RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Institut des Politiques Publiques

Drees
Statistique publique de la santé et des solidarités

ÉTUDES et RÉSULTATS

septembre 2026
n° 1386

Proches aidants en Europe : un état de santé moins bon pour ceux consacrant davantage de temps à l'aide

En Europe, 16 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent en 2019 apporter régulièrement une aide ou des soins informels à une ou plusieurs personnes en situation de handicap, de maladie chronique ou de perte d'autonomie. Cette part des proches aidants, ou d'aidants informels, varie fortement entre les pays, de 8 % en Roumanie et à Chypre, à 28 % en Islande et en Croatie. La France figure parmi les pays où la part de personnes se déclarant proches aidants est la plus élevée (25 %). Toutefois, seulement 7 % de ces personnes apportent une aide dite « intensive » (20 heures ou plus par semaine), contre 18 % en moyenne en Europe.

Les caractéristiques sociodémographiques expliquent les écarts de santé globale entre proches aidants et non-aidants dans la plupart des pays. Mais apporter une aide « intensive » est parfois associé à une santé globale dégradée par rapport aux non-aidants. Cet écart varie selon les pays ; en France, l'écart n'est pas significatif, à caractéristiques comparables.

Dans la moitié des pays européens, les aidants « intensifs » déclarent moins fréquemment une bonne santé mentale que les non-aidants. La santé physique des aidants « intensifs » est dégradée par rapport à celle des non-aidants dans un tiers des pays et l'intensité de ce lien varie davantage selon les pays. Les écarts de santé physique et mentale entre aidants « intensifs » et non-aidants sont souvent plus marqués dans les pays d'Europe du Nord et de l'Ouest. La situation est intermédiaire en France, avec des écarts négatifs mais modérés.

Myriam Mikou (Drees) **et Annelore Verhagen** (Drees, Institut des Politiques Publiques, Paris School of Economics)

L'aide informelle consiste à fournir de l'aide ou des soins réguliers à une ou plusieurs personnes en situation de handicap, de maladie chronique ou de perte d'autonomie liée à l'âge ; dans les sociétés européennes, elle constitue un pilier essentiel du maintien à domicile. Si la substitution partielle entre aide formelle[1] et informelle ne semble généralement pas nuire à la santé des personnes aidées (Stöckel, Bom, 2022), elle peut en revanche avoir des effets défavorables sur la santé des proches aidants (Bom *et al.*, 2018). Ces effets varient toutefois selon les pays, en lien notamment avec l'organisation des systèmes de prise en charge de la dépendance et les politiques de soutien aux aidants (Pavolini, 2022), ainsi que les caractéristiques sociodémographiques des populations concernées.

Cette étude mobilise les données de l'Enquête européenne sur la santé de 2019[2] (EHIS) *[encadré 1]* afin d'analyser la relation entre aide informelle et état de santé des proches aidants selon les pays européens.

1. Les aidants formels regroupent les soignants (par exemple les infirmiers), les travailleurs sociaux et les bénévoles qui aident à la vie quotidienne, quand les aidants informels (ou « proches aidants ») désignent les personnes qui apportent régulièrement une aide ou des soins non professionnels à un proche en situation de handicap, de maladie chronique ou de perte d'autonomie liée à l'âge.
2. Une nouvelle vague de cette enquête a eu lieu en 2025-2026 ; les données seront disponibles en 2027.

Une forte hétérogénéité de l'aide informelle entre pays européens

En 2019, dans les pays européens couverts par l'enquête EHIS, 16 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent apporter une aide informelle à un proche ***(graphique 1)***. Cette proportion varie fortement selon les pays, de 8 % en Roumanie et à Chypre, à 28 % en Croatie et en Islande. La France se situe parmi les pays où la part des proches aidants est très élevée (25 % ***[encadré 1]***, comme au Danemark) . Ces écarts nationaux ne relèvent pas uniquement de la structure sociodémographique des populations *(tableau complémentaire A*[3]*)*, mais également de facteurs institutionnels et culturels. Ils peuvent notamment refléter des conceptions différentes de la solidarité intergénérationnelle et du rôle attendu des proches. Dans les pays où l'aide professionnelle est plus développée, l'aide informelle peut être moins intensive ou plus complémentaire à l'aide formelle. Par exemple, les pays d'Europe du Sud (comme l'Italie, l'Espagne, le Portugal ou la Grèce), sont généralement caractérisés par une tradition de solidarité familiale, où les proches jouent un rôle important dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Dans plusieurs pays nordiques, comme le Danemark, la Suède ou la Norvège, les services professionnels de prise en charge sont davantage développés et répondent plus fréquemment aux besoins de soins de longue durée (Pavolini, 2022). Ces modèles institutionnels ne déterminent pas à eux seuls le recours à l'aide informelle, qui peut également s'inscrire en complément de l'aide professionnelle.

La proportion d'aidants apportant une aide dite « intensive » (20 heures ou plus par semaine) présente également une forte

