



Les conséquences des besoins de soins non satisfaits pendant la pandémie de Covid-19 sur la fragilité des personnes de 50 ans et plus

Julien Bergeot, Florence Jusot

► To cite this version:

Julien Bergeot, Florence Jusot. Les conséquences des besoins de soins non satisfaits pendant la pandémie de Covid-19 sur la fragilité des personnes de 50 ans et plus. 2024. <hal-05426513>

HAL Id: hal-05426513

<https://univ-paris-dauphine.hal.science/hal-05426513v1>

Submitted on 19 Dec 2025

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 CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

Les conséquences des besoins de soins non satisfaits pendant la pandémie de Covid-19 sur la fragilité des personnes de 50 ans et plus

Julien Bergeot¹, Florence JUSOT^{1,2}

¹ SHARE-France, Legos, LEDa, Université Paris-Dauphine, Université PSL, IRD, CNRS, 75016 Paris, France

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

Avec le soutien de la



* * *

Ce travail a bénéficié du soutien de la Commission Européenne via le programme de financement H2020 (SHARE-COVID19, n° 101015924) et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dans le cadre d'une convention de partenariat.

Il a déjà donné lieu à la publication d'un article scientifique en anglais dans la revue *Economics & Human Biology* (Bergeot & Jusot, 2024 ; DOI: 10.1016/j.ehb.2023.101317).

* * *

La pandémie de Covid-19 a conduit à une restriction soudaine de l'accès aux soins susceptible d'accélérer le processus de fragilisation des personnes les plus âgées. Ainsi, au-delà de l'impact immédiat de la crise sanitaire, le report, l'annulation ou le non-usage des soins aux pics de l'épidémie ont pu avoir des conséquences à moyen terme dans la population.

En s'appuyant sur plusieurs vagues de l'enquête SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*), conduites à la fois avant et pendant les vagues épidémiques, ce travail permet de mesurer l'impact causal des besoins de soins non satisfaits pendant la pandémie, selon leurs causes (report et annulation de soins, refus de soins, non-recours à des soins en raison de la peur de la contamination) et le type de soins concernés (soins de généraliste, de spécialiste, soins paramédicaux, soins techniques planifiés). Cet impact en termes de santé est évalué un an après la première vague pandémique, à l'été 2021 dans la population européenne âgée de 50 ans et plus, par la survenue de différents événements indésirables et de symptômes qui révèlent un processus de fragilisation à l'œuvre : fatigue, chutes, peur de chuter, étourdissements et malaises.

Les analyses établissent les effets négatifs des besoins de soins non satisfaits sur plusieurs dimensions de la santé, en augmentant notamment la probabilité de fatigue et la crainte des chutes un an plus tard chez les 50 ans et plus. Ces sont les besoins non satisfaits en soins de généraliste et de spécialiste qui ont l'impact le plus significatif. Les reports des soins de spécialistes sont particulièrement liés à une hausse de la peur de chuter et le non-recours aux soins par peur de la contamination explique une part importante des effets observés sur la fatigue.

Ce travail démontre que les perturbations dans l'accès aux soins durant la pandémie ont eu des effets délétères persistants sur la santé des personnes âgées, susceptibles d'accélérer la fragilisation et la perte d'autonomie. Cela souligne l'importance de garantir la continuité des soins, y compris en période de crise sanitaire, et de maintenir la confiance des populations âgées dans le système de santé afin de limiter la dégradation du capital santé à moyen et long terme.

Durant la pandémie de Covid-19, en particulier durant la première vague, de nombreux soins ont été annulés en raison de la réorganisation des soins pour permettre de répondre aux nouveaux besoins des patients atteints d'une forme grave de Covid-19 d'une part, afin de réduire les risques de transmission du virus sur les lieux de soins d'autre part, et enfin, en raison de l'augmentation de l'absence de personnels dans les hôpitaux en raison d'infections. Les besoins de soins non satisfaits qui en ont découlés sont désormais bien documentés (Anderson *et al.*, 2021 ; Arnault *et al.*, 2021 ; Davillas & Jones, 2021 ; González-Touya *et al.*, 2021 ; Kim *et al.*, 2021 ; Akobirshoev *et al.*, 2022 ; Jung *et al.*, 2022 ; Tavares, 2022 ; Khattar *et al.*, 2023 ; Kim & Hwang, 2023 ; Legge *et al.*, 2023).

En France, 36% des personnes âgées de 50 ans et plus ont ainsi eu au moins un soin annulé ou reporté pendant la première vague de la pandémie (25% dans l'ensemble des 27 pays d'Europe participant à l'enquête SHARE), 10% d'entre elles ont été confronté à l'impossibilité de prendre un rendez-vous pendant cette période (5% en Europe). En outre, 10% d'entre elles ont renoncé à au moins un soin par peur d'être infectées par le Covid-19 (12% en Europe) (Arnault *et al.*, 2021). Cependant, peu de travaux ont montré à ce jour l'impact sur la santé des renoncements aux soins ou des restrictions de soins sur la santé survenus pendant la pandémie, malgré leurs effets potentiellement nuisibles à moyen et long terme annoncés dès le début de la pandémie, en particulier pour les personnes âgées (Chen & McGeorge, 2020 ; De Jong *et al.*, 2020). Dans cet article, nous envisageons la pandémie de Covid-19 comme expérience naturelle ayant entraîné une forte diminution de l'accès aux services de santé pour estimer l'effet du niveau de l'utilisation des soins sur l'état de santé. Plus précisément, nous évaluons l'impact des besoins en soins non satisfaits lors de la première vague de la pandémie sur la fragilité des personnes âgées en Europe un an plus tard.

Certains travaux ont déjà montré, avant la pandémie de Covid-19, que les renoncements de soins notamment pour raisons financières avaient un impact sur la probabilité d'une détérioration ultérieure de la santé perçue (Dourgnon *et al.*, 2012 ; Ko, 2016 ; Gibson *et al.*, 2019), et sur le risque de décès (Alonso *et al.*, 1997 ; Zhen *et al.*, 2015, Lindström *et al.*, 2020), en particulier chez les personnes âgées (Lindström *et al.*, 2020). D'autres travaux ont montré que l'amélioration de la couverture assurantielle des soins avait un impact sur la quantité de soins reçus, l'état de santé et la mortalité (Finkelstein *et al.*, 2012 ; Goldin *et al.*, 2021 ; Card *et al.*, 2009 ; Goodman-Bacon, 2021). Il a également été montré que les difficultés d'accès aux soins expliquaient en partie l'association existante entre faible revenu et mauvaise santé (Kim *et al.*, 2019). Enfin, des délais d'attente plus longs semblent avoir un impact négatif sur les résultats en santé des patients (Moscelli *et al.*, 2016 ; Reichert &

Jacobs, 2017). On peut donc supposer que les nombreux besoins de soins n'ayant pas pu être satisfaits durant la pandémie ont pu avoir des effets dommageables pour la santé, en particulier pour les patients qui avaient besoin de soins pour un autre motif que le Covid-19.

Dans le cadre de la pandémie de Covid-19, il a ainsi été démontré que les besoins de soins non satisfaits en raison de soins reportés, annulés, refusés ou auxquelles les personnes ont renoncé avaient avant tout touché les personnes initialement les plus vulnérables économiquement et les personnes initialement en mauvaise santé (Arnault *et al.*, 2020). Ces reports de soins n'ont pas concerné que des traitements non urgents. Par exemple, il a été montré une augmentation des délais de prise en charge chez des patients qui n'étaient pas atteints du Covid-19, y compris pour la mise en œuvre de protocoles thérapeutiques contre le cancer (Fetzer & Rauh, 2022), ainsi qu'une réduction de la qualité des soins et une augmentation de la surmortalité dans les hôpitaux due au manque de personnel, aussi bien pour les cancers (Macmillan, 2020 ; Richards *et al.*, 2020) que pour les maladies cardiovasculaires (Banerjee *et al.*, 2021). Enfin, Quintal *et al.* (2023) ont montré une association entre les besoins de soins non satisfaits lors de la première vague de la pandémie et la probabilité d'un diagnostic de cancer un an après. Ils constatent également une association négative avec la mortalité. En revanche, les conséquences de ces reports de soins et annulation de soins sur la perte d'autonomie des personnes âgées n'ont pas été documentés.

Cette étude propose d'explorer à partir de plusieurs vagues de l'enquête SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*), l'effet des besoins non satisfaits auto-déclarés pendant la première vague de la pandémie, c'est-à-dire entre mars et juin/juillet 2020, sur l'évolution de la fragilité un an plus tard, en juin/juillet 2021. La fragilité, appréhendée dans ce travail par plusieurs risques et symptômes (chute, peur des chutes, fatigue, vertiges et étourdissements), constitue un prédicteur fort de la perte d'autonomie à court et moyen terme en accroissant le risque de limitations fonctionnelles (Bandeén-Roche *et al.*, 2006 ; Romero-Ortuno, 2011). Cette étude vise donc à explorer les conséquences des restrictions d'accès aux soins sur le risque de perte d'autonomie en exploitant l'expérience naturelle de la pandémie de Covid-19.

