



**Lutter contre les stéréotypes de genre
en promouvant une plus grande
participation des hommes dans les
métiers du médico-social et sanitaire.**

**OpenCARE – Rapport transnational de recherche
LIVRABLE 2.3**

Cofinancé par l'Union européenne. Les points de vue et opinions exprimés sont toutefois ceux des auteurs uniquement et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou de la Commission européenne. Ni l'Union européenne ni la Commission européenne ne peuvent en être tenues responsables.



Co-funded by
the European Union

101190943



the European Association
for Social Innovation



Table des matières

Résumé analytique	3
1. Introduction.....	5
1.1 Contexte et situation actuelle	5
1.2 Aperçu du projet	6
1.3 Objectifs de la recherche	8
1.4 Structure du rapport	9
1.5 Définitions et concepts clés	9
1.6 Bref historique et contexte de la manière dont chaque pays gère les soins aux personnes âgées.....	11
2. Méthodologie.....	14
2.1 Conception et approche de la recherche	14
2.2 Méthodes de collecte des données	14
2.2.1 Stratégie d'échantillonnage.....	14
2.3 Outils de collecte de données :.....	15
2.4 Plan d'analyse des données.....	15
2.5 Considérations éthiques.....	15
3. Principales conclusions	16
3.1 Aperçu démographique.....	16
3.1.1 Données démographiques des aidants masculins.....	16
3.1.2 Données démographiques des employeurs.....	23
3.1.3 Données démographiques des bénéficiaires de soins	28
3.2 Comparaison entre cinq pays européens.....	36
3.2.1 Expériences et défis des aidants masculins.....	37
3.2.2 Perceptions des employeurs et des prestataires de soins	40
3.2.3 Point de vue des bénéficiaires de soins	44
3.3 Comparaison entre les pays	48
3.3.1 Portugal : inclusion émergente et reconnaissance professionnelle.....	50
3.3.2 Italie : stéréotypes persistants et changements émergents	50
3.3.3 France : égalité professionnelle et innovation organisationnelle	51
3.3.4 Roumanie : barrières culturelles et faible reconnaissance	51
3.3.5 Chypre : entrée pragmatique et acceptation croissante	52
4. Recommandations politiques et pratiques.....	52
5. Conclusion – Messages clés à retenir	59
6. Références.....	61

Résumé analytique

Ce document explore la participation et les expériences des hommes dans les soins de longue durée dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires dans cinq pays européens (France, Italie, Portugal, Roumanie et Chypre). Dirigée par le consortium OpenCARE, l'étude examine la dynamique de genre dans le domaine des soins et remet en question l'idée selon laquelle le travail de soins serait une « vocation féminine ». Elle contribue à la stratégie européenne en matière de soins (2022) et à la stratégie européenne pour l'égalité entre les femmes et les hommes (2020-2025) en abordant les pénuries de main-d'œuvre, en favorisant l'inclusion et en faisant progresser l'égalité dans le secteur des soins.

PORTÉE ET MÉTHODES DE NOTRE RECHERCHE

L'étude a combiné des méthodes qualitatives, notamment des entretiens semi-structurés et des groupes de discussion, afin de collecter des données auprès de trois groupes de parties prenantes clés :

- Les aidants masculins, afin d'explorer leurs motivations, leurs expériences et les défis qu'ils perçoivent ;
- Les prestataires de soins/employeurs, afin d'évaluer les pratiques institutionnelles et les obstacles au recrutement ;
- Les bénéficiaires de soins, afin de comprendre leurs perceptions, leur niveau de confort et leurs attitudes à l'égard des aidants masculins.

Au total, 136 participants ont pris part à l'étude dans les cinq pays. Les données ont été codées par thème afin d'identifier les tendances communes et spécifiques à chaque pays.

PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Les résultats mettent en évidence des thèmes communs et des nuances spécifiques à chaque pays, mais révèlent une tendance générale à la sous-représentation et à la persistance des préjugés sexistes dans les soins de longue durée.

1) Motivations et identité des aidants masculins

Les hommes choisissent souvent le travail de soins pour des raisons personnelles ou altruistes, remettant en question les normes masculines traditionnelles, mais se heurtant à l'incompréhension de la société.



2) Stéréotypes et répartition des tâches sur le lieu de travail

Les aidants masculins se voient souvent attribuer des rôles physiques ou techniques, ce qui renforce les stéréotypes liés au genre et limite la reconnaissance de leurs compétences émotionnelles.

3) Intégration des aidants masculins et perception par leurs collègues et les bénéficiaires des soins

La plupart des hommes se sentent acceptés une fois la confiance établie, même si une certaine résistance persiste, en particulier dans les situations de soins intimes.

4) Le point de vue des employeurs

Les employeurs apprécient la diversité des genres, mais manquent de stratégies pour recruter et soutenir les hommes. Les cultures institutionnelles restent largement féminisées.

5) Les obstacles systémiques et culturels identifiés

Les bas salaires, les perspectives de carrière limitées et les attentes culturelles découragent les hommes d'entrer ou de rester dans le secteur des soins.

6) Le point de vue des bénéficiaires des soins

Les bénéficiaires accordent principalement de l'importance à l'empathie et à la compétence plutôt qu'au genre, et les expériences positives réduisent les préjugés initiaux.

PERTINENCE POLITIQUE DE NOTRE RECHERCHE

Les résultats soutiennent les objectifs de la stratégie européenne en matière de soins et de la stratégie de l'UE pour l'égalité entre les hommes et les femmes (2020-2025). Ils appellent à agir pour réduire la ségrégation entre les genres dans le secteur des soins en créant des passerelles permettant aux hommes d'accéder à la profession, en améliorant les systèmes de recrutement et de formation et en promouvant les soins comme un domaine professionnel neutre du point de vue du genre. L'étude recommande également des campagnes de sensibilisation pour déstigmatiser les aidants masculins, des cultures d'entreprise plus inclusives et l'intégration de la perspective de genre dans les stratégies nationales et régionales en matière de soins.

RECOMMANDATIONS ET ACTIONS FUTURES

Sur la base de ces conclusions, le consortium OpenCARE propose plusieurs recommandations concrètes pour favoriser l'inclusion et l'égalité dans les professions de soins :

Rendre visibles leurs parcours : encourager les aidants masculins à partager leurs expériences publiquement par le biais de témoignages, de courtes vidéos ou d'événements de sensibilisation locaux afin d'inciter d'autres hommes à rejoindre le secteur.

Encourager les espaces d'apprentissage entre pairs et les ateliers sur le genre : proposer des sessions aux aidants de tous genres afin de réfléchir aux défis, au travail émotionnel et à l'identité professionnelle.

Promouvoir des stratégies de recrutement plus inclusives : créer des « campagnes » sensibles au genre qui mettent l'accent sur les compétences, les valeurs et l'impact social du travail de soins et sensibiliser les recruteurs et les directeurs d'établissements.

Intégration dans les politiques : plaider en faveur de l'inclusion d'objectifs de participation masculine ou de mécanismes de suivi dans les plans régionaux et nationaux relatifs à la main-d'œuvre dans le secteur des soins. En outre, promouvoir les carrières liées aux soins auprès des jeunes générations.

Jeunes générations : Enfin, promouvoir les carrières liées aux soins auprès des jeunes générations, notamment dans les écoles grâce à des témoignages de professionnels afin d'inciter les jeunes garçons à envisager et à poursuivre une carrière dans ce secteur.

CONTRIBUTION À LA STRATÉGIE EUROPÉENNE EN MATIÈRE DE SOINS

Ce projet contribue directement à la stratégie européenne en matière de soins (2022) en abordant deux de ses piliers fondamentaux : la durabilité de la main-d'œuvre et la qualité des soins. En encourageant une participation équilibrée entre les genres, il soutient les efforts visant à répondre à la pénurie de main-d'œuvre, à améliorer les conditions de travail et à renforcer la reconnaissance sociale des métiers du soin. Il s'aligne également sur la stratégie de l'UE en matière d'égalité entre les femmes et les hommes (2020-2025) en luttant contre la ségrégation professionnelle, en promouvant des systèmes d'éducation et d'emploi inclusifs et en renforçant

l'égalité dans les politiques de protection sociale et d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Ce faisant, le consortium OpenCARE apporte une contribution pratique et fondée sur des données factuelles à un écosystème de soins plus équitable et plus inclusif, qui reconnaît les soins comme un droit humain et une responsabilité sociale partagée, ouvert à tous les genres.

1. Introduction

1.1 Contexte et situation actuelle

Au cours des dernières décennies, l'Europe a connu de profonds changements démographiques liés à l'allongement de l'espérance de vie, aux progrès médicaux et à la baisse des taux de fécondité. Ces tendances contribuent à une augmentation constante de la population âgée, dont une grande partie souffre de maladies chroniques ou de handicaps fonctionnels, ce qui entraîne une demande croissante de services de soins de longue durée (SLD).

Selon les projections, le nombre de citoyens de l'UE nécessitant des soins passera d'environ 19,5 millions en 2016 à environ 23,6 millions en 2030, et pourrait dépasser les 30 millions en 2050.

Parallèlement, entre 2021 et 2031, environ huit millions d'emplois devraient être créés dans le secteur de la santé et des soins.

Sans interventions ciblées visant à améliorer l'attractivité des professions de soins et à fidéliser la main-d'œuvre, de nombreux États membres de l'UE risquent de voir l'offre inférieure à la demande.

Pourtant, les soins de longue durée restent fortement genrés.

Les femmes représentent environ 76 % des 49 millions de travailleurs sociaux de l'UE et 86 % des aides-soignants dans les services de santé.

En revanche, les hommes ne représentent qu'environ 14 % de la main-d'œuvre dans le secteur des soins.

Ce déséquilibre n'est pas seulement numérique : il reflète des normes culturelles, des pratiques institutionnelles et des structures économiques qui limitent la participation des hommes.

Les bas salaires, les perspectives de carrière limitées, la perception sociale et culturelle des soins comme un « travail de femme », ainsi que la stigmatisation des hommes occupant des fonctions de soins, constituent autant d'obstacles.

Il est essentiel de s'attaquer à ces problèmes tant pour garantir l'adéquation de la main-d'œuvre que pour assurer l'égalité entre les genres.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le projet.

Il vise à remettre en question les stéréotypes et la stigmatisation liés aux travailleurs masculins du secteur des soins en favorisant l'éducation et la sensibilisation, et à promouvoir leur inclusion grâce à des stratégies et mesures de recrutement spécifiques.

En encourageant l'intégration des valeurs d'interdépendance, d'empathie et de soins dans les identités professionnelles masculines, OpenCARE devrait offrir une voie pour remodeler à la fois les pratiques et les perceptions.

De plus, le projet s'inscrit dans le cadre des politiques plus larges de l'UE : la stratégie européenne en matière de soins (2022) et la stratégie de l'UE pour l'égalité entre les femmes et les hommes (2020-2025), qui préconisent l'amélioration des conditions de travail dans le secteur des soins, l'augmentation de l'offre de services formels, la reconnaissance des travailleurs sociaux et la suppression de la ségrégation professionnelle fondée sur le genre.

1.2 Aperçu du projet

OpenCARE est une initiative multinationale menée par Anziani e Non Solo.

Elle s'appuie sur un modèle structuré de recherche et de politique publique, afin de créer des opportunités de carrière pour les hommes dans le secteur des soins de longue durée formels, en s'attaquant aux préjugés profondément enracinés et en contribuant à combler la pénurie croissante de personnel qualifié dans le secteur, un facteur crucial pour soutenir l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée de tous les travailleurs.

Elle comprend plusieurs volets de travail, dont les principaux sont les suivants :

Résultat n° 2 : Identifier les besoins et les obstacles des hommes en matière de soins	Dirigé par CUT. Ce résultat vise à identifier les motivations, les besoins et les obstacles rencontrés par les aidants masculins grâce à une recherche qualitative, comprenant des entretiens avec des aidants masculins, des prestataires de soins et des bénéficiaires, et aboutissant à un rapport comparatif européen ainsi qu'à un livre blanc présentant les principales conclusions et recommandations.
Résultat n° 3 : Ateliers et événements de sensibilisation pour briser les préjugés	Dirigé par APPDI. Ce résultat s'appuiera sur ces conclusions et se concentrera sur la conception, l'expérimentation et la mise en œuvre d'ateliers de sensibilisation dans les pays partenaires, afin de remettre en question les stéréotypes de genre dans le domaine des soins, de promouvoir des modèles masculins positifs et de produire un guide de sensibilisation final basé sur les supports testés et les retours des participants.
Résultat n° 4 : Boîte à outils pour réduire la stigmatisation dans le travail de soins	Dirigé par Aproximar. Ce résultat consiste à développer et tester une boîte à outils européenne interactive, co-crée par tous les partenaires, afin de fournir des outils, méthodes et stratégies pratiques pour réduire la stigmatisation et promouvoir l'inclusion de genre dans les professions de soins. Il aboutira à une version finale validée et traduite pour une large diffusion européenne.
Résultat n° 5 : Diffusion	Dirigé par EASI. Ce résultat établit une stratégie visant à promouvoir, partager et garantir l'utilisation durable des résultats du projet OpenCARE, grâce à une communication ciblée, une

	diffusion à large échelle et des actions d'exploitation efficaces dans les pays partenaires.
--	--

1.3 Objectifs de la recherche

Cette recherche vise à étudier de manière systématique la position et la perception des aidants masculins dans les professions de soins de longue durée (SLD) à travers une approche en quatre volets :

IDENTIFIER
Identifier la nature des préjugés sexistes, des stéréotypes et des barrières institutionnelles qui affectent les aidants masculins dans les professions de soins de longue durée (y compris les aides-soignants, les aides-soignants qualifiés, les infirmiers diplômés, etc.)
COMPRENDRE
Examiner comment trois groupes clés de parties prenantes perçoivent les aidants masculins dans les établissements de soins de longue durée : • Les aidants masculins, en mettant l'accent sur leurs motivations, leurs expériences vécues et les défis auxquels ils sont confrontés ; • Les bénéficiaires de soins, en particulier les personnes âgées, en ce qui concerne leurs attentes, leur confiance, leur acceptation et leur confort lorsqu'ils reçoivent des soins prodigués par des hommes ; • Les employeurs, les recruteurs et les directeurs d'établissements de soins, en ce qui concerne leurs pratiques d'embauche, leur culture institutionnelle et l'influence des normes de genre sur leur perception du travail de soins.
COMPARER

Comparer ces expériences dans cinq pays de l'UE : France, Italie, Portugal, Chypre et Roumanie, afin de mettre en évidence les tendances communes et les dynamiques spécifiques à chaque pays (telles que la législation, la culture, les contraintes en matière de ressources).

PROPOSER

Proposer des solutions concrètes : stratégies de recrutement, réformes de l'éducation/de la formation, sensibilisation, réformes politiques visant à réduire la stigmatisation, améliorer la rétention et renforcer l'attrait de la participation masculine dans les rôles de soins de longue durée.

1.4 Structure du rapport

Introduction : cadrage du problème, définition des concepts clés, présentation du contexte historique de chaque pays et énoncé des objectifs de la recherche.

Méthodologie : détails de la conception qualitative, de la stratégie d'échantillonnage, des outils de collecte de données (entretiens, groupes de discussion), des considérations éthiques et de l'approche analytique, y compris l'analyse thématique et la comparaison inter-pays.

Principales conclusions : exploration des profils démographiques ; expériences et défis des aidants masculins ; perceptions des employeurs et des prestataires de soins ; points de vue des bénéficiaires de soins ; variations entre pays et exemples de bonnes pratiques ; incluant quelques citations illustratives.

Recommandations politiques et pratiques : s'appuyer sur les conclusions pour formuler des recommandations à l'intention des décideurs politiques, des établissements de formation, des organismes de soins, de la société civile et des médias afin de soutenir l'inclusion des questions de genre dans les soins de longue durée.

Conclusion : résumé des points à retenir, implications pour l'égalité des genres dans les soins et perspectives de mise en œuvre à partir des résultats d'OpenCare (boîte à outils, étude complémentaire, adoption de politiques).



1.5 Définitions et concepts clés

C

MASCULINITÉ BIENVEILLANTE : formes de masculinité qui intègrent les valeurs de bienveillance, telles que l'empathie, le travail émotionnel, la coopération, l'interdépendance ; et remettent en question les normes traditionnelles de genre qui situent les soins et le soutien émotionnel comme féminins.

BÉNÉFICIAIRES DE SOINS : personnes qui reçoivent des services de soins, qu'ils soient formels ou informels ; dans cette étude, il s'agit en particulier des personnes âgées (65 ans et plus) et des personnes en situation de handicap ou dépendantes.

D

DÉPENDANCE : état dans lequel une personne a besoin d'aide pour accomplir les tâches quotidiennes de base en raison de son âge, d'une maladie ou d'un handicap.

TAUX DE DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES : nombre de personnes âgées (souvent 65 ans et plus) par rapport à la population en âge de travailler (souvent 15-64 ans), indicateur de la demande potentielle de soins.

E

EMPLOYEURS / PRESTATAIRES DE SOINS / RECRUTEURS : organisations, directeurs d'établissements, personnel des ressources humaines, coordinateurs, etc., qui embauchent ou gèrent les travailleurs sociaux et professionnels du soin et définissent les pratiques et politiques institutionnelles.

G

OBSTACLES LIÉS AU GENRE : obstacles systémiques (économiques, juridiques, culturels, institutionnels) qui limitent ou découragent la participation des hommes aux soins de longue durée (tels que les bas salaires, les contrats à temps partiel ou précaires, le manque de modèles masculins, les normes culturelles).

I

SOINS INFORMELS / AIDANTS INFORMELS : Soins fournis en dehors des marchés du travail formels : par des membres de la famille, des amis, des bénévoles ou des travailleurs domestiques migrants ; généralement non rémunérés ou mal rémunérés ; souvent marginalisés dans les politiques publiques.

SOINS EN ÉTABLISSEMENT VS SOINS À DOMICILE / EN COMMUNAUTÉ :

Soins en établissement : soins dispensés dans des structures telles que les maisons de retraite, les maisons de soins résidentielles ou les unités hospitalières de longue durée. Soins à domicile / en communauté : soins dispensés au domicile des bénéficiaires, dans des structures communautaires ou dans des centres de jour ; tendent à permettre une plus grande autonomie et une moindre institutionnalisation.