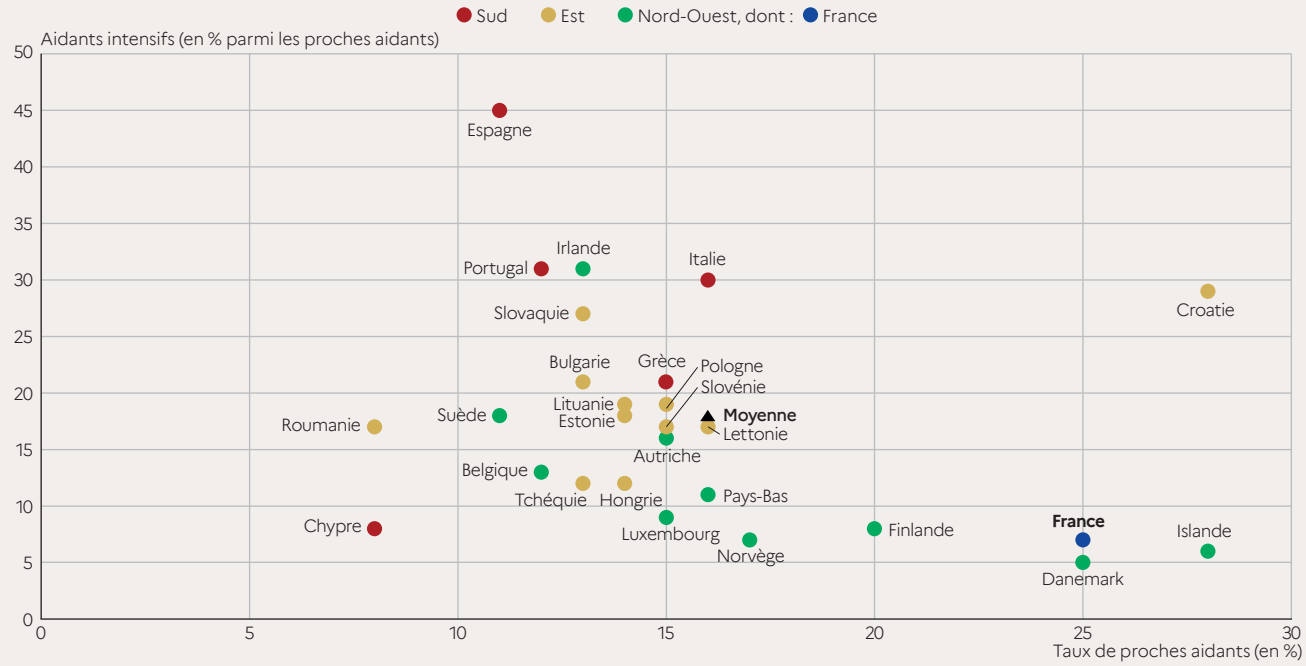
Encadré 1 L'enquête EHIS 2019 et les mesures d'aide informelle

Les données mobilisées dans cette étude proviennent de la troisième édition de l'European Health Interview Survey (EHIS 2019). Cette enquête couvre la population âgée de 15 ans ou plus vivant en ménage ordinaire dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, ainsi qu'en Islande, en Norvège et en Serbie. Au total, près de 263 000 personnes y participent *(tableau complémentaire B) ;* en France, l'échantillon comprend un peu plus de 14 000 individus, répartis sur l'ensemble du territoire national (y compris les cinq DROM). L'enquête comporte quatre modules thématiques : état de santé, recours aux soins, déterminants de santé et caractéristiques socio-économiques.

Les proches aidants sont identifiés à partir de la question suivante : « Apportez-vous des soins ou de l'aide, au moins une fois par semaine, à une ou plusieurs personnes souffrant de problèmes liés à l'âge, d'une maladie chronique ou d'une infirmité ? » (IC1). Les personnes répondant positivement sont ensuite interrogées sur le lien avec la personne aidée (famille ou pas, IC2) et sur le nombre d'heures d'aide apportées par semaine (IC3).

Les données individuelles pour l'Allemagne n'ont pas pu être mobilisées, de sorte qu'elle n'est pas incluse dans les régressions logistiques. En France, la part des proches aidants estimée à partir de l'EHIS 2019 (25 % des personnes âgées de 15 ans ou plus) est plus élevée que celle observée dans l'enquête VQS 2021 (17 % des adultes ; Blavet, 2023). Cet écart peut notamment s'expliquer par des différences dans les définitions retenues et la formulation des questions. Dans l'EHIS, l'aide apportée au moins une fois par semaine à une personne souffrant de problèmes liés à l'âge, d'une maladie chronique ou d'une infirmité est prise en compte, tandis que VQS se limite à l'aide régulière apportée à une personne en situation de handicap ou de perte d'autonomie, excluant ainsi les situations d'aide liées à une maladie chronique sans perte d'autonomie. Les populations identifiées ne sont donc pas strictement équivalentes, ce qui limite la comparabilité directe des estimations issues des deux enquêtes.

Graphique 1 Part de proches aidants dans la population et part d'aidants intensifs parmi les proches aidants, selon le pays, en 2019



Note > Un « aidant intensif » apporte une aide régulière à un proche pendant au moins 20 heures par semaine.
Lecture > En France, 25 % de la population déclare apporter régulièrement de l'aide à un proche ; 7 % d'entre eux déclarent apporter de l'aide pendant 20 heures ou plus par semaine.
Champ > Ensemble des pays de l'Union européenne, ainsi que l'Islande, et la Norvège. Personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire.
Sources > Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS), 2019.

> *Études et Résultats* n° 1386 © Drees

3. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à cette étude (lien en fin de publication).

