnault, Florence Jusot

▶ **To cite this version:**

Thomas Renaud, Louis Arnault, Florence Jusot. Les conditions de vie, de santé, et d'accès aux soins des plus de 50 ans durant la pandémie de Covid-19 en France : Enseignements des enquêtes SHARE-Corona 2020 et 2021. 2023. hal-04329571

HAL Id: hal-04329571
https://hal.science/hal-04329571

Submitted on 11 Dec 2023

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

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

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

DONNÉES, NUMÉRIQUE, SANTÉ EN SOCIÉTÉ

N° 1 – Décembre 2023

INSTITUT SANTÉ NUMÉRIQUE EN SOCIÉTÉ

SHARE SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE FRANCE

Les conditions de vie, de santé, et d'accès aux soins des plus de 50 ans durant la pandémie de Covid-19 en France

Enseignements des enquêtes SHARE-Corona 2020 et 2021

Thomas RENAUD[1], Louis ARNAULT[1], Florence JUSOT[1,2],

[1] Legos-LEDa, Université Paris Dauphine - PSL

[2] Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES)

* * *

Le projet européen SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) a mis en œuvre, à l'été 2020 puis à l'été 2021, deux enquêtes spécifiques relatives à la pandémie auprès du panel de répondants habituellement sollicité tous les deux ans dans le cadre de l'enquête conventionnelle SHARE. Ces enquêtes SHARE-Corona v1 et v2 ont ainsi permis de suivre l'impact de la pandémie de Covid-19 sur les conditions de vie et de santé des Français et des Européens de 50 ans et plus, à court et à moyen terme.

À l'été 2021, plus de 11 % d'entre eux avaient probablement déjà contracté le Covid-19, en France comme en Europe, et près des deux tiers déclaraient ressentir encore des symptômes persistants s'apparentant à des « Covid longs ». Bien que les tests de dépistage du Covid-19 aient été globalement disponibles et encouragés par les politiques publiques, seule une personne de 50 ans et plus sur deux avait déjà réalisé un test de dépistage du Covid-19 à l'été 2021.

La majorité des répondants avait adopté des comportements de prévention du Covid-19 conformes aux recommandations dès le début de l'épidémie. À l'été 2020, plus de 80 % des européens disaient « toujours » veiller à se laver ou désinfecter les mains, près de deux tiers d'entre eux respectaient « toujours » le port du masque et/ou les règles de distanciation physique, et un répondant sur deux avait suivi scrupuleusement les injonctions à réduire ses interactions sociales en bannissant les visites à l'extérieur du ménage ou les réunions avec 5 personnes ou plus. Si le respect des gestes-barrières s'était légèrement érodé à l'été 2021, la couverture vaccinale contre le Covid-19 était déjà importante à cette date, avec près de 85 % des panélistes ayant reçu au moins une dose, cette proportion augmentant avec l'âge. En France, 40 % de ceux qui n'étaient pas vaccinés se déclaraient opposés à la vaccination contre le Covid-19.

Au cours de la période, un tiers des personnes enquêtées se sont senties tristes, anxieuses, ont connu des troubles du sommeil ou se sont senties seules et environ 20 % d'entre elles ont connu des difficultés à équilibrer leur budget. Ces proportions ne sont toutefois pas supérieures à celles observées dans les enquêtes SHARE traditionnelles, suggérant que les personnes de 50 ans et plus n'ont pas connu de dégradation notable de leur sentiment de solitude, de leurs symptômes dépressifs ou de leur situation financière pendant la crise sanitaire.

Les pics de l'épidémie et les réorganisations induites dans les systèmes de soins ont généré de nouvelles difficultés pour accéder aux soins. Depuis le début de la pandémie de Covid-19, environ une personne sur dix déclare avoir renoncé à recourir à des soins par peur de la contamination, en France comme dans toute l'Europe. Une proportion identique de répondants déclare avoir fait face au moins une fois à l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous médical. Les répondants ont enfin subi des annulations et reports de soins, particulièrement massifs lors de la première vague épidémique : plus d'un répondant sur trois déclarait alors avoir eu au moins un soin ou un rendez-vous médical reporté. En France, seuls 60 % de ces besoins de soins non couverts avaient pu être rattrapés à l'été 2021, avec un non-rattrapage des soins particulièrement marqué chez les hommes de moins de 65 ans.

* * *

Quelles ont été les conditions de vie, de santé et de recours aux soins des séniors durant la pandémie de Covid-19 en Europe ? La pandémie et les politiques publiques visant à l'enrayer ont modifié profondément et subitement les conditions de vie des Européens, notamment celles des plus âgés, plus exposés au risque de formes sévères du Covid-19.

L'enquête européenne longitudinale SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) s'intéresse spécifiquement à ces personnes âgées de plus de 50 ans et à leurs conditions de vie envisagées selon de nombreuses dimensions : santé, soins, emploi, retraite, patrimoine, revenus, relations sociales et familiales, conditions de logement, etc.(Börsch-Supan *et al.*, 2013) **Voir encadré en dernière page.** La pandémie a bouleversé le protocole et le calendrier de SHARE comme celui de la plupart des grandes enquêtes conduites en face-à-face. La situation sanitaire du printemps 2020 a contraint à écourter le terrain de la huitième vague de l'enquête sous sa forme habituelle, débutée à l'automne 2019. Une nouvelle enquête a pu être initiée dès l'été 2020 afin de documenter les conséquences immédiates de la pandémie auprès du panel SHARE. Cette enquête téléphonique, appelée SHARE-Corona v1, a été soumise aux 80 000 participants européens de SHARE (dont 4 000 français), afin de recueillir des informations spécifiques au contexte pandémique sur leur santé physique et mentale, leurs comportements de prévention et leur rapport au Covid-19, leur accès aux soins, leur emploi, leurs relations sociales, leurs ressources financières, etc. **Voir encadré ci-contre**.

La méthodologie de l'enquête a dû être adaptée en urgence en raison du changement de mode de collecte, de face-à-face à téléphonique, et de la modification du questionnaire. Cette enquête a été reconduite à l'été 2021 auprès des mêmes répondants (SHARE-Corona v2).

Les deux volets de l'enquête SHARE-Corona sont mobilisés ici pour mieux comprendre comment les personnes de 50 ans et plus ont vécu la période récente en France et en Europe. Dans quelle mesure les répondants de SHARE ont-ils été touchés par le Covid-19 ? Quels comportements de prévention ont-ils adopté en routine et comment se positionnaient-ils vis-à-vis du déploiement de la vaccination ? Comment leur santé mentale et leur situation financière ont-elles évolué durant la pandémie ? Enfin, quelles ont été les conséquences de la pandémie et de sa gestion sur leurs difficultés d'accès aux soins ?

* * *

LES ENQUÊTES SHARE-CORONA

Les promoteurs du projet SHARE ont adapté le protocole de l'enquête afin de répondre à la survenue de la pandémie de Covid-19 et aux périodes de confinement associées dans de nombreux pays d'Europe et proposer un dispositif de collecte relatif aux problématiques du vieillissement adapté à ce contexte particulier.

L'enquête *ad hoc* SHARE-Corona (Scherpenzeel *et al.*, 2020) a été développée autour d'un questionnaire inspiré du questionnaire principal de l'enquête SHARE classique, mais raccourci, centré sur la période de pandémie et adapté à une administration par téléphone. Cette enquête téléphonique soumise aux participants de tous les pays de SHARE à l'été 2020 a été bien accueillie, avec 55 600 répondants (dont 2 200 pour la France), soit un taux de participation individuelle de 69 % à l'échelle de l'Europe (54 % en France).

Ce questionnaire d'une vingtaine de minute couvrait les thématiques suivantes :
- Santé (physique, mentale, limitations d'activité)
- Relations sociales (fréquence et nature des contacts)
- Expérience vis-à-vis du Covid-19 (symptômes, tests, hospitalisations, décès… du répondant ou de ses proches)
- Comportements de prévention de la contamination (gestes-barrières)
- Recours aux soins (fréquence, satisfaction, difficultés d'accès aux soins en raison de renoncements, de reports et d'impossibilité de prendre rendez-vous)
- Emploi (évolution quantitative et qualitative de l'activité professionnelle, chômage, sécurité du lieu de travail vis-à-vis du Covid-19, recours au télétravail)
- Situation financière (évolution du revenu mensuel du ménage, difficultés ressenties, aides financières reçues ou apportées)
- Aide et soins à domicile (fréquence, difficultés pour les aidants, sécurité vis-à-vis du Covid-19)

L'enquête SHARE-Corona a été reconduite pour une seconde vague à l'été 2021 auprès des mêmes répondants, afin de prolonger l'observation et mesurer ainsi l'évolution des conséquences de la pandémie à un an de distance. Sur une philosophie et une structure largement inchangées, le questionnaire a dû intégrer à la fois une nouvelle conception de la temporalité des questions par rapport aux vagues épidémiques et de nouveaux thèmes dont l'importance avait émergé durant l'année (développement des usages numériques, recours à la télémédecine, vaccination contre le Covid-19, etc.). L'adhésion à cette seconde vague a été meilleure puisque seuls les ménages ayant déjà répondu à la première enquête SHARE-Corona ont été resollicités : le taux de participation individuel s'élevait à 85 % (83 % en France), soit un nombre total de 50 500 répondants (1 900 en France).

La principale difficulté dans la confrontation des résultats des deux vagues d'enquête SHARE-Corona tient aux différences dans l'horizon temporel utilisé pour les différentes questions, compte tenu par ailleurs des fluctuations de l'intensité épidémique. La première vague était ciblée sur la situation des enquêtés « *depuis le début de l'épidémie* », terme générique choisi pour laisser à chaque répondant l'appréciation de ce « début ». La seconde vague a introduit des niveaux de temporalité distincts selon le type de question et l'antériorité du recueil en vague 1. Dans la plupart des cas, le parti-pris a été de normaliser l'horizon temporel retenu en s'intéressant aux évènements et changements survenus « *depuis le dernier entretien* » (ou « *depuis Juillet 2020* » pour les rares personnes participant à SHARE-Corona v2 sans avoir répondu à la v1). Cependant, certaines questions spécifiques s'intéressent aux « *3 mois précédant l'entretien* » ou à des comparaisons générales avec la situation « *avant le début de la pandémie* ».

Le succès des enquêtes SHARE-Corona a permis d'apporter des indications méthodologiques probantes sur la faisabilité de dispositifs d'enquête innovants, en particulier sur la possibilité d'administrer un questionnaire par téléphone, en dépit de la moyenne d'âge élevée des enquêtés.