Données et mesure

L'enquête SHARE

Cette étude mobilise plusieurs vagues de l'enquête européenne longitudinale SHARE relative à la santé, au vieillissement et à la retraite en Europe. Cette enquête permet de suivre tous les deux ans depuis 2004 un large échantillon représentatif de personnes âgées

de 50 ans et plus appartenant à 27 pays d'Europe et Israël (Börsch-Supan *et al.*, 2013). Cette enquête multidisciplinaire, menée en face-à-face, collecte des informations sur les conditions de vie, de travail et de retraite, les transferts intergénérationnels, mais aussi sur diverses dimensions de l'état de santé (maladies, santé perçue, limitations fonctionnelles, difficultés dans la vie quotidienne, symptômes de fragilité) et sur le recours aux soins et à l'aide à la personne. Cette enquête permet donc d'une part d'évaluer la fragilité et la perte d'autonomie des enquêtés dans le temps et d'autre part d'évaluer le recours et les renoncements aux soins. L'enquête collecte notamment des informations sur la fragilité des personnes qui sont largement prédictrices de la perte d'autonomie et plus généralement de la dégradation de l'état de santé. Les personnes âgées sont ainsi interrogées sur le fait d'avoir été gênées ou non par chacun des 4 symptômes suivants au cours des 6 derniers mois : les problèmes de fatigue (oui/non), la peur de tomber (oui/non), les chutes et les vertige (oui/non), des étourdissements et évanouissements (oui/non).

Durant la pandémie, deux enquêtes spécifiques (SHARE-Corona 1 et 2) ont été conduites par téléphone en juin/juillet 2020 puis en juin/juillet 2021 auprès des personnes qui avaient précédemment participé à l'enquête SHARE, pour évaluer les conséquences de la pandémie et des politiques mises en œuvre pendant la période sur les conditions de vie, de travail et de santé des seniors européens (Börsch-Supan *et al.*, 2022e et 2022f ; Renaud *et al.*, 2023).

Mesure de la fragilité et des besoins de soins non satisfaits

Dans chacune des vagues de l'enquête, quatre variables binaires permettent de mesurer la fragilité à partir d'une approche par les symptômes. Les deux premières variables, mesurant le fait d'avoir chuté et d'avoir peur de chuter, sont des déterminants de la perte d'autonomie et peuvent avoir des impacts à long terme sur celle-ci (Franse *et al.*, 2017) ; les vertiges/évanouissements/pertes de connaissance sont des symptômes médicaux (Romero-Ortuno & Soraghan, 2015), tandis que la dernière variable mesurant la fatigue est un déterminant de la fragilité des individus selon le phénotype de Fried *et al.* (2001). Ces symptômes sont relativement fréquents : ainsi dans notre échantillon, au dernier point d'observation en 2021, une fraction significative des répondants déclarait qu'au cours des six derniers mois ils avaient eu peur de chuter (12%), avaient effectivement fait une chute (6%), avaient été gênés par une fatigue importante (22%) ou avaient ressenti des vertiges et des étourdissements (11%).

Par ailleurs, la première vague de l'enquête SHARE-Corona menée en juin/juillet 2020 a recueilli des informations sur des besoins de soins de santé non satisfaits depuis le début de la pandémie et sur les raisons pour lesquelles ces besoins de soins n'ont pas pu être satisfaits. Les

personnes enquêtées ont ainsi indiqué si, depuis le début de la pandémie, elles avaient renoncé à des soins par peur d'être infectées par le coronavirus (oui/non), si elles avaient eu un rendez-vous médical prévu que le médecin ou l'établissement médical avait décidé de reporter ou annuler en raison du Covid-19 (oui/non) et/ou si elles avaient essayé de prendre un rendez-vous pour un traitement médical sans pouvoir l'obtenir (oui/non). Enfin, les enquêtés ont été invités à déclarer dans chacun de cas, les types de soins qui n'avaient pas pu être obtenus : une consultation de médecin généraliste, une consultation de spécialiste (y compris dentiste), un traitement médical planifié (notamment une opération chirurgicale), des soins paramédicaux (kinésithérapie, psychothérapie, orthophonie, etc.), ou un autre type de traitement médical.

A partir de ces informations, quatre variables d'intérêt binaires sont définies :

- une variable indiquant si la personne a renoncé personnellement ou non à des soins de peur d'être infectée ;
- une variable indiquant si la personne a eu ou non au moins un soin annulé ou reporté ;
- une variable indiquant si la personne a été ou non dans l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous ;
- une variable globale indiquant si l'individu a connu ou non au moins l'un des trois événements précédents, qui capture donc l'effet d'avoir eu au moins un besoin de soins non satisfait lors de la première vague de la pandémie, quelle qu'en soit la cause.

Pour explorer l'effet des besoins non satisfaits par type de soins (généraliste, spécialiste, soin planifié, soins paramédicaux), nous détaillons cette dernière variable en quatre nouvelles variables binaires, égales à 1 si l'individu déclare avoir des besoins non satisfaits pour le soin en question, quelle que soit la raison, et à 0 sinon.

Ces données permettent alors d'explorer l'impact causal sur l'évolution des quatre indicateurs de fragilité (peur de chuter, chutes, fatigue, étourdissements) d'avoir connu des besoins de soins non satisfaits pendant la première vague de la pandémie, selon diverses causes (renoncement, report/annulation, refus) et pour divers types de soins (généraliste, spécialiste, soins planifiés, soins paramédicaux). Pour cela, il s'agit de comparer l'évolution de la fragilité des personnes qui ont déclaré avoir eu des besoins non satisfaits au cours de la première vague de la pandémie (appelé « groupe traité » par la suite) à celle des personnes qui n'ont pas connu cette situation (appelé « groupe témoin » par la suite).

La **Figure 1** présente ainsi l'évolution depuis 2013 des quatre indicateurs de fragilité dans ces deux groupes. On observe une augmentation de la fréquence des symptômes avec le temps dans les deux groupes, en

raison de l'impact de l'âge sur la fragilité. Toutefois, l'augmentation est plus marquée au dernier point d'observation en 2021 pour les chutes, le sentiment de fatigue et les étourdissements, mais il est difficile visuellement de voir si l'augmentation des symptômes de fragilité est plus importante dans le groupe traité, c'est-à-dire chez les personnes qui ont été confrontées à des besoins de soins non satisfaits. On peut également relever que, même avant la survenue du Covid-19, les personnes du groupe traité présentaient davantage de symptômes de fragilité. Cette différence est logique, due à un effet de sélection : en effet, les personnes concernées par des besoins non satisfaits étaient celles qui s'étaient déjà dirigées vers le système de soins en amont de la pandémie pour planifier un rendez-vous médical ou une intervention, et qui étaient donc déjà a priori en plus mauvais état de santé.

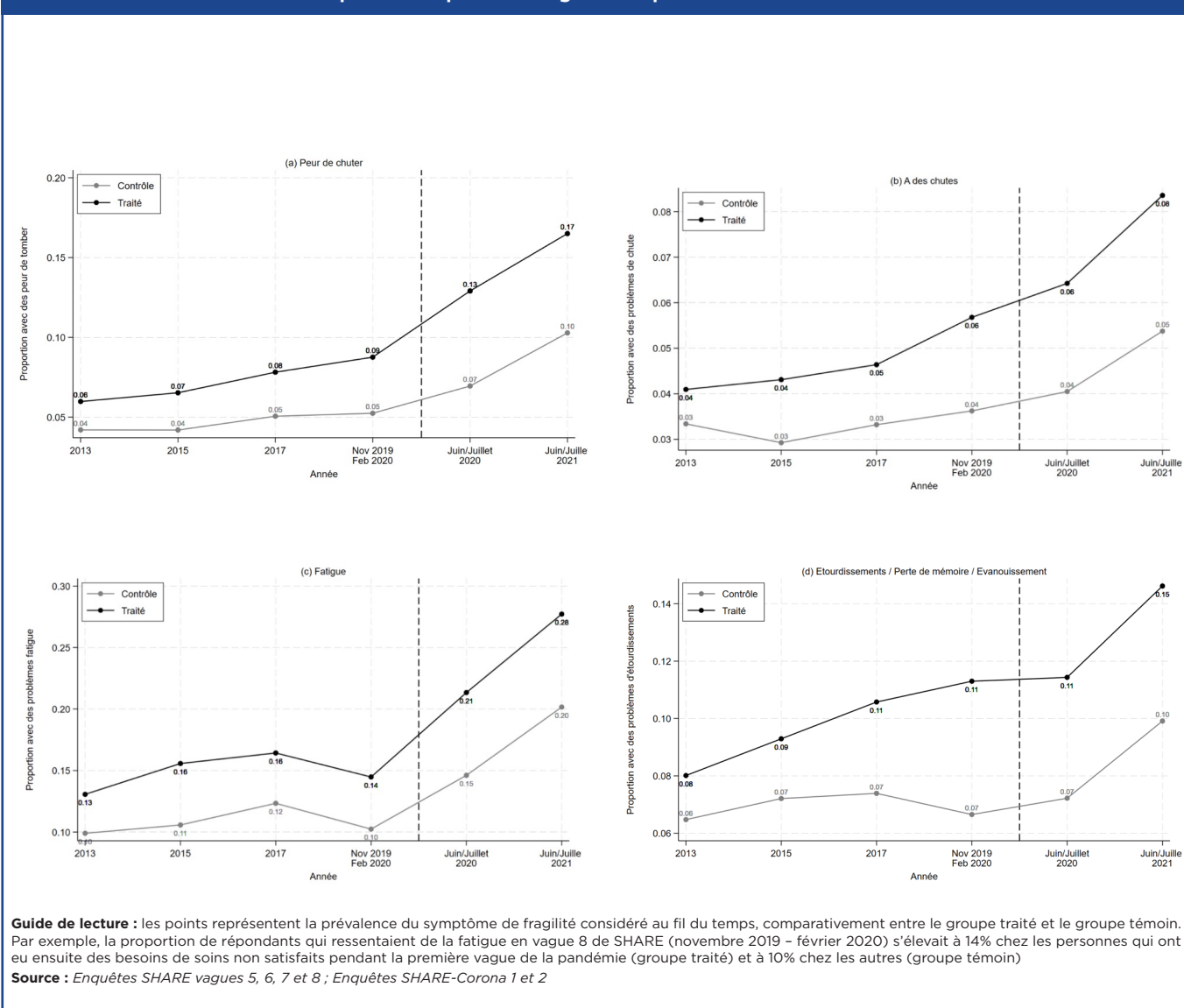
Il est donc nécessaire de prendre en compte dans l'analyse l'état de santé et les habitudes de soins antérieures qui pourraient expliquer que les personnes devaient recevoir des soins pendant la pandémie, qu'elles les aient