dispersion entre pays, allant de 5 % au Danemark à 45 % en Espagne. Globalement, une relation inverse apparaît entre la part des proches aidants dans l'ensemble de la population et celle des aidants dits « intensifs » (20 heures ou plus d'aide par semaine). La Croatie constitue toutefois une exception notable, avec une proportion élevée d'aidants dans la population (28 %) et une part d'aidants intensifs parmi les proches aidants du même ordre de grandeur (29 %). Dans les pays où la part des aidants est relativement faible, comme l'Espagne, l'Irlande ou le Portugal, la proportion d'aidants intensifs est plutôt élevée (30 % ou plus). À l'inverse, dans les pays nordiques et dans certains pays d'Europe du Nord et de l'Ouest, dont la France, la part des aidants dans la population est plus élevée (au moins 25 %), tandis que l'aide intensive y est plus rare (7 % ou moins au Danemark, en Islande, en Norvège et en France). Une piste d'explication possible de cette corrélation négative repose sur des différences de perception et de déclaration du rôle d'aidant selon les contextes nationaux. Dans certains pays, notamment en France ou dans les pays nordiques, des formes d'aide ponctuelles ou relativement peu intensives (telles que l'aide administrative, les courses ou l'accompagnement occasionnel) pourraient plus facilement être perçues comme relevant du rôle d'aidant, et être déclarées comme telles. Davantage de personnes peuvent ainsi se considérer comme aidants, ce qui conduit à une proportion plus élevée d'aidants dans la population, mais avec une intensité moyenne d'aide plus faible. À l'inverse, dans d'autres pays, notamment en Espagne, en Italie ou en Irlande, l'identification comme aidant pourrait être davantage associée à des situations d'aide régulière et soutenue.

La probabilité d'être proche aidant varie selon les caractéristiques sociodémographiques

Dans les pays européens, 57 % des aidants informels sont des femmes. À caractéristiques comparables, leur probabilité d'être proches aidantes est supérieure d'environ 4 points de pourcentage à celle des hommes, et celle d'être aidantes intensives supérieure de près de 2 points ; ces écarts sont statistiquement significatifs *(tableau complémentaire A)*.

Par ailleurs, la probabilité d'être proche aidant augmente avec l'âge jusqu'aux âges intermédiaires, généralement entre 45 et 65 ans, avant de diminuer ensuite. Cette dynamique reflète la position de ces âges dans le cycle de vie, période durant laquelle les personnes peuvent cumuler responsabilités professionnelles, familiales et soutien aux parents en perte d'autonomie.

À autres caractéristiques comparables, les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur se déclarent plus souvent proches aidantes que celles ayant un niveau d'éducation primaire ou secondaire. Cependant, parmi les proches aidants, le niveau d'éducation ne joue pas un rôle significatif dans la probabilité d'apporter une aide intensive.

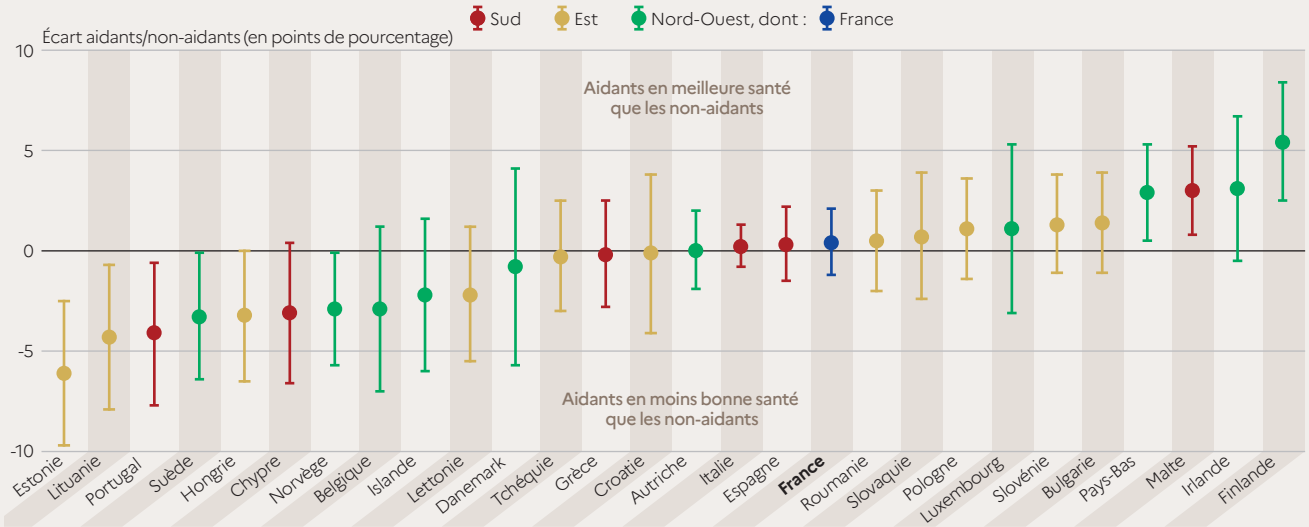
Les écarts selon le niveau de revenu apparaissent plus limités. Par rapport aux personnes appartenant au premier quintile de revenu, c'est-à-dire les 20 % de personnes les plus modestes de l'ensemble de la population, celles appartenant aux catégories de revenu supérieur se déclarent plus souvent proches aidantes.Par rapport aux personnes en emploi, les personnes au chômage ont une probabilité supérieure de se déclarer proches aidantes (+2 points de pourcentage environ). À l'inverse, les étudiants se déclarent moins souvent aidants (-2 points). Les personnes vivant en zone rurale sont également légèrement davantage concernées par l'aide informelle que celles vivant en ville.

Enfin, les personnes vivantes seules sont moins susceptibles d'être proches aidantes. Les personnes vivant dans tout autre type de ménage (en couple avec ou sans enfant, ou en famille monoparentale) sont significativement plus susceptibles d'apporter une aide à un proche.

En moyenne, la santé globale des proches aidants diffère peu de celle des non-aidants

Dans la plupart des pays européens, y compris en France, se déclarer aidant informel n'est pas systématiquement associé à une dégradation de la santé globale *(graphique 2),* en contrôlant

Graphique 2 Écarts entre aidants et non-aidants de la probabilité d'être en bonne santé globale, selon le pays, en 2019



Notes > La variable de bonne santé globale correspond à un bon ou très bon état de santé général (EHIS, question HS1). Les estimations correspondent à des effets marginaux moyens, issus de modèles logit ajustés sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, les revenus du ménage, le statut d'activité, le type de ménage et la zone de résidence. Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95 %. La significativité au seuil de 5 % est établie lorsque l'intervalle de confiance à 95 % de l'écart n'inclut pas 0.
Lecture > En France, à caractéristiques sociodémographiques comparables, l'écart entre aidants et non aidants n'est pas significatif au seuil de 5 %.
Champ > Ensemble des pays de l'Union européenne, ainsi que l'Islande, et la Norvège. Personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire.
Sources > Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS), 2019.