Population d'analyse

Les analyses sont conduites séparément sur les enquêtes SHARE-Corona v1 et v2, sans préoccupation de conserver une population d'analyse identique aux deux points. En effet, l'attrition entre la première et la seconde vague et, de façon plus marginale, la possibilité pour un individu faisant partie d'un ménage participant mais n'ayant pas répondu lui-même en vague 1 de répondre tout de même à l'enquête en vague 2 conduit à de légères différences de champ et d'effectif entre les deux points. En restreignant l'analyse aux personnes de 50 ans et plus résidant en logement individuel, les échantillons comptent respectivement 54 088 répondants en vague 1 de SHARE-Corona (2 100 pour la France) et 48 864 en vague 2 (1 833 pour la France). Nous mobilisons également ponctuellement la vague 8 de l'enquête SHARE conventionelle, qui comprend 2 430 répondants pour la France et 46 031 pour l'ensemble de l'Europe.

Les statistiques présentées utilisent les pondérations de SHARE. Ces jeux de pondération, produits pour chaque vague d'enquête par calage sur marges en fonction de l'âge, du sexe et de la région de résidence séparément pour chaque pays, visent à corriger les échantillons des effets de sélection induits par la non-réponse. Les différences de moyennes et de proportions entre sous-échantillons sont systématiquement testées de façon bivariée, à l'aide d'un test exact bilatéral de Fischer (Z-test).

L'échantillon de répondants français comprend 54 % de femmes aux deux vagues de l'enquête SHARE-Corona et il est composé presque pour moitié de personnes âgées de 50 à 64 ans (âge moyen de 67 ans). Les échantillons français ont des structures très comparables en termes d'âge et de sexe aux deux vagues qui sont également très semblables à celles des échantillons européens.

Prévalence de la maladie à Covid-19 et de ses formes longues

Trois types d'indicateurs permettent de repérer les infections probables au Covid-19 : les symptômes déclarés, les tests positifs et les hospitalisations pour ce motif. Dans l'enquête SHARE-Corona v1, la question relative aux symptômes faisait référence aux « *symptômes qui pourraient être dus au Covid-19, comme par exemple de la toux, de la fièvre ou des difficultés à respirer* ». Dans l'enquête SHARE-Corona v2, la question fait référence en outre à la perte du goût ou de l'odorat, conformément à la définition des cas potentiels du Covid-19 de l'*European Centre for Disease Prevention and Control* (2020).

La seconde vague de l'enquête permet également de repérer, parmi les personnes ayant déclaré avoir ressenti des symptômes attribuables au Covid-19 ou été testées positives entre l'été 2020 et l'été 2021, celles qui souffrent de « Covid long », c'est-à-dire qui disent « *ressentir des effets de long terme ou persistants* » qu'ils attribuent au Covid-19. La liste de symptômes proposés comme potentiellement persistants est la suivante : « *Fatigue / Toux, encombrement des bronches, essoufflement / Perte du goût ou de l'odorat / Maux de tête / Douleurs, inflammations articulaires / Douleurs thoraciques ou abdominales / Diarrhée, nausée / Confusion mentale / Autre.* »

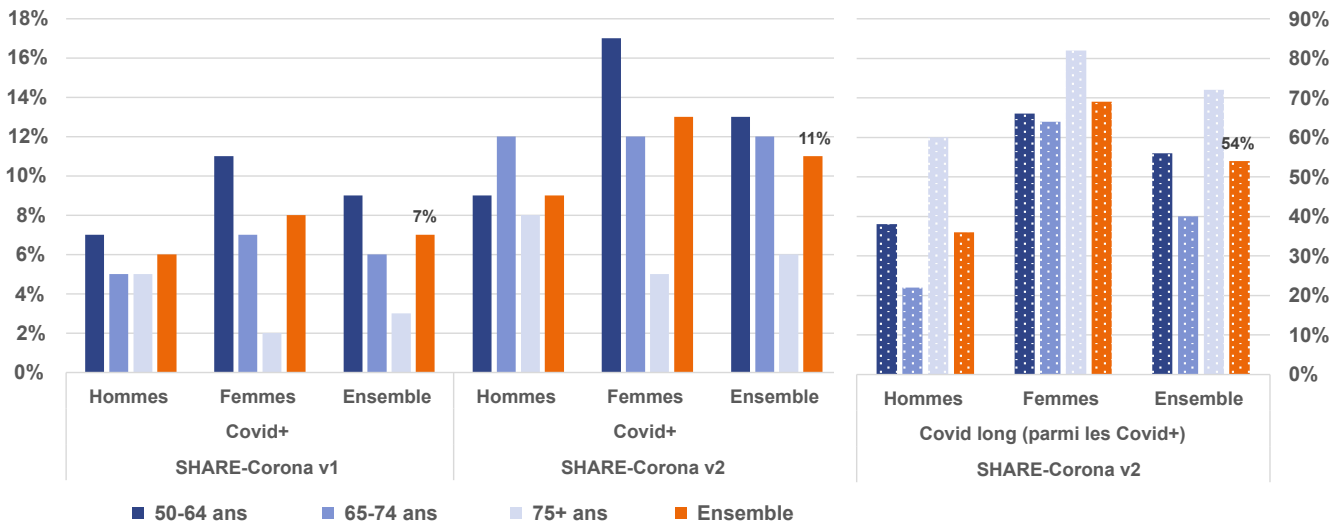
Parmi les répondants français, 6,9 % avaient probablement déjà contracté le Covid-19 au cours de la première vague épidémique, ce qui représente plus du double de la prévalence mesurée au niveau de l'ensemble des pays de SHARE (3,2 %). Au moment de la seconde vague de l'enquête, cette différence s'était considérablement réduite : le pourcentage de personnes identifiées comme ayant probablement eu le Covid-19 depuis le début de la pandémie s'élevait à 11,1 % en France et 10,5 % dans l'ensemble des pays européens. La prévalence est globalement supérieure chez les répondants les plus jeunes, en particulier chez les femmes **Graphiques G1a et G1b**.

À l'été 2021, près de deux tiers des européens de plus de 50 ans ayant probablement contracté le Covid-19 depuis le début de la pandémie déclaraient souffrir de symptômes persistants qu'ils attribuaient à cette infection. Cette proportion était significativement plus faible en France (54 %, p-value = 0,0001).

Ce phénomène de « Covid long » est plus fréquent chez les femmes, en cohérence avec la littérature médicale (Fernandez-de-las-Peñas *et al.*, 2022 ; Evans *et al.,* 2022), avec une différence singulièrement marquée en France. En moyenne, dans l'ensemble des pays d'Europe, 70 % des femmes déclarent des symptômes persistants contre 59 % des hommes. En France, ces taux sont de 69 % pour les femmes contre 36 % pour les hommes (p-value = 0,0001). Les profils du risque de « Covid long » par âge sont très différents pour la France et l'Europe. En effet, dans l'ensemble des pays de SHARE, la probabilité conditionnelle de « Covid long » n'est pas différente selon les 3 classes d'âge définies, avec environ deux tiers des personnes ayant été contaminées qui souffrent de syndromes persistants. En revanche, en France, la probabilité de « Covid long » diffère selon l'âge, avec notamment un surcroît de symptômes persistants chez les plus de 75 ans (72 %) par rapport aux autres classes d'âge, ce qui est conforme aux observations d'études épidémiologiques de référence (Cohen *et al*., 2022), bien que les niveaux absolus de « Covid longs » observés dans ces études soient nettement inférieurs à ceux qui sont mesurés dans SHARE.

Arnault et Jusot (2022) proposent une analyse permettant de mieux comprendre les inégalités dans la survenue des « Covid longs » en fonction des circonstances de vie actuelles et connues dans l'enfance, des comportements de prévention, des comportements à risques et des préférences. Ils montrent l'impact important de la situation sociale actuelle sur la probabilité de souffrir d'un « Covid long », ainsi que celui des comportements de prévention, du respect des gestes-barrières et des préférences liées à la santé.

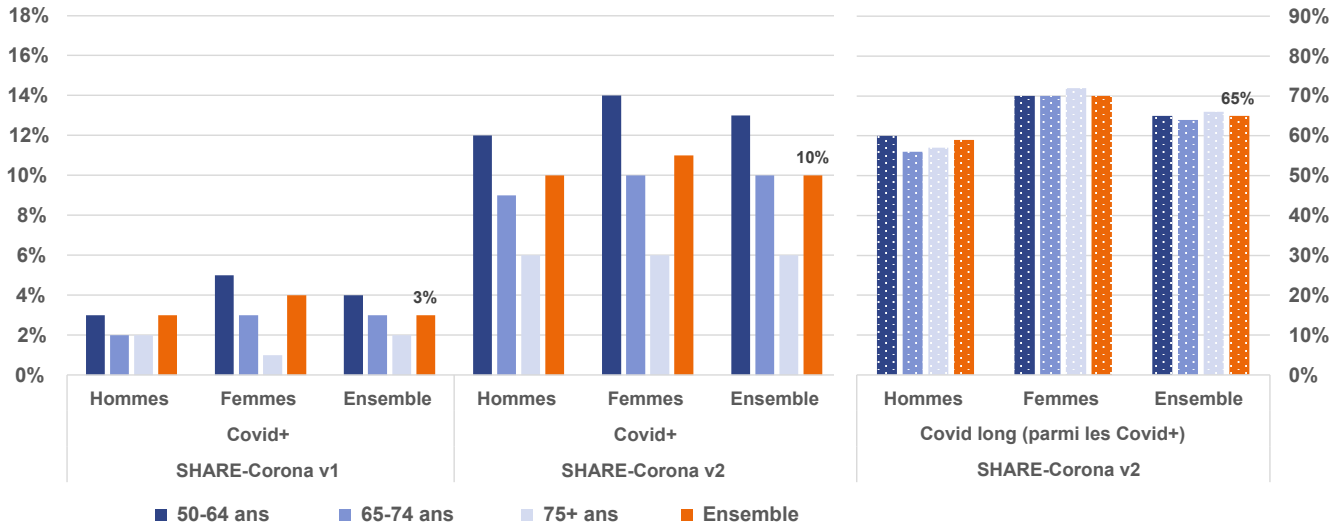
G1a – Prévalence du Covid-19 et du « Covid long », en France



Proportion des 50 ans et plus ayant « *probablement* » contracté le Covid-19 à l'été 2020 et l'été 2021, et probabilité de déclarer des symptômes persistants attribués au Covid-19 parmi les 50 ans et plus ayant probablement eu le Covid-19 au cours de l'année à l'été 2021, par âge et sexe, en France (%)

Source : Enquêtes SHARE-Corona vague 1 et vague 2

G1b – Prévalence du Covid-19 et du « Covid long », en Europe



Proportion des 50 ans et plus ayant « *probablement* » contracté le Covid-19 à l'été 2020 et l'été 2021, et probabilité de déclarer des symptômes persistants attribués au Covid-19 parmi les 50 ans et plus ayant probablement eu le Covid-19 au cours de l'année à l'été 2021, par âge et sexe, dans l'ensemble des pays de SHARE (%)

Source : Enquêtes SHARE-Corona vague 1 et vague 2

Prévention du Covid-19

Tests de dépistage

Les deux vagues d'enquête SHARE-Corona interrogent les participants sur le nombre de tests de dépistage du Covid-19 qu'ils ont réalisé, tous types de tests confondus.