finalement reçus ou non. Nous utilisons alors les vagues 5 à 8 de l'enquête SHARE conventionnelle menées avant l'épidémie de Covid-19 pour contrôler la trajectoire de santé antérieure. Ces enquêtes ont été collectées respectivement de janvier à décembre 2013 pour la vague 5, de janvier à décembre 2015 pour la vague 6, de mars à novembre 2017 pour la vague 7 et d'octobre 2019 à mars 2020 pour la vague 8 (Börsch-Supan *et al.*, 2022a, 2022b, 2022c, 2022e). Nous utilisons les informations de la vague 8 pour pondérer également les observations en fonction de variables ayant pu influencer la probabilité de soins non satisfaits e et/ou l'aggravation de la fragilité pendant la pandémie, comme l'âge, le sexe, l'éducation, le pays de résidence, les difficultés économiques, la santé perçue, le fait d'avoir une maladie chronique, le recours aux soins et les renoncements aux soins antérieurs (pour motifs financiers ou d'accessibilité).

Sélection de l'échantillon d'analyse

La population initialement sélectionnée compte 28 884 individus âgés de 50 ans ou plus qui ont participé aux

Figure 1 - Évolution des symptômes de fragilité entre 2013 et 2021 selon le fait d'avoir eu ou non des besoins de soins non satisfaits pendant la première vague de la pandémie



deux vagues de l'enquête SHARE-Corona, ainsi qu'aux vagues 7 et 8 de l'enquête SHARE conventionnelle.

Les individus qui ont eu des besoins de soins de santé non satisfaits pour la première fois lors de la seconde vague de l'enquête SHARE-Corona (N = 2 320) ont été exclus. Les individus qui ont répondu à la vague 8 de l'enquête au mois de mars 2020 (N = 2 063) ont également été exclus pour éviter d'avoir des individus dont les résultats supposés antérieurs avaient déjà été affectés par la pandémie. Bien que nous utilisions les informations disponibles sur la fragilité dans les vagues antérieures à la vague 7, nous ne restreignons pas l'échantillon aux individus qui ont également participé aux vagues 5 et 6 pour des raisons de puissance statistique. En effet, notre échantillon constitue un panel équilibré entre SHARE vague 7 et SHARE-Corona 2, mais il est déséquilibré pour les vagues 5 et 6.

Enfin, pour identifier un effet causal, l'expérience idéale consisterait à comparer deux groupes d'individus : ceux ayant des besoins de soins qui ont pu être satisfaits et ceux ayant des besoins de soins qui n'ont pas pu être non satisfaits. Malheureusement, nous ne pouvons pas identifier dans les données les personnes ayant des besoins de soins satisfaits. Pour contourner cette

difficulté, nous excluons les individus qui déclaraient en vague 8, c'est-à-dire avant la pandémie, un état de santé excellent ou très bon, car ils sont moins susceptibles d'avoir eu des besoins de soins ensuite.

Au final, l'échantillon sélectionné compte 14 786 individus

Composition de l'échantillon d'analyse

L'**Encadré 1** permet de comparer les caractéristiques de notre échantillon à celle de l'ensemble des individus de la vague 8 d'une part, et de préciser les liens empiriques entre fragilité et perte d'autonomie, appréhendée par les restrictions dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), d'autre part.

Le **Tableau 1** présente la fréquence des besoins de soins non satisfaits pendant la première vague de la pandémie selon les différentes causes et pour les différents types de soins. Parmi les 14 786 individus de notre échantillon, 35 % ont eu des besoins non satisfaits pendant la première vague de la pandémie, tous types de soins et toutes causes confondues. La principale raison est de loin le report de soins par les professionnels. Ainsi, 26% de l'échantillon déclare avoir eu au moins un soin reporté ou annulé. Le renoncement à au moins un soin par peur

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON D'ANALYSE EN VAGUE 8 DE LA POPULATION : ÂGE, FRAGILITÉ, RESTRICTIONS D'ACTIVITÉS		
L'échantillon d'analyse sélectionné possède des caractéristiques moyennes en termes d'âge, de fragilité et de restrictions d'activités assez proche de celles observées sur l'ensemble de la population en vague 8. La part d'individus considérés ici comme « fragiles », c'est-à-dire ayant au moins l'un des quatre symptômes retenus (peur de chuter, chutes, fatigue, étourdissements) est similaire à celle observée sur l'ensemble des répondants en vague 8, proche de 40%. Logiquement, la prévalence des symptômes de fragilité croît avec l'âge que ce soit dans l'échantillon d'analyse ou sur l'ensemble des répondants de la vague 8.		
Caractéristiques moyennes d'âge et de fragilité dans l'échantillon d'analyse et en vague 8		
Variable	Échantillon d'analyse	Ensemble SHARE (vague 8)
N =	14 786	45 830
Âge moyen	68,1	70,3
Peur de chuter	0,142	0,151
Chutes	0,079	0,088
Fatigue	0,224	0,234
Étourdissements, vertiges	0,164	0,170
Fragilité (≥ 1 des 4 symptômes ci-dessus)	0,389	0,403
Fragilité chez les 50–64 ans	0,297	0,306
Fragilité chez les 65–69 ans	0,319	0,334
Fragilité chez les 70–74 ans	0,380	0,383
Fragilité chez les 75–79 ans	0,462	0,470
Fragilité chez les 80+ ans	0,610	0,612
Le tableau suivant présente les coefficients de corrélation linéaire (de Pearson) entre le nombre de symptômes de		

fragilité (de 0 à 4) d'une part et l'âge ou le nombre de limitations dans les activités de la vie quotidienne de base (AVQ) ou instrumentales (AIVQ) d'autre part. On observe une corrélation linéaire positive et plutôt élevée entre fragilité et âge (environ 0,25). La corrélation linéaire est également positive et élevée entre fragilité et limitations dans les AVQ (de 0,33 à 0,36). Ce résultat confirme le lien fort existant entre fragilité et restrictions d'activités : les groupes d'individus fragiles et d'individus en perte d'autonomie ne sont pas disjoints. La corrélation linéaire est encore plus élevée avec les limitations dans les AIVQ (de 0,39 à 0,42). La fragilité est donc plus fortement corrélée aux limitations dans les activités instrumentales que dans les activités de base de la vie quotidienne.

Corrélations linéaires : nombre de symptômes de fragilité vs. âge et limitations d'activités

Variable	Échantillon d'analyse	Ensemble SHARE (vague 8)
N =	14 786	45 830
... âge	0,240	0,250
... nombre de limitations dans les AVQ	0,334	0,357
... nombre de limitations dans les AIVQ	0,394	0,415

Le dernier tableau présente finalement quelques caractéristiques moyennes spécifiques aux sous-groupes d'individus fragiles ou souffrant de restrictions d'activités, pour mieux comprendre le lien entre ces deux phénomènes. Parmi les individus définis comme fragiles, c'est-à-dire présentant au moins l'un des quatre symptômes retenus, seuls 35 à 36% présentant une limitation dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) et 23% seulement ont une limitation dans les activités de base de la vie quotidienne (AVQ). La fragilité n'implique donc pas forcément la perte d'autonomie : il s'agit d'un état réversible qui survient en général en amont de la perte d'autonomie. A l'inverse, plus de trois quarts des individus limités dans les AVQ ou AIVQ sont identifiés comme fragiles au sens de nos indicateurs. La perte d'autonomie est donc « l'étape d'après » la fragilité : les individus ayant des restrictions d'activité sont bien, pour la plupart, sujet à l'un des symptômes retenus : peur de chuter, chute, fatigue ou étourdissements.