L

SOINS DE LONGUE DURÉE (SLD) : Services formels et informels qui viennent en aide aux personnes qui, en raison de leur âge, d'un handicap, d'une maladie chronique ou de troubles cognitifs, ont besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne, les activités instrumentales de la vie quotidienne, ou qui nécessitent une surveillance sur une période prolongée. Cela comprend les établissements résidentiels, les soins à domicile, les soins de jour, la réadaptation, etc.

M

AIDANTS MASCULINS / TRAVAILLEURS SOCIAUX MASCULINS : hommes (rémunérés ou non rémunérés) travaillant dans le domaine des soins de longue durée ou dans des rôles médico-sociaux (infirmiers, aides-soignants), ou aidants informels (famille / communauté) qui fournissent des services de soins.

SECTEUR MÉDICO-SOCIAL : Domaine de prestation de services qui intègre les soins médicaux ou infirmiers aux services d'aide sociale (tels que l'aide à la vie quotidienne, l'autonomie, l'inclusion sociale). Se distingue des soins aigus purement hospitaliers ou de l'aide sociale stricte.

S

STÉRÉOTYPES : Croyances ou images largement répandues mais simplistes concernant les traits de caractère, les rôles ou les comportements jugés appropriés pour les hommes ou les femmes; par exemple, l'idée selon laquelle les soins seraient un travail « féminin » ou que le travail émotionnel soit moins masculin.

STIGMATISATION : désapprobation sociale, attitudes négatives ou discrimination à l'égard d'individus perçus comme s'écartant des normes de genre, en particulier les hommes qui exercent un travail considéré comme féminin ou inapproprié par la société.

1.6 Bref historique et contexte de la manière dont chaque pays gère les soins aux personnes âgées

France

Le secteur médico-social français a évolué progressivement au cours du XX^e siècle et au début du XXI^e siècle, combinant des réformes des politiques publiques, de la protection sociale et des soins de santé. Une réforme majeure en 2002 (*loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002*) visait à « médicaliser » les maisons de retraite, en structurant davantage la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Cette réforme a créé ou renforcé les *EHPAD* (*Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes*), qui combinent hébergement, aide à la vie quotidienne et soins médicaux.

Outre les *EHPAD*, il existe des *USLD* (*Unités de Soins de Longue Durée*) dans les hôpitaux et des *résidences autonomes* pour les personnes plus autonomes mais qui ont tout de même besoin de services sociaux. Au fil du temps, le rôle des autorités locales, des *Centres communaux d'action sociale* (CCAS) et des dispositifs d'allocations personnalisées notamment l'*Allocation personnalisée d'autonomie* (APA) s'est accru, dans le but de soutenir les soins à domicile et de réduire le recours à l'institutionnalisation.

Les défis actuels consistent à coordonner les services de santé et les services sociaux, à garantir un financement durable, à remédier à la pénurie de main-d'œuvre et à maintenir la qualité et la surveillance dans les EHPAD.

Chypre

Chypre connaît actuellement des réformes plus récentes dans les secteurs des soins de longue durée (SLD) et *médico-sociaux* ; le système est moins mature et plus fragmenté que celui de nombreux pays d'Europe occidentale.

Le système d'assurance maladie universel (*GeSY : General Healthcare System*), introduit en 2019, a progressivement intégré certains services liés aux soins de longue durée, tels que les soins à domicile et la réadaptation. La gouvernance est répartie entre le ministère de la Santé et les services de protection sociale relevant du ministère du Travail et de la Sécurité sociale.

Les dépenses publiques consacrées aux soins de longue durée demeurent parmi les plus faibles de l'UE, une grande partie des soins étant encore fournis de manière informelle par les membres de la famille ou les travailleurs domestiques migrants.

Parmi les développements récents, on peut citer la *stratégie nationale pour le vieillissement actif (2025-2030)* et les réformes prévues dans le cadre du *plan de relance et de résilience (2021-2026)*, qui visent à développer les services de soins à domicile, communautaires et en établissement.

Italie

Historiquement, les soins aux personnes âgées en Italie reposaient largement sur le soutien familial et les institutions caritatives ou religieuses, avec une implication limitée de l'État. Ce modèle « familialiste », typique des systèmes de protection sociale de l'Europe du Sud, signifiait que la plupart des personnes âgées dépendantes étaient prises en charge au sein du foyer plutôt que dans des établissements publics.

En 1978, la création du Service national de santé (*Servizio Sanitario Nazionale, SSN*) a favorisé une approche plus intégrée des soins de santé et de l'aide sociale, élargissant progressivement les services communautaires et à domicile. Au cours des décennies suivantes, des services d'aide à domicile (*Servizi di Assistenza Domiciliare*) et des centres de jour (*Centri Diurni*) ont été développés pour favoriser le vieillissement à domicile, même si la majorité des soins de longue durée dépendent encore des aidants familiaux informels et des aides familiales (*assistenti familiari* ou *badanti*).

Le système italien de soins de longue durée (SLD) combine aujourd'hui des prestations financières (notamment l'*Indennità di Accompagnamento*, une allocation d'accompagnement pour les personnes âgées dépendantes) et des services en nature fournis par les régions et les municipalités.

Cependant, l'offre reste très décentralisée et des disparités territoriales marquées persistent. Les régions du nord ont généralement des infrastructures plus solides et un meilleur accès aux services résidentiels et communautaires que les régions du sud et les îles.

En 2023, le gouvernement a adopté une réforme majeure, la loi-cadre sur la dépendance (Legge Delega per la Non Autosufficienza), visant à créer un système national plus coordonné pour les soins de longue durée. Cette réforme vise à mieux intégrer les services de santé et les services sociaux, à renforcer les soins à domicile et les soins communautaires, et à soutenir les aidants familiaux. Sa mise en œuvre en cours constitue une étape clé pour faire face au vieillissement démographique et garantir un accès plus équitable aux soins aux personnes âgées sur l'ensemble du territoire.

Portugal

L'histoire des soins aux personnes âgées et des politiques du handicap au Portugal reflète un modèle sud-européen, historiquement basé sur des réseaux informels, familiaux et religieux. À la suite de la révolution des œillets en 1974, la Constitution de 1976 a reconnu les droits des personnes handicapées et des personnes âgées à la protection sociale.

Au cours des années 1980 et 1990, le gouvernement portugais a commencé à formaliser la prestation de services sociaux en créant les Instituições Particulares de Solidariedade Social (Institutions privées de solidarité sociale, IPSS), des organisations à but non lucratif qui restent le pilier du système social et de soins aux personnes âgées du pays.

Parmi les principales avancées législatives, citons la loi n° 38/2004 (Regime Jurídico da Deficiência, cadre juridique relatif au handicap), qui a établi les droits et un cadre de protection pour les personnes handicapées, et la ratification de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (UN CRPD) en 2009.

Le vieillissement de la population a conduit à un développement accru des services de soins de longue durée dans le cadre du Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Réseau national de soins continus intégrés, RNCCI), lancé en 2006 pour coordonner l'aide sanitaire et sociale aux personnes dépendantes, notamment âgées. Depuis lors, le Portugal a progressé vers l'inclusion et la désinstitutionnalisation, en favorisant les services à domicile et les services communautaires. Cependant, les disparités régionales et la dépendance à l'égard de la famille et des prestataires à but non lucratif restent des défis structurels.

Roumanie

Sous le régime communiste dirigé par Nicolae Ceaușescu, les soins de longue durée, notamment pour les personnes en situation de handicap et âgées, étaient institutionnalisés dans de grands asiles ou orphelinats (case de copii), souvent dans des conditions difficiles et avec un contrôle minimal. Les personnes âgées qui avaient perdu le soutien de leur famille étaient fréquemment placées dans des établissements résidentiels gérés par l'État, dont les ressources et les normes de soins étaient limitées.

Après la révolution de 1989, l'attention internationale et la couverture médiatique ont révélé les conditions inhumaines qui prévalaient dans de nombreux établissements, ce qui a déclenché un processus de désinstitutionnalisation et de réforme systémique. Cette transition s'est concentrée sur la fermeture ou la transformation des établissements, le développement des soins à domicile et dans la communauté, et le renforcement des protections juridiques pour les personnes handicapées et les personnes âgées.

Au cours des années 2000, la Roumanie a adopté plusieurs réformes alignées sur les normes de l'UE, passant progressivement des soins en institution aux soins communautaires. Les autorités locales et les directions générales de l'aide sociale et de la protection de l'enfance (Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, DGASPC) sont devenues des acteurs clés dans la mise en œuvre des services sociaux.

La stratégie nationale sur les soins de longue durée et le vieillissement actif (2023-2030) fournit désormais un cadre complet pour l'intégration des soins de santé et des services sociaux destinés aux personnes âgées, l'extension de l'aide à domicile et l'amélioration de la formation du personnel et du contrôle de la qualité. Néanmoins, des défis subsistent en matière de financement, de pénurie de main-d'œuvre et de garantie de normes cohérentes entre les zones rurales et urbaines.

2. Méthodologie

2.1 Conception et approche de la recherche

L'étude a adopté un plan de recherche exploratoire qualitative, convenant à l'exploration de phénomènes sociaux complexes et encore peu étudiés, tels que la participation des hommes aux soins de longue durée (SLD).

Une analyse thématique (Braun & Clarke, 2006) a été appliquée afin d'identifier et d'interpréter les schémas récurrents dans les données. L'analyse a suivi une orientation déductive, guidée par la théorie des rôles sociaux (Eagly, 1987).

2.2 Méthodes de collecte des données

2.2.1 Stratégie d'échantillonnage

Une approche d'échantillonnage intentionnel a été utilisée pour sélectionner des participants ayant une expérience et des connaissances pertinentes en matière de soins de longue durée (SLD) dans cinq pays européens : Chypre (CY), France (FR), Roumanie (RO), Italie (IT) et Portugal (PT). L'étude a porté sur 145 participants : 49 aidants masculins, 42 employeurs et 45 bénéficiaires de soins.

Les participantes ont été incluses de manière intentionnelle afin d'apporter des perspectives comparatives entre les genres et de renforcer l'analyse.

2.3 Outils de collecte de données :

Deux outils qualitatifs ont été utilisés :

- **Entretiens semi-structurés (aidants masculins) :** explorer les expériences personnelles, les motivations, les défis, la stigmatisation et le développement professionnel.
- **Groupes de discussion (bénéficiaires et prestataires/employeurs) :** explorer les perceptions communes, les attitudes sociales et les pratiques organisationnelles liées au genre et aux soins.

Toutes les sessions ont été enregistrées avec le consentement des participants, transcrites mot à mot et anonymisées. Les chercheurs ont également pris des notes structurées à l'aide de modèles standardisés. Les transcriptions ont été codées à l'aide de pseudonymes et d'identifiants de pays (par exemple, CY_01) et stockées en toute sécurité sur des serveurs institutionnels cryptés.

Toutes les transcriptions ont été traduites en anglais avant d'être analysées, afin de garantir l'équivalence conceptuelle et linguistique entre les pays.

2.4 Plan d'analyse des données

L'étude s'appuyait sur une approche d'analyse de contenu déductive, visant à interpréter les données à travers des catégories prédéfinies liées aux rôles

de genre, aux stéréotypes et aux obstacles rencontrés par les hommes dans les soins de longue durée.

Les données ont été codées, comparées entre les différents ensembles de données nationaux et examinées conjointement par les partenaires afin d'en garantir la cohérence et la fiabilité.

Plus précisément, la validité de l'analyse a été garantie par la triangulation entre les chercheurs et les pays, ainsi que par des séances de débriefing entre pairs, au cours desquelles les résultats préliminaires ont été discutés et comparés. Ce processus a renforcé la fiabilité, la cohérence et la crédibilité de l'interprétation.

Cette analyse n'était pas seulement un processus scientifique, mais aussi profondément humain. À travers les témoignages des participants, les chercheurs se sont intéressés à des réalités sociales, des stéréotypes et des perceptions qui restent souvent invisibles. L'approche réflexive adoptée à l'égard des données était essentielle, car elle a permis d'interpréter les expériences avec respect, précision et sensibilité.

2.5 Considérations éthiques

L'étude a garanti le respect total de la dignité et de l'autonomie des participants, conformément aux normes les plus élevées en matière d'intégrité éthique et scientifique. (Christians, 2005 ; Association médicale mondiale, 2008).

Procédures de consentement : un consentement écrit et verbal a été obtenu avant la collecte des données.

Anonymat : des pseudonymes et des identifiants codés ont été utilisés dans toutes les transcriptions et tous les rapports.

Protection des données : les fichiers audio et les transcriptions ont été stockés sur des serveurs cryptés et protégés par mot de passe, accessibles uniquement aux chercheurs autorisés.

Conservation et suppression : les enregistrements ont été supprimés six mois après leur analyse ; les transcriptions anonymisées ont été conservées dans les archives pour les rapports du projet.

Approbation éthique : accordée par le Comité national de bioéthique de Chypre [EEBK EΠ 2025.01.135].

Les participants conservaient le droit de se retirer à tout moment sans pénalité ni conséquence. L'étude a garanti le respect total de la dignité et de l'autonomie des participants et a respecté les normes les plus élevées en matière d'intégrité éthique et scientifique.

3. Principales conclusions

3.1 Aperçu démographique

Dans l'ensemble des pays participants, l'étude a porté sur un total de 136 participants, dont 49 aidants masculins, 42 prestataires de soins/employeurs (30 hommes et 12 femmes) et 45 bénéficiaires de soins (27 hommes et 18 femmes). Les caractéristiques démographiques détaillées de chaque groupe cible sont présentées ci-dessous.

3.1.1 Données démographiques des aidants masculins

L'échantillon total comprenait 49 aidants masculins : 10 de Chypre, 10 d'Italie, 12 de France, 7 de Roumanie et 10 du Portugal (figure 1).

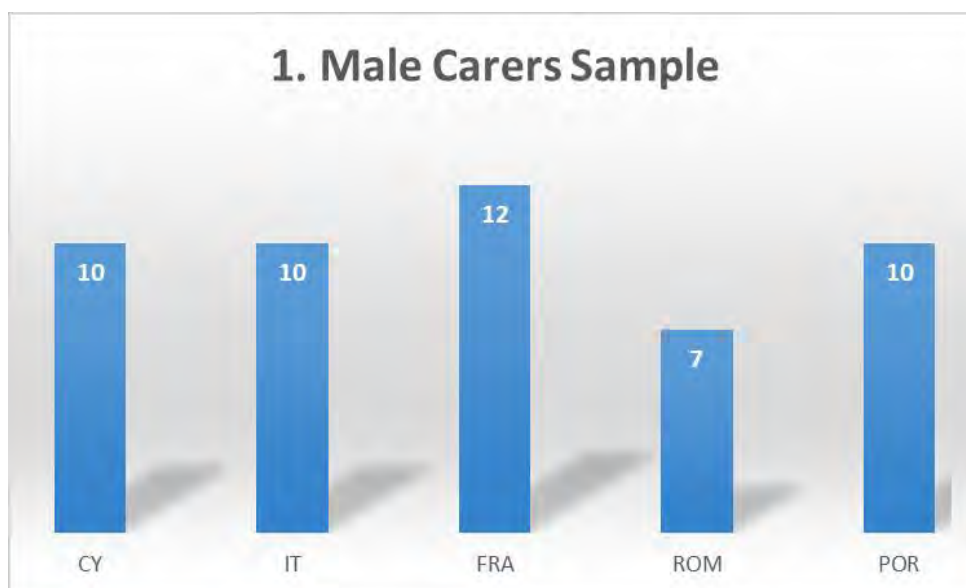


Figure 1 : Échantillon d'aidants masculins par pays (n = 49)

La plupart des participants étaient âgés de 21 à 40 ans, les groupes plus âgés (41-60 ans) étant plus fréquents à Chypre et au Portugal (figures 2 et 3).

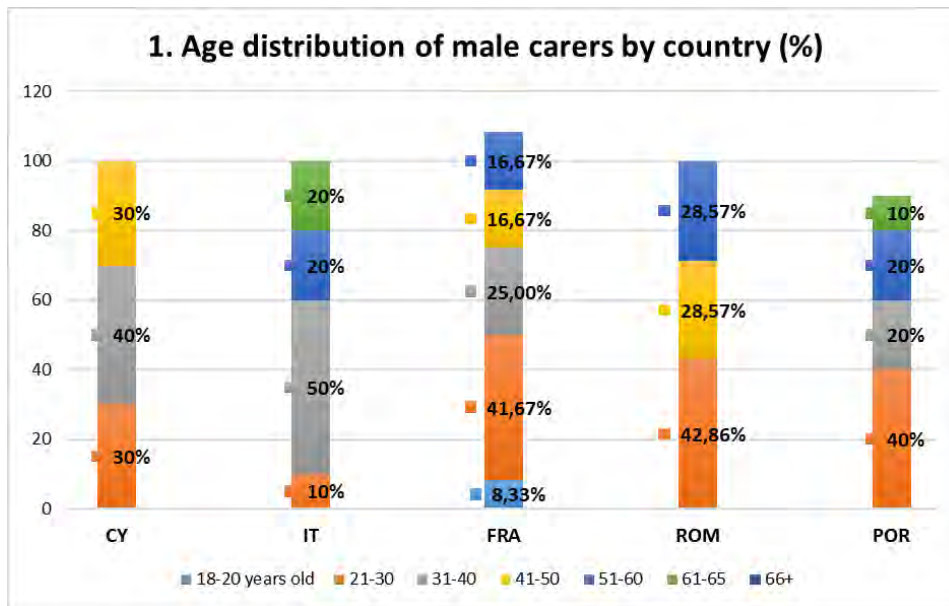


Figure 2 : Répartition par âge des aidants masculins par pays (%)

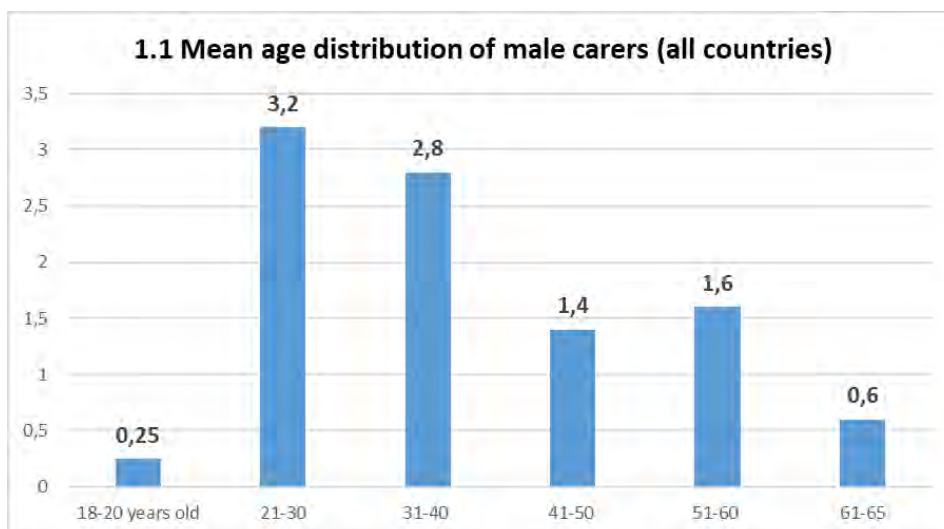


Figure 3 : Répartition par âge moyen des aidants masculins (tous pays confondus)

La majorité des aidants masculins avaient obtenu un diplôme ou une licence, principalement dans des domaines liés à la santé (figure 3). Le niveau d'études était comparable entre les pays, bien que la France présente une légère diversité supplémentaire en termes de qualifications (figures 3 et 4).