Au moment de la seconde vague de l'enquête, un répondant sur deux en moyenne avait déjà réalisé un test de dépistage du Covid-19 depuis le début de la pandémie, proportion globalement similaire en France et, en moyenne, dans l'ensemble des autres pays de SHARE. **Tableau T1**

La probabilité de recours aux tests de dépistage est significativement plus faible au-delà de 75 ans : en Europe, le différentiel est de 18 points de pourcentage entre la probabilité de recours des 50-64 ans (56 %) et celles des 75 ans et plus (38 %, p-value = 0,0004). En France, on constate un surcroit de recours aux tests de dépistage chez les femmes (différentiel de 6 points de pourcentage, p-value = 0,01), qui n'est pas observé au niveau européen.

Les données mettent toutefois en évidence des différences significatives selon les pays, à la fois dans la probabilité de recours aux tests et dans le nombre de tests effectués.

Ainsi, dans les pays suivants, plus de deux tiers des répondants n'ont effectué aucun test de dépistage du Covid-19 : Roumanie, Hongrie, Pologne , Bulgarie, Croatie

ou Finlande. A l'inverse, 60 % des Autrichiens, 55 % des Danois et 30 % des Allemands ont réalisé plus de 5 tests de dépistage depuis le début de l'épidémie, alors que ce recours massif aux tests est généralement marginal dans la plupart des pays, y compris en France (2 % seulement). Ces écarts entre pays sont plus particulièrement marqués chez les 50-64 ans.

Gestes-barrières

Les comportements adoptés pour prévenir la transmission du Covid-19 ont été mesurés par le respect de gestes-barrières et le recours à la vaccination, promus par les politiques de santé publique dans tous les pays d'Europe. En vague 1, il était ainsi demandé aux enquêtés, d'une part, à quelle fréquence ils avaient porté un masque de protection, respecté les règles de distanciation physique, et limité les contacts à l'extérieur du ménage et, d'autre part, s'ils avaient veillé à se laver les mains, utiliser une solution hydro-alcoolique ou couvrir leur toux et leurs éternuements plus souvent depuis le début de la pandémie. En vague 2, certaines de ces questions ont été abandonnées, considérant que les usages s'étaient systématisés (port du masque) ou bien qu'elles n'étaient plus aussi pertinentes au regard de l'évolution des connaissances sur les modes de transmission du virus (lavage des mains, utilisation de solution hydro-alcoolique). Les questions relatives à la distanciation physique et à la protection de la toux et des éternuements ont été adaptées afin de décrire l'évolution des pratiques entre la première et la seconde vague.

Ces questions relatives aux gestes-barrières n'ont été soumises qu'aux répondants qui déclaraient être sortis au moins une fois de leur domicile au cours des périodes de référence, sélectionnés par une question-filtre préalable dans le questionnaire. En effet, à l'été 2020, une proportion significative de la population déclarait ne « *jamais* » être sortie de son domicile depuis l'apparition du Covid-19 : 14 % des répondants en moyenne à l'échelle européenne et même 28 % chez les plus de 75 ans ▯ **Tableau T2**. Certains pays ont été massivement concernés par ces situations d'auto-confinement : la Croatie et l'Italie où un répondant sur trois n'était pas sorti de chez lui pendant la période, la Roumanie et la Hongrie (un répondant sur quatre) ou la Grèce, Israël et la Bulgarie (un répondant sur cinq). Ce phénomène a été plus marginal en France, avec 2 % de l'échantillon total et 12 % chez les plus de 75 ans.

Les gestes-barrières avaient été largement adoptés dès le début de la pandémie. Plus de deux tiers des répondants qui sont sortis de chez eux ont déclaré « *toujours* » respecter une distance minimale avec les autres lors de leurs déplacements, et entre 80 et 90 %, se laver les mains, utiliser une solution hydro-alcoolique et couvrir leurs toux et éternuements « *plus souvent qu'avant* ». La recommandation de réduire les interactions sociales et les contacts avec l'extérieur a été globalement moins bien respectée : seul un répondant sur deux environ déclarait ne « *jamais* » avoir rendu visite à sa famille ou s'être réuni avec au moins 5 personnes depuis l'émergence du Covid-19. La situation en France à cet égard au moment de la première vague d'enquête était sensiblement dans la moyenne des pays de SHARE.

T1 – Recours aux tests de dépistage du Covid-19

	France			Europe		
	Hommes	Femmes	**Ensemble**	Hommes	Femmes	**Ensemble**
50-64 ans	42	61	52	52	60	56
65-74 ans	55	51	53	49	48	49
75+ ans	47	37	41	40	36	38
Ensemble	**46**	**52**	**49**	**49**	**51**	**50**

Probabilité d'avoir réalisé au moins 1 test de dépistage du Covid-19 depuis le début de l'épidémie parmi les 50 ans et plus à l'été 2021, par âge et sexe, en France et dans l'ensemble des pays de SHARE (%)

Source : Enquêtes SHARE-Corona vague 1 et vague 2

T2 – Probabilité de ne « jamais » être sorti de chez soi

	France						Europe					
	SHARE-Corona v1			SHARE-Corona v2			SHARE-Corona v1			SHARE-Corona v2		
	Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**
50-64 ans	1	0	1	2	0	1	7	8	7	5	4	5
65-74 ans	3	2	2	2	1	1	10	14	12	6	7	6
75+ ans	13	12	12	3	5	4	22	31	28	11	17	14

Probabilité de ne « *jamais* » être sorti de chez soi durant la période de référence (« *depuis le début de l'épidémie* » en v1, « *durant les 3 derniers mois* » en v2) parmi les 50 ans et plus à l'été 2020 et à l'été 2021, par âge et sexe, en France et dans l'ensemble des pays de SHARE (%)

Source : Enquêtes SHARE-Corona vague 1 et vague 2

T3 – Mise en application des gestes-barrières

			France						Europe					
			SHARE-Corona v1			SHARE-Corona v2			SHARE-Corona v1			SHARE-Corona v2		
			Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**
50-64 ans	Port du masque	Toujours	52	74	63				65	74	70			
	Respect des distances avec les autres	Toujours	67	80	74	51	65	58	73	80	76	63	69	66
	Réunion 5+ personnes extérieures	Jamais	49	55	52	28	27	27	43	50	46	22	28	25
	Rendre visite à la famille	Jamais	33	39	37				31	34	33			
	Lavage des mains	Plus qu'avant	81	86	83				88	91	90			
	Utilisation de solution hydro-alcoolique	Plus qu'avant	88	92	90				88	89	88			
	Couvrir sa toux et/ou ses éternuements	Oui / Plus qu'en v1	88	92	90	18	15	16	90	94	92	21	20	21
65-74 ans	Port du masque	Toujours	61	73	67				67	73	70			
	Respect des distances avec les autres	Toujours	77	77	77	63	72	68	77	82	80	66	73	70
	Réunion 5+ personnes extérieures	Jamais	55	55	55	28	33	31	51	59	55	32	40	36
	Rendre visite à la famille	Jamais	43	43	43				36	42	39			
	Lavage des mains	Plus qu'avant	84	87	86				89	90	89			
	Utilisation de solution hydro-alcoolique	Plus qu'avant	86	87	86				82	84	83			
	Couvrir sa toux et/ou ses éternuements	Oui / Plus qu'en v1	81	89	85	13	15	14	86	90	88	19	20	19
75+ ans	Port du masque	Toujours	66	73	70				67	72	70			
	Respect des distances avec les autres	Toujours	68	70	69	65	68	66	77	79	78	71	75	73
	Réunion 5+ personnes extérieures	Jamais	56	63	60	41	49	46	58	63	61	45	51	49
	Rendre visite à la famille	Jamais	46	50	48				43	47	45			
	Lavage des mains	Plus qu'avant	82	81	81				87	87	87			
	Utilisation de solution hydro-alcoolique	Plus qu'avant	74	79	77				75	76	76			
	Couvrir sa toux et/ou ses éternuements	Oui / Plus qu'en v1	78	81	80	15	18	16	82	83	82	18	18	18
Ensemble	Port du masque	Toujours	**57**	**73**	**66**				**66**	**73**	**70**			
	Respect des distances avec les autres	Toujours	**70**	**77**	**74**	**57**	**67**	**63**	**75**	**80**	**78**	**65**	**72**	**69**
	Réunion 5+ personnes extérieures	Jamais	**52**	**57**	**55**	**30**	**34**	**33**	**48**	**55**	**52**	**29**	**36**	**33**
	Rendre visite à la famille	Jamais	**39**	**43**	**41**				**35**	**39**	**37**			
	Lavage des mains	Plus qu'avant	**82**	**85**	**84**				**88**	**90**	**89**			
	Utilisation de solution hydro-alcoolique	Plus qu'avant	**85**	**87**	**86**				**84**	**84**	**84**			
	Protection toux/éternuements	Oui / Plus qu'en v1	**84**	**88**	**86**	**16**	**16**	**16**	**87**	**90**	**89**	**20**	**20**	**20**

Probabilité d'avoir appliqué les gestes-barrières parmi les 50 ans et plus à l'été 2020 et à l'été 2021, par âge et sexe, en France et dans l'ensemble des pays de SHARE (%)
Source : Enquêtes SHARE-Corona vague 1 et vague 2. Échantillons restreints aux répondants étant sortis au moins une fois de chez eux au cours de la période de référence.