Liens entre fragilité et restrictions d'activités dans l'échantillon d'analyse et en vague 8

Variable	Échantillon d'analyse	Ensemble SHARE (vague 8)
N =	14 786	45 830
Parmi les individus fragiles (au moins 1 symptôme) :		
Nombre de symptômes	1,5	1,6
% avec au moins une limitation dans les AVQ	0,209	0,233
% avec au moins une limitation dans les AIVQ	0,336	0,354
Parmi les individus limités dans les AVQ :		
% de fragiles (au moins 1 symptôme)	0,781	0,790
Parmi les individus limités dans les AIVQ :		
% de fragiles (au moins 1 symptôme)	0,754	0,759

d'être infecté du coronavirus ne concerne que 12% de l'échantillon. Enfin, le refus d'un traitement médical ou d'un rendez-vous lors de la tentative de prise de rendez-vous n'est reporté que par moins 5% des enquêtés avant tout en raison du faible nombre de personnes ayant cherché à prendre un nouveau rendez-vous durant cette

période. Concernant les types de soins, ce sont surtout les soins de spécialistes qui n'ont pas eu lieu. 26,2% de notre échantillon a ainsi eu au moins un besoin de soins de spécialistes et 8,6% des besoins de soins de généralistes non satisfaits.

Tableau 1 – Fréquence des besoins de soins non satisfaits durant la première vague de la pandémie

	%	N
Tout type de soins, toute cause	100	14 786
Aucun besoin non satisfait	64,6	9 556
Au moins un besoin non satisfait	35,4	5 230
<i>Tout type de soins, selon la cause</i>		
Renoncement par peur d’être infecté	12,1	1 787
Soins reporté ou annulé	26,4	3 899
Refus de soins	4,7	688
<i>Besoins non satisfaits, soins de généraliste</i>		
Toute cause	8,6	1 275
Renoncement par peur d’être infecté	4,4	647
Soins reporté ou annulé	4,3	639
Refus de soins	1,2	170
<i>Besoins non satisfaits, soins de spécialiste</i>		
Toute cause	26,2	3 867
Renoncement par peur d’être infecté	7,9	1 165
Soins reporté ou annulé	20,4	3 013
Refus de soins	3,0	446
<i>Besoins non satisfaits, soins planifiés</i>		
Toute cause	3,35	496
Renoncement par peur d’être infecté	0,9	128
Soins reporté ou annulé	2,7	399
Refus de soins	0,3	43
<i>Besoins non satisfaits, soins paramédicaux</i>		
Toute cause	3,01	448
Renoncement par peur d’être infecté	0,9	135
Soins reporté ou annulé	2,3	336
Refus de soins	1,4	38

Guide de lecture : 35,4% des individus de l'échantillon d'analyse ont eu un besoin de soin non satisfait pendant la première vague de la pandémie, quelle qu'en soit la cause et quel que soit le type de soins concernés
Source : Enquêtes SHARE-Corona 1

Méthode d'analyse empirique

Mesure de la causalité par différence de différences

La méthodologie que nous utilisons est une approche de « différence de différences », dans laquelle les individus ayant eu des besoins non satisfaits lors de la première vague de la pandémie constituent le groupe traité et les autres individus constituent le groupe témoin. Cette méthode permet de comparer l'évolution des indicateurs de fragilité entre ces deux groupes, et ainsi de voir si compte tenu de l'évolution observée de la fragilité dans ces deux groupes avant la pandémie, nous observons une dynamique différente un an après la survenue des besoin de soins non satisfaits de ce qu'elle aurait dû être si l'évolution antérieurement observée s'était prolongée.

Nous utilisons un estimateur doublement robuste pour conditionner à l'hypothèse de tendances parallèles sur les caractéristiques observées (Sant'Anna & Zhao, 2020 ; Callaway & Sant'Anna, 2020). Nous estimons les associations entre les besoins non satisfaits lors de la première vague de la pandémie et les symptômes de fragilité mesurés à l'été 2020 et à l'été 2021. Cependant, comme nos mesures de santé se réfèrent à la période des six mois précédents, nous ne les interprétons pas de manière purement causale. En effet, ces associations peuvent être affectées par un biais de causalité inverse, les problèmes de santé survenus entre janvier et juin 2020 ayant pu générer de nouveaux besoins de soins médicaux qui ont été reportés ou refusés ou auxquels les personnes ont renoncé. La description précise de la méthodologie est disponible dans l'article de Bergeot & Jusot (2024).

Le groupe témoin est crucial dans une analyse en différence de différences, en particulier lorsque l'analyse est focalisée sur les besoins non satisfaits pour un motif ou pour un type de soins particulier. Par exemple, pour estimer l'effet d'un besoin non satisfait en soins de spécialistes, considérer dans le groupe témoin uniquement les individus qui n'ont pas eu de tels besoin de soins de spécialistes non satisfaits pourrait conduire à sous-estimer l'effet mesuré dans la mesure où ce groupe pourrait compter des individus ayant rencontré par ailleurs des besoins non satisfaits pour d'autres types de soins. En conséquence, nous retenons pour toutes les analyses un même groupe témoin composé des 9 556 individus n'ayant eu de besoin non satisfait

pour aucun des quatre types de soins considérés.

Vérification des hypothèses

Les analyses en différence de différences reposent sur l'hypothèse dite des « tendances parallèles » qui suppose que la moyenne de la variable d'analyse aurait évolué de manière parallèle pour les populations traitée et témoin si le traitement n'avait pas eu lieu, c'est-à-dire dans le cas présent si la pandémie de Covid-19 n'était pas advenue. Puisque cette hypothèse des tendances parallèles pourrait ne pas être vérifiée, nous utilisons un estimateur doublement robuste qui permet de conditionner l'hypothèse des tendances parallèles à certaines caractéristiques observées avant

Tableau 2 - Distribution des variables d'ajustement du modèle en vague 8

	Aucun besoin non satisfait (%)	Au moins un besoin non satisfait (%)	P-valeur du test de différence
N =	9 556	5 230	
Âge moyen (ans)	67,9	68,5	0,000
Femme (vs. Homme)	54,9	61,0	0,000
Nombre de consultations de généraliste (12 derniers mois)			
0	22,1	11,7	0,000
[1 ; 2]	38,7	36,6	0,000
[3 ; 5]	27,1	34,7	0,000
≥ 6	12,1	16,9	0,000
Nombre de consultations de spécialiste (12 derniers mois)			
0	50,5	28,6	0,000
[1 ; 2]	31,4	35,2	0,000
[3 ; 5]	12,4	22,6	0,000
≥ 6	5,7	13,6	0,000
Au moins une visite de dentiste (12 derniers mois)	55,9	71,2	0,000
Renoncement aux soins (12 derniers mois)			
Par manque de disponibilité	4,9	5,7	0,036
Pour raisons financières	3,7	4,7	0,003
Au moins une maladie chronique	74,3	86,3	0,000
Santé perçue			
Bonne	62,4	68,4	0,000
Moyenne	27,6	25,3	0,002
Médiocre	10,0	6,3	0,000
Niveau d'éducation			
Primaire	28,3	24,1	0,000
Secondaire	40,8	39,7	0,199
Supérieur	30,9	36,2	0,000
Difficultés à équilibrer son budget	39,9	35,8	0,000

Guide de lecture : la proportion de personnes souffrant d'au moins une maladie chronique est de 86,3% chez les individus qui ont eu un besoin de soins non satisfait pendant la première vague épidémique et de 74,3% chez les autres

Source : Enquêtes SHARE vague 8

le traitement, ici en vague 8 de SHARE (Sant'Anna & Zhao, 2020; Callaway & Sant'Anna, 2021; Roth *et al.*, 2022). L'intérêt de cet estimateur est de rendre le groupe témoin et le groupe traité plus comparables, ce qui renforce la crédibilité de l'identification et donc la précision des estimations. Les variables d'ajustement incluses dans la modélisation sont les suivantes : l'âge sous forme quadratique, le sexe, le niveau d'éducation, la vulnérabilité économique telle que mesurée par la difficulté à équilibrer son budget, l'état de santé perçu, l'existence d'au moins une maladie chronique, le pays de résidence et enfin plusieurs variables de recours aux soins portant sur la période de 12 mois précédant la collecte : nombre de consultations de généraliste, nombre de consultations de spécialiste, recours ou non à un dentiste, renoncement aux soins pour raisons financières ou en raison de manque de disponibilités et d'accessibilité des soins. Les statistiques descriptives de ces différentes variables sur l'ensemble des répondants de SHARE vague 8 sont présentées dans le **Tableau 2**.