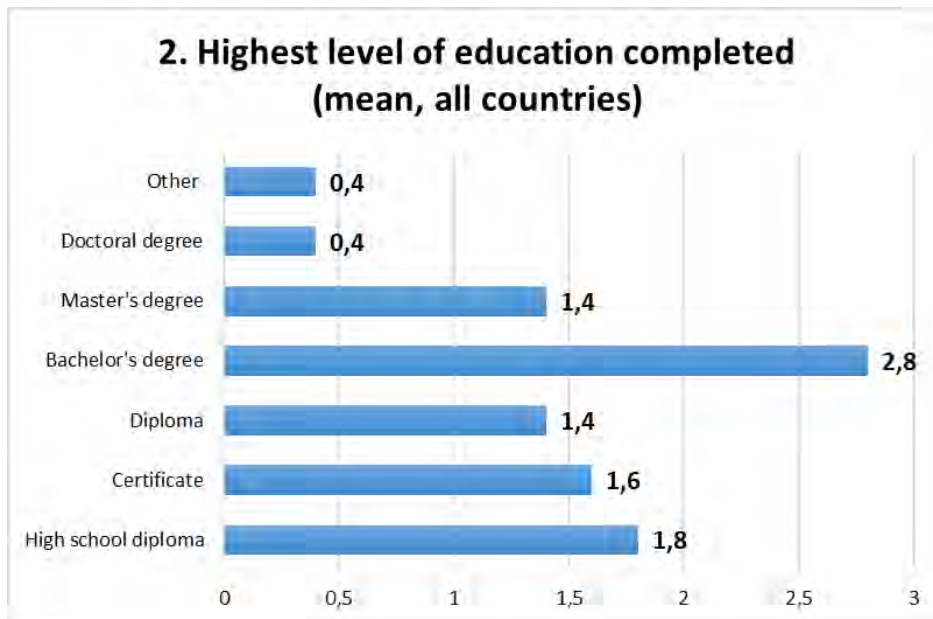


Figure 3 : Niveau d'études le plus élevé atteint – moyenne (tous pays confondus)

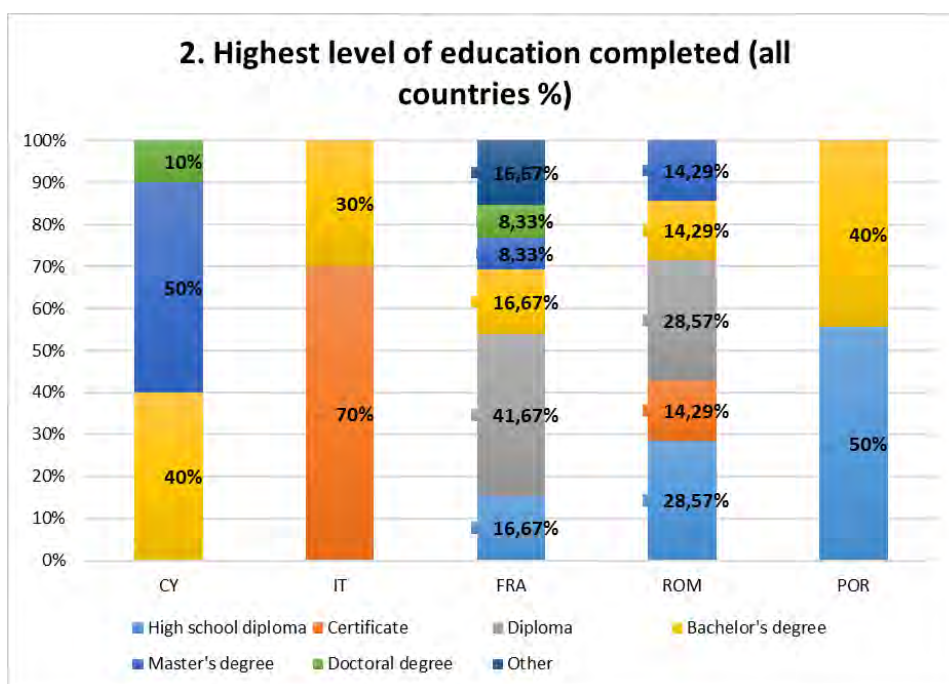


Figure 4 : Niveau d'études le plus élevé atteint par pays (%)

Domaine d'études

Les participants à Chypre, en Italie et au Portugal ont principalement étudié les soins infirmiers ou des matières connexes dans le domaine de la santé, tandis que les répondants en France proviennent de domaines éducatifs plus variés, notamment la médecine, la physiothérapie et même des secteurs non liés à la santé, tels que le stylisme.

Dans tous les pays, les soignants masculins avaient plus de cinq ans d'expérience dans le domaine de la santé (figures 5 et 6).

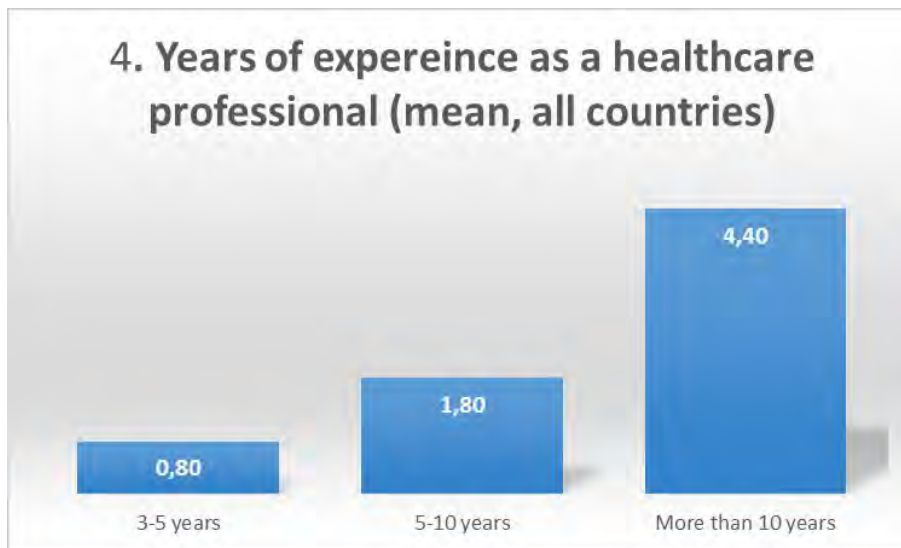


Figure 5 : Années d'expérience en tant que professionnel de santé (moyenne)

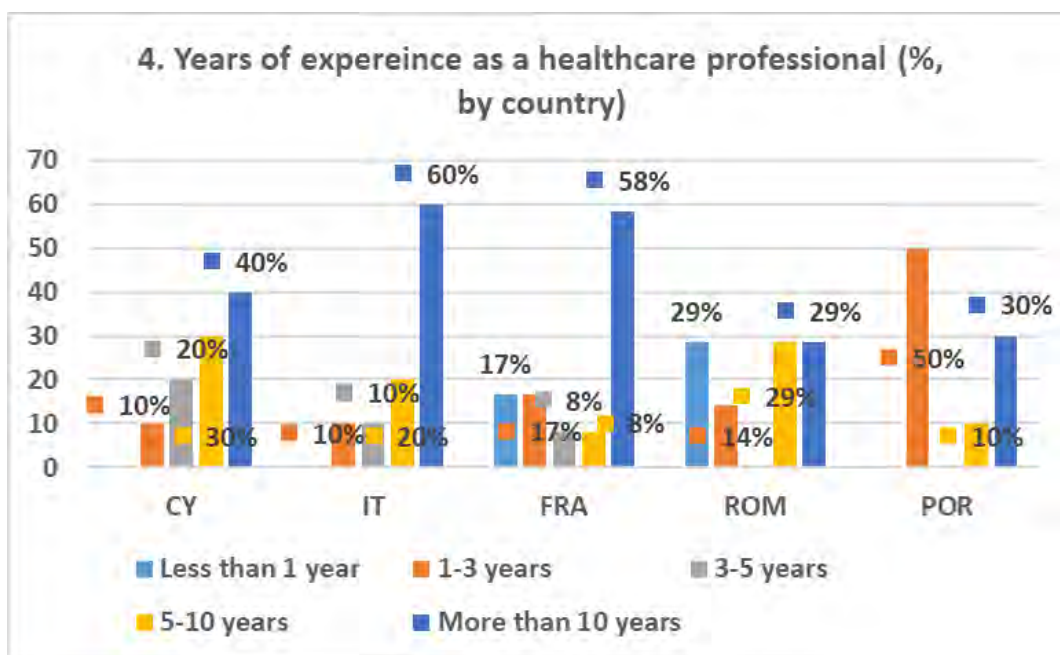


Figure 6 : Années d'expérience en tant que professionnel de santé (%)

La plupart des participants étaient employés à temps plein, dans des établissements de santé publics ou privés. Des contrats à temps partiel et temporaires étaient également présents, mais représentaient une part plus faible de la main-d'œuvre (figure 7).

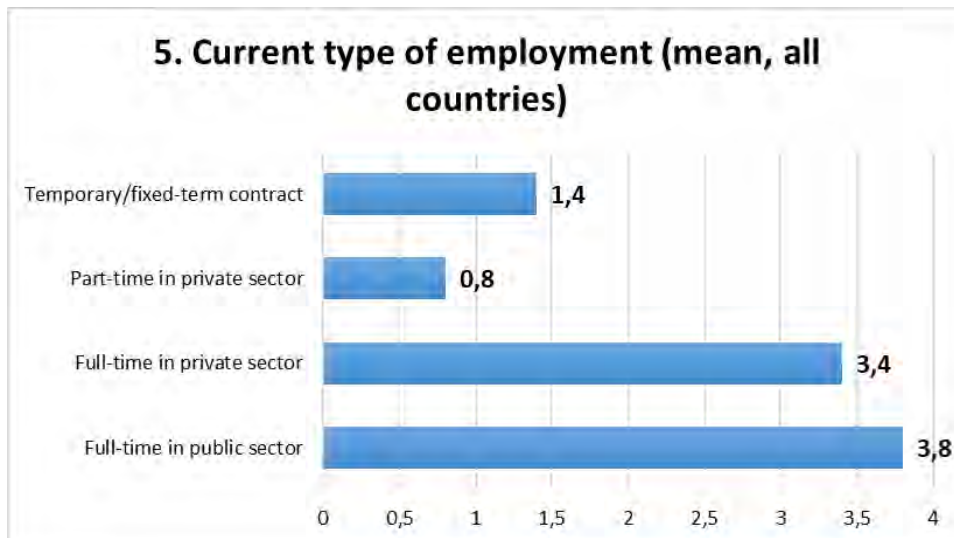


Figure 7 : Type d'emploi actuel (moyenne, tous pays confondus)

La majorité des aidants masculins travaillent dans des hôpitaux, suivis par ceux employés dans des établissements résidentiels ou de soins de longue durée (figure 8). Les autres lieux de travail, tels que les services de soins communautaires ou à domicile, sont moins courants.

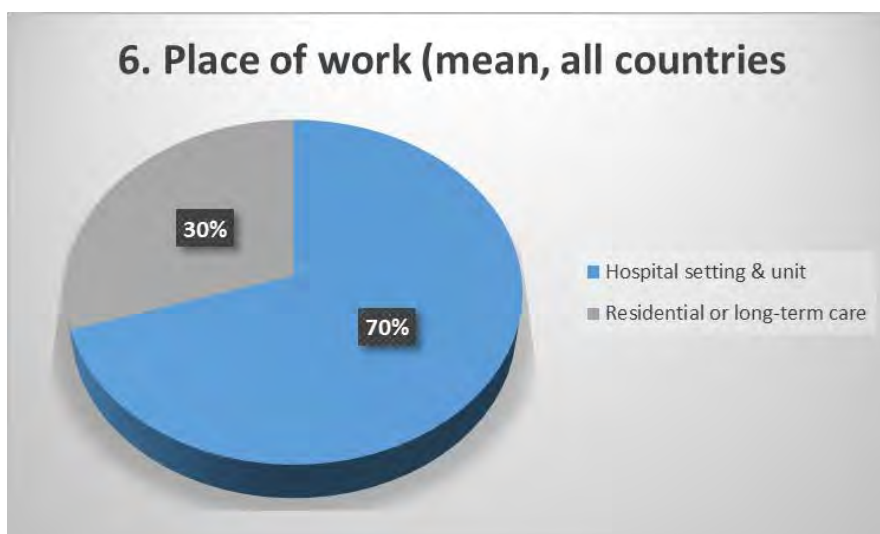


Figure 8 : Lieu de travail (moyenne, tous pays confondus)

Les aidants masculins trouvent leur plus grande satisfaction dans leurs « relations avec les patients », l'« épanouissement émotionnel » qu'ils tirent de leur travail et le « sentiment de sécurité et de reconnaissance professionnelle » (figure 9). En revanche, les principaux défis identifiés sont la « charge de travail importante », les « salaires bas » et les difficultés à maintenir un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, qui sont communs à tous les pays (figure 10).

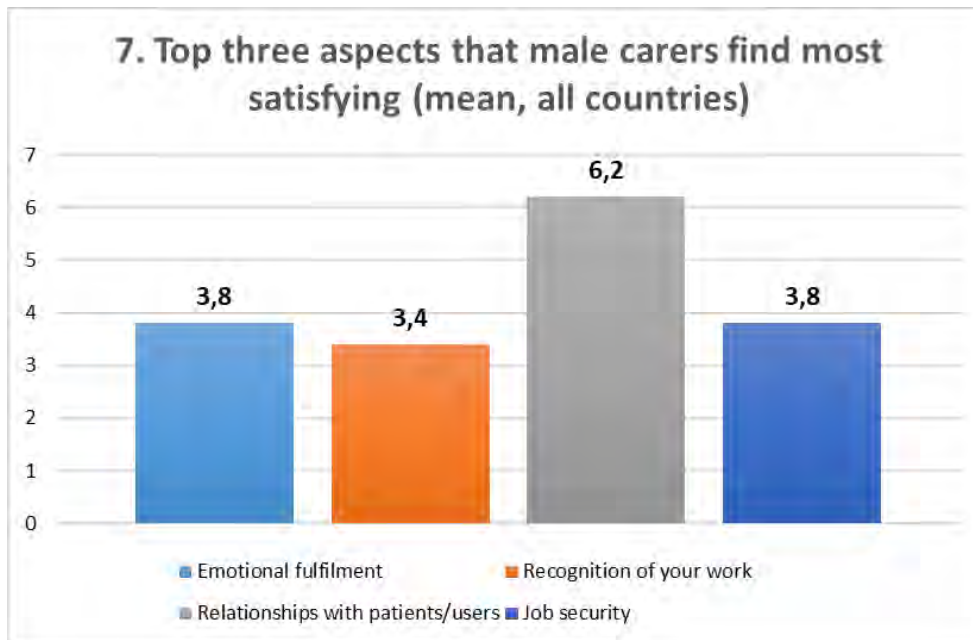


Figure 9 : Aspects du travail jugés les plus satisfaisants (moyenne, tous pays confondus)

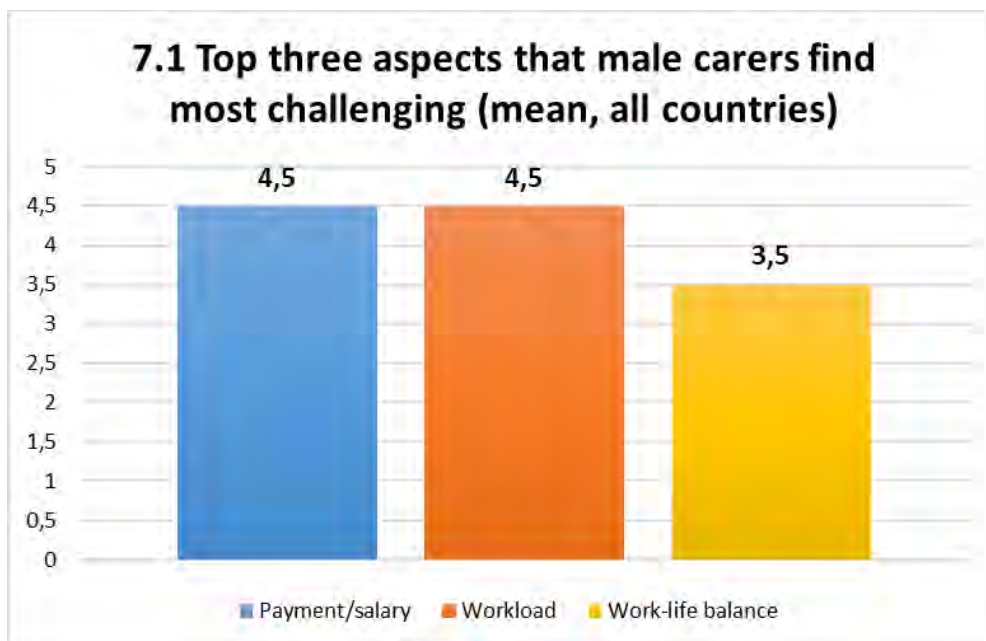


Figure 10 : Aspects du travail jugés les plus difficiles (moyenne, tous pays confondus)

Une proportion considérable de participants ont signalé des préjugés ou une discrimination fondés sur le genre au travail, jusqu'à 80 % à Chypre et 50 % au Portugal. En revanche, 80 % des participants en Italie et en France, et 50 % en Roumanie, ont déclaré n'avoir jamais été victimes de préjugés ou de discrimination fondés sur le genre au travail (figure 11). Les situations les plus courantes concernaient « le malaise ou la résistance des patientes », «

les patients préférant les soignantes », « les préjugés selon lesquels les hommes sont moins aptes à exercer des fonctions de soins » et « les collègues remettant en question les capacités des hommes » (figure 12). Ces tendances apparaissent dans tous les pays, ce qui témoigne de la persistance des stéréotypes sur les hommes dans le secteur des soins (figure 13).