T4 – Couverture vaccinale contre le Covid-19, à l'été 2021

	France			Europe		
	Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**
50-64 ans	80	80	80	81	79	80
65-74 ans	87	86	87	85	84	85
75+ ans	91	88	89	90	85	87
Ensemble	**84**	**83**	**84**	**84**	**82**	**83**

Probabilité d'être vacciné contre le Covid-19 (au moins 1 injection effectuée) parmi les 50 ans et plus à l'été 2021, par âge et sexe, en France et dans l'ensemble des pays de SHARE (%)
Source : Enquêtes SHARE-Corona vague 2

Le recours aux gestes-barrières révèle un effet de genre systématique, les femmes ayant davantage appliqué les mesures de prévention de l'épidémie que les hommes, pour tous les indicateurs choisis, aux deux vagues, à tous les âges, aussi bien en France qu'en Europe. **Tableau T3.** Cette différence est particulièrement marquée dans le choix de porter un masque de protection à l'extérieur dès le début de l'épidémie, notamment en France et chez les plus jeunes. En France, 73 % des femmes déclaraient avoir « *toujours* » porté un masque de protection en vague 1, contre seulement 57 % des hommes (p-value = 0,0001) ; la différence est encore plus marquée chez les 50-64 ans, avec 74 % (femmes) contre 52 % (hommes). En moyenne globale Européenne, cette proportion était respectivement de 73 % pour les femmes et de 66 % pour les hommes (p-value = 0,003).

Enfin, on n'observe pas d'effet d'âge systématique dans le respect des gestes-barrières. En effet, les plus âgés ont à la fois plus respecté le port du masque et la recommandation de limiter les regroupements de plus de 5 personnes ou les visites à l'extérieur mais, *a contrario*, ils ont moins adapté leurs gestes d'hygiène (lavage des mains, protection de la toux et des éternuements).

L'attention portée au respect de la distanciation physique s'est érodée entre la première et la seconde vague de l'enquête. La proportion de personnes respectant systématiquement une distance minimale avec les autres a diminué d'environ 10 points de pourcentage en France (74 % en v1 contre 63 % en v2) comme dans toute l'Europe (78 % contre 69 %). De même, la proportion de personnes ayant proscrit les réunions avec 5 personnes ou plus en raison de l'épidémie a chuté d'environ 20 points. Si en vague 1, 55 % des Français déclaraient ne « *jamais* » s'être réunis avec plus de 5 personnes depuis le début de l'épidémie, mais ils n'étaient plus que 33 % à ne « *jamais* » l'avoir fait au cours des trois mois précédents

en vague 2. Ce relâchement a été plus important chez les plus jeunes, qui avaient pourtant largement adhéré aux recommandations en première vague. Par exemple, la proportion des répondants âgés de 50 à 64 ans ayant « *toujours* » gardé leurs distances avec les autres à l'extérieur a diminué entre les deux vagues d'enquête de 16 points en France (de 74 % à 58 %) et de 10 points en Europe (de 76 % à 66 %). Chez les 75 ans et plus, la diminution a été de moindre ampleur : de 69 % à 66 % en France et de 78 à 73 % en Europe. Ainsi, en vague 2, les personnes âgées de 75 ans et plus étaient plus nombreuses que les 50-64 ans à respecter la distanciation sociale et à éviter les réunions de 5 personnes ou plus.

Le travail de Bergeot & Jusot (2022a) analyse l'influence des préférences individuelles vis-à-vis du temps et du risque, des opinions politiques et croyances des individus sur leurs choix d'adopter les gestes-barrières. La patience et l'aversion au risque sont associées à un plus grand respect des distances et de la limitation des réunions de groupe et des visites à la famille. Avoir un plus haut niveau de confiance envers les autres ou avoir des opinions politiques extrêmes, atténue au contraire le respect des recommandations sur les réunions familiales et/ou avec plus de 5 personnes.

Vaccination

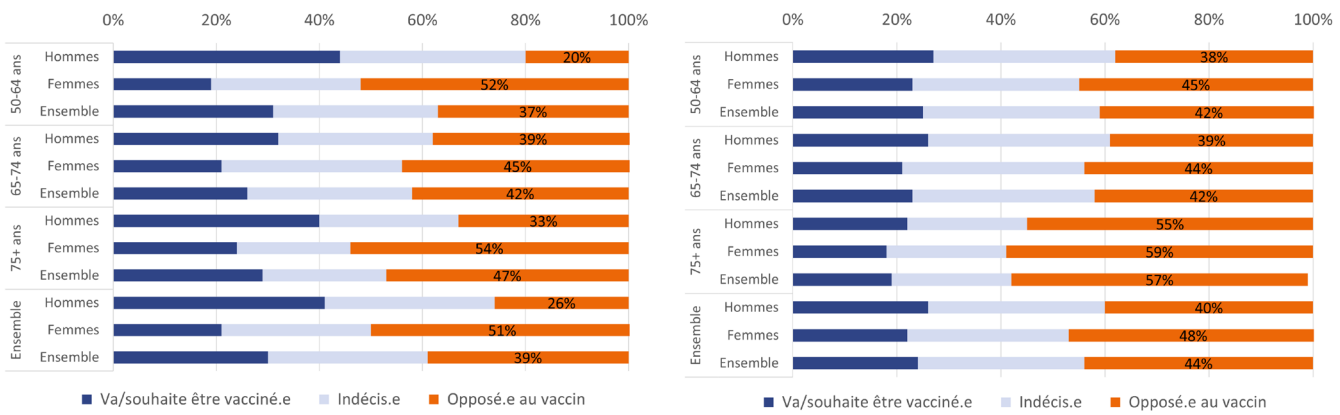
Lors de la seconde vague de l'enquête SHARE-Corona, un nouveau bloc de questions a permis de traiter la dimension préventive spécifique que constitue la vaccination contre le Covid-19, en différenciant les personnes selon leur statut vaccinal et leurs intentions vaccinales : déjà vaccinées, en attente de l'injection (rendez-vous pris), souhaitant se faire vacciner, indécises ou opposées à l'idée de se faire vacciner. À l'été 2021, 84 % des répondants avaient déjà reçu au moins une dose de vaccin en France, proportion très similaire en moyenne dans l'ensemble des pays de SHARE (83 %) **Tableau T4**. La proportion de personnes vaccinées augmente avec l'âge, avec plus de 90 % chez les hommes âgés de 75 ans et plus en France comme en Europe. Cette adhésion plus forte à la vaccination chez les plus âgés s'explique par les politiques de priorisation vaccinale qui leur ont donné un accès plus précoce à la vaccination dans la plupart des pays, par le bénéfice individuel plus important retiré de la vaccination (en raison d'une plus grande vulnérabilité aux formes graves de l'infection au Covid-19) ou, enfin, de préférences plus fortes pour la prévention ou la santé au grand âge. Aucun effet de genre n'est perceptible avant 75 ans ; au-delà de cet âge, en revanche, les femmes se distinguent par un taux de vaccination légèrement inférieur à celui des hommes (p-value = 0,004 en Europe, différence non significative en France).

Les intentions vis-à-vis de la vaccination chez les personnes qui n'étaient pas encore vaccinées à la date de l'enquête diffèrent largement selon l'âge, le sexe et le pays **Graphique G2a et G2b**. Parmi celles-ci, en France, la proportion de personnes encore indécises s'échelonne entre 22 % (femmes de 75 ans et plus) et 36 % (hommes de 50-64 ans), et la proportion de personnes disant être opposées à la vaccination s'échelonne entre 20 % (hommes de 50-64 ans) et 54 % (femmes de 75 ans et plus). Cette opposition à la vaccination contre le Covid-19 est plus marquée en Europe qu'en France, essentiellement chez les hommes et chez les plus âgés. En particulier, 55 % des hommes européens de 75 ans et plus qui n'étaient pas vaccinés déclaraient refuser de l'être, contre seulement 33 % des hommes français du même âge (p-value = 0,0001).

Bien-être et santé mentale

L'enquête SHARE propose en routine des mesures dérivées d'outils internationaux validés (Mehrbrodt *et al.*, 2019) des symptômes dépressifs (fondée sur l'échelle EURO-D), de la qualité de vie (CASP-12), de la solitude (*R-UCLA Loneliness Scale*) et de l'anxiété (*Beck Anxiety Inventory*). Les indicateurs retenus dans les enquêtes SHARE-Corona portent sur les troubles du sommeil, les sentiments d'anxiété, de solitude et de

G2a et G2b – Intentions vaccinales parmi les personnes non vaccinées contre le Covid-19 à l'été 2021



Intentions vis-à-vis de la vaccination contre le Covid-19 parmi les 50 ans et plus qui ne sont pas vaccinés à l'été 2021, par âge et sexe, en France et dans l'ensemble des pays de SHARE (%)

Source : Enquêtes SHARE-Corona vague 1 et vague 2

T5a – Bien-être et santé mentale avant et après l'apparition du Covid-19, en France

		SHARE v8			SHARE-Corona v1			SHARE-Corona v2		
		Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**
50-64 ans	Anxiété				20	39	30	32	45	39
	Tristesse / déprime	44	48	46	17	31	24	31	35	33
	Troubles du sommeil	32	47	39	29	41	35	26	47	37
	Sentiment de solitude (souvent ou parfois)	22	28	25	17	32	25	29	32	31
65-74 ans	Anxiété				23	39	31	26	42	34
	Tristesse / déprime	35	53	45	18	34	26	20	38	30
	Troubles du sommeil	32	47	40	21	34	27	27	36	32
	Sentiment de solitude (souvent ou parfois)	22	32	27	16	33	25	19	35	27
75+ ans	Anxiété				25	41	35	34	47	42
	Tristesse / déprime	36	54	47	25	45	37	26	53	42
	Troubles du sommeil	32	46	40	23	37	32	30	44	39
	Sentiment de solitude (souvent ou parfois)	28	43	37	27	47	39	22	51	40
Ensemble	Anxiété				**22**	**40**	**32**	**31**	**45**	**38**
	Tristesse / déprime	**40**	**51**	**46**	**19**	**35**	**28**	**27**	**41**	**35**
	Troubles du sommeil	**32**	**47**	**40**	**26**	**38**	**32**	**27**	**44**	**36**
	Sentiment de solitude (souvent ou parfois)	**23**	**33**	**28**	**19**	**36**	**28**	**25**	**38**	**32**