> *Études et Résultats* n° 1386 © Drees

différentes variables socio-économiques. L'état de santé globale est en moyenne davantage associé à l'âge, au niveau d'éducation et aux revenus qu'au statut d'aidant informel *(tableau complémentaire C)*. Les écarts observés sont généralement de faible ampleur et, dans de nombreux pays, non significatifs, à l'exception de quelques pays d'Europe de l'Est et du Sud, où les aidants présentent une probabilité significativement plus faible d'être en bonne santé que les non-aidants. C'est le cas notamment en Estonie (–6 points de pourcentage), en Lituanie (–4 points) et au Portugal (–4 points). À l'inverse, la santé globale des aidants est meilleure que celle des non-aidants dans certains pays d'Europe du Nord et de l'Ouest, tels que la Finlande (+5 points) ou les Pays-Bas (+3 points). La France se situe dans une position intermédiaire : l'écart entre aidants et non-aidants y est proche de zéro, et non significatif statistiquement.

La santé des proches aidants plus souvent dégradée quand ils apportent une aide intensive

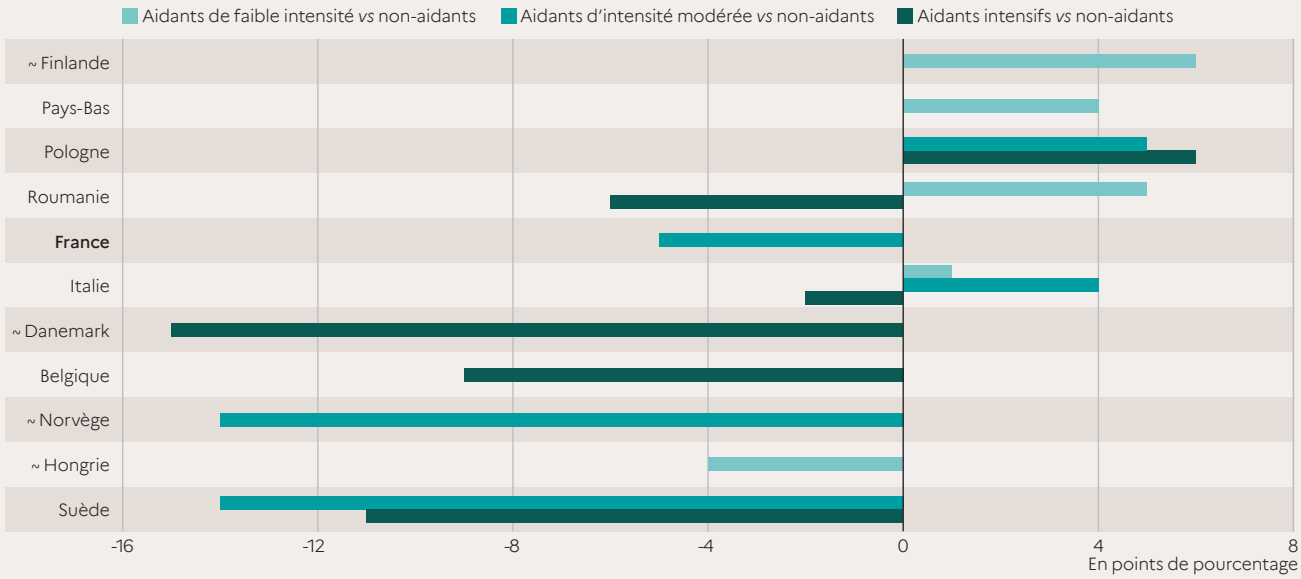
Parmi les personnes apportant une aide de moins de 10 heures par semaine, les écarts de santé globale avec les non-aidants sont généralement très faibles et non significatifs, voire légèrement positifs dans certains pays ***(graphique 3)***. Quel que soit le niveau d'intensité de l'aide, la plupart des comparaisons entre aidants et non-aidants ne mettent pas en évidence de différence statistiquement significative. Lorsque des écarts significatifs sont observés, ils sont majoritairement défavorables aux aidants intensifs. Dans plusieurs pays européens, à caractéristiques comparables, les aidants intensifs ont une probabilité significativement plus faible d'être en bonne santé que les non-aidants. Les écarts négatifs les plus marqués sont observés dans certains pays d'Europe du Nord et de l'Ouest : au Danemark, être aidant intensif est associé à une baisse de 15 points de pourcentage de la probabilité d'être en bonne santé globale[4], –11 points en Suède et –9 points en Belgique. Des écarts significatifs sont également observés dans certains pays du sud et de l'est de l'Europe, comme la Roumanie (–6 points de pourcentage) et l'Italie (–2 points), tandis que la Pologne présente un résultat inverse (+6 points). La France se situe dans une position intermédiaire, avec un écart non significatif.

L'absence d'écarts statistiquement identifiables dans de nombreux pays pourrait s'expliquer, par exemple, par une présence plus importante des services d'aide formelle ou par des dispositifs de soutien aux aidants (solutions de répit, congés spécifiques, accompagnement dédié), limitant les conséquences négatives de l'aide intensive sur leur santé. Deux mécanismes de sens opposé peuvent par ailleurs se combiner : d'un côté, un effet de sélection qui ferait que les personnes en meilleure santé sont plus susceptibles d'endosser un rôle d'aidant ; de l'autre, un effet potentiellement négatif de l'aide sur la santé, qui ferait que les situations d'aide les plus exigeantes sont aussi celles associées à une santé plus dégradée (Toulemon, 2024).