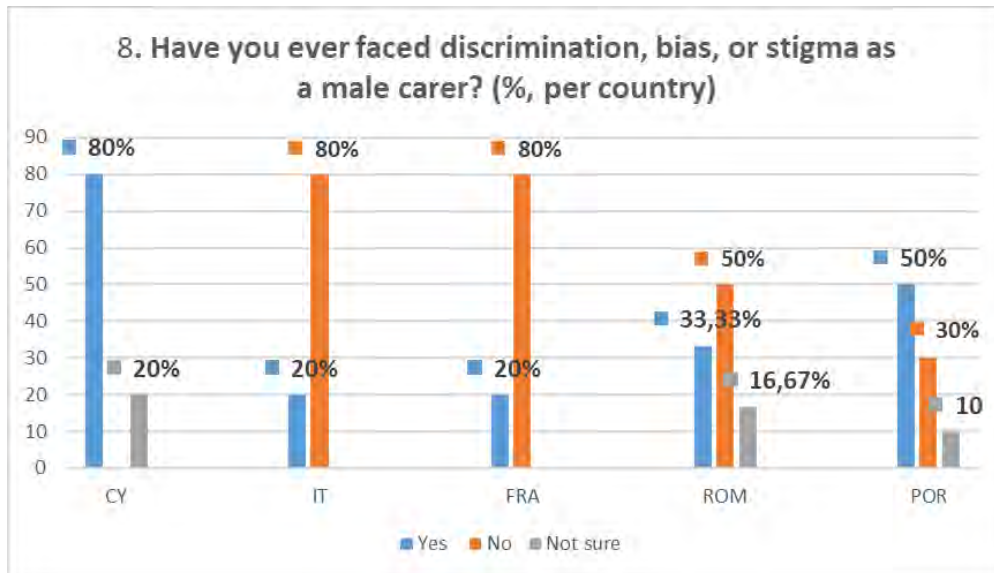


Figure 11 : Expériences de discrimination, de préjugés ou de stigmatisation (% par pays)

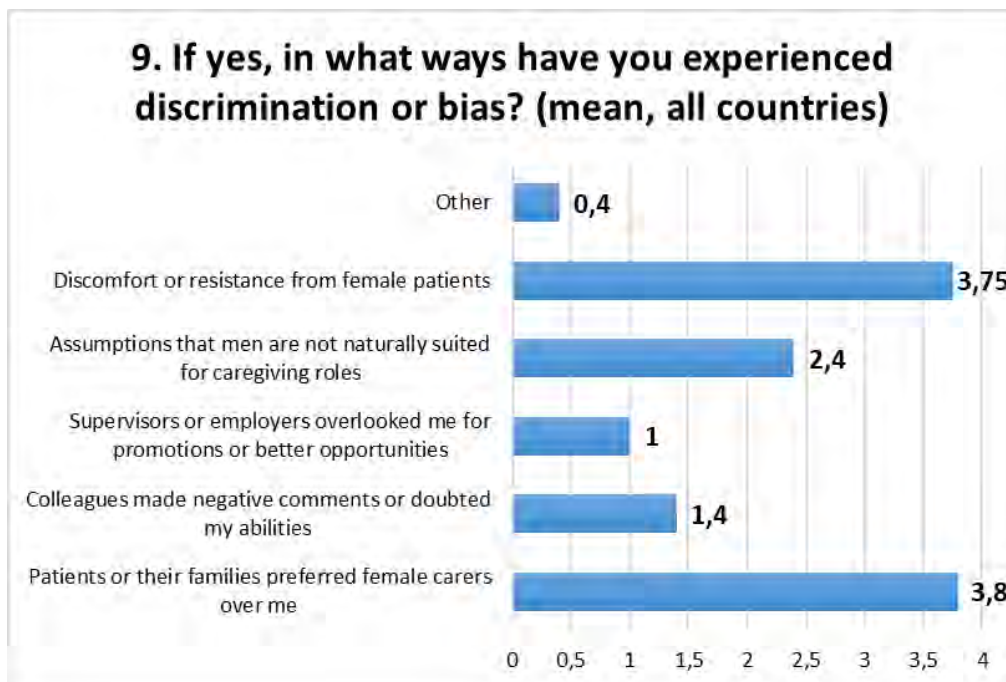


Figure 12 : Formes de discrimination ou de préjugés subis (moyenne, tous pays confondus)

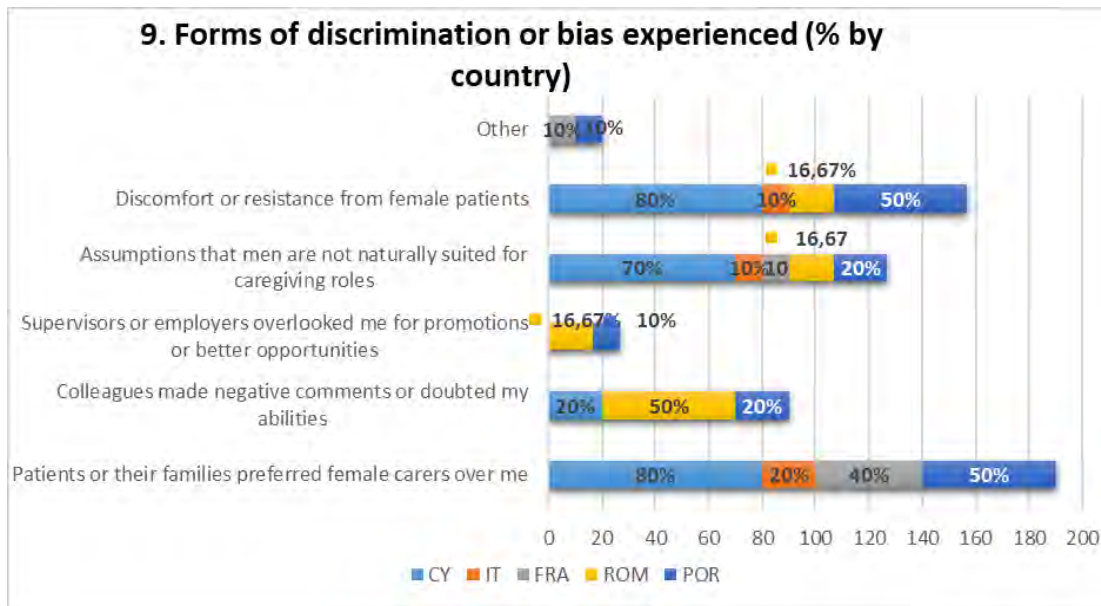


Figure 13 : Formes de discrimination ou de préjugés subis (% par pays)

3.1.2 Données démographiques des employeurs

L'échantillon total comprenait 42 employeurs : 9 de Chypre, 8 d'Italie, de Roumanie et du Portugal, et 9 de France (figure 16).

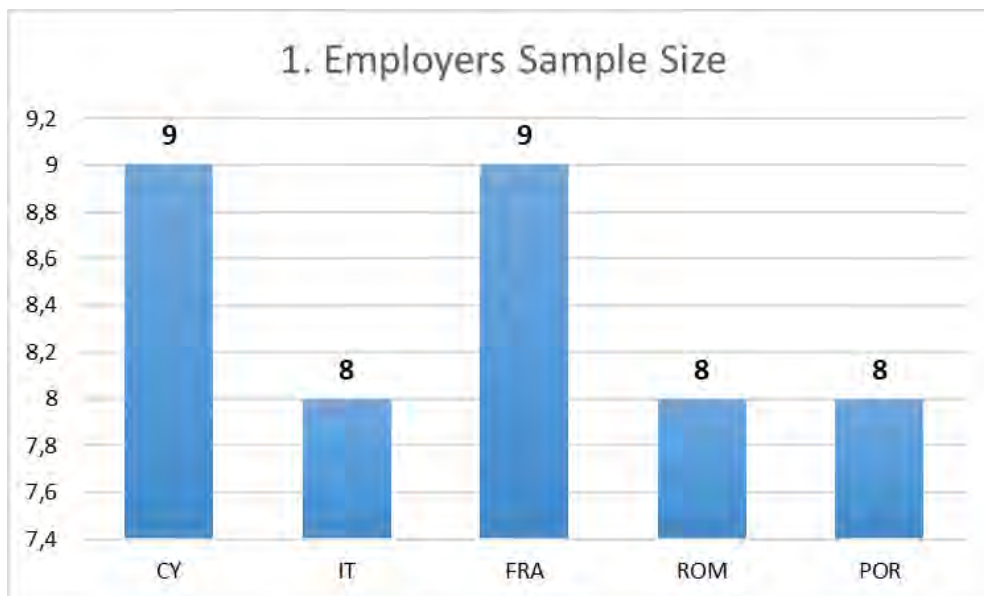


Figure 16 : Taille de l'échantillon des employeurs (n = 42)

La répartition des employeurs selon le genre varie d'un pays à l'autre. Les hommes sont majoritaires à Chypre, en Italie, en France et au Portugal, tandis qu'en Roumanie, les femmes sont plus nombreuses à occuper ces fonctions (figure 14).

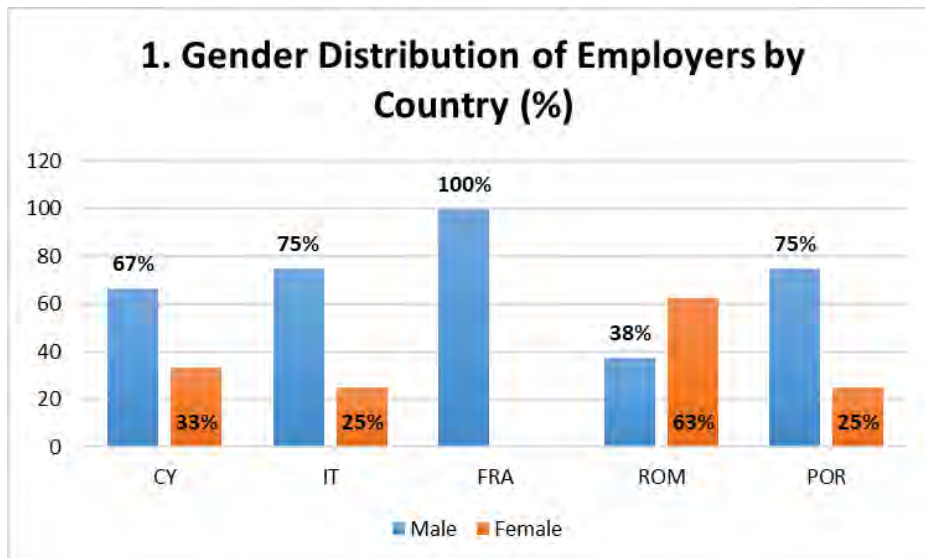


Figure 14 : Répartition des employeurs par genre et par pays (%)

La plupart des employeurs étaient âgés de 41 à 60 ans et titulaires d'une licence ou d'un master, généralement dans les domaines de la santé, du travail social ou de la gestion (figures 15).

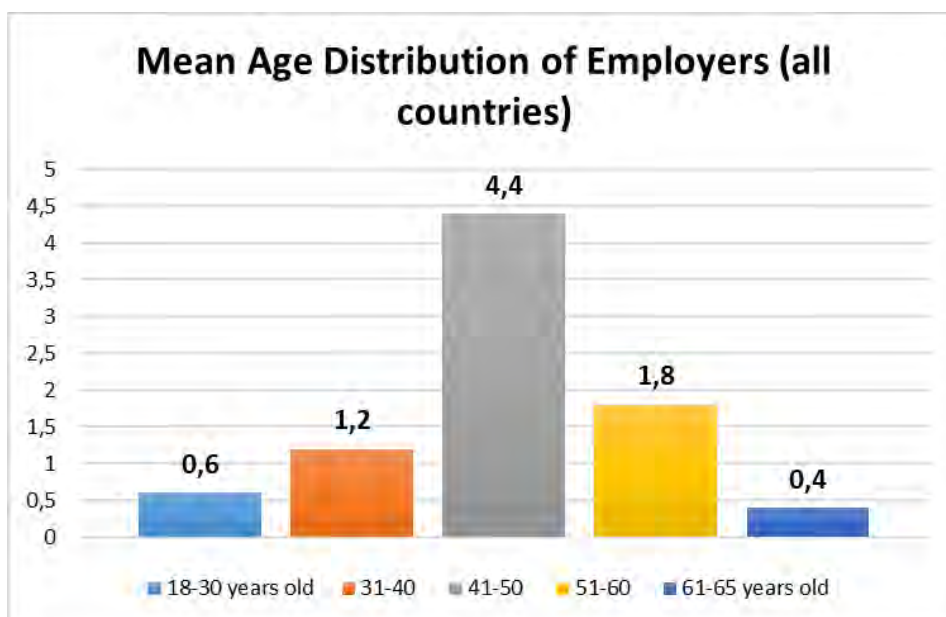


Figure 15 : Répartition par âge moyen des employeurs (tous pays confondus)

Le groupe de participants est très instruit, la plupart d'entre eux étant titulaires d'une licence ou d'une maîtrise (figure 16). La majorité possède des qualifications dans des disciplines liées à la santé et aux soins, telles que les soins infirmiers, le travail social et la gérontologie. Une proportion plus faible a une formation universitaire en gestion, en sciences humaines ou en droit,

ce qui reflète le profil multidisciplinaire des professionnels occupant des postes de direction dans le secteur des soins.

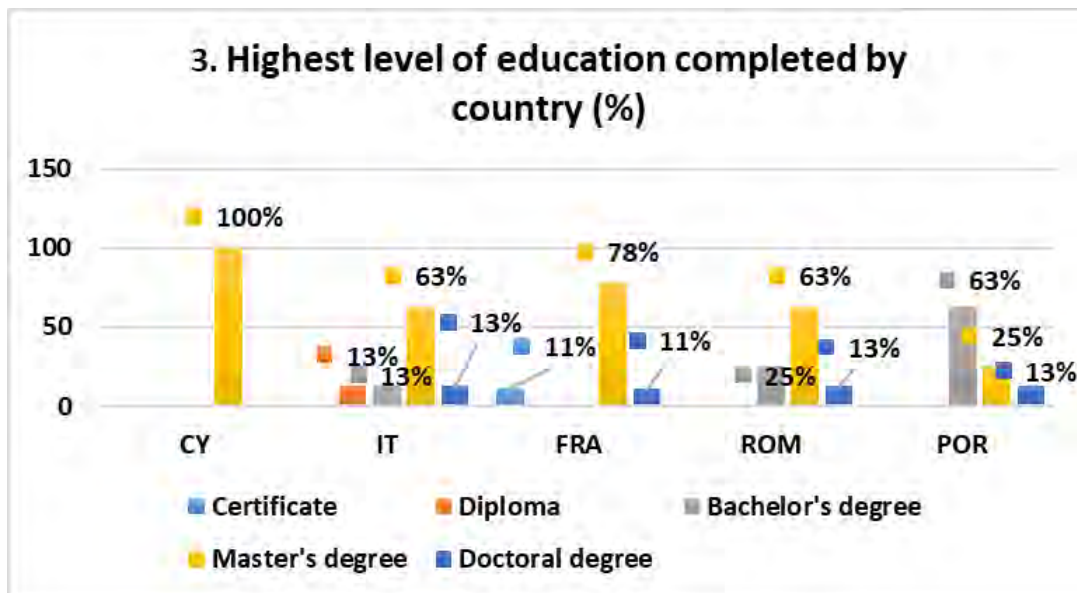


Figure 16 : Niveau d'études le plus élevé atteint par pays (%)

De nombreux participants ont déclaré avoir plus de 10 ans d'expérience dans le secteur, ce qui confirme leur solide expérience professionnelle (figures 17 et 18).