Indicateurs de bien-être et santé mentale des 50 ans et plus, avant la pandémie (2019-2020), à l'été 2020 et à l'été 2021, par âge et sexe, en France (%).
Mesures relatives aux périodes de référence suivantes : « *au cours du dernier mois* » pour les sentiments d'anxiété et de tristesse/déprime, « *récemment* » pour les troubles du sommeil et sans précision de période pour le sentiment de solitude.
Source : Enquêtes SHARE vague 8, Enquêtes SHARE-Corona vague 1 et vague 2

T5b – Bien-être et santé mentale avant et après l'apparition du Covid-19, en Europe

		SHARE v8			SHARE-Corona v1			SHARE-Corona v2		
		Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**
50-64 ans	Anxiété				23	36	30	26	36	31
	Tristesse / déprime	35	48	42	19	32	26	24	31	27
	Troubles du sommeil	26	41	34	20	31	26	25	33	29
	Sentiment de solitude (souvent ou parfois)	20	27	24	18	29	24	22	28	25
65-74 ans	Anxiété				23	35	29	24	37	31
	Tristesse / déprime	31	49	41	18	34	27	21	36	29
	Troubles du sommeil	28	43	36	21	32	27	24	35	30
	Sentiment de solitude (souvent ou parfois)	21	32	27	20	34	28	21	35	29
75+ ans	Anxiété				25	36	32	28	40	35
	Tristesse / déprime	36	54	47	26	42	35	28	46	39
	Troubles du sommeil	30	46	39	25	37	32	28	42	36
	Sentiment de solitude (souvent ou parfois)	31	44	39	30	46	40	28	47	40
Ensemble	Anxiété				**24**	**36**	**30**	**26**	**37**	**32**
	Tristesse / déprime	**34**	**50**	**43**	**20**	**35**	**28**	**24**	**36**	**30**
	Troubles du sommeil	**27**	**43**	**36**	**21**	**33**	**28**	**25**	**36**	**31**
	Sentiment de solitude (souvent ou parfois)	**23**	**33**	**28**	**21**	**35**	**29**	**23**	**35**	**29**

Indicateurs de bien-être et santé mentale des 50 ans et plus, avant la pandémie (2019-2020), à l'été 2020 et à l'été 2021, par âge et sexe, dans l'ensemble des pays de SHARE (%).
Mesures relatives aux périodes de référence suivantes : « *au cours du dernier mois* » pour les sentiments d'anxiété et de tristesse/déprime, « *récemment* » pour les troubles du sommeil et sans précision de période pour le sentiment de solitude.
Source : Enquêtes SHARE vague 8, Enquêtes SHARE-Corona vague 1 et vague 2

tristesse/déprime au moment de l'entretien, ainsi que sur l'évolution de ces différentes dimensions par rapport à la période pré-pandémique (en v1) ou par rapport à la première vague d'enquête SHARE-Corona (en v2). Ces questions sont également posées dans les enquêtes régulières SHARE, et notamment la vague 8, conduite en face-à-face entre novembre 2019 et mars 2020. Cela permet une comparaison avant et pendant la pandémie

de Covid-19, abstraction faite des différences de mode d'administration et d'horizon temporel du recueil.

La comparaison entre ces trois points de mesure fournit un éclairage qui peut sembler inattendu, puisque la prévalence du sentiment de tristesse/déprime et des troubles du sommeil était plus faible au moment de la première vague de l'enquête SHARE-Corona qu'avant la pandémie **Tableaux T5a et T5b**. La proportion de répondants français de 50 ans et plus déclarant s'être sentis « *tristes ou déprimés au cours du dernier mois* » est en effet passée de 46 % en vague 8 de SHARE classique à 28 % dans la vague 1 de SHARE-Corona ; la proportion de ceux souffrant de troubles du sommeil est passée de 40 % à 32 % pendant la même période. Il ne s'agit pas d'un phénomène spécifiquement français, puisque la même tendance est observée sur l'ensemble des répondants de SHARE : 43 % contre 28 % pour la tristesse/déprime et 36 % contre 28 % pour les troubles du sommeil. Une explication possible de cette tendance pourrait être liée à la période de collecte de l'enquête SHARE-Corona v1, à l'été 2020, quelques semaines après les périodes de confinement strict et la fin de la première vague épidémique. Une autre hypothèse serait que la pandémie a conduit les personnes à relativiser leurs autres causes d'anxiété et de tristesse. Enfin, la pandémie, et en particulier la gestion de la première vague épidémique, a révélé les sacrifices que la société consentait à faire pour aider les personnes les plus fragiles et les plus âgées. Cette solidarité intergénérationnelle a pu constituer un climat psychique favorable pour les plus âgés.

On observe ensuite une remontée de ces indicateurs à l'été 2021 en particulier en France, les proportions de personnes déclarant être anxieuses, tristes ou avoir des troubles du sommeil demeurant toutefois inférieures à celles qui étaient observées avant la pandémie, en France comme en Europe.

Le sentiment de solitude, en revanche, semble être demeuré globalement constant chez les répondants au fil du temps, avec environ 30 % des personnes qui ont déclaré s'être senties « *souvent* » ou « *parfois* » seules à la fois en vague 8 de SHARE et lors des deux vagues SHARE-Corona. Ce résultat descriptif s'inscrit dans un corpus d'évidence scientifique sur le sujet assez contradictoire, une méta-analyse de référence ayant récemmment conclu à une absence d'impact global de la pandémie sur les principaux indicateurs de santé mentale (Sun *et al.*, 2023)

Les travaux de Berniell *et al.* (2022) mettent plus particulièrement en évidence l'influence des conditions de logement et des modes de cohabitation sur ces mesures de bien-être mental, les personnes âgées vivant en couple sans autre personne dans le ménage, dans les grandes villes et/ou loin de leurs enfants semblant avoir été plus fortement impactées psychologiquement par la pandémie.

Difficultés financières

L'enquête SHARE propose en routine une question relative à la capacité des répondants à équilibrer le budget de leur ménage selon quatre modalités de réponse (« *avec beaucoup de difficultés / avec difficulté / assez facilement / facilement* »), qui a été reprise dans les enquêtes SHARE-Corona. Deux autres questions relatives à la nécessité respectivement de repousser certains paiements habituels et de puiser dans ses économies permettent également d'évaluer les difficultés financières subies par les enquêtés de SHARE au cours de la période. Ces trois questions se réfèrent à nouveau à deux périodes distinctes : la période écoulée depuis le

T6 – Difficultés à équilibrer le budget de son ménage avant et après l'apparition du Covid-19

		SHARE v8			SHARE-Corona v1			SHARE-Corona v2		
		Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**
France	50-64 ans	24	31	27	23	22	23	28	22	25
	65-74 ans	25	29	27	15	19	17	16	21	19
	75+ ans	19	23	21	9	16	13	8	16	13
	Ensemble	**23**	**28**	**26**	**18**	**20**	**19**	**21**	**20**	**21**
Europe	50-64 ans	39	40	39	35	36	35	32	31	31
	65-74 ans	33	37	35	27	33	30	25	30	27
	75+ ans	32	39	36	24	31	28	21	29	26
	Ensemble	**36**	**39**	**37**	**31**	**34**	**32**	**28**	**30**	**29**

Proportion de personnes de 50 ans et plus déclarant équilibrer le budget de leur ménage « *avec difficultés* » ou « *avec beaucoup de difficultés* », avant la pandémie (2019-2020), à l'été 2020 et à l'été 2021, par âge et sexe, en France et dans l'ensemble des pays de SHARE (%)
Mesures relatives aux périodes de référence suivantes : sans précision de période (SHARE v8), « *depuis le début de la pandémie* » (v1), « *depuis la dernière participation à l'enquête* » ou alternativement « *depuis juillet 2020* » (v2)
Source : Enquêtes SHARE vague 8, Enquêtes SHARE-Corona vague 1 et vague 2

début de la pandémie (en v1) et la période entre les deux enquêtes SHARE-Corona (en v2).

Le report de factures ou de paiements réguliers (crédits, échéances …) demeure un phénomène globalement marginal. Il s'établit entre 1 et 3 % selon la période. La nécessité de mobiliser son épargne a concerné un peu plus de personnes : entre 5 et 8 % des répondants déclarent avoir eu besoin de puiser dans leurs économies au cours de la période. Ces proportions sont très comparables en France et en Europe.

La proportion des ménages faisant face à des difficultés budgétaires est, en revanche, beaucoup plus importante, bien que la pandémie ne semble pas avoir accru ces difficultés parmi les 50 ans et plus, au contraire **Tableau T6**. Environ 20 % des répondants en France – et 30 % en Europe – déclarent ainsi avoir eu des difficultés à équilibrer le budget de leur ménage. La différence entre les situations française et européenne est certainement en partie liée aux politiques de soutien du pouvoir d'achat relativement généreuses de la France par rapport à de nombreux autres pays européens.

Si l'ampleur moyenne de ces difficultés est demeurée globalement stable entre la première et la seconde vague d'enquête SHARE-Corona, elle est en revanche sensiblement inférieure à celle qui était reportée avant la pandémie en vague 8 de SHARE. En effet, en France, la proportion de personnes déclarant des difficultés à équilibrer le budget du ménage est passée de 26 % avant la pandémie à 19 % puis 21 % quelques mois après l'apparition du Covid-19 ; une tendance similaire est observée sur l'ensemble des pays de SHARE. Ce recul apparent des difficultés financières avec l'apparition du Covid-19 peut s'expliquer par la réduction des opportunités de consommation durant la pandémie due à la fermeture de certains secteurs d'activité (restauration, loisirs, culture, tourisme) et à la baisse des importations (matériaux, mobilier …). Ce résultat est cohérent avec les travaux qui ont conclu à un effet limité de la pandémie sur les inégalités de niveau de vie des ménages et le taux de pauvreté, les découverts bancaires ayant même régressé : voir Jusot & Wittwer (2022) pour une revue des effets économiques de la pandémie en France. Les disparités entre catégories d'âge sont d'une amplitude modérée mais statistiquement significatives. La proportion de ménages déclarant des difficultés à équilibrer leur budget est inférieure d'environ 10 points chez les plus âgés (13 % pour les 75 ans et plus) par rapport aux plus jeunes (23 % pour les 50-64 ans), qui ont connu des effets délétères de la pandémie sur le marché de l'emploi et des baisses de revenus d'activité associées, en particulier les personnes les plus modestes.