Dans un tiers des pays européens, les aidants intensifs ont une santé physique dégradée par rapport aux non-aidants

La suite de l'analyse se concentre sur les aidants intensifs[5], dont la dégradation de la santé globale par rapport aux non-aidants est plus marquée que pour les autres aidants. Or, la santé globale

Graphique 3 Écarts entre aidants et non-aidants de la probabilité d'être en bonne santé globale, selon l'intensité de l'aide et le pays, en 2019



~ Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, en raison du faible nombre de répondants (moins de 100) se déclarant proches aidants *(tableau complémentaire B)*.
Notes > Un « aidant de faible intensité » apporte moins de 10 heures d'aide par semaine ; un « aidant d'intensité modérée » apporte de l'aide pendant 10 à moins de 20 heures par semaine ; un « aidant intensif » apporte de l'aide pendant au moins 20 heures par semaine. Les estimations correspondent à des effets marginaux moyens, issus de modèles logit ajustés sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, les revenus du ménage, le statut d'activité, le type de ménage et la zone de résidence. Les pays dont les résultats ne sont statistiquement significatifs pour aucune des trois modalités ne sont pas présentés.
Lecture > En France, les aidants d'intensité modérée ont une probabilité inférieure de 5 points de pourcentage d'être en bonne santé globale par rapport aux non-aidants, à caractéristiques sociodémographiques comparables.
Champ > Ensemble des pays de l'Union européenne, ainsi que l'Islande, et la Norvège. Personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire.
Sources > Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS), 2019.

> *Études et Résultats* n° 1386 © Drees

4. Ce résultat doit être interprété avec prudence, en raison du faible nombre de répondants (moins de 100) se déclarant proches aidants intensifs au Danemark.
5. Des données sur l'ensemble du champ des aidants sont fournies dans les *tableaux complémentaires D et E*.

déclarée recouvre à la fois des dimensions physiques et psychiques. Afin d'appréhender plus spécifiquement la santé physique des proches aidants, cette étude mobilise un indicateur d'absence de douleur au cours des quatre dernières semaines précédant l'enquête ***(encadré 2)***.

Dans tous les pays étudiés (à l'exception du Luxembourg)[6], à caractéristiques des aidants comparables, l'aide informelle intensive est plus fréquemment associée à des douleurs physiques ***(graphique 4)***. Cet écart est statistiquement significatif dans un tiers des pays, y compris en France. Les écarts sont les plus importants en Belgique (–14 points de pourcentage), en Lituanie et en Norvège (–11 points) au Portugal et en Suède (–8 points). À l'inverse, dans plusieurs pays, notamment d'Europe de l'Est, les écarts sont entourés d'une plus grande incertitude statistique.

À travers l'Europe, consacrer 20 heures ou plus par semaine à l'aide informelle est associé à une moins bonne santé mentale

Dans la quasi-totalité des pays européens, à caractéristiques comparables, les aidants intensifs déclarent moins souvent être en bonne santé mentale que les non-aidants, et cette association négative est significative dans la moitié des pays ***(graphique 5)***. La France s'inscrit dans ce schéma général : la probabilité d'être en bonne santé mentale des aidants intensifs y est inférieure de 8 points à celle des non-aidants.

L'écart est plus marqué dans plusieurs pays du nord et de l'ouest de l'Europe, comme en Norvège (-15 points), en Belgique (–11 points) ou en Irlande (–10 points), malgré des systèmes de protection sociale caractérisés par une bonne couverture des personnes en perte d'autonomie et de leurs aidants. Cela pourrait refléter le fait que, dans ces pays, les aidants intensifs représentent un groupe plus sélectionné, confronté à des situations particulièrement lourdes ou complexes. À l'inverse, dans plusieurs pays d'Europe de l'Est, les écarts sont entourés d'une plus grande incertitude statistique, ce qui pourrait refléter un niveau dégradé de santé mentale de l'ensemble de la population, ou une déclaration différente des symptômes psychiques dans ces pays.

Les écarts de santé mentale et physique entre aidants intensifs et non-aidants sont souvent liés

Les écarts de santé physique et mentale entre aidants intensifs et non-aidants apparaissent corrélés ***(graphique 6)***. Dans les pays européens où les aidants intensifs déclarent une santé mentale dégradée par rapport aux non-aidants, ils présentent aussi plus fréquemment une moins bonne santé physique.

Ces écarts sont les plus marqués sur les deux dimensions de la santé dans les pays d'Europe du Nord et de l'Ouest. En Norvège et en Belgique notamment, les aidants intensifs déclarent à la fois une santé mentale et physique nettement dégradée par rapport aux non-aidants. À l'inverse, dans plusieurs pays d'Europe de l'Est, la

Encadré 2 Indicateurs de santé dans l'EHIS et analyses économétriques

La santé globale est mesurée à partir de la question de santé perçue (HS1), qui invite les répondants à qualifier leur état de santé général sur une échelle à cinq modalités allant de « très bon » à « très mauvais ». Dans cette étude, la variable est dichotomisée (1 = bon ou très bon état de santé ; 0 = état de santé moyen, mauvais ou très mauvais).