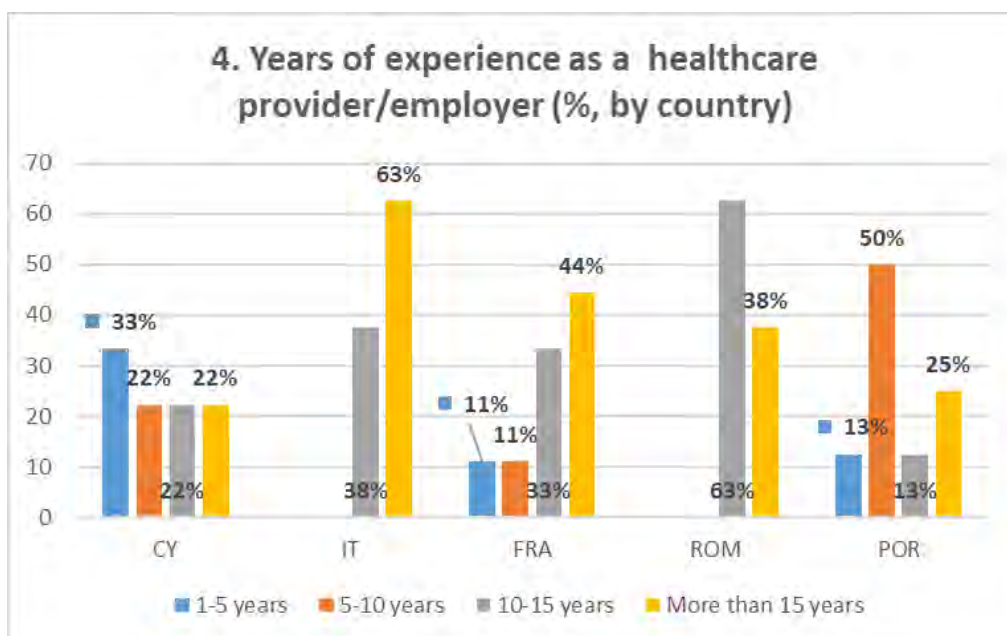


Figure 17 : Années d'expérience en tant que prestataire de soins de santé/employeur (% par pays)

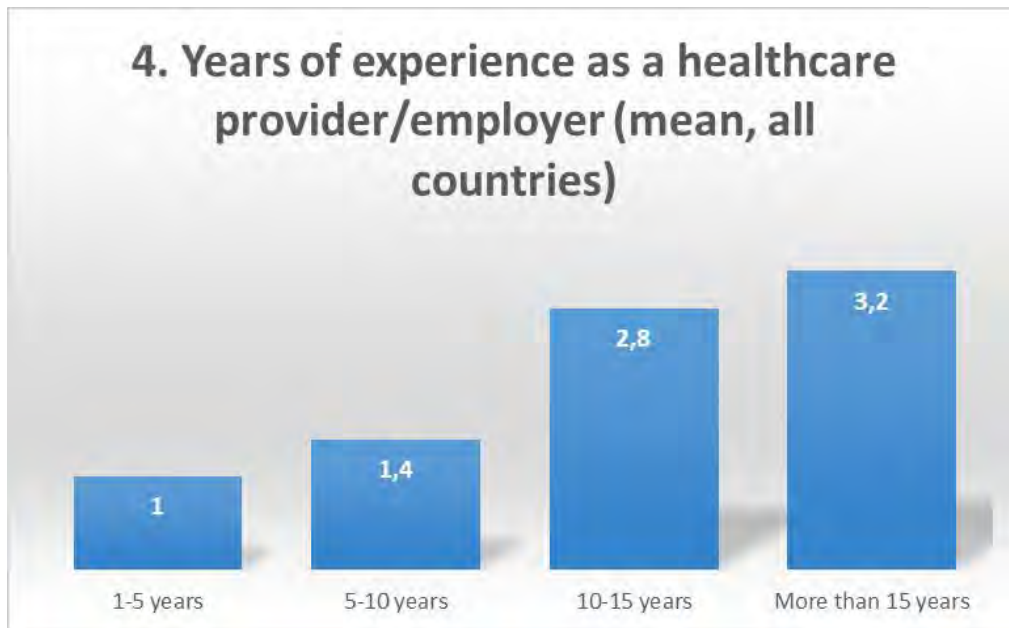


Figure 18 : Années d'expérience en tant que prestataire de soins de santé/employeur (moyenne, tous pays confondus)

En ce qui concerne le type d'emploi, les participants ont déclaré occuper principalement des postes à temps plein, la plupart travaillant dans des maisons de retraite ou des établissements de soins de longue durée. Une proportion plus faible était employée dans des hôpitaux (soins aigus, unités spécialisées, etc.) et des centres de réadaptation (figures 19 et 20).



Figure 19 : Type d'emploi actuel (moyenne, tous pays confondus)

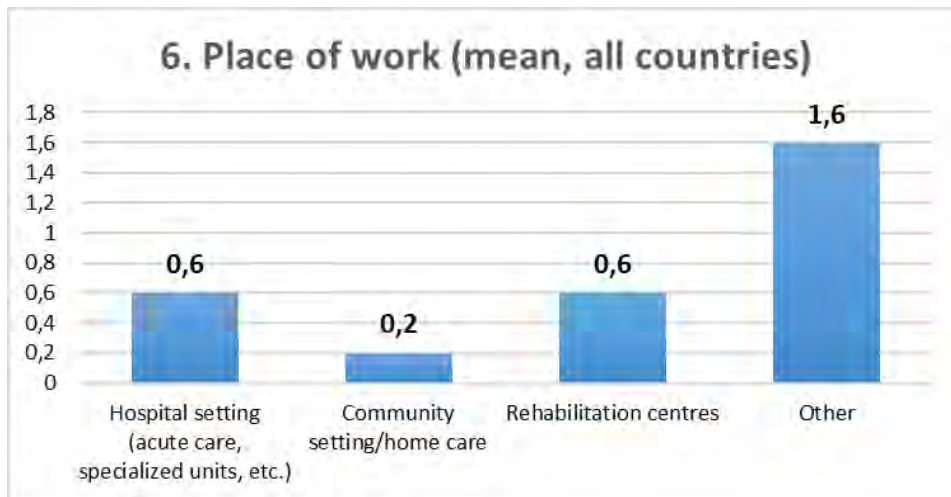


Figure 20 : Lieu de travail (moyenne, tous pays confondus)

La satisfaction globale des coordinateurs et des responsables est modérément élevée, avec des scores moyens compris entre 1,6 et 1,8 sur une échelle de cinq points (où les valeurs les plus basses indiquent une plus grande satisfaction) (figure 21).

Les données montrent que l'Italie, la Roumanie et le Portugal ont enregistré les niveaux de satisfaction les plus élevés (moyenne $\approx 1,6$), tandis que Chypre et la France affichent une satisfaction légèrement inférieure (moyenne $\approx 1,8$) pour la plupart des aspects de leurs fonctions. Malgré ces légères variations nationales, les participants de tous les pays ont fait part d'expériences positives en matière d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, de reconnaissance et de soutien de la part de la direction. Cependant, le salaire, la charge de travail et les possibilités d'évolution de carrière restent des domaines où la satisfaction est relativement plus faible.

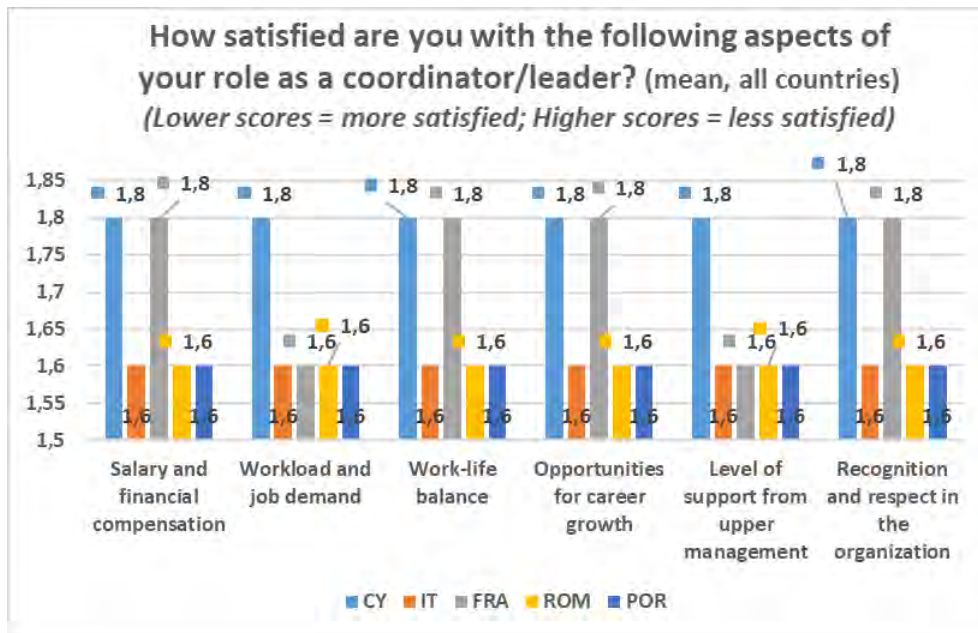


Figure 21 : Satisfaction moyenne à l'égard des aspects clés du rôle de coordinateur/responsable (tous pays confondus)

3.1.3 Données démographiques des bénéficiaires de soins

Au total, 45 bénéficiaires de soins ont participé à l'étude : 13 en Italie, 8 à Chypre, 8 en France, 8 en Roumanie et 8 au Portugal (figure 26).

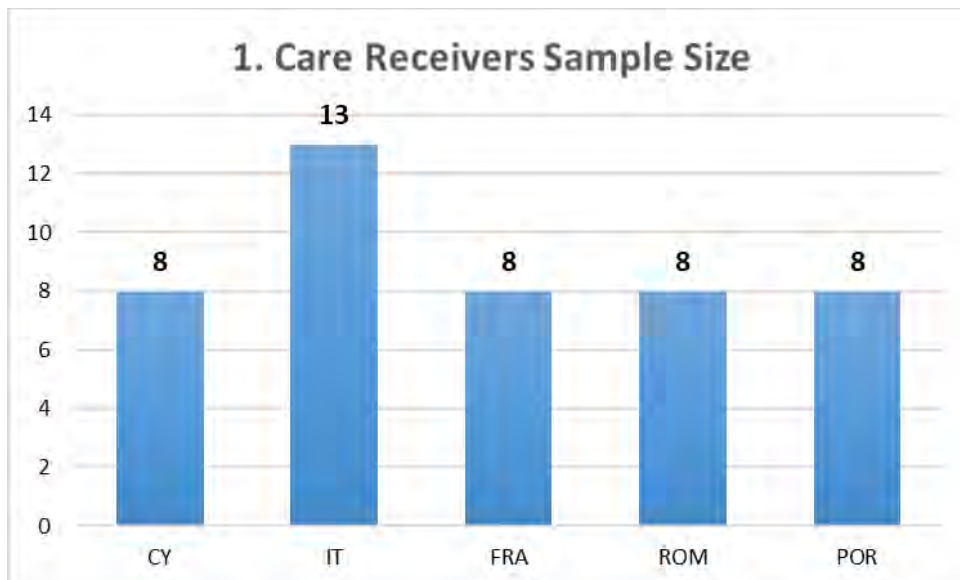


Figure 26 : Taille de l'échantillon des bénéficiaires de soins (n = 45)

La répartition hommes-femmes parmi les bénéficiaires de soins varie d'un pays à l'autre. Les hommes sont plus nombreux à Chypre, en Italie, en Roumanie et au Portugal, tandis que les femmes sont majoritaires en France (figure 27).

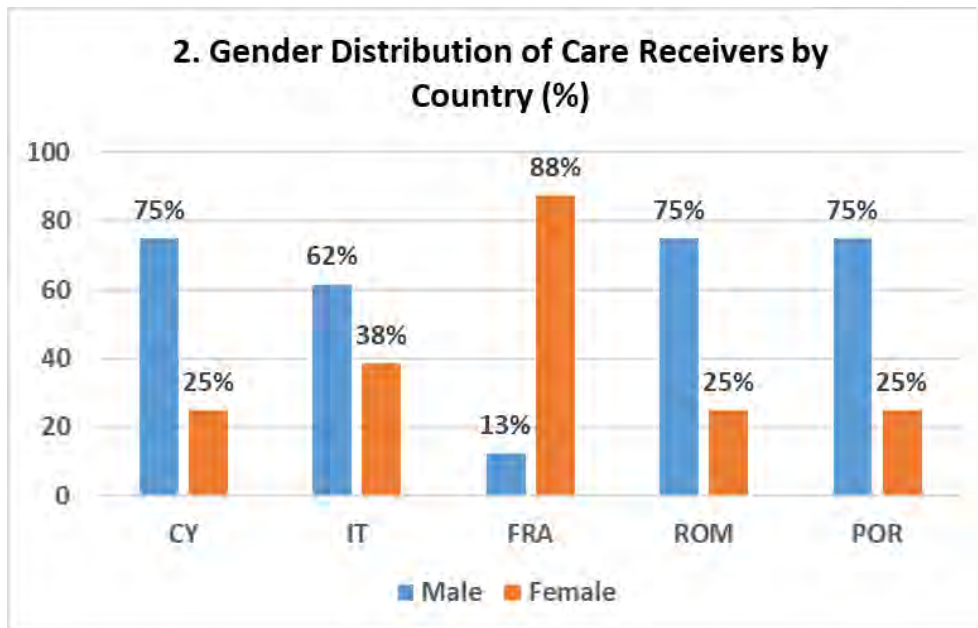


Figure 27 : Répartition des bénéficiaires de soins par genre et par pays (%)

La plupart des bénéficiaires de soins étaient des personnes âgées, entre 65 et 75 ans, suivies par celles âgées de 76 à 85 ans (figure 28). Seule à Chypre, 63 % des participants avaient plus de 86 ans (figure 29).

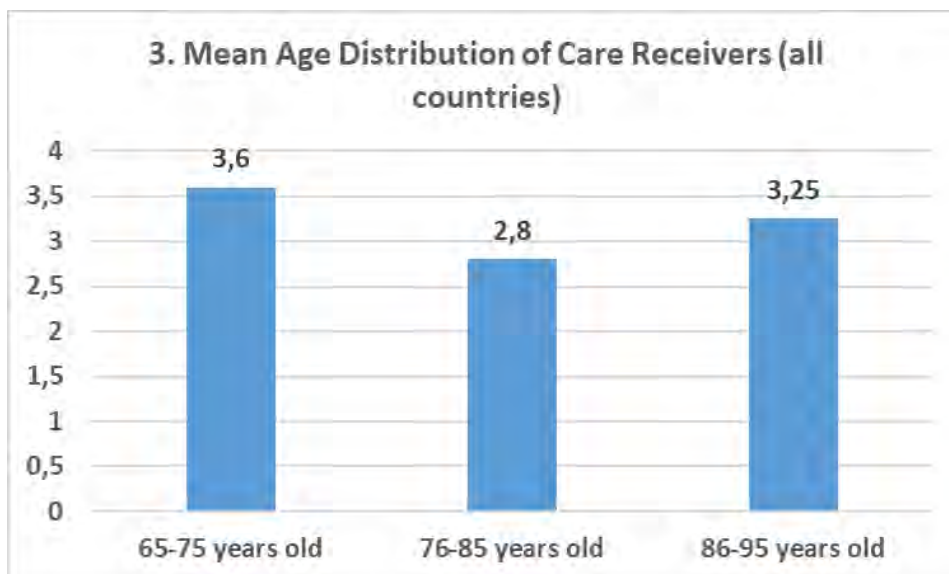


Figure 28 : Répartition par âge moyen des bénéficiaires de soins (tous pays confondus)

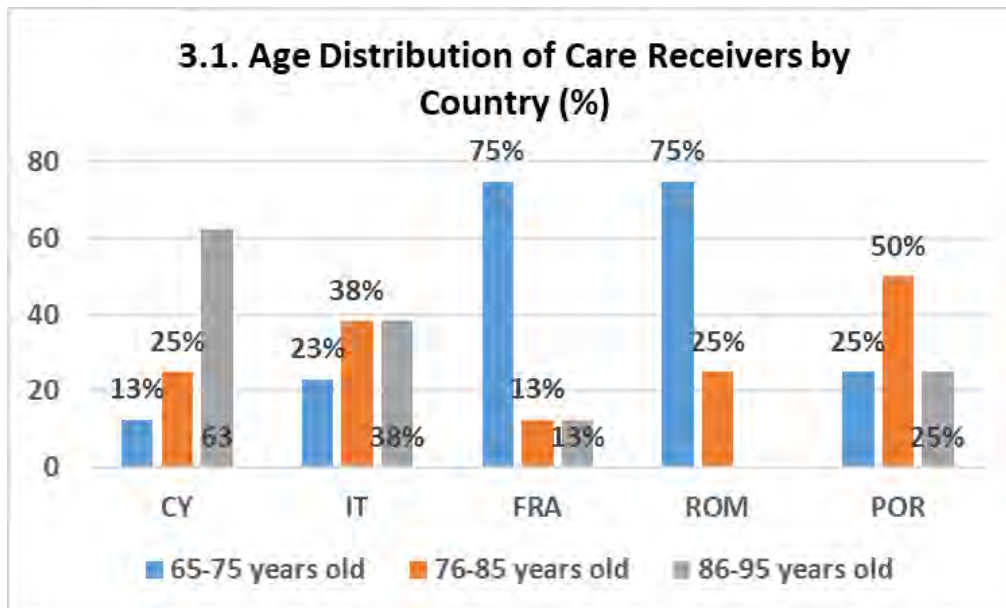


Figure 29 : Répartition par âge des bénéficiaires de soins par pays (%)

Le niveau d'éducation des bénéficiaires de soins était varié. La majorité d'entre eux avaient terminé leurs études primaires ou secondaires, tandis qu'une proportion plus faible était titulaire d'un diplôme ou d'une licence. Très peu ont déclaré n'avoir suivi aucune formation scolaire (figure 30).

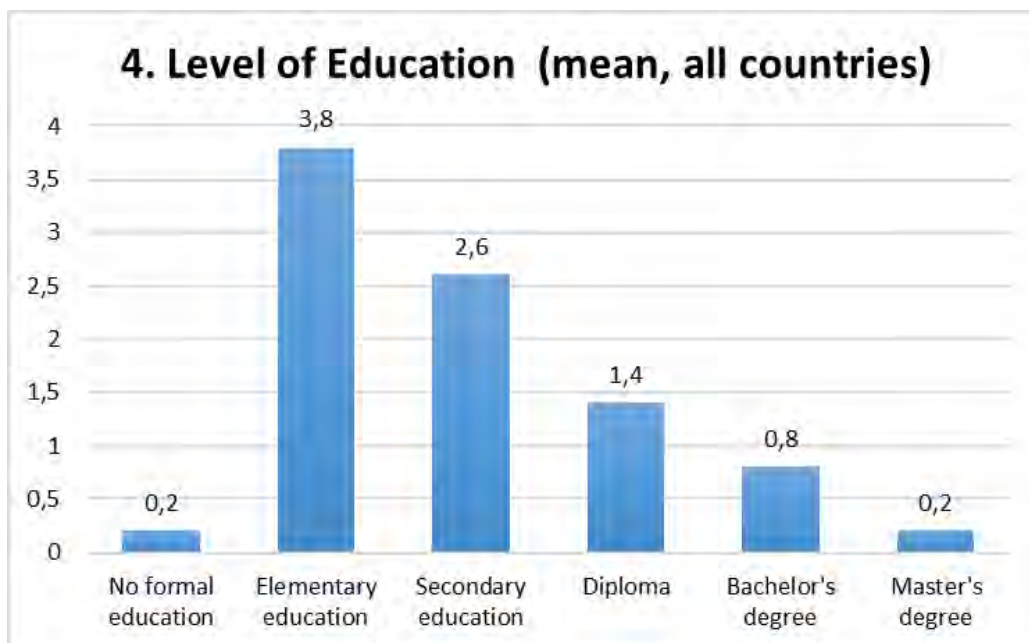


Figure 30 : Niveau d'éducation (moyenne, tous pays confondus)

La plupart des participants ont déclaré avoir reçu des soins d'un aidant masculin, la durée de l'aide étant généralement comprise entre un et trois ans (figures 31 et 32).