L'article de Arnault *et al.* (2021) fournit un éclairage supplémentaire sur le profil des personnes ayant des difficultés à équilibrer leur budget selon le pays en vague 8 de l'enquête SHARE, avant la pandémie. Il montre notamment que les plus jeunes, les femmes et les personnes en mauvaise santé avaient plus de risques d'être confronté(e)s à ces difficultés financières.

Difficultés d'accès aux soins

La période de pandémie a induit des changements dans le recours aux soins et notamment des difficultés, nouvelles ou majorées, pour accéder à des soins ou des professionnels de santé. Ainsi, une chute historique des recours aux soins a été observée dans la plupart des pays. Ces difficultés dans l'accès aux soins sont attribuables à une diversité de facteurs : la réorganisation des services de santé (en faveur de la prise en charge des patients atteints de Covid-19), la lutte contre les contaminations par la fermeture des lieux de soins et la déprogrammation des soins non urgents, les restrictions de déplacement mises en places lors des pics de l'épidémie (confinements,

T7 – Difficultés d'accès aux soins, par type de difficultés

		France						Europe					
		SHARE-Corona v1			SHARE-Corona v2			SHARE-Corona v1			SHARE-Corona v2		
		Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**
50-64 ans	Renoncement aux soins par peur du Covid	8	9	8	6	10	8	8	13	11	9	10	9
	Report de soins programmés	34	40	37	10	11	11	22	26	24	11	13	12
	Impossibilité de prendre RdV	8	12	10	11	17	14	5	6	5	5	7	6
65-74 ans	Renoncement aux soins par peur du Covid	9	13	11	7	11	9	10	15	13	7	11	9
	Report de soins programmés	33	39	36	13	16	14	25	28	27	12	14	13
	Impossibilité de prendre RdV	11	12	12	9	10	9	6	6	6	5	6	5
75+ ans	Renoncement aux soins par peur du Covid	6	14	11	7	8	8	10	14	13	7	9	8
	Report de soins programmés	31	32	32	11	9	10	25	25	25	12	10	11
	Impossibilité de prendre RdV	9	8	8	9	8	9	5	6	5	5	5	5
Ensemble	Renoncement aux soins par peur du Covid	**8**	**12**	**10**	**6**	**10**	**8**	**9**	**14**	**12**	**8**	**10**	**9**
	Report de soins programmés	**33**	**38**	**35**	**11**	**12**	**11**	**23**	**26**	**25**	**12**	**12**	**12**
	Impossibilité de prendre RdV	**9**	**11**	**10**	**10**	**13**	**11**	**5**	**6**	**5**	**5**	**6**	**5**

Proportion de personnes de 50 ans et plus déclarant avoir eu différents types de difficultés pour accéder à des soins (tous types de soins confondus) à l'été 2020 et à l'été 2021, par âge et sexe, en France et dans l'ensemble des pays de SHARE (%)
Mesures relatives aux périodes de référence suivantes : « depuis le début de la pandémie » (v1), « depuis la dernière participation à l'enquête » ou alternativement « depuis juillet 2020 » (v2)
Source : Enquêtes SHARE-Corona vague 1 et vague 2

couvre-feux ...), et les changements de comportements ou de priorités de santé de la part des populations (crainte de la contamination, nouveaux arbitrages de court-terme ...).

L'enquête SHARE-Corona capture ces phénomènes à travers trois mesures : le renoncement à des soins par peur de la contamination par le Covid-19 à l'initiative de l'enquêté, le report de soins et de rendez-vous programmés à l'initiative du praticien ou de l'établissement et, enfin, l'impossibilité d'obtenir un nouveau rendez-vous médical. Ces trois mesures de difficultés d'accès aux soins sont déclinées par type de soins : consultation de médecin généraliste, de médecin spécialiste, traitement programmé (intervention ou examen planifié), et tout autre type de soin. Une question additionnelle en vague 2 de l'enquête SHARE-Corona permet de distinguer, parmi les besoins de soins non couverts dans l'année, ceux qui ont pu être « rattrapés » de ceux qui sont restés non satisfaits jusqu'à la date de l'entretien.

L'amplitude des barrières d'accès aux soins a différé selon la période considérée, la cause sous-jacente et le type de soin concerné.

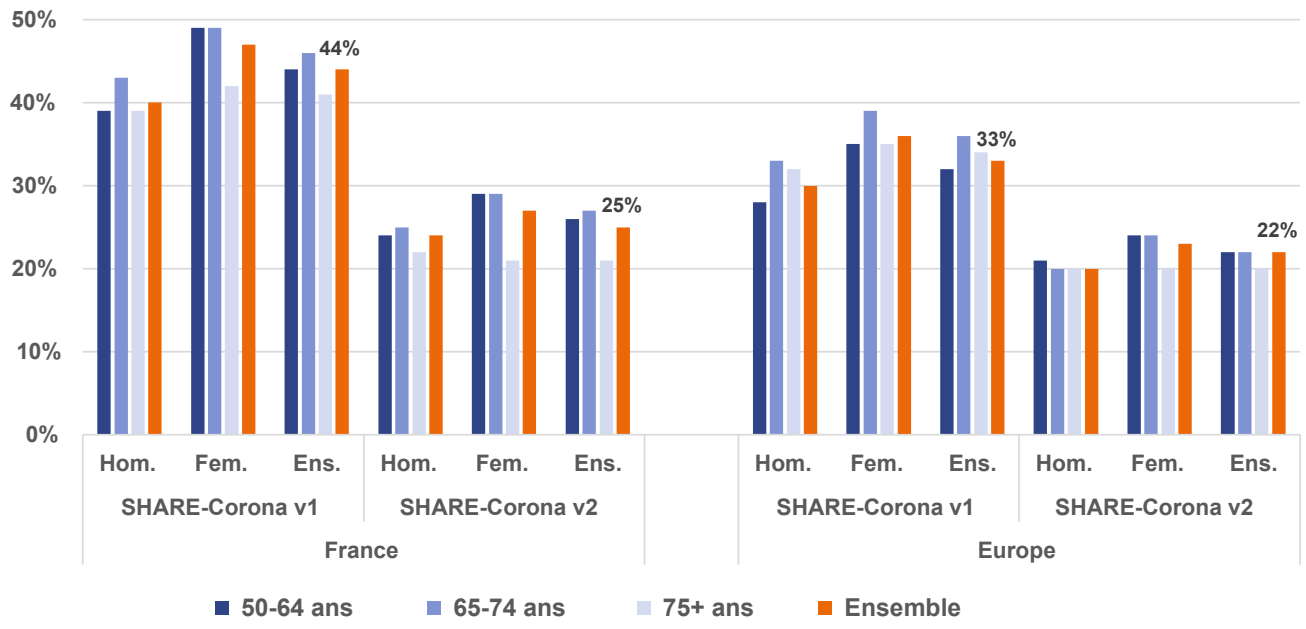
Depuis le début de la pandémie, la source la plus importante de difficultés d'accès aux soins a été le report de soins programmés à l'initiative du professionnel ou de l'établissement de santé, notamment en France et beaucoup plus durant la première vague épidémique que par la suite **Tableau T7**. Plus d'un Français âgé de 50 ans et plus sur trois déclarait avoir eu au moins un soin (consultation, examen, intervention, analyse ...) reporté ou annulé au début de la pandémie. Ce phénomène a été de plus grande ampleur en France que dans l'ensemble des pays européens où la proportion de personnes concernées par ces reports n'était que de 25 % en vague 1 (p-value = 0,0001). Ce risque de report de soins a persisté lors de la seconde vague d'enquête un an plus tard, mais à un niveau inférieur et équivalent en France et dans le reste de l'Europe, avec environ une personne sur dix impactée.

Des renoncements aux soins par peur de la contamination sont également observés mais dans de plus faibles proportions. Une personne sur dix a renoncé à recourir à des soins par peur d'être contaminée par le Covid-19, en France comme dans l'ensemble des pays de SHARE, la différence de fréquence du phénomène entre les vagues 1 et 2 de l'enquête n'étant pas statistiquement significative. Enfin, un Français sur dix environ déclare avoir échoué à obtenir un rendez-vous médical, à la fois durant la première et la seconde vague de l'enquête. Ce risque ne concerne que 5 % de l'ensemble des Européens aux deux vagues.

Au total, 44 % des répondants français et 33 % des répondants européens de l'enquête SHARE-Corona v1 avaient connu des difficultés pour accéder à des soins dont ils auraient eu besoin au cours des premiers mois de la pandémie **Graphique G3.**

Les femmes ont connu davantage de difficultés d'accès aux soins en France comme en Europe et aux deux vagues de l'enquête SHARE-Corona, pour la plupart des types de barrières d'accès. Cela peut s'expliquer par

G3 – Ensemble des difficultés d'accès aux soins



Proportion de personnes de 50 ans et plus déclarant avoir eu au moins une difficulté pour accéder à des soins (quelle que soit la nature de cette difficulté : report, renoncement, impossibilité à les obtenir), tous types de soins confondus, à l'été 2020 et à l'été 2021, par âge et sexe, en France et dans l'ensemble des pays de SHARE (%)
Mesures relatives aux périodes de référence suivantes : « *depuis le début de la pandémie* » (v1), et « *depuis la dernière participation à l'enquête* » ou alternativement « *depuis juillet 2020* » (v2)
Source : Enquêtes SHARE-Corona vague 1 et vague 2

T8 – Difficultés d'accès aux soins, par type de soins

		France						Europe					
		SHARE-Corona v1			SHARE-Corona v2			SHARE-Corona v1			SHARE-Corona v2		
		Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**
50-64 ans	Soins de médecin généraliste	3	8	5	2	3	2	7	10	8	4	5	4
	Soins de médecin spécialiste	32	41	37	17	23	20	21	27	24	16	17	17
	Traitement / intervention	7	6	6	6	5	5	4	4	4	3	3	3
	Autres soins	*9*	*12*	11	*3*	*5*	4	*6*	*8*	7	*2*	*5*	4
65-74 ans	Soins de médecin généraliste	6	9	8	3	3	3	8	11	10	5	6	6
	Soins de médecin spécialiste	36	38	37	19	23	21	24	29	27	14	17	16
	Traitement / intervention	6	4	5	4	5	4	4	4	4	3	4	4
	Autres soins	*7*	*14*	11	*2*	*5*	3	*6*	*9*	8	*3*	*5*	4
75+ ans	Soins de médecin généraliste	9	9	9	4	5	5	10	12	12	6	6	6
	Soins de médecin spécialiste	30	31	31	16	14	15	23	25	24	14	14	14
	Traitement / intervention	7	7	7	5	4	4	5	4	4	3	3	3
	Autres soins	*7*	*10*	9	*3*	*4*	4	*6*	*8*	7	*3*	*4*	3
Ensemble	Soins de médecin généraliste	**5**	**8**	**7**	**3**	**4**	**3**	**8**	**11**	**9**	**5**	**6**	**5**
	Soins de médecin spécialiste	**33**	**37**	**35**	**17**	**20**	**19**	**23**	**27**	**25**	**15**	**17**	**16**
	Traitement / intervention	**7**	**6**	**6**	**5**	**4**	**5**	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**3**
	Autres soins	**8**	**12**	**10**	**2**	**5**	**4**	**6**	**8**	**7**	**3**	**5**	**4**

Proportion de personnes de 50 ans et plus déclarant avoir eu des difficultés pour accéder à des soins (quelle que soit la nature de ces difficultés : report, renoncement, impossibilité à les obtenir), à l'été 2020 et à l'été 2021, par âge et sexe, en France et dans l'ensemble des pays de SHARE (%)
Mesures relatives aux périodes de référence suivantes : « *depuis le début de la pandémie* » (v1), « *depuis la dernière participation à l'enquête* » ou alternativement « *depuis juillet 2020* » (v2)
Source : Enquêtes SHARE-Corona vague 1 et vague 2

des besoins de soins ou des habitudes de recours plus important(e)s.