Afin d'appréhender plus spécifiquement la santé physique des proches aidants, cette étude mobilise un indicateur de douleur (question PN1 : intensité des douleurs corporelles au cours des quatre dernières semaines précédant l'enquête). Cet indicateur constitue une mesure pertinente de la santé physique dans le contexte de l'aide informelle, dans la mesure où les activités d'aide, en particulier les soins personnels, les transferts ou les tâches domestiques, peuvent engendrer des contraintes physiques importantes. La littérature met en évidence une association entre l'aide informelle et des problèmes musculosquelettiques, de fatigue physique ou de douleurs chroniques, en particulier parmi les aidants intensifs (Schulz, Sherwood, 2008 ; Pinquart, Sörensen, 2007). L'utilisation d'un indicateur de douleur permet ainsi de capter une dimension concrète et directement liée à la charge physique de l'aide complémentaire aux mesures plus globales de santé. Cet indicateur est dichotomisé en distinguant les douleurs absentes à faibles (modalités 1 à 3), et des niveaux modérés à très sévères de douleur (modalités 4 à 6). Ceci permet de compléter l'analyse en capturant une dimension spécifique de la santé physique, distincte de la santé perçue globale.

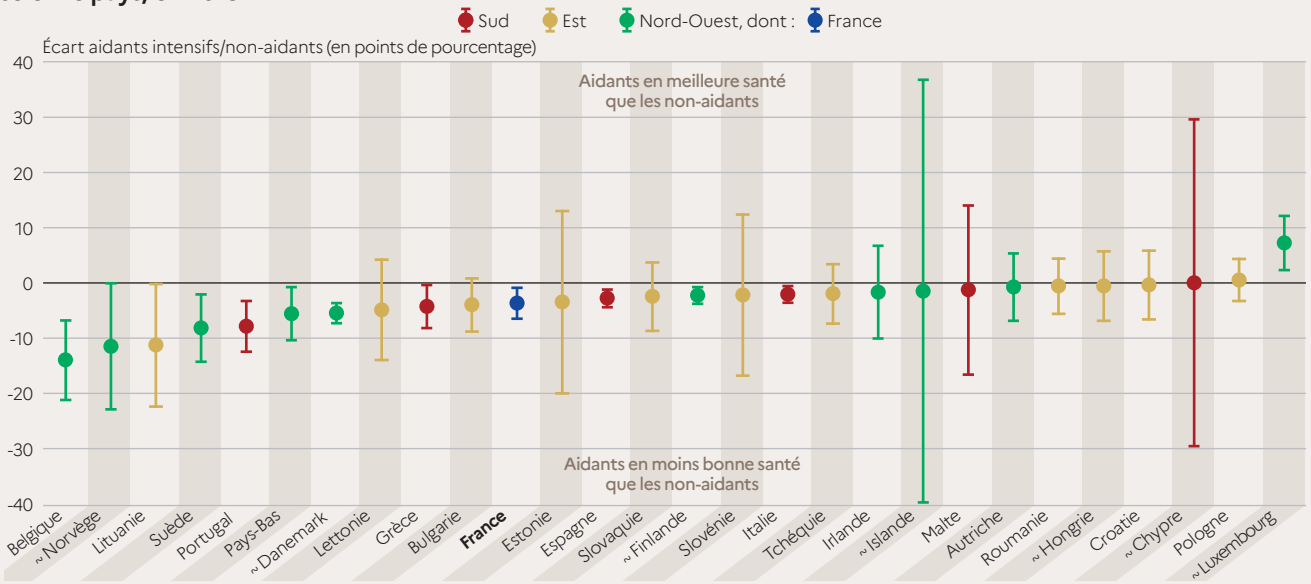
La santé mentale est mesurée à l'aide du module PHQ-8 (Patient Health Questionnaire), composé de huit questions portant sur la fréquence de symptômes dépressifs au cours des deux dernières semaines (MH1A à MH1H). Chaque item est coté de 0 (« pas du tout ») à 3 (« presque chaque jour »). Conformément aux recommandations méthodologiques associées au PHQ-8 (Eurostat, 2026), un score synthétique est construit en additionnant les huit réponses. Ensuite, le seuil d'interprétation standard du PHQ-8 d'un score inférieur à 5 est utilisé (correspondant à l'absence des symptômes dépressifs). L'Espagne ne renseigne pas le module relatif à la santé mentale du questionnaire, elle est exclue des analyses relatives à la santé mentale. Chaque individu inclus dans la modélisation a un profil complet de santé mentale, évitant de sous-estimer ou surestimer les symptômes, dans certains groupes.

Afin d'isoler autant que possible la relation entre aide informelle et les trois dimensions de santé, les analyses économétriques contrôlent un ensemble de caractéristiques sociodémographiques et économiques, susceptibles d'être associées à la fois à la probabilité d'être aidant et à l'état de santé. Les modèles incluent l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le niveau de vie, le statut d'activité, le type de ménage et le degré d'urbanisation du lieu de résidence. Les résultats présentés correspondent à des effets marginaux moyens (*average marginal effects*, AME) calculés après estimation d'un modèle logistique, incluant une interaction entre le statut d'aidant et le pays. Ils mesurent, pour chaque pays, l'écart ajusté de probabilité entre aidants et non-aidants, à caractéristiques comparables. Les modèles sont pondérés par le poids normalisé de l'EHIS, afin de refléter la représentativité nationale.

Les données de l'EHIS comportent certaines limites, notamment concernant les questions liées à la santé (Troy, 2025). Plusieurs aspects de la conception et de l'administration du questionnaire peuvent influencer l'évaluation des taux de dépression en Europe. Des biais peuvent de ce fait être introduits par le mode de collecte des réponses : dans les pays d'Europe de l'Est et du Sud, les enquêtes sont plus souvent réalisées en face-à-face, tandis que les pays d'Europe de l'Ouest et du Nord privilégient les questionnaires en ligne. Ces différences de mode de collecte peuvent engendrer des effets de mode, notamment liés au biais de désirabilité sociale, susceptibles d'influencer les réponses des enquêtés. Par ailleurs, les écarts observés entre les pays peuvent également s'expliquer par des différences culturelles, sociétales, influençant à la fois les facteurs individuels associés à la santé (comme la structure familiale ou la religion) ainsi que la perception et l'expression de la santé. Ces éléments peuvent ainsi affecter la façon dont les individus répondent aux questionnaires.