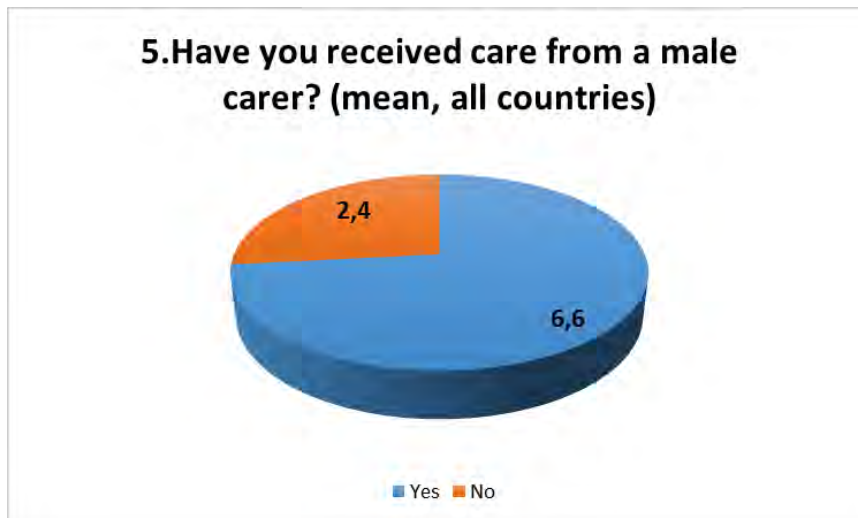


Figure 31 : Expérience de la prise en charge par un aidant masculin (moyenne, tous pays confondus)

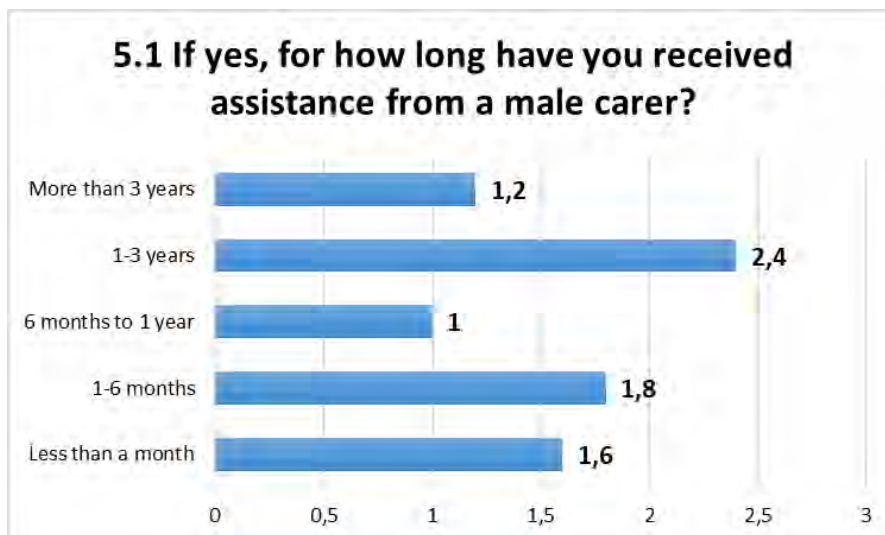


Figure 32 : Durée des soins prodigués par un soignant masculin (moyenne, tous pays confondus)

Les types de soins les plus courants comprennent les soins médicaux de base (médicaments, soins des plaies, signes vitaux), les soins personnels (hygiène, soutien social), les services de réadaptation et de thérapie et l'aide à la vie quotidienne (tâches ménagères, cuisine, nettoyage, transport). Un petit nombre de personnes ont reçu un soutien émotionnel (figures 33 et 34).

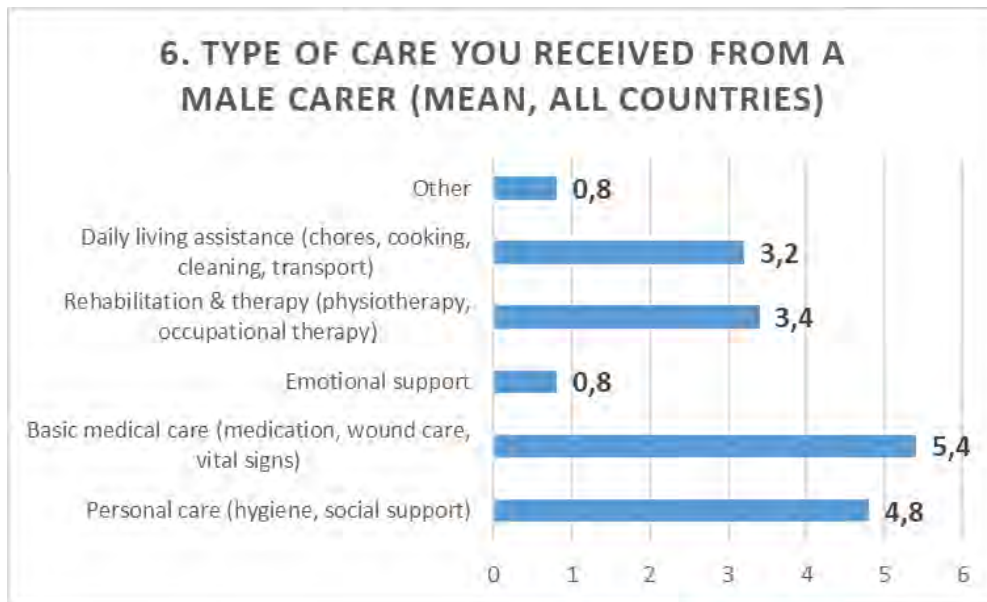


Figure 33 : Type de soins prodigués par un aidant masculin (moyenne, tous pays confondus)

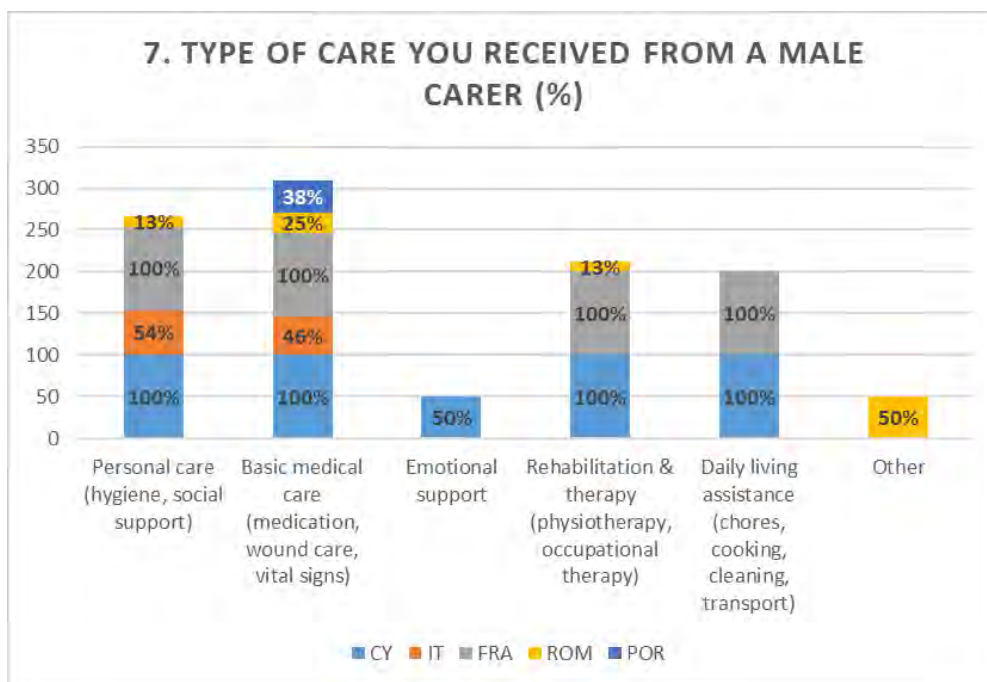


Figure 34 : Type de soins prodigués par un aidant masculin par pays (%)

Les soins ont été principalement dispensés dans des unités résidentielles, des maisons de retraite et des établissements de soins de longue durée, suivis par les unités hospitalières et les structures communautaires (figures 35).

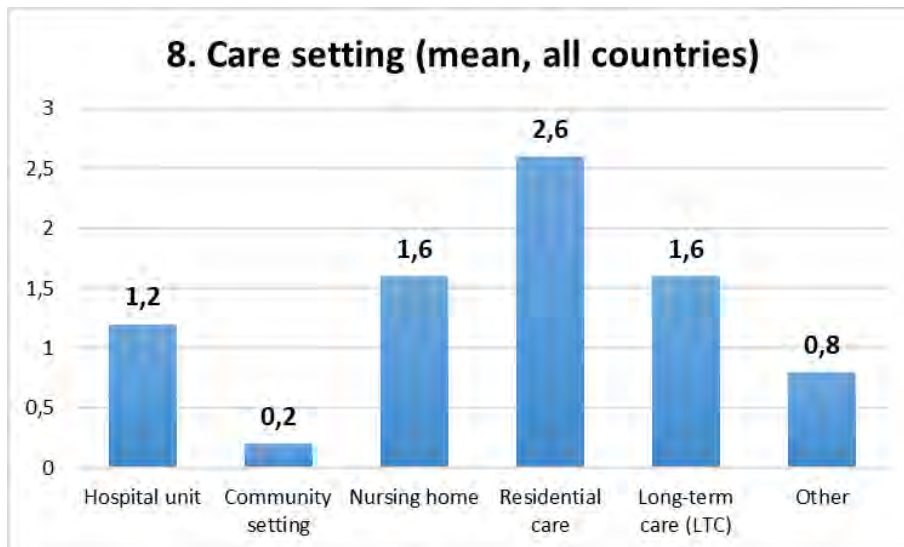


Figure 35 : Lieu de prise en charge des bénéficiaires de soins (moyenne, tous pays confondus)

La satisfaction globale à l'égard des aidants masculins était généralement positive dans tous les pays participants. Les bénéficiaires de soins se sont déclarés très satisfaits de la force physique et de la capacité des aidants à les aider à se déplacer, de leur approche et de leurs techniques professionnelles en matière de soins, ainsi que de leur attitude, de leur empathie et de la qualité globale des soins (figures 36 et 37).

Les cas de malaise lors de la réception de soins prodigués par un aidant masculin étaient rares (figures 38 et 39). Lorsqu'ils se produisaient, ils étaient principalement liés à des préoccupations en matière d'intimité, à un manque perçu d'empathie ou de soutien émotionnel, à des doutes quant au professionnalisme ou à la compétence, et à des difficultés de communication occasionnelles (figure 40).

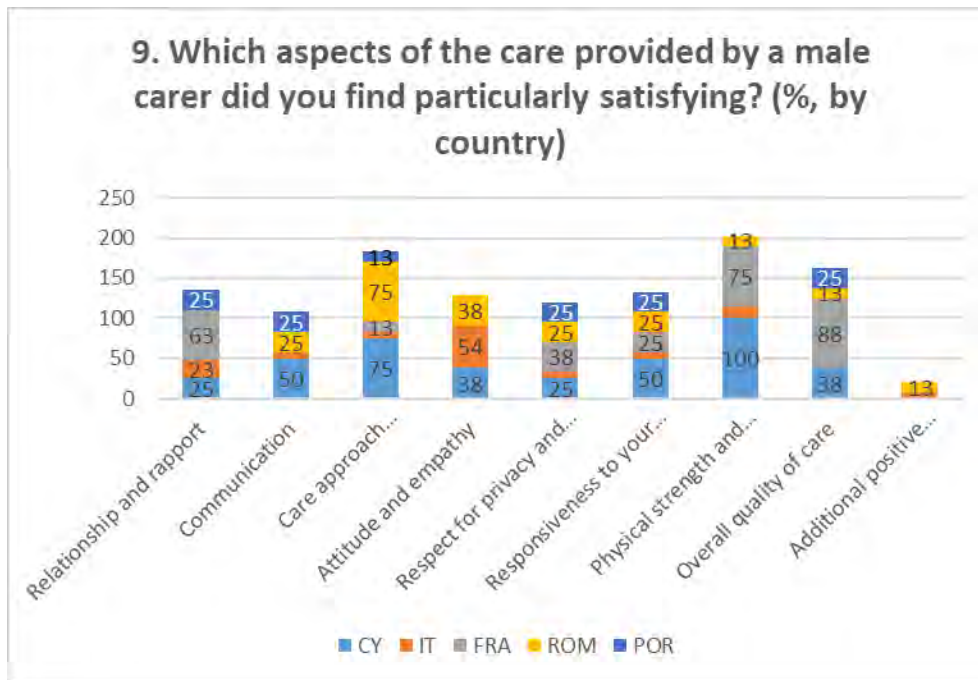


Figure 36 : Satisfaction à l'égard des soignants masculins (%)

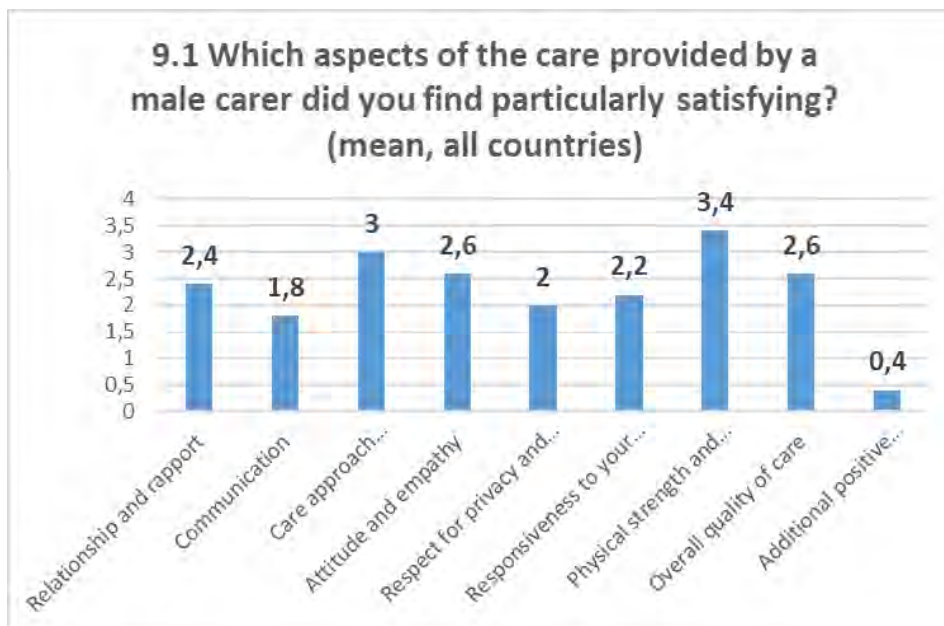


Figure 37 : Satisfaction à l'égard des soignants masculins (scores moyens)

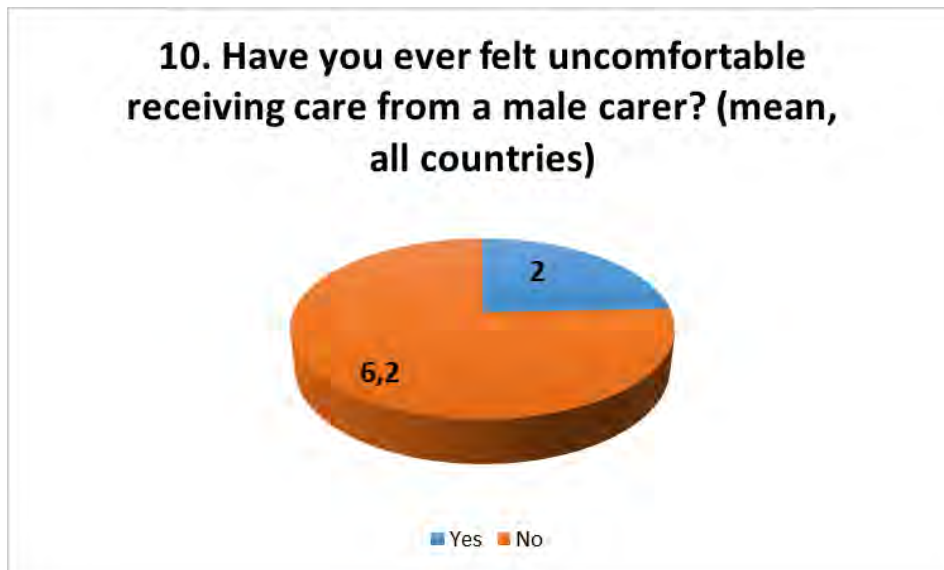


Figure 38 : Malaise ressenti lors de la prise en charge par un soignant masculin (moyenne, tous pays confondus)

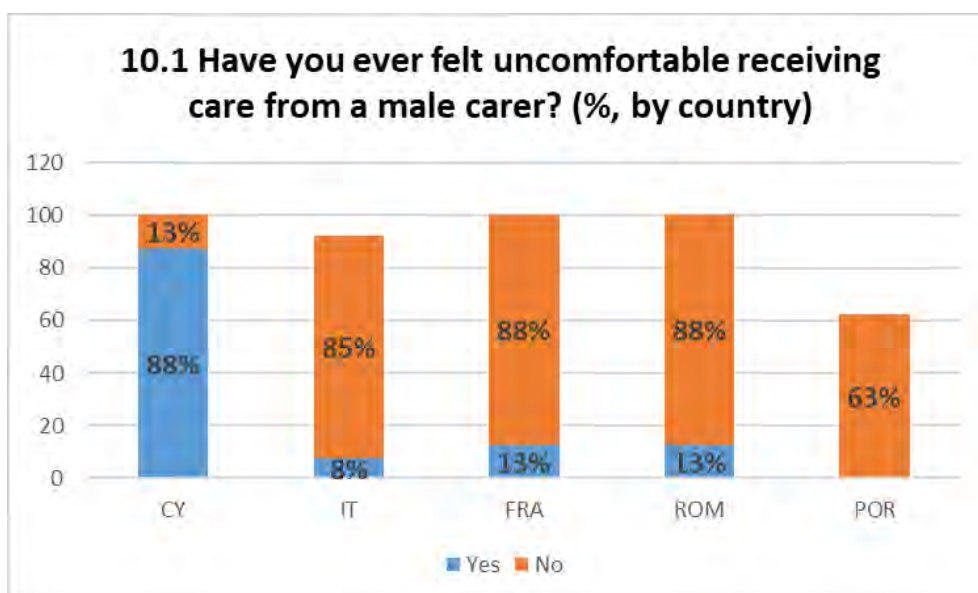


Figure 39 : Malaise ressenti lors de la prise en charge par un soignant masculin, par pays (%)