En termes d'âge, ce sont les 65-74 ans qui ont connu le plus de difficultés d'accès aux soins. Cela s'explique sans doute, en partie, par des besoins de soins plus élevés que les plus jeunes, ainsi peut-être que par une moindre priorisation par le système de soins, qui a davantage pris en charge les plus âgés. On constate quelques différences dans les causes de renoncement selon l'âge en France : les plus jeunes ont globalement davantage souffert des reports de soins et les plus âgés ont davantage renoncé à des soins par crainte de la contamination.

L'article d'Arnault *et al.* (2021) fournit plus de détails sur les déterminants de ces difficultés d'accès aux soins, et notamment sur le rôle de la vulnérabilité financière. Il montre que les personnes qui rencontraient des difficultés à équilibrer leur budget avant l'apparition du Covid-19 ont connu plus de difficultés d'accès aux soins pendant la pandémie, après ajustement par l'état de santé, les habitudes de soins antérieures et le revenu. Il suggère également un effet d'interaction avec l'état de santé, les personnes à la fois économiquement vulnérables et en mauvaise santé étant celles qui ont connu le plus de difficultés d'accès aux soins. Enfin, il met en évidence de fortes différences selon les pays, la France se distinguant par des inégalités sociales particulièrement fortes dans le report de soins programmés à l'initiative des professionnels de santé.

L'ampleur de ces difficultés d'accès aux soins, qu'elles soient liées à des reprogrammations, à la peur de la contamination ou à l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous, diffère largement selon le type de soin concerné ▯ **Tableau T8.**

Ces difficultés ont particulièrement pesé sur l'accès aux soins de spécialistes lors de la première vague épidémique en France et, à un degré moindre, dans le reste de l'Europe. 35 % des enquêtés français déclaraient avoir connu une difficulté pour accéder à un soin de spécialiste en vague 1 de l'enquête SHARE-Corona (25 % en moyenne européenne) contre 19 % en vague 2 (16 % en moyenne européenne). En vague 1, les difficultés d'accès ont aussi concerné les soins d'auxiliaires médicaux (kinésithérapie, soins infirmiers …) et les autres types de soins, avec 10 % des répondants impactés. Pour tous les types de soins, le report a systématiquement constitué la cause prédominante des difficultés d'accès, même si la peur de la contamination par le Covid-19 a également induit des renoncements aux soins de spécialiste et, dans une moindre mesure, aux soins de généraliste. Cela étant, on n'observe pas de différence marquée entre catégories d'âge ou entre sexes.

L'accès aux soins de généralistes a été moins dégradé par la pandémie, même si 7 % des Français et 9 % des Européens déclaraient qu'ils avaient fait face à au moins un type de difficultés pour consulter un généraliste au cours de la première vague.

Enfin, si la proportion globale de répondants ayant subi le report d'un traitement ou d'une intervention est plus marginale (5 % en France et 3 % en Europe en v1), elle ne concerne par définition que les personnes qui avaient effectivement un traitement ou une opération planifié(e). Rapporté à cette fraction de la population, ce phénomène d'annulation/report semble loin d'être négligeable.

T9 – Besoins de soins non couverts ayant pu être « rattrapés »

		France			Europe		
		Hom.	Fem.	**Ens.**	Hom.	Fem.	**Ens.**
50-64 ans	Soins de médecin généraliste	39	84	67	76	71	73
	Soins de médecin spécialiste	27	63	48	53	61	57
	Traitement / intervention planifié(e)	63	82	72	68	66	67
	Autres soins	15	53	41	57	50	52
	Tous types de soins confondus	**34**	**71**	**55**	**59**	**63**	**61**
65-74 ans	Soins de médecin généraliste	69	70	69	72	70	70
	Soins de médecin spécialiste	69	68	68	61	60	60
	Traitement / intervention planifié(e)	64	76	71	47	56	52
	Autres soins	53	51	51	55	49	51
	Tous types de soins confondus	**67**	**68**	**67**	**64**	**64**	**64**
75+ ans	Soins de médecin généraliste	79	83	82	77	72	74
	Soins de médecin spécialiste	67	60	63	63	61	62
	Traitement / intervention planifié(e)	65	45	55	63	44	52
	Autres soins	100	48	63	64	49	55
	Tous types de soins confondus	**70**	**61**	**64**	**67**	**63**	**65**
Ensemble	Soins de médecin généraliste	61	81	73	75	71	72
	Soins de médecin spécialiste	47	64	57	57	60	59
	Traitement / intervention planifié(e)	64	72	68	61	57	59
	Autres soins	41	52	48	58	50	52
	Tous types de soins confondus	**50**	**68**	**60**	**62**	**63**	**63**

Parmi les 50 ans et plus qui avaient eu des soins différés (report, renoncement, impossibilité à les obtenir) au cours de l'année, proportion de répondants qui avaient finalement pu rattraper ces soins au moment de l'enquête, à l'été 2021, par âge et sexe, en France et dans l'ensemble des pays de SHARE (%)

Source : Enquêtes SHARE-Corona vague 2

Les femmes ont subi plus de difficultés pour accéder à tous les types de soins, aux deux vagues, en France comme en Europe, les différences selon le genre ayant toutefois tendance à s'atténuer au grand âge. Les répondants les plus jeunes ont globalement davantage souffert des difficultés d'accès aux soins de spécialistes, les plus âgés ayant davantage renoncé à des soins de généralistes, aux deux vagues, notamment en France.

Les travaux de Arnault *et al.* (2023) proposent une analyse spécifique des déterminants des difficultés d'accès selon le type de soins avant et pendant la pandémie. Ils démontrent une concentration des soins chez les personnes en plus mauvaise santé moins importante qu'avant, que ce soit pour les soins ambulatoires ou les soins hospitaliers. Cela suggère que la pandémie a accru l'inéquité d'accès aux soins, les plus malades ayant reçu pendant la pandémie moins de soins, relativement aux biens portants, qu'ils n'en recevaient auparavant.

Les travaux de Bergeot & Jusot (2022b) étudient quant à eux les conséquences de ces renoncements aux soins durant la première vague de la pandémie sur l'évolution de l'état de santé et sur la fragilité des séniors. Ils montrent que ces besoins de soins non satisfaits ont eu des conséquences négatives à court et moyen terme sur la santé, quels que soient les indicateurs de santé retenus et pour tous les types de soins. Ces résultats sont vérifiés qu'il s'agisse de soins reportés par les professionnels ou de renoncement aux soins de la part des enquêtés.

Au total, 60 % des répondants français qui avaient eu des soins différés au cours de l'année, quelle qu'en soit la raison (renoncement, déprogrammation, impossibilité d'obtenir un rendez-vous), avaient pu « rattraper » ces soins à l'été 2021. Cette proportion s'établit à 63 % en moyenne européenne des pays de SHARE **Tableau T9.**

Les soins de spécialistes ont été moins souvent rattrapés que les soins de généralistes. Ainsi, en France, 73 % des personnes ayant eu des soins de généraliste différés et 68 % des personnes ayant eu des soins de spécialiste différés avaient finalement pu couvrir leur besoin à la date de la seconde vague d'enquête. Ces proportions sont sensiblement identiques en moyenne européenne.

Les femmes ont plus souvent rattrapé leurs soins que les hommes, en particulier en France. L'absence de rattrapage des soins est particulièrement marquée chez les hommes âgés de moins de 65 ans : seuls 34 % d'entre eux ont rattrapé leurs soins, contre 71 % des femmes de même âge. La différence de genre dans cette tranche d'âge est moins importante dans les pays européens de SHARE. Enfin, la probabilité d'avoir rattrapé les soins qui avaient été différés augmente légèrement avec l'âge, pour tous les types de soins, en accord avec l'augmentation de l'intensité des besoins de soins avec l'âge.

* * *

Les deux enquêtes SHARE-Corona apportent des éléments de compréhension sur les conditions de vie, la santé et le recours aux soins des français et des européens de plus de 50 ans pendant la crise du Covid-19.

Ces enquêtes ont permis de mettre en évidence que parmi les 10 % de personnes ayant probablement eu le Covid-19 au cours de la période (symptômes, tests positifs ou hospitalisations), deux tiers déclaraient souffrir de symptômes persistants à l'été 2021. Elles démontrent aussi la forte adhésion des 50 ans et plus aux recommandations de santé publique pour contenir l'épidémie. La grande majorité d'entre eux ont scrupuleusement adopté les gestes-barrières à l'été 2020 et près de neuf répondants sur dix étaient vaccinés ou favorables à la vaccination à l'été 2021. Si les femmes ont davantage respecté les gestes-barrières que les hommes, elles se sont montrées plus souvent rétives, en moyenne, à la vaccination contre le Covid-19.

Pour autant, la crise a induit de fortes difficultés dans l'accès aux soins. Ainsi, un quart de l'échantillon en Europe, et plus d'un tiers en France, a connu des déprogrammations ou des reports de soins ; et un répondant sur dix a renoncé à des soins durant les premiers mois de l'épidémie par peur d'être contaminé. En France, seuls 60 % des besoins de soins non couverts au cours de l'année suivante ont pu être rattrapés, cette carence dans le rattrapage des soins étant particulièrement importante chez les hommes de moins de 65 ans.