Nous constatons en particulier que les individus ayant des besoins de soins non satisfaits lors de la première vague de la pandémie ont à peu près le même âge que les autres, environ 68 ans en moyenne. En revanche, ceux qui ont eu des besoins non satisfaits pendant la première vague de la pandémie semblent avoir eu, en vague 8, une consommation de soins de santé plus élevée, notamment en recours aux généralistes, spécialistes ou dentistes, ce qui s'explique par leur état de santé plus détérioré. De même, ils sont plus nombreux à déclarer souffrir d'au moins une maladie chronique bien que, paradoxalement, ils aient en moyenne une santé perçue légèrement meilleure et un niveau d'éducation supérieur. Nous observons, enfin, que ceux qui ont eu des besoins non satisfaits lors de la pandémie avaient plus de difficultés d'accès aux soins auparavant, en raison de contraintes financières ou de disponibilité, mais déclaraient moins fréquemment une difficulté à équilibrer leur budget. Toutes ces différences de composition justifient que nous prenions en compte les différences observées entre les groupes traité et témoin par un ajustement adéquat du statistique.

Résultats des estimations

Les principaux résultats de notre travail sont restitués ici sous forme graphique. Le détail des résultats complets est disponible par ailleurs dans l'article original (Bergeot & Jusot, 2024).

La **Figure 2** présente les estimations de l'effet des besoins de soins non satisfaits lors de la première vague de la pandémie, toutes causes et tous type de soins, sur les quatre symptômes de fragilité au cours de la période 2013-2021. L'analyse se focalise ici sur le dernier point d'observation, qui correspond à l'effet observé en

juin/juillet 2021, un an après la pandémie. Toutefois, le graphique présente aussi les périodes antérieures, depuis la vague 5 de l'enquête en 2013, pour des raisons purement méthodologiques. En effet, estimer l'effet du traitement pour les périodes précédant la pandémie de Covid-19 est nécessaire pour tester l'hypothèse de tendances parallèles : si cette hypothèse est satisfaite, l'effet doit évidemment être nul avant la pandémie et donc les coefficients égaux à zéro. On constate en effet que, dans la plupart des cas, les coefficients estimés pour les périodes antérieures ne sont pas significativement différents de zéro en utilisant l'estimateur doublement robuste qui tient compte des caractéristiques observées pré-traitement. Cela confirme que, une fois les différentes caractéristiques des individus avant la pandémie prises en compte, il n'y avait pas de différence d'évolution de la fragilité entre le groupe traité et le groupe témoin avant 2020 et donc que l'hypothèse de tendances parallèles est vérifiée.

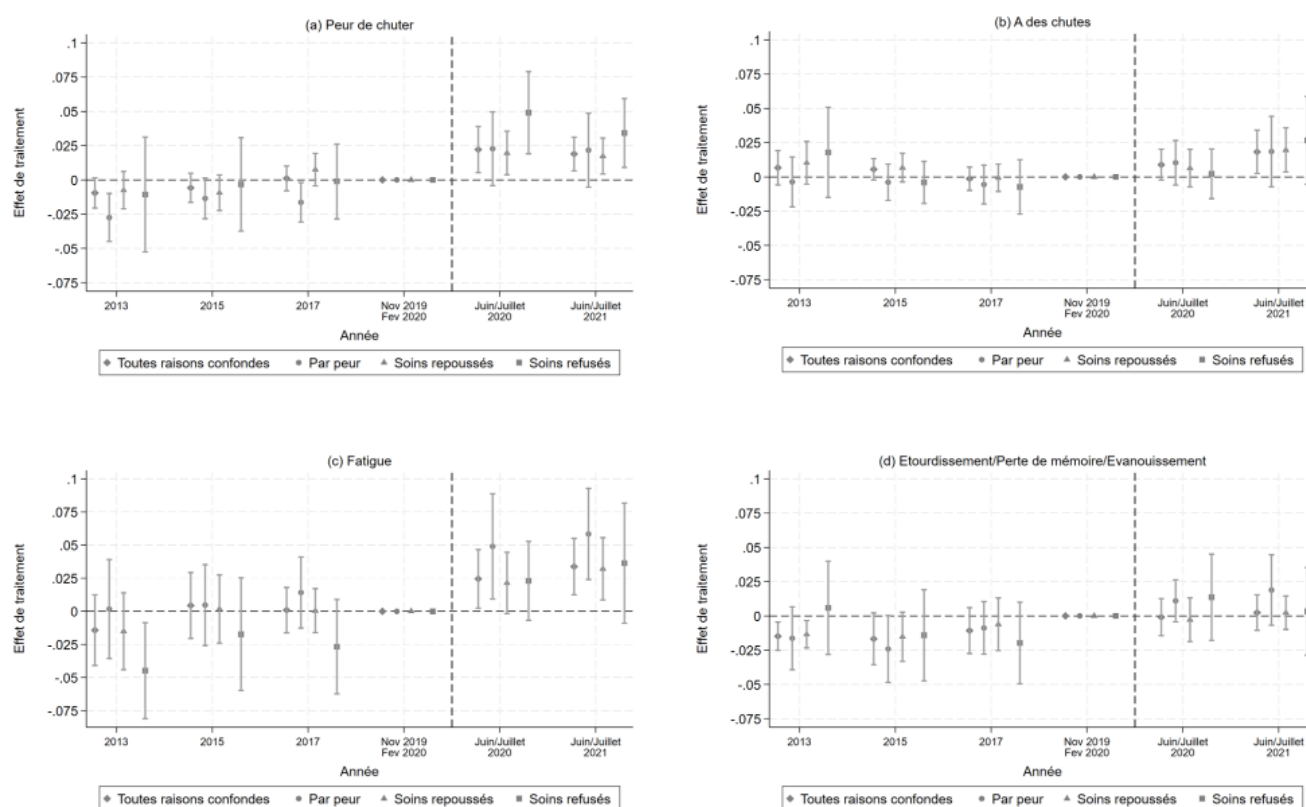
La fragilité majorée par la non-satisfaction des besoins de soins

Tout type de soins et toute cause sous-jacente confondus, le fait d'avoir eu des besoins de soins non satisfaits pendant la pandémie induit une augmentation de la probabilité de la peur de chuter de 3 points de pourcentage (pp). Dit autrement, cela signifie que la probabilité d'avoir peur de tomber chez les personnes qui ont eu des soins reportés, refusés ou qui ont renoncé à des soins pendant la pandémie est, un an après, supérieure de 3 points à ce qu'elle aurait été si les personnes avaient bien obtenu ces soins.

En différenciant les causes des besoins non satisfaits, l'hypothèse de tendances parallèles avant la pandémie est vérifiée pour les causes de report/annulation ou de refus de soins, mais ne l'est pas pour le renoncement aux soins par peur de la contamination. Nous pouvons ainsi estimer une augmentation significative du risque d'avoir peur de chuter respectivement de 1,7 pp en raison de soins reportés/annulés et de 3,4 pp en raison de soins refusés. Pour le renoncement par peur du Covid-19, en revanche, les coefficients de la période antérieure à la pandémie ne sont pas significativement inférieurs à zéro, ce qui signifie que l'augmentation tendancielle de ce symptôme au cours du temps était déjà majorée avant 2020 parmi les individus qui se sont avérés ensuite plus susceptibles de renoncer à des soins pendant la pandémie par peur de la contamination. Nous ne pouvons donc pas interpréter les résultats pour cette cause particulière de besoins non satisfaits.

Pour la probabilité de chuter, nous estimons une augmentation significative de 1,9 pp toutes causes confondues, et une augmentation significative de 1,9 pp également induite par des soins reportés ou annulés. En revanche, les effets mesurés pour les autres motifs (refus ou report) ne sont pas statistiquement significatifs.

Figure 2 – Effet d'un besoin de soin non satisfait sur les symptômes de fragilité un an plus tard, selon la cause



Guide de lecture : les symboles représentent l'effet marginal moyen, c'est-à-dire l'évolution en points de pourcentage du symptôme concerné. Par exemple, chez les personnes ayant renoncé à des soins par peur de la contamination durant la première vague épidémique, la probabilité de ressentir de la fatigue était augmentée de 5,8 pp un an plus tard (graphique (c), période juin/juillet 2021, symbole ●).

Source : Enquêtes SHARE vagues 5, 6, 7 et 8 ; Enquêtes SHARE-Corona 1 et 2

Concernant la probabilité d'avoir ressenti de la fatigue au cours des 6 derniers mois, l'hypothèse de tendances parallèles est vérifiée sauf pour les soins refusés. Toutes causes confondues, nous estimons une augmentation significative de 3,4 pp du risque de fatigue un an plus tard. L'effet estimé sur l'augmentation de la fatigue un an plus tard s'élève à 5,8 pp pour les renoncements aux soins par peur de l'infection et à 3,2 pp en cas de refus ou d'annulation de soins.

Enfin, les analyses relatives au risque d'étourdissements et de vertiges sont très peu interprétables, dans la mesure où l'hypothèse de tendances parallèles pré-pandémie n'est pas réellement étayée.