6. Les résultats pour le Luxembourg et la Norvège doivent être interprétés avec prudence, en raison du faible nombre de répondants (moins de 100) se déclarant proches aidants intensifs dans ces pays.

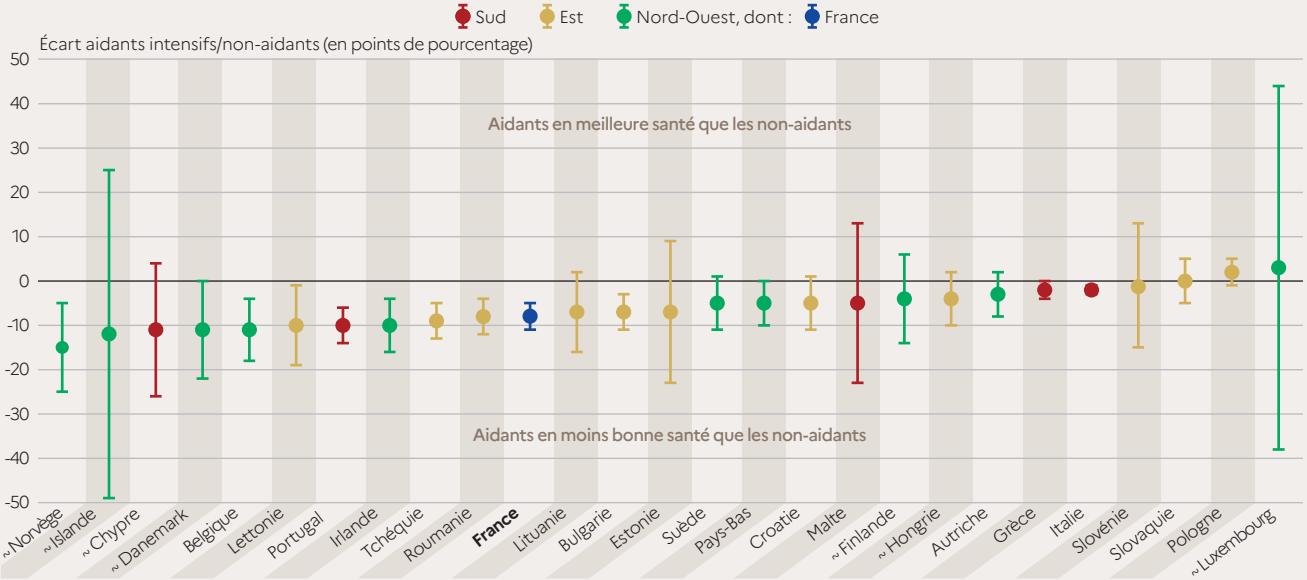
Graphique 4 Écarts entre aidants intensifs et non-aidants de la probabilité d'être en bonne santé physique, selon le pays, en 2019



~ Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, en raison du faible nombre de répondants (moins de 100) se déclarant proches aidants intensifs *(tableau complémentaire B)*.
Notes > La variable de santé physique correspond à l'absence de douleur déclarée au cours des quatre dernières semaines (EHIS, question PN1). Un « aidant intensif » apporte une aide régulière à un proche pendant au moins 20 heures par semaine. Les estimations correspondent à des effets marginaux moyens, issus de modèles logit ajustés sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, les revenus du ménage, le statut d'activité, le type de ménage et le degré d'urbanisation. Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95 %. La significativité au seuil de 5 % est établie lorsque l'intervalle de confiance à 95 % de l'écart n'inclut pas 0.
Lecture > En France, les aidants intensifs ont une probabilité inférieure de 4 points de pourcentage de déclarer être en bonne santé physique par rapport aux non-aidants, à caractéristiques sociodémographiques comparables.
Champ > Ensemble des pays de l'Union européenne, ainsi que l'Islande, et la Norvège. Personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire.
Sources > Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS), 2019.

> *Études et Résultats* n° 1386 © Drees

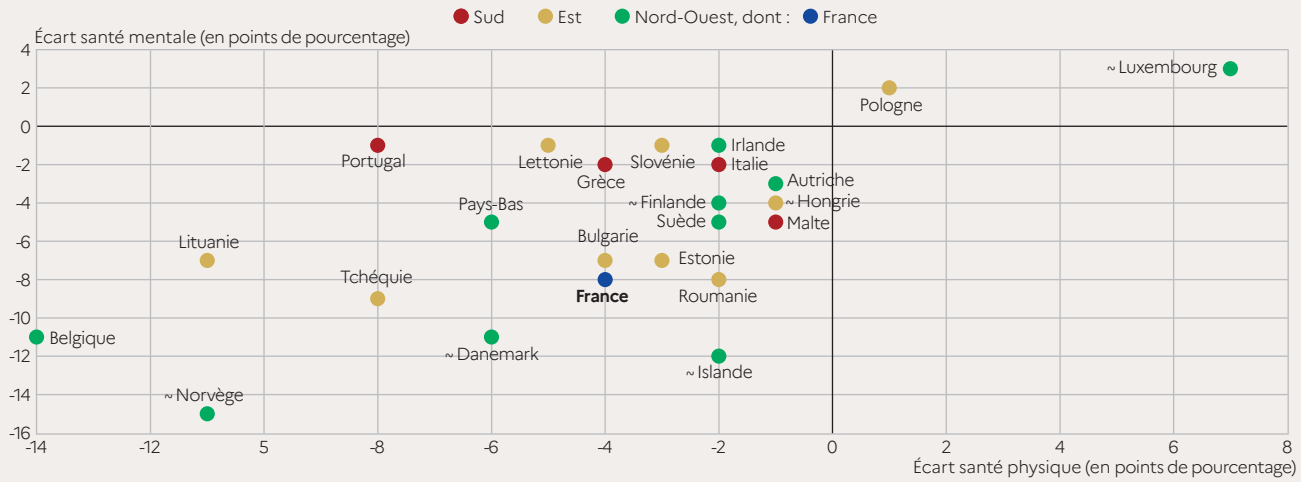
Graphique 5 Écarts entre aidants intensifs et non-aidants de la probabilité d'être en bonne santé mentale, selon le pays, en 2019



~ Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, en raison du faible nombre de répondants (moins de 100) se déclarant proches aidants intensifs *(tableau complémentaire B)*.
Notes > La variable de santé mentale correspond à l'absence de symptômes dépressifs, mesurés à partir du questionnaire PHQ-8 de l'EHIS (score inférieur à 5). Un « aidant intensif » apporte une aide régulière à un proche pendant au moins 20 heures par semaine. Les estimations correspondent à des effets marginaux moyens, issus de modèles logit ajustés sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, les revenus du ménage, le statut d'activité, le type de ménage et la zone de résidence. Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95 %. La significativité au seuil de 5 % est établie lorsque l'intervalle de confiance à 95 % de l'écart n'inclut pas 0.
Lecture > En France, les aidants intensifs ont une probabilité inférieure de 8 points de pourcentage de déclarer être en bonne santé mentale par rapport aux non-aidants, à caractéristiques sociodémographiques comparables.
Champ > Ensemble des pays de l'Union européenne (sauf Espagne), ainsi que l'Islande, et la Norvège. Personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire.
Sources > Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS), 2019.

> *Études et Résultats* n° 1386 © Drees

Graphique 6 Écarts entre aidants intensifs et non-aidants de la probabilité d'être en bonne santé physique et mentale, selon le pays, en 2019



~ Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, en raison du faible nombre de répondants (moins de 100) se déclarant proches aidants intensifs *(tableau complémentaire B).*
Notes > La variable de santé physique correspond à l'absence de douleur déclarée, au cours des quatre dernières semaines (EHIS, question PN1). La variable de santé mentale correspond à l'absence de symptômes dépressifs, mesurés à partir du questionnaire PHQ-8 de l'EHIS (score inférieur à 5). Un « aidant intensif » apporte une aide régulière à un proche pendant au moins 20 heures par semaine. Les estimations correspondent à des effets marginaux moyens, issus de modèles logit ajustés sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, les revenus du ménage, le statut d'activité, le type de ménage et la zone de résidence.
Lecture > En France, les aidants intensifs ont une probabilité inférieure de 8 points de pourcentage de déclarer être en bonne santé mentale et 4 points de pourcentage de déclarer être en bonne santé physique à celle des non-aidants, à caractéristiques comparables.
Champ > Ensemble des pays de l'Union européenne, ainsi que l'Islande, et la Norvège. Personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire.
Sources > Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS), 2019.

> *Études et Résultats* n° 1386 © Drees

santé des proches aidants intensifs n'est pas ou peu différente de celle des non-aidants.
La situation est intermédiaire en France : les aidants intensifs déclarent une santé mentale et une santé physique légèrement inférieure à celles des non-aidants, mais les différences sont modérées.

Toutefois, quelques pays se distinguent de cette tendance générale. Cela suggère que les dimensions physiques et psychiques de la santé ne sont pas affectées de manière identique selon les contextes nationaux.

Télécharger les données

Mots clés : Aidant · Proche aidant · Santé physique · Santé mentale · Santé de la population

Pour en savoir plus

> Blavet T., (2023). 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021. Drees, *Études et Résultats,* 1255.
> Bom, J., *et al.* (2019). The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: A systematic review. *The Gerontologist,* 59(5), e629–e642.
> Stöckel, J., Bom, J. (2022). Revisiting longer-term health effects of informal caregiving: Evidence from the UK. *The Journal of the Economics of Ageing.*
> Eurostat (2026). Mental well-being and social support statistics.
> Gouvernement (2023). *Agir pour les aidants : 2e stratégie de mobilisation et de soutien 2023–2027 – Dossier de presse.*
> Pavolini, E. (2022). Long-term care social protection models in the EU. *Publications Office of the European Union.*
> Pinquart, M., Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology Series B,* 62(2), pp.126–P137.
> Rocard, E., Llena-Nozal, A. (2022). Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind (rapport 2024-2025). *OECD Health Working Paper,* 140.
> Schulz, R., Sherwood, P.-R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *The American Journal of Nursing,* 108(9):23-7.
> Toulemon, L. (2024). Perte d'autonomie : quels effets sur la santé des proches aidants ? Analyses à partir de l'enquête CARE-Ménages. Drees, *Les Dossiers de la Drees,* 122.
> Troy, L. (2025). 6 % des Européens souffrent de syndromes dépressifs : qui sont-ils ? Drees, *Études et Résultats,* 1324.

> Publications
drees.solidarites-sante.gouv.fr
> Open Data
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr
> Nous contacter
drees-infos@sante.gouv.fr
> Contact presse
drees-presse@sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Thomas Wanecq
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Chargés d'édition : Marianne Poueyou, Alexandre Gadaud
Mise en pages : Marianne Poueyou, Julie Eneau
Conception graphique : Drees
Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la Drees d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la Drees. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : Drees – Tour Olivier de Serres – 78-84 rue Olivier de Serres – 75015 Paris ou en envoyant un courriel à : drees-rgpd@sante.gouv.fr.