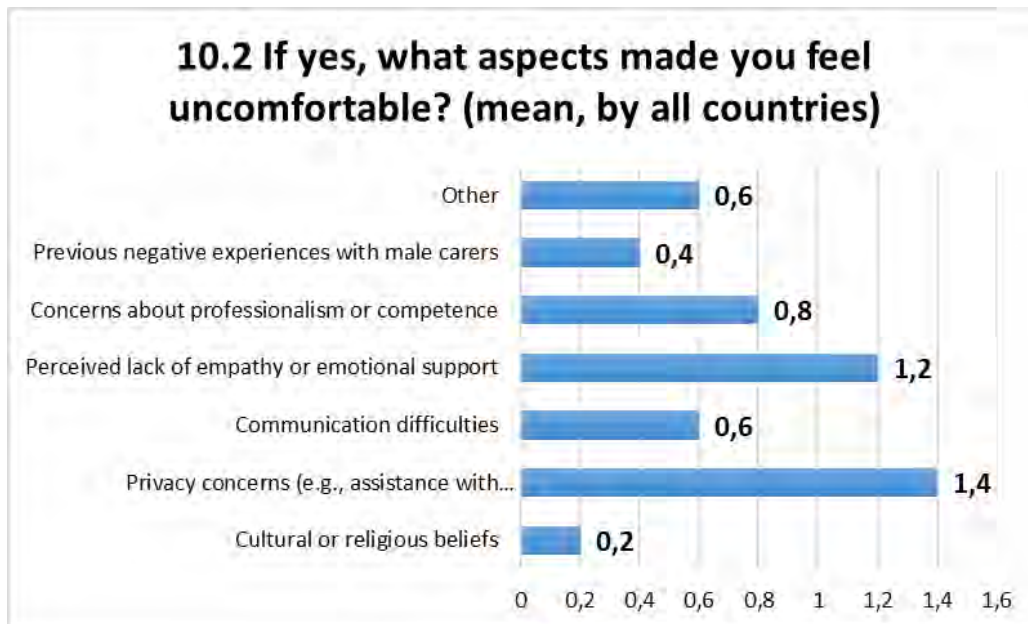


Figure 40 : Raisons de l' e de la gêne ressentie lors de la prise en charge par un soignant masculin (moyenne, tous pays confondus)

Interrogés sur leurs préférences, la plupart des bénéficiaires de soins ont déclaré n'avoir aucune préférence quant au genre de leur soignant, tandis qu'un groupe plus restreint a exprimé une préférence pour les soignantes. Très peu ont spécifiquement préféré les soignants masculins (figure 41).

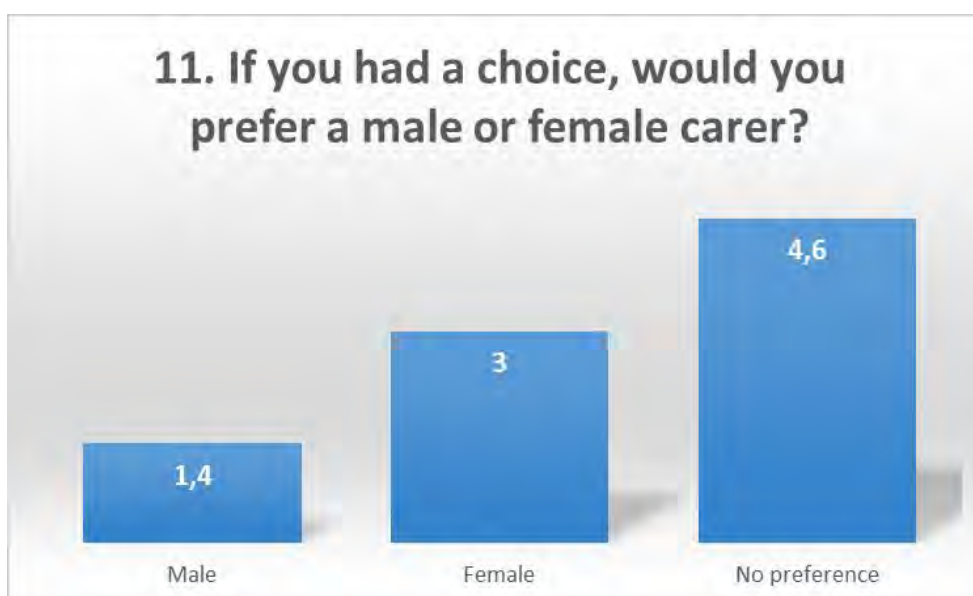


Figure 41 : Préférence des bénéficiaires de soins quant au genre de leur aidant

3.2 Comparaison entre cinq pays européens

Cette section présente une synthèse comparative des résultats obtenus dans cinq pays participants, à savoir le Portugal, l'Italie, la France, la Roumanie et Chypre, qui analyse les expériences, les défis et les perceptions liés à la participation des hommes dans le secteur des soins de longue durée.

À partir de données qualitatives recueillies auprès d'aidants masculins, d'employeurs et de bénéficiaires de soins, l'analyse explore la manière dont les rôles de genre, les attentes culturelles et les structures organisationnelles influencent l'implication des hommes dans la prestation de soins.

Les thèmes clés sont organisés en trois grands domaines :

- (1) Expériences et défis des aidants masculins, mettant en évidence les motivations, les obstacles et la discrimination sur le lieu de travail ;
- (2) Les perceptions des employeurs et des prestataires de soins, en mettant l'accent sur les préjugés institutionnels, les pratiques de recrutement et les dynamiques de genre dans les structures de soins ; et
- (3) Les perspectives des bénéficiaires de soins, qui examinent la confiance, le niveau de confort et les attitudes culturelles à l'égard des soins prodigués par des hommes.

Ensemble, ces résultats fournissent une compréhension transnationale de la manière dont les hommes évoluent dans une profession à prédominance féminine, révélant à la fois des obstacles structurels communs et des changements émergents vers une plus grande inclusivité et une meilleure reconnaissance professionnelle à travers l'Europe.

3.2.1 Expériences et défis des aidants masculins

3.2.1.1 Obstacles à l'entrée et à la progression de carrière

Dans les cinq pays, les aidants masculins ont systématiquement décrit la résistance culturelle et la mobilité professionnelle limitée comme des obstacles majeurs à l'entrée et à la progression dans le secteur des soins. En Roumanie et au Portugal, les hommes qui se lancent dans le secteur des soins sont confrontés à la croyance traditionnelle selon laquelle les soins sont « un travail de femme », et sont souvent confrontés à la surprise ou à la désapprobation subtile de leur famille et de la société. Ce scepticisme initial



a constitué un obstacle psychologique et social que beaucoup ont dû surmonter par leur persévérance et en démontrant leurs compétences.

« Beaucoup disent : "C'est un travail de femme, que fais-tu là ?" Mais je crois que les hommes peuvent aussi aider. » (P7, Roumanie)

« J'étais le seul homme ici quand j'ai commencé... nous devons renforcer le rôle des hommes dans cette profession. » (P7, Portugal)

En Italie et en France, bien que la résistance liée au genre soit moins manifeste, les aidants masculins sont toujours confrontés à des obstacles structurels tels que l'absence de progression de carrière, la faible rémunération et la reconnaissance institutionnelle insuffisante. Ils ont souvent décrit leur sentiment d'« invisibilité » au sein des grands systèmes de soins, où l'évolution de carrière est stagnante et le travail émotionnel sous-évalué.

« La reconnaissance, la progression et même certains égards ont souvent été difficiles à obtenir. » (P1, France)

« Physiquement exigeant mais significatif — nous sommes invisibles et indispensables. » (P2, Italie)

À Chypre, le métier d'aidant était souvent choisi pour des raisons pragmatiques, car il était considéré comme un emploi facilement accessible offrant des opportunités d'entrée immédiate sur le marché du travail. Cependant, il restait une occupation à court terme ou transitoire pour de nombreux hommes en raison des structures de développement professionnel limitées.

*« C'était l'un de ces métiers où l'on trouvait immédiatement un emploi. »
(P1, Chypre)*

Dans l'ensemble, tous contextes confondus, les aidants masculins percevaient leur rôle comme stagnant sur le plan professionnel, mais

socialement utile, et restaient motivés par la dimension relationnelle de leur travail plutôt que par des incitations institutionnelles.

« Pour moi, c'est le même niveau... Je prévois de suivre une formation pour passer au niveau supérieur. » (P5, Portugal)

3.2.1.2 Discrimination sur le lieu de travail et préjugés sexistes

La discrimination sur le lieu de travail était rarement explicite, mais les attentes liées au genre façonnaient le quotidien des hommes. En Italie et au Portugal, les hommes étaient souvent appréciés pour leur force physique et leur fiabilité dans les situations difficiles. Cependant, cette appréciation coexistait avec une ségrégation des tâches : les hommes s'occupaient du levage, des transferts ou de la gestion des problèmes de comportement, tandis que les femmes étaient chargées des soins personnels intimes.

« Physiquement, comme il s'agit d'un travail physique, les hommes sont recherchés... De nombreux résidents recherchent des soignants masculins, car cela les met à l'aise. » (P2, Italie)

« Ils préféraient que ce soit moi qui m'en charge, car ils pensaient que j'étais plus fort et que je ne les laisserais pas tomber. » (P1, Portugal)

En Roumanie, ces divisions entre les genres étaient plus prononcées, les soignants masculins étant parfois affectés à des tâches d'entretien ou à des rôles techniques, ce qui renforçait l'idée que les hommes étaient moins aptes à s'occuper des aspects émotionnels ou relationnels des soins.

« Les hommes se voyaient attribuer les tâches les plus lourdes, tandis que les femmes s'occupaient directement des soins. » (P2, Roumanie)

En France, les soignants masculins ont décrit un manque d'identité professionnelle et de reconnaissance, se sentant souvent interchangeables et sous-estimés au sein des grandes institutions. Bien que les hommes et les femmes aient été confrontés à des défis structurels similaires, les

hommes ont noté que leurs contributions étaient plus facilement négligées en raison des stéréotypes qui les positionnaient comme des « aides » plutôt que comme des soignants.

« Nous sommes des numéros. Dans le contexte global de mon service hospitalier, je suis un numéro. » (P1, France)

Plusieurs participants portugais ont expliqué que l'acceptation de la part de leurs collègues féminines et des familles s'était améliorée avec le temps et la confiance. Le scepticisme initial avait tendance à s'estomper une fois que les patients avaient pu constater le professionnalisme et l'empathie des soignants masculins, ce qui suggère que les préjugés peuvent être réduits grâce à des interactions positives régulières.

« Certaines familles ont d'abord douté de moi parce que j'étais un homme, mais elles m'ont ensuite fait entièrement confiance. » (P7, Portugal)

Ainsi, dans toute l'Europe, la discrimination était moins une question d'exclusion que d'attentes liées au rôle, une persistance silencieuse des stéréotypes de genre qui définissent ce que les hommes « devraient » ou « ne devraient pas » faire dans le domaine des soins.

3.2.1.3 Motivations et parcours professionnels

Malgré les défis structurels et sociaux, les aidants masculins de tous les pays ont exprimé un engagement personnel profond et ont trouvé un sens à leur travail. Leurs motivations découlaient souvent d'expériences personnelles ou familiales liées à la maladie ou à la vulnérabilité, qui ont façonné leur empathie et leur sens du devoir moral. En Roumanie et au Portugal, ces expériences ont incité beaucoup d'entre eux à se lancer dans le domaine des soins afin de « rendre la pareille » et d'aider les personnes dans le besoin.

« J'ai vu le travail de tous ces professionnels... Je me suis dit que je pouvais peut-être contribuer à aider les autres. » (P1, Roumanie)



« Les soins sont là, avec les patients, toujours près d'eux. C'est quelque chose que j'aime vraiment. » (P6, Portugal)

En Italie, les soins infirmiers ont été décrits comme une vocation physiquement exigeante mais émotionnellement gratifiante, qui apportait de la fierté malgré un statut social limité. Les participants ont souligné les relations humaines et le sentiment d'utilité qui compensaient les difficultés du métier.

« Physiquement exigeant mais significatif, nous sommes invisibles et indispensables. » (P2, Italie)

Les participants français ont également associé leur motivation à un sentiment de responsabilité civique et de compassion, mais ont déploré le manque de reconnaissance institutionnelle, qu'ils considéraient comme un échec de la justice sociale tant pour les soignants que pour les bénéficiaires des soins.

« Je suis fier de faire ce travail, même s'il n'est pas valorisé. » (P5, France)

À Chypre, les motivations étaient principalement économiques et pratiques, mais plusieurs participants ont noté que la satisfaction émotionnelle s'était accrue avec le temps, transformant ce qui était au départ une nécessité en une source de motivation.

« C'était l'un de ces métiers où l'on trouvait immédiatement un emploi. » (P1, Chypre)

Dans tous les contextes, les hommes se sont lancés dans le secteur des soins pour différentes raisons, mais y sont restés en raison de la satisfaction émotionnelle et du sentiment de connexion humaine que cela leur procurait. Leurs récits reflètent leur résilience et leur fierté d'exercer un rôle qui, bien que sous-estimé, leur semble moralement essentiel.



« Même si c'est difficile, j'aime ce que je fais. J'aide les autres, et cela en vaut la peine. » (P8, Portugal)

3.2.2 Perceptions des employeurs et des prestataires de soins

3.2.2.1 Préjugés organisationnels et difficultés de recrutement (préjugés à l'embauche)

Dans tous les pays, les employeurs ont reconnu que le recrutement d'hommes dans le secteur des soins reste rare et souvent limité par les attentes culturelles. En Roumanie et en Italie, plusieurs directeurs ont admis que les candidats masculins n'étaient *« jamais pris en considération »* ou étaient jugés inaptes à occuper des postes dans le domaine des soins intimes. Les décisions de recrutement n'étaient pas influencées par les qualifications, mais par des stéréotypes concernant la compétence émotionnelle ou l'adéquation.

« Les candidats masculins n'étaient jamais pris en considération ; à l'époque, je ne connaissais pas la raison, je ne peux que supposer ce qu'elle était. » (P5, Roumanie)

« La porte est toujours très fermée aux hommes, c'est vrai. » (P1, Italie)

Dans le même temps, un certain nombre d'employeurs portugais et français ont souligné des changements positifs en faveur de l'inclusion, notant que les professionnels masculins apportent souvent équilibre et stabilité aux équipes à prédominance féminine. Ils ont souligné la valeur des environnements mixtes, tant pour la dynamique du personnel que pour la qualité des soins.

« Avoir un groupe de travail hétérogène est toujours un avantage, et plus le groupe est diversifié, mieux c'est. » (P2, Portugal)

« L'embauche d'hommes a également joué un rôle... car c'était une équipe entièrement féminine avec beaucoup de conflits entre elles. » (P5, France)

À Chypre, les prestataires de soins ont signalé moins d'obstacles explicites, mais ont reconnu que le nombre de candidats masculins reste faible, souvent parce que les hommes perçoivent les soins comme une profession peu attrayante ou sous-payée. Les employeurs ont considéré cela comme un défi sociétal plutôt qu'institutionnel, soulignant qu'une plus grande visibilité et une meilleure sensibilisation du public pourraient contribuer à faire évoluer les mentalités.

« Si nous voulons que davantage d'hommes rejoignent le secteur, la société doit considérer les soins comme un véritable travail, et non comme une tâche réservée aux femmes. » (P4, Chypre)

Dans l'ensemble, si certaines organisations sont devenues plus ouvertes à l'embauche d'hommes, des préjugés structurels persistent, tant dans le langage utilisé pour le recrutement que dans la croyance tacite selon laquelle les hommes sont des « exceptions » plutôt que des membres à part entière des équipes de soins.

3.2.2.2 Dynamique du lieu de travail et opportunités de développement de carrière (culture d'entreprise)

Les employeurs des cinq pays ont généralement reconnu l'importance de la diversité des genres pour maintenir une dynamique d'équipe positive, mais ont également admis l'existence d'inégalités persistantes dans la pratique quotidienne. Au Portugal, les responsables ont souvent fait état d'une forte collaboration entre les membres du personnel, décrivant les soignants masculins comme des « *alliés essentiels* » dans des contextes physiquement exigeants. Cependant, cette appréciation a parfois renforcé la division du travail entre les genres, les hommes étant appréciés pour leur force plutôt que pour leurs compétences en matière de soins.

« Nous essayons toujours d'affecter un homme à chaque équipe... afin d'assurer un meilleur équilibre dans certains types de tâches. » (P7, Portugal)

En Italie, les directeurs ont observé que la présence d'hommes aidants contribuait à réduire les conflits et favorisait le professionnalisme au sein des grandes équipes, majoritairement féminines. Cependant, ils ont également remarqué que les hommes avaient tendance à partir plus tôt, souvent pour occuper des postes mieux rémunérés et plus valorisés dans les hôpitaux, un phénomène lié aux perspectives de carrière limitées dans le secteur des soins de longue durée.

« Tous les hommes que j'ai eus ici sont partis à l'hôpital, mais précisément pour occuper les mêmes fonctions. » (P5, Italie)

Les employeurs français ont décrit les soins comme une profession « d'endurance », où les hommes comme les femmes sont confrontés à une charge de travail élevée, à une fatigue émotionnelle et à de faibles salaires. Ils ont souligné la nécessité d'investir dans la formation et la reconnaissance afin de retenir les travailleurs masculins, qui recherchent souvent des environnements qui valorisent le professionnalisme et le respect.