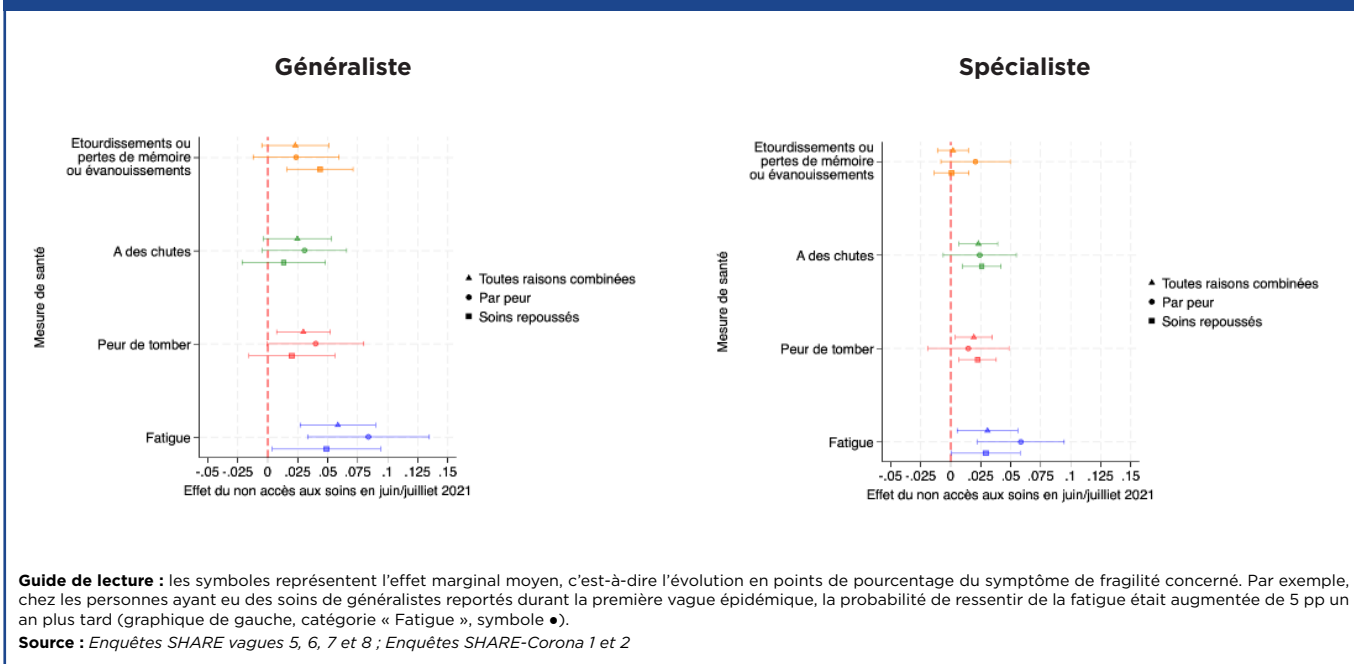
Un effet marqué en cas de besoins en soins de médecins non satisfaits

Nous avons également estimé ces effets des besoins de soins non satisfaits sur les différents symptômes de fragilité selon la nature des soins concernés. C'est plus spécifiquement pour les soins de généralistes et de spécialistes que l'impact de la non-satisfaction des besoins en soins sur la fragilité est le plus marqué.

Consulter la **Figure 3**.

Dans le cas des consultations de généralistes, puisque l'hypothèse de tendances parallèles est largement vérifiée pour toutes les causes de non-satisfaction des besoins, les résultats sont parfaitement interprétables. L'amplitude de l'effet est d'environ 3 pp sur la peur de chuter, quelle que soit la cause de cette non-satisfaction du besoin. Pour les chutes, nous trouvons un effet de 2,5 pp significatif (au seuil de 10%) lorsque toutes les causes sont combinées, et un effet légèrement plus important en cas de renoncement aux soins de généraliste par peur de la contamination (3 pp). Les effets significatifs sont très importants pour la fatigue. Toutes causes confondues, l'augmentation du risque de fatigue chez les personnes ayant eu des besoins en soins de généraliste non satisfaits pendant la pandémie est de 5,8 pp. Cette augmentation atteint 8,0 pp lorsque la cause est le renoncement par peur du Covid-19, 4,9 pp à la suite de soins reportés et 3,0 pp à la suite de soins refusés. Les résultats sont moins homogènes sur le symptôme de vertiges/étourdissements : le seul effet statistiquement détectable est une augmentation du risque de fatigue de 4,9 pp à la suite de reports de soins de généralistes.

Figure 3 – Effets des besoins non satisfaits en soins de généraliste et en soins de spécialistes sur les symptômes de fragilité, selon la cause



Les besoins de soins de spécialistes non satisfaits pendant la pandémie sont également associés à une augmentation significative de la fragilité dans la plupart de ses dimensions. Lorsque toutes les causes sont considérées simultanément, l'augmentation du risque est de 1,9 pp pour la peur de chuter, de 2,3 pp pour la survenue de chutes et de 3,1 pour la fatigue. Dans le détail des causes sous-jacentes de non-satisfaction des soins, la peur de chuter augmente de 2,2 lorsque des soins ont été reportés/annulés et de 3,9 pp lorsqu'ils ont été refusés. En revanche, aucun effet significatif sur ce symptôme n'est observé en cas de renoncement aux soins par peur de l'infection. Pour la probabilité de chutes, l'augmentation est de 2,3 pp lorsque des soins ont été reportés/annulés. L'effet délétère des besoins en soins de spécialistes non satisfaits sur l'augmentation du risque de fatigue résulte principalement de l'effet du report de soins par peur de l'infection (5,9 pp) et dans une moindre mesure de l'effet des reports et annulations de soins (2,9 pp). En revanche, aucun effet significatif des soins de spécialistes refusés sur le niveau de fatigue ne peut être mis en évidence. Les résultats observés sur le symptôme de vertiges/étourdissements, enfin, semblent peu interprétables ou peu significatifs.

La survenue de besoins non satisfaits en matière de soins paramédicaux (kinésithérapie, psychologie, orthophonie) produit également des effets délétères sur la fragilité, principalement sur le risque de fatigue (7,3 pp toutes causes confondues).

Principaux enseignements

L'objectif de cette étude était d'explorer, à partir de plusieurs vagues de l'enquête SHARE (*Survey of Health,*

Ageing and Retirement in Europe), l'effet des besoins de soins non satisfaits auto-déclarés pendant la première vague de la pandémie, c'est-à-dire entre mars et juin/juillet 2020, sur l'évolution de la fragilité un an plus tard, en juin/juillet 2021. Il s'agit ainsi d'évaluer les potentielles conséquences des barrières d'accès aux soins sur les risques de perte d'autonomie à court et moyen terme.

Nos résultats démontrent, de manière causale, que les besoins de soins non satisfaits pendant la première vague de la pandémie ont eu des effets préjudiciables substantiels sur trois indicateurs de fragilité mobilisés (la peur de chuter, les chutes, la fatigue). Les effets sont moins nets sur le quatrième indicateur relatif aux vertiges/étourdissements.

Nous concluons tout d'abord à l'effet majeur sur l'augmentation du risque de chute et de peur de chuter. Cette différence peut être expliquée par le fait que les soins de médecin généraliste ont sans doute été plus faciles à obtenir après la première vague de la pandémie. On ne peut toutefois pas exclure que l'absence de soins spécialisés puisse avoir des effets particuliers pour prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées. Nous observons également certains effets préjudiciables du renoncement aux soins paramédicaux sur le risque de chute un an plus tard. Mais ce sont surtout les problèmes de fatigue qui ont été majorés par les besoins non satisfaits pour tous les types de soins, aussi bien en raison des soins reportés que des soins auxquels les individus ont eux-mêmes renoncé de peur d'être infectés.

Une réduction des soins, même temporaire, semble donc avoir eu des effets à moyen terme sur ces symptômes médicaux qui sont précurseurs d'une accélération du processus de fragilité pour les personnes âgées et de la

survenue précoce d'une perte d'autonomie.

Les effets les importants et les plus significatifs sont observés à la suite de soins reportés ou annulés par les professionnels de santé, qui constituent la première cause de besoins de soins non satisfaits pendant la pandémie. En effet, c'est dans le cas des reports de soins que l'on peut supposer avec certitude que les besoins correspondants étaient le plus avérés. Les soins reportés étaient planifiés avant la pandémie et faisaient, pour la plupart, partie d'un parcours de soins. Ils devaient ainsi répondre à des besoins de soins validés par le système de soins, le médecin généraliste le plus souvent.

Ce résultat confirme par ailleurs la fiabilité des indicateurs de besoins de soins non satisfaits autodéclarés. Il avait en effet déjà été montré que les besoins non-satisfaits auto-déclarés pour raisons financières étaient une bonne « mesure des obstacles à l'accès aux soins » (Gibson *et al.*, 2019). Enfin, il suggère que l'allocation des ressources du système de santé pendant la pandémie en faveur des soins urgents et vitaux a conduit des annulations et des reports des soins qui n'ont pas été jugés prioritaires à ce moment-là, mais qui pourtant qui s'avéraient être vraiment nécessaires pour la santé des populations.