Enfin, entre 30 et 40 % des personnes ont souffert d'anxiété, de tristesse, de troubles du sommeil ou de solitude au cours de la période, et 20 % ont connu des difficultés à équilibrer le budget de leur ménage, même si ces phénomènes ne semblent pas avoir été aggravés par la pandémie.

Les données issues des nouvelles vagues d'enquête SHARE, notamment la vague 9 terminée à l'été 2022, offriront un suivi longitudinal des répondants et permettront ainsi d'étudier plus en détail les conséquences à moyen terme de la pandémie et de sa gestion.

* * *

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Arnault L. & Jusot F. (2023) « *Inequality of opportunity in the risk of suffering from persistent symptoms of Covid-19* ». In. Börsch-Supan A., Abramowska-Kmon A., Andersen-Ranberg K., Brugiavini A., Chlon-Dominczak A., Jusot F., Laferrère A., Litwin H., Smolić S. & Weber G. (Eds.), "Social, health, and economic impacts of the COVID-19 pandemic and the epidemiological control measures: First results from SHARE Corona Waves 1 and 2", Berlin, Boston: De Gruyter

Arnault L., Jusot F. & Renaud T. (2021) « *Economic vulnerability and unmet healthcare needs among the population aged 50 + years during the COVID-19 pandemic in Europe* ». European Journal of Ageing, 19(4): 811-825

Arnault L., Jusot F. & Renaud T. (2023) « *Does the Covid-19 pandemic threaten equity in healthcare use in Europe?* » SHARE Working Paper Series, à paraître.

Bergeot J. & Jusot F. (2022a) « *Beliefs, Risk and Time Preferences and COVID-19 Preventive Behavior: Evidence from France.* » SHARE Working Paper Series, 79-2022

Bergeot J. & Jusot F. (2022b) « The Consequences of unmet Health Care Needs during the first Wave of the Covid-19 Pandemic on Health. » SHARE Working Paper Series, 77-2022

Berniell I., Laferrère A., Mira P. & Pronkina E. (2022) « *30 Housing conditions, living arrangements and mental well-being of Europeans aged 50+: How the Covid- 19 pandemic made a difference.* » In. Börsch-Supan A., Abramowska-Kmon A., Andersen-Ranberg K., Brugiavini A., Chlon-Dominczak A., Jusot F., Laferrère A., Litwin H., Smolić S. & Weber G. (Eds.), "Social, health, and economic impacts of the COVID-19 pandemic and the epidemiological control measures: First results from SHARE Corona Waves 1 and 2", Berlin, Boston: De Gruyter

Börsch-Supan A., Brandt M., Hunkler C. et al. (2013) « *Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE).* » International Journal of Epidemiology, 42(4): 992-1001

Cohen K., Ren S., Heath K., Dasmariñas M. C., Jubilo K. G., Guo Y. et al. (2022) « *Risk of persistent and new clinical sequelae among adults aged 65 years and older during the post-acute phase of SARS-CoV-2 infection: retrospective cohort study.* » British Medical Journal, 376: e068414

European Center for Diseases Prevention and Control (2020). *Case definition for coronavirus disease 2019 (COVID-19), as of 29 May 2020*

Evans R. A., McAuley H., Harrison E. M., Singapuri A., Sereno M., Elneima O. et al. on behalf of the PHOSP-COVID Collaborative Group (2021) « *Physical, cognitive, and mental health impacts of COVID-19 after hospitalisation (PHOSP-COVID): a UK multicentre, prospective cohort study.* » The Lancet Respiratory Medicine, 9: 1275-1287

Fernández-de-las-Peñas C., Martín-Guerrero J.D., Pellicer-Valero Ó.J., Navarro-Pardo E., Gómez-Mayordomo V., Cuadrado M.L. et al. (2022) *Female Sex Is a Risk Factor Associated with Long-Term Post-COVID Related-Symptoms but Not with COVID-19 Symptoms: The LONG-COVID-EXP-CM Multicenter Study.* Journal of Clinical Medicine, 11(2): 413

Jusot F. & Wittwer J. (2022) « *L'impact économique de la crise du Covid-19.* » Actualité et Dossier en Santé Publique, 117(1): 50-52

Mehrbrodt T., Gruber S. & Wagner M. (2019) « *Scales and Multi-Item Indicators.* », SHARE Technical Report

Scherpenzeel A., Axt K., Bergmann M. et al. (2020) « *Collecting survey data among the 50+ population during the COVID-19 outbreak: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE).* » Survey Research Methods, 14(2): 217-221

Sun Y., Wu Y., Fan S., Dal Santo T., Li L., Jiang X. et al. (2023) *Comparison of mental health symptoms before and during the covid-19 pandemic: evidence from a systematic review and meta-analysis of 134 cohorts.* British Medical Journal, 380: e074224

LE PROJET SHARE

SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) est une infrastructure européenne de recherche dédiée à l'étude de problématiques liées à la santé et aux soins, à l'emploi et la retraite, à la situation socio-économique et financière, aux relations sociales et familiales, ou aux conditions de vie et de logement envisagées sous le prisme de la dynamique de vieillissement. La vocation de SHARE est de produire des données robustes et comparables à celles issues d'enquêtes similaires dans d'autres pays (HRS aux États-Unis, ELSA en Angleterre, etc.) qui sont mises à disposition de la communauté scientifique et institutionnelle internationale en open data (share-eric.eu/data) afin de constituer un corpus de connaissances sur le vieillissement permettant d'orienter la décision publique.

Le dispositif principal de SHARE est une enquête européenne, longitudinale et multidisciplinaire auprès de personnes âgées de 50 ans et plus. L'enquête, articulée autour de questionnaires administrés en face-à-face, est répétée tous les deux ans depuis 2004 dans de nombreux pays européens, vingt-huit au cours des dernières vagues, la France ayant pris part à toutes les vagues. 155 000 personnes ont participé au moins une fois à l'enquête au cours des neuf premières vagues, pour un total de 615 000 entretiens individuels réalisés. La neuvième vague de l'enquête s'est conclue en juillet 2022 et la dixième vague débutera à l'automne 2024.

Le questionnaire principal de l'enquête SHARE comprend une vingtaine de modules de questions relatifs respectivement à la santé physique et mentale, aux aptitudes cognitives, aux comportements à risque, au recours aux soins, à l'assurance santé et dépendance, aux activités quotidiennes, aux principaux traits de caractère, préférences personnelles et croyances, à l'emploi et la retraite, aux prestations sociales perçues, aux revenus, au patrimoine, aux habitudes de consommation et d'épargne du ménage, au logement, à la composition familiale et aux relations sociales, aux services et à l'aide à la personne apportée ou reçue. Les recueils déclaratifs sont complétés par des mesures objectives pour certaines dimensions de la santé : vitesse de marche, capacité respiratoire, force de préhension, aptitudes cognitives, etc. Des recueils complémentaires sont prévus dans le protocole de SHARE afin de recueillir des informations d'intérêt spécifique à l'échelle nationale à partir d'un questionnaire papier auto-administré (drop-off) et, d'autre part, de documenter les conditions de fin de vie des anciens panélistes à l'aide d'un questionnaire soumis à un proche.

Des opérations de collecte spécifiques ont été développées au fil du temps auprès du panel SHARE en complément de l'enquête traditionnelle : un recueil relatif aux histoires de vie et aux conditions de vie dans l'enfance en 2009 et 2017 (l'enquête SHARELIFE), des enquêtes satellites sur l'impact de la pandémie de Covid-19 en 2020 et 2021 (SHARE-Corona) ou une enquête sur la cognition et le repérage précoce des démences en 2022 (SHARE-HCAP).

En France, la conduite scientifique et opérationnelle du projet SHARE est assurée par l'équipe LEDa-Legos de l'Université Paris Dauphine - PSL depuis 2012. Elle bénéficie de l'appui de l'IR* Progedo et du soutien financier renouvelé du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MESR), de la Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie (CNSA), de l'Université Paris Dauphine - PSL, de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) et du Conseil d'Orientation des Retraites (COR) au niveau de sa production et de financements européens Horizon pour sa composante de recherche et de développement méthodologique (SHARE-COVID, n° de convention 101015924 ; SHARE-COHESION, n° de convention 870628). L'équipe SHARE-France est membre de l'Institut Santé Numérique en Société porté par PariSanté Campus et du GIS Institut de la Longévité, des Vieillesses et du Vieillissement (ILVV) porté par l'Ined. Elle est également partenaire de l'infrastructure de recherche LifeObs pilotée par l'Ined, qui bénéficie d'une aide de l'État gérée par l'Agence Nationale de la Recherche au titre de France 2030 (ANR-21-ESRE-0037).

L'INSTITUT SANTÉ NUMÉRIQUE EN SOCIÉTÉ

L'Institut Santé Numérique en Société (ISNS) a été créé en 2021 avec l'ambition de fédérer et de stimuler les recherches en Sciences Humaines Sociales autour de la santé numérique et, plus spécifiquement, des données de santé. Son ambition est de conduire des recherches fondamentalement multidisciplinaires afin d'explorer les enjeux éthiques, sociologiques, économiques, politiques et juridiques de la santé numérique, en particulier dans ses répercussions sur la production, l'utilisation, la diffusion ou la protection des données de santé.

L'Institut est porté par l'Université Paris Sciences & Lettres (PSL) à travers ses deux établissements-composantes que sont l'École Normale Supérieure et l'Université Paris Dauphine, et s'inscrit dans l'écosystème de la santé numérique développé par PariSanté Campus. Il est lauréat d'un financement relatif aux « Programmes et Équipements Prioritaires de Recherche » (PEPR) attribué par l'Agence Nationale pour la Recherche (ANR) au titre de France 2030.

Institut Santé Numérique en Société :
PariSanté Campus • 2-10 rue d'Oradour-sur-Glane • 75014 Paris

SHARE-France : Université Paris Dauphine – PSL • Pl. du Maréchal de Lattre de Tassigny • 75016 Paris

Sites web :
parisantecampus.fr
share.dauphine.fr

ISSN : En cours

Directeurs de la publication :
Emmanuel DIDIER & Florence JUSOT

Rédacteur en chef : Thomas RENAUD

Conception graphique :
Adeline RABASTENS & Gautier HENGY

Mise en page : Gautier HENGY