Nous constatons également des effets délétères du choix des patients eux-mêmes de renoncer à des soins par peur d'être infecté par le virus, dans les lieux de soins ou lors de leur trajet. La crainte du coronavirus les a donc poussés à renoncer non pas seulement à des soins non essentiels, mais également à des soins importants pour leur santé à moyen et long terme. Une première interprétation est que les individus n'étaient pas conscients de l'importance des soins prévus. Une seconde pourrait être que leur peur de la pandémie était plus élevée que la valeur qu'ils attribuaient à ces soins pour leur santé à ce moment-là. Cela suggère que, d'une manière générale, les renoncements aux soins peuvent porter sur des soins importants, et peuvent donc avoir des conséquences sur la santé ultérieure des patients. Il est frappant de constater que l'ampleur des effets est très comparable pour les différentes causes de la non-satisfaction des besoins de soins, que ces besoins non satisfaits aient été dus à une restriction de l'offre (parce que les soins ont été reportés) ou à une restriction de la demande (parce que les personnes ont renoncé aux soins par peur d'être infectés).

L'originalité de nos résultats est d'évaluer les conséquences des barrières d'accès aux soins dans un contexte de pandémie, qui sont donc liées à des causes autres que les difficultés financières pour payer les soins ou les problèmes d'accessibilité (temps d'attente, distance). L'article de Quintal *et al.* (2023) est le plus directement comparable à notre étude. Ces derniers n'ont trouvé aucun effet significatif des besoins de soins non satisfaits durant la pandémie sur la santé perçue ultérieure, mais un effet sur l'augmentation ultérieure

des diagnostics de cancer. Ce second résultat est en cohérence avec nos propres analyses, contrairement au résultat principal de leur analyse. Ces deux études diffèrent dans la méthode utilisée. En particulier, l'étude de Quintal *et al.* (2023) ne porte que sur la transition entre 2020 et 2021 alors que nous étudions ici les différences d'évolutions entre la période pré-pandémique et l'année 2021. Nous prenons donc mieux en compte le fait que la non-satisfaction des besoins de soins n'a pas touché toutes les personnes de manière identique. Par ailleurs, l'absence de résultat sur la santé perçue chez Quintal *et al.* (2023) peut éventuellement s'expliquer par le fait que la santé perçue n'est pas un symptôme médical et peut être influencée par d'autres facteurs, notamment subjectifs, qui ont été améliorés pendant la pandémie. Relevons tout de même que nos résultats sont en ligne avec Ko (2016), qui conclut que les besoins non satisfaits en raison du manque de disponibilité des soins dégradent la santé subjective chez les personnes âgées. En effet, les besoins de soins non satisfaits dans le contexte de la pandémie peuvent être considérés comme un cas particulier de manque de disponibilité des soins. Nos résultats sont également cohérents avec les enseignements de nombreux travaux qui ont démontré les effets négatifs du renoncement aux soins pour raisons financières sur l'état de santé ultérieur (Alonso *et al.*, 1997 ; Dourgnon *et al.*, 2012 ; Lindström *et al.*, 2020) et plus généralement les effets positifs sur la santé de l'accès aux soins permis par la couverture assurantielle en santé (Finkelstein *et al.*, 2012 ; Goldin *et al.*, 2021 ; Card *et al.*, 2009).

Ce travail présente néanmoins deux limites d'importance. En premier lieu, nous ne savons pas si les individus ont réellement cherché à avoir recours aux soins durant la pandémie. Par conséquent, notre groupe témoin inclut probablement des personnes qui n'ont pas eu besoin de soins et n'ont pas envisagé de recourir au système de soins durant cette période. Il aurait été plus adapté de pouvoir comparer l'évolution des résultats en matière de santé entre les personnes ayant des besoins de soins non satisfaits et celles qui ont eu des besoins de soins qu'ils ont pu effectivement satisfaire ; malheureusement, cela n'est pas possible avec nos données. L'exclusion de l'analyse des individus se déclarant en excellente ou en très bonne santé réduit toutefois ce biais. En second lieu, comme nous l'avons expliqué dans la section méthodologique, avoir des besoins de soins non satisfaits n'est pas nécessairement un événement exogène uniquement lié à la survenue du Covid-19, ce qui pourrait biaiser la mesure de l'effet causal. Ce risque est toutefois minimisé par l'utilisation de l'estimateur doublement robuste qui prend en compte les déterminants des besoins de soins non satisfaits.

Ce travail contribue ainsi à la littérature sur les conséquences sanitaire de la pandémie de Covid-19 sur la santé des individus, ici en raison de la réduction de l'accès aux soins de santé induite par la pandémie, et plus généralement à la littérature relative aux conséquences de la non-satisfaction des besoins de soins sur l'état de santé. Il permet ainsi de dégager des leçons pour l'éclairage des politiques publiques.

Dans un contexte de crise épidémique, il est évidemment justifié de concentrer largement les ressources des systèmes de santé sur les patients infectés et sur ceux qui ont des besoins de soins urgents et vitaux. Nos résultats soulignent toutefois l'importance de maintenir aussi l'accès aux soins de tous, en particulier des patients âgés ou malades qui ne sont pas directement touchés par l'épidémie. Il est également primordial de maintenir la confiance dans la capacité des praticiens de la santé à protéger les patients contre le risque de contamination afin de limiter les retards de prise en charge induits par les renoncements des personnes ayant peur d'être infectées. Ceci est particulièrement important dans le cas des patients avec un besoin de soins important, tels que les patients atteints de cancer qui ont été particulièrement inquiets à l'idée d'être contaminés par le Covid-19 (Dimelow *et al.*, 2021).

Dans le contexte post-pandémique actuel, il apparaît essentiel d'apporter une attention particulière aux personnes qui ont été confrontées à des besoins de soins non satisfaits pendant la pandémie, que ces dernières aient eu des soins annulés par le système de soins ou qu'elles aient elles-mêmes choisi de renoncer à des soins, afin de continuer à rattraper les soins non reçus

et prévenir la dégradation de leur santé et la perte d'autonomie.

Plus généralement, nos résultats soutiennent l'idée que la réduction de l'accès aux soins de santé primaires et secondaires peut être préjudiciable car elle accélère effectivement le processus de fragilité et le risque d'entrée en dépendance. Par conséquent, les systèmes de santé devraient garantir l'accès de tous à des soins de santé adéquats afin de favoriser un vieillissement en bonne santé et de limiter les dépenses de santé évitables. Ces résultats démontrent en particulier l'impact délétère de la restriction de l'accès aux soins ambulatoires. Il est donc important de préserver l'accès aux soins de tous aux soins de ville, et pas simplement de garantir l'accès à l'hôpital. Il faut être conscient que toute restriction de l'accès aux soins, que ce soit par le manque de professionnels dans les déserts médicaux ou par les restes-à-charge des patients (participation forfaitaire, déremboursement, dépassement d'honoraires) qui conduisent les patients à davantage renoncer aux soins pour raisons financières, risque d'avoir également des effets délétères sur la santé et la perte d'autonomie. Enfin, nos résultats suggèrent que les ruptures de soins consécutives à la crise du Covid-19, comme toute autre restriction massive de l'accès aux soins, risquent d'induire une augmentation ultérieure non seulement des dépenses de santé stricto sensu mais aussi des dépenses relatives à la prise en charge de la perte d'autonomie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abadie, A. (2005). Semiparametric difference-in-differences estimators. *The Review of Economic Studies*, 72(1), 1-19.
- Akobirshoev, I., Vetter, M., Iezzoni, L.I., Rao, S.R., Mitra, M. (2022). Delayed Medical Care And Unmet Care Needs Due To The COVID-19 Pandemic Among Adults With Disabilities In The US. *Health Affairs (Millwood)*, 41(10):1505-1512.
- Alonso, J. *et al.* (1997). Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *American Journal of Public Health*, 87(3), 365-370.
- Anderson KE, McGinty EE, Presskreischer R, Barry CL. Reports of Forgone Medical Care Among US Adults During the Initial Phase of the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*. 2021;4(1):e2034882.
- 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*, 1-15.
- Bandein-Roche, K. *et al.* (2006) 'Phenotype of frailty: characterization in the women's health and aging studies', *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(3), pp. 262-266.
- Banerjee, A., Chen, S., Pasea, L., Lai, A. G., Katsoulis, M., Denaxas, S., ... & Hemingway, H. (2021). Excess deaths in people with cardiovascular diseases during the COVID-19 pandemic. *European journal of preventive cardiology*, 28(14), 1599-1609.
- Bergeot J., & Jusot F. (2024). How did unmet care needs during the pandemic affect health outcomes of older European individuals? *Economics & Human Biology*, 52, 101317.
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S., Zuber, S., SHARE Central Coordination Team (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42(4):992-1001.
- Börsch-Supan, A. (2022a). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w5.800
- Börsch-Supan, A. (2022b). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w6.800
- Börsch-Supan, A. (2022c). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 7. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w7.800
- Börsch-Supan, A. (2022d). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w8.800
- Börsch-Supan, A. (2022e). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8. COVID-19 Survey 1. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w8ca.800
- Börsch-Supan, A. (2022f). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 9. COVID-19 Survey 2. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w9ca.800
- Callaway, B., & Sant'Anna, P. H. (2021). Difference-in-differences with multiple time periods. *Journal of Econometrics*, 225(2), 200-230.
- Card, D., Dobkin, C., & Maestas, N. (2009). Does Medicare save lives?. *The Quarterly Journal of Economics*, 124(2), 597-636.
- Chen, J, McGeorge, R. Spillover Effects Of The COVID-19 Pandemic Could Drive Long-Term Health Consequences For Non-COVID-19 Patients. *Health Affairs Blog*, October 23, 2020.
- Davillas, A., Jones, A.M. (2021). Unmet health care need and income-Related horizontal equity in use of health care during the COVID-19 pandemic. *Health Economics*, 30: 1711-1716.
- De Chaisemartin, C., & D'Haultfoeuille, X. (2022). Two-way fixed effects and differences-in-differences with heterogeneous treatment effects: A survey (No. w29691). National Bureau of Economic Research.
- DeJong, C., Katz, M.H., Covinsky, K. (2021). Deferral of Care for Serious Non-COVID-19 Conditions: A Hidden Harm of COVID-19. *JAMA Internal Medicine*, 181(2):274.
- Dimelow, J., Lowe, D., & Rogers, S. N. (2021). Balancing patients' fears of recurrence and fears of COVID-19 when considering their preference for review consultations. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 278, 4441-4448.
- Dourgnon, P., Jusot, F., Fantin, R. (2012). Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Economie Publique*, 28-29, 123-147.
- Fetzer, T., & Rauh, C. (2022). Pandemic Pressures and Public Health Care: Evidence from England. *CAGE Working paper*, 607.
- Finkelstein, A., Taubman, S., Wright, B., Bernstein, M., Gruber, J., Newhouse, J. P., ... & Oregon Health Study Group. (2012). The Oregon health insurance experiment: evidence from the first year. *The Quarterly Journal of Economics*, 127(3), 1057-1106.
- Fransé, C. B., Rietjens, J. A., Burdorf, A., van Grieken, A., Korfage, I. J., van der Heide, A., ... & Raat, H. (2017). A prospective study on the variation in falling and fall risk among community-dwelling older citizens in 12 European countries. *BMJ open*, 7(6), e015827.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157.
- Gibson G, Grignon M, Hurley J, Wang L. (2019). Here comes the SUN: Self-assessed unmet need, worsening health outcomes and health care inequity. *Health Economics*, 28, 727-735.
- Goldin, J., Lurie, I. Z., & McCubbin, J. (2021). Health insurance and mortality: Experimental evidence from taxpayer outreach. *The Quarterly Journal of Economics*, 136(1), 1-49.
- González-Touya, M., Stoyanova, A., Urbanos-Garrido, R.M. (2021). COVID-19 and Unmet Healthcare Needs of Older People: Did Inequity Arise in Europe? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17):9177.
- Goodman-Bacon, A. (2021). The Long-Run Effects of Childhood Insurance Coverage: Medicaid Implementation, Adult Health, and Labor Market Outcomes. *American Economic Review*, 111(8), 2550-93.
- Heckman, J., Ichimura, H., Smith, J., & Todd, P. (1998). Characterizing Selection Bias Using Experimental Data. *Econometrica*, 66(5), 1017-1098.
- Heckman, J. J., Ichimura, H., & Todd, P. (1997). Matching as an econometric evaluation estimator: Evidence from evaluating a job training programme. *The Review of Economic Studies*, 64(4), 605-654.
- Jung, H., Che, X., Park, H.J. (2022). COVID-19 and Unmet Medical Needs for People With Chronic Diseases: A Cross-Sectional Study. *Inquiry*, 59:469580221133002.

- Khattar, J., Anderson, L.N., De Rubeis, V., de Groh, M., Jiang, Y., Jones, A., Basta, N.E., Kirkland, S., Wolfson, C., Griffith, L.E., Raina, P., Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) Team (2023). Unmet health care needs during the COVID-19 pandemic among adults: a prospective cohort study in the Canadian Longitudinal Study on Aging. *CMAJ Open*, 14;11(1):E140-E151.
- Kim, Y., Kim, S., Jeong, S., Cho, S. G., & Hwang, S. S. (2019). Poor people and poor health: examining the mediating effect of unmet healthcare needs in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 52(1), 51.
- Kim, S., Hwang, J. (2023). What are the factors affecting older adults' experience of unmet healthcare needs amid the COVID-19 pandemic in Korea? *BMC Geriatrics*, 23(1):517.
- Kim, J., You, M., Shon, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on unmet healthcare needs in Seoul, South Korea: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 26;11(8):e045845.
- Knudsen, A.K.S., Skogen, J.C., Stene-Larsen, K., Gustavson, K., Reneflot, A. (2022). Met and unmet need for mental health care before and during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Public Health*, 32(1):49-51.
- Ko H (2016) Unmet healthcare needs and health status: panel evidence from Korea. *Health Policy* 120(6):646-653.
- Legge, H., Toohey, K., Kavanagh, P.S., Paterson, C. (2023). The unmet supportive care needs of people affected by cancer during the COVID-19 pandemic: an integrative review. *Journal of Cancer Survivorship*, 17(4):1036-1056.
- Lindström, C., Rosvall, M., & Lindström, M. (2020). Unmet healthcare needs and mortality: A prospective cohort study from southern Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(3), 267-274.
- Macmillan Cancer Support. (2020). The forgotten 'C'? The impact of Covid-19 on cancer care.
- Moscelli, G., Siciliani, L., & Tonei, V. (2016). Do waiting times affect health outcomes? Evidence from coronary bypass. *Social Science & Medicine*, 161, 151-159.
- Quintal, C., Moura Ramos, L., Antunes, M., & Lourenço, Ó. (2023). Unmet healthcare needs among the population aged 50+ and their association with health outcomes during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Ageing*, 20(1), 12.
- Reichert, A., & Jacobs, R. (2018). The impact of waiting time on patient outcomes: Evidence from early intervention in psychosis services in England. *Health Economics*, 27(11), 1772-1787.
- Renaud T., Arnault L., Jusot F. (2023), « 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 », *Données, Numérique, Santé, Société*, n°1, ISNS-Univ. Dauphine-PSL, France.
- Richards, M., Anderson, M., Carter, P., Ebert, B. L., & Mossialos, E. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care. *Nature Cancer*, 1(6), 565-567.
- Romero-Ortuno, R. (2011). The frailty instrument of the survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE-FI) predicts mortality beyond age, comorbidities, disability, self-rated health, education and depression. *European Geriatric Medicine*, 2(6), pp. 323-326.
- Romero-Ortuno, R., & Soraghan, C. (2014). A Frailty Instrument for primary care for those aged 75 years or more: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, a longitudinal population-based cohort study (SHARE-FI75+). *BMJ open*, 4(12), e006645.
- Roth, J., Sant'Anna, P. H., Bilinski, A., & Poe, J. (2022). What's trending in difference-in-differences? A synthesis of the recent econometrics literature. *Journal of Econometrics*, 235(2), 2218-2244.
- Sant'Anna, P. H., & Zhao, J. (2020). Doubly robust difference-in-differences estimators. *Journal of Econometrics*, 219(1), 101-122.
- Tavares, A.I. (2022). Older Europeans' experience of unmet health care during the COVID-19 pandemic (first wave). *BMC Health Services Research*, 22(1):182.
- Zhen, Z., Feng, Q., & Gu, D. (2015). The impacts of unmet needs for long-term care on mortality among older adults in China. *Journal of Disability Policy Studies*, 25(4), 243-251.

LE PROJET SHARE

SHARE (Survey of 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 dixième vague de l'enquête s'est conclue en juin 2025 pour la France.

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 par exemple. 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 ad hoc 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 de Solidarité pour 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° 101015924 ; SHARE-COHESION, n° 870628). L'équipe SHARE-France est membre de l'Institut Santé Numérique en Société porté par ParisSanté Campus et du GIS Institut de la Longévité, des Vieillesse et du Vieillessement (ILVV) porté par l'Ined. **Elle est également partenaire de l'Equipe+ LifeObs piloté 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 2022 avec l'ambition de fédérer et de stimuler les recherches en sciences humaines et sociales autour de la santé numérique et, plus spécifiquement, des données de santé.

Sa vocation 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 ParisSanté Campus. **Il bénéficie d'une aide de l'État gérée par l'Agence Nationale de la Recherche au titre de France 2030 portant la référence « ANR-22-PESN-0004 ».**



Institut Santé Numérique en Société :

ParisSanté 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 :

isns.fr
share.dauphine.fr

ISSN : 3038-4923

Directeurs de la publication :

Emmanuel DIDIER & Florence JUSOT

Rédacteur en chef : Thomas RENAUD

Conception graphique :

Adeline RABASTENS & Gautier HENGY

Mise en page : Gautier HENGY