« Il est très difficile de travailler dans ce domaine, même si on aime vraiment ça. Le salaire est tout simplement misérable et ne couvre absolument rien. » (P3, France)

À Chypre et en Roumanie, les possibilités de formation continue et d'évolution de carrière étaient souvent limitées, avec peu de parcours formels ou de structures de mentorat en place. Les hommes qui ont progressé l'ont généralement fait de manière informelle, grâce à leur persévérance personnelle ou à des encouragements externes plutôt qu'à une planification institutionnelle. Des expériences similaires ont été décrites au Portugal, où un participant a fait remarquer :

« J'ai reçu du soutien pour tout ce que je voulais, même pour aller aux ressources humaines afin de pouvoir reprendre mes études ici. Parce que le Dr Sandra veut que j'étudie. Elle veut que j'obtienne mon diplôme d'infirmière ici. Mais les universités qu'elle m'a suggérées étaient très loin et pour moi, cela n'avait pas de sens. J'aurais dû quitter Lisbonne pour aller près de Porto et c'était compliqué pour moi. Je cherche des universités publiques, mais la concurrence est très forte. »

(P5, Portugal)

« Nous avons du mal à trouver du personnel qualifié... des personnes capables de développer quelque chose de différent. » (P2, Roumanie)

Dans tous les contextes, les employeurs ont reconnu que si les hommes contribuent positivement au travail d'équipe et à la qualité des soins, l'absence de parcours professionnels structurés continue de les éloigner du secteur.

3.2.2.3 Attentes liées au genre dans les rôles de soins

Malgré les progrès réalisés, les stéréotypes de genre restent profondément ancrés dans la perception qu'ont les employeurs des rôles dans les soins. La plupart des responsables ont décrit les femmes comme « *naturellement attentionnées* » et les hommes comme « *plus forts et plus calmes* », perpétuant ainsi une division symbolique entre le travail émotionnel et le travail physique.

« L'aptitude à prodiguer des soins est inhérente aux femmes. C'est une question génétique. » (P6, Italie)

Même dans les établissements engagés en faveur de l'égalité, les préférences des résidents et des familles ont souvent influencé la manière dont les hommes étaient affectés. Les employeurs ont expliqué que les résidentes, en particulier les générations plus âgées, pouvaient initialement refuser que des soignants masculins s'occupent de tâches intimes, ce qui a

conduit les équipes à adapter les affectations en fonction du confort et des normes culturelles.

« J'ai des femmes qui sont vraiment très réticentes à recevoir des soins de la part d'hommes. » (P6, Portugal)

« Certaines familles étaient méfiantes (à l'idée d'embaucher un homme) [...] mais aujourd'hui, il est presque leur aide-soignant préféré. » (P7, France)

En France et au Portugal, plusieurs établissements ont activement cherché à lutter contre ces préjugés en mettant en avant le professionnalisme et l'empathie des hommes. Les responsables ont décrit avoir mis en place des formations en communication, des campagnes de sensibilisation et des modèles de rôle afin de normaliser la présence masculine dans les soins.

« Nous, les directeurs, avons également un rôle important à jouer pour démystifier ces préjugés. » (P2, Portugal)

« Donner plus de visibilité et de voix à ce type de professionnels (les soignants masculins). » (P3, France)

En Roumanie et à Chypre, les employeurs ont associé les préjugés persistants à des attitudes sociales plus larges qui considèrent les soins comme le prolongement des tâches domestiques des femmes. Les efforts visant à inclure les hommes ont souvent été décrits comme « symboliques » plutôt que systémiques, reflétant une transition culturelle lente plutôt qu'un changement institutionnel immédiat.

« Les soins sont toujours considérés comme une extension des tâches ménagères, ce qui éloigne les hommes. » (P4, Chypre)

Dans l'ensemble, si les employeurs se montrent généralement ouverts à l'égard des aidants masculins, leurs récits révèlent une reproduction subtile des normes de genre, où l'inclusion est acceptée en principe, mais limitée

dans la pratique par des croyances culturelles anciennes sur les personnes « naturellement aptes » à prodiguer des soins.

3.2.3 Point de vue des bénéficiaires de soins

3.2.3.1 Niveaux de confiance et de confort avec les aidants masculins

Dans les cinq pays, les bénéficiaires de soins ont exprimé des niveaux variables de confiance et de confort vis-à-vis des aidants masculins, souvent influencés par les normes générationnelles et culturelles. Au Portugal et en Italie, de nombreuses femmes âgées se sont d'abord senties gênées ou hésitantes à l'idée de recevoir des soins intimes de la part d'hommes, mais elles ont ensuite décrit des relations positives une fois la confiance établie. Le professionnalisme, le calme et la patience des aidants masculins ont été essentiels pour surmonter le malaise initial.

« C'est un homme, je me sens gênée. » (P7, Portugal)

« Certaines femmes âgées refusent que je m'occupe d'elles, par exemple pour leur hygiène personnelle, mais sinon, il n'y a pas de barrières. » (P5, Portugal)

« Avec le temps, si elles se rendent compte que la personne est attentive, elles finissent par l'accepter. » (P4, Italie)

En France et à Chypre, les problèmes de confiance étaient moins liés au genre qu'à l'interaction personnelle et à la qualité des soins. Les participants ont souligné que ce qui importait, c'était le respect, l'attention et les compétences du soignant plutôt que son genre. Pour beaucoup, les besoins physiques l'emportaient sur la gêne, en particulier dans les relations à long terme avec les soignants.

« C'était un homme qui me lavait... mais j'étais malade, c'était pour mon bien, donc peu importe. » (P3, France)

« Tant qu'ils font bien leur travail. » (P5, Chypre)

Les participants roumains ont fait écho à ces sentiments, suggérant que la confiance se développe grâce à la familiarité et à l'empathie plutôt qu'au

genre. Cependant, certains ont tout de même admis ressentir un certain malaise lorsqu'ils étaient aidés par du personnel masculin, en particulier pour se laver ou s'habiller.

« Si c'est nécessaire, il faut bien faire avec. » (P4, Roumanie)

Dans tous les contextes, ces réactions soulignent que le malaise tend à être situationnel et générationnel, et qu'il diminue progressivement à mesure que les soignants prouvent leur professionnalisme et leur sensibilité.

3.2.3.2 Différences perçues entre les soignants masculins et féminins

La plupart des bénéficiaires de soins n'ont pas signalé de différences substantielles dans la qualité technique des soins, soulignant que les hommes et les femmes pouvaient tous deux accomplir leurs tâches avec compétence. Cependant, beaucoup attachaient encore des attributs émotionnels et symboliques aux rôles de genre, décrivant souvent les femmes comme plus attentionnées ou affectueuses.

« C'est la même chose, mais les femmes sont plus compétentes. » (P2, Portugal)

« Je préfère être soigné par des femmes, qui sont plus affectueuses. » (P3, Italie)

En France et à Chypre, les participants ont exprimé des opinions neutres ou égalitaires, reflétant une normalisation sociale plus large des hommes dans le domaine des soins. Pour ces répondants, la motivation et le professionnalisme étaient plus importants que le genre.

« C'est la motivation qui compte, le genre n'a pas d'importance. » (P3, France)

« Tout le monde devrait être capable de bien s'en sortir. » (P4, Chypre)

À l'inverse, en Roumanie, certains participants considéraient encore les hommes comme des exceptions dans le domaine des soins, décrivant les

femmes comme « mieux préparées » et associant les soins à la féminité et à la patience.

« Les travailleuses sont déjà préparées à cela. » (P6, Roumanie)

« Je ne sais pas s'il y a des travailleurs masculins pour travailler ici. » (P7, Roumanie)

Malgré ces différences, les personnes interrogées dans tous les pays ont systématiquement mis en avant le respect, la communication et le dévouement comme véritables marqueurs d'une prise en charge de qualité. Le genre restait pertinent principalement dans des contextes intimes ou sensibles sur le plan culturel, plutôt que comme facteur déterminant de la compétence ou de la compassion.

3.2.3.3 Influences culturelles et sociétales sur les préférences

Les normes culturelles ont fortement influencé le confort et les attentes concernant les soins prodigués par des hommes. Dans les contextes sud-européens, notamment en Italie et au Portugal, les générations plus âgées ont perpétué les normes traditionnelles de genre associant les soins aux rôles domestiques des femmes. Les sentiments de gêne ou de pudeur étaient plus fréquents chez les femmes âgées qui avaient grandi dans des environnements patriarcaux où l'aide physique apportée par les hommes était considérée comme inappropriée.

« Il m'est plus difficile de m'occuper d'une femme âgée que d'une femme de 60 ou 70 ans, car les plus âgées portent en elles la honte du passé. »

(P5, Portugal)

« Les femmes préfèrent être soignées par des femmes. » (P4, Italie)

En Roumanie, la couverture médiatique des scandales liés aux soins (par exemple, les cas de maltraitance) a encore influencé l'opinion publique, renforçant la méfiance envers les soignants masculins et amplifiant les stéréotypes de genre préexistants.

« J'ai entendu parler de cas de maltraitance par des soignants masculins aux informations. » (P7, Roumanie)

Les participants français et chypriotes ont toutefois reflété une perspective plus moderne, considérant la diversité des genres comme faisant partie d'une réalité sociale en mutation. Ils ont souligné que la participation des hommes aux soins représente un progrès social et une avancée en matière d'égalité.

« De nos jours, dans le monde tel qu'il est, tout est déjà pareil, que ce soit pour les hommes ou les femmes. » (P6, Chypre)

« L'âme n'a pas de genre. » (P2, France)

Dans l'ensemble, le degré d'acceptation dépendait à la fois du contexte culturel et de l'ouverture d'esprit de la génération. Les répondants plus jeunes ou plus éduqués avaient tendance à privilégier le professionnalisme plutôt que le genre, tandis que les personnes plus âgées, en particulier les femmes, continuaient à associer le confort à la modestie et à la bienséance traditionnelles.

Dans l'ensemble, les résultats des cinq pays révèlent une tension commune entre tradition et transformation.

Les hommes qui entrent dans le secteur des soins continuent de se heurter à des barrières culturelles et à une reconnaissance professionnelle limitée, mais ils redéfinissent progressivement les soins comme un acte humain plutôt que comme un acte lié au genre.

Les employeurs commencent à valoriser la diversité, mais les défis systémiques, tels que les bas salaires, les perspectives de carrière limitées et la persistance des stéréotypes de genre, restent des obstacles majeurs à l'égalité.

La confiance croissante des bénéficiaires de soins envers les soignants masculins témoigne d'un changement générationnel vers l'inclusivité, suggérant que la diversité des genres dans le secteur des soins enrichit non

seulement la dynamique d'équipe, mais améliore également le bien-être et le choix des patients.

« Chacun doit bien remplir son rôle... ce qui compte, c'est la qualité des soins, pas le genre. » (P2, Portugal)

En Roumanie, au Portugal, en Italie, en France et à Chypre, l'intégration des aidants masculins est un processus social et institutionnel en pleine évolution.

Si les préjugés sexistes continuent d'influencer les perceptions et les opportunités, les hommes qui se lancent dans ce domaine font souvent preuve de résilience, d'empathie et d'une forte motivation éthique à servir les autres.

Leurs expériences reflètent à la fois la persistance des anciens stéréotypes et l'émergence de nouvelles formes d'identité professionnelle, laissant entrevoir un avenir où les soins ne seront plus considérés comme un « rôle féminin », mais comme une responsabilité humaine partagée.

« Nous sommes peu nombreux, mais nous faisons la différence. Je pense qu'il est temps que les gens s'en rendent compte. » (P3, Portugal)

Dans tous les pays participants, les résultats soulignent une transition progressive mais inégale vers l'inclusion des genres dans le secteur des soins de longue durée. Si les hommes continuent de se heurter à des obstacles structurels, à des stéréotypes persistants et à des perspectives de carrière limitées, leur présence est de plus en plus reconnue comme un atout qui enrichit la dynamique d'équipe et améliore la qualité des soins. Les employeurs et les bénéficiaires de soins s'éloignent progressivement de la vision traditionnelle des soins comme un « travail de femme » pour considérer les soins comme une responsabilité humaine partagée, fondée sur l'empathie, les compétences et le professionnalisme. Malgré les différences nationales en matière de politiques du travail et d'attitudes culturelles, un point commun se dégage : la nécessité d'un

soutien systémique pour normaliser la participation des hommes aux soins, grâce à une meilleure formation, une sensibilisation accrue et des conditions de travail équitables. Ensemble, ces observations mettent en évidence à la fois les défis et le potentiel de transformation que représente la promotion de l'équilibre entre les genres dans le domaine des soins, une étape nécessaire vers des systèmes de soins de longue durée plus inclusifs, durables et centrés sur la personne dans toute l'Europe.

3.3 Comparaison entre les pays

Dans les cinq pays participants (Portugal, Italie, France, Roumanie et Chypre), l'intégration des aidants masculins dans le secteur des soins de longue durée (SLD) présente à la fois des obstacles structurels communs et des dynamiques spécifiques à chaque pays, façonnées par la culture, les politiques et les pratiques institutionnelles. Si la profession de soignant reste majoritairement féminine dans tous les contextes, les données suggèrent que la participation des hommes augmente lentement, soutenue par un changement culturel progressif, des pénuries de main-d'œuvre et des initiatives locales qui favorisent la diversité dans le personnel soignant.

Synthèse des thèmes récurrents, des points forts spécifiques à chaque pays et des citations illustratives des participants (tableau 1).

Thème / Perspective	Synthèse transnationale (résumé)	Citations illustratives (tirées de l'ensemble de données)
Persistance des stéréotypes de genre	Dans les cinq pays, les opinions traditionnelles continuent d'influencer les attitudes à l'égard des aidants masculins. Bien que la stigmatisation ait diminué au Portugal et en France, elle demeure présente en Roumanie et en Italie, où les soins restent considérés comme « un travail de femme ». Chypre reflète également un écart générationnel, en particulier en matière de soins personnels.	« Nous respectons toujours les souhaits des patients... un homme doit s'occuper des hommes et une femme des femmes. » (Portugal) « Les candidats masculins n'ont jamais été pris en considération ; la porte est toujours fermée aux hommes. » (Roumanie) « Les femmes sont plus compétentes... c'est plus naturel. » (Bénéficiaires de soins – Chypre)
Stagnation de carrière et faible rémunération	La progression de carrière limitée et les bas salaires étaient des préoccupations constantes dans tous les pays. Les aidants masculins ont souvent déclaré se sentir sous-estimés et manquer de soutien institutionnel pour progresser, ce qui affecte leur motivation et leur fidélisation.	« Il n'y a pas de salaire équitable pour ce que les gens font. » (Portugal) « Ce que vous faites aujourd'hui, vous le ferez encore dans 10 à 15 ans ; il y a peu de perspectives d'évolution de carrière. » (Roumanie) « Le salaire est tout simplement misérable et ne couvre absolument rien. » (France)
Gêne liée aux soins intimes et instauration de la confiance	Le malaise lié au fait de recevoir des soins intimes de la part d'aidants masculins reste très répandu chez les patientes âgées, en particulier à Chypre, au Portugal et en Roumanie. Cependant, la familiarité et la confiance tendent à surmonter ces barrières initiales.	« Au début, il y avait toujours une certaine appréhension à l'idée d'être un homme, mais après la première fois... elles ne voulaient plus d'autres collègues. » (Portugal) « Elle a dit qu'elle avait honte d'être soignée par un homme. » (Roumanie) « C'est un homme, je me sens gênée. » (Bénéficiaire de soins – Chypre)
Portugal – Partenariats inclusifs de formation et de sensibilisation	Le Portugal fait figure d'exemple en matière de bonnes pratiques grâce à sa collaboration institutionnelle avec les écoles d'infirmiers et les écoles techniques, qui favorise la visibilité et l'inclusion des soignants masculins. Les centres de formation encouragent la sensibilisation aux questions de genre et le développement de l'identité professionnelle.	« Nous sommes un centre de formation... nous accueillons de nombreux stagiaires en soins infirmiers. » « Avoir un groupe de travail hétérogène est toujours un avantage. »

France – Politiques de soutien sur le lieu de travail	La France fait preuve d'un engagement organisationnel fort en faveur de l'égalité. Les employeurs proposent des horaires flexibles, des formations et des initiatives en faveur du bien-être, contribuant ainsi à normaliser la participation des hommes dans les équipes de soins.	« Nous proposons des évaluations de performance, une assurance maladie et un jour de congé supplémentaire. » « Nous essayons d'ajuster les horaires pour éviter l'absentéisme. »
Italie – De nouveaux modèles masculins	L'Italie passe progressivement d'une division rigide entre les genres à une plus grande inclusion, soutenue par l'éducation et le mentorat. La mise en avant de modèles masculins dans le domaine des soins a contribué à remettre en question les stéréotypes.	« Nous donnons la parole à des professionnels masculins qui ont surmonté des difficultés et sont devenus des modèles dans le domaine des soins. » « Les hommes étaient affectés à des postes de chauffeurs ou de jardiniers, tandis que les femmes occupaient des postes de soins directs. »
Roumanie – Besoin de sensibilisation et de confiance du public	La Roumanie est confrontée à de forts préjugés culturels, mais fait également preuve de résilience parmi les aidants masculins qui luttent pour être reconnus. Des campagnes de sensibilisation structurées et des formations sont nécessaires pour changer les perceptions.	« Les candidats masculins n'étaient jamais pris en considération. » « Certaines femmes ont honte d'être prises en charge par des hommes... cela vient du passé. »
Chypre – Participation émergente et identité professionnelle	Chypre révèle une main-d'œuvre plus jeune dans le secteur des soins, les hommes s'orientant vers ce métier pour des raisons pratiques, mais y trouvant une signification personnelle. La stigmatisation est faible, mais les préférences traditionnelles persistent.	« C'était l'un de ces métiers où l'on trouvait immédiatement du travail. » « Les femmes préfèrent les aides-soignantes pour les soins intimes, mais sinon, c'est pareil. »

Tableau 1 : Résumé des conclusions transnationales sur le genre et les soins

3.3.1 Portugal : inclusion émergente et reconnaissance professionnelle

Le Portugal se distingue comme un exemple progressiste d'inclusion, où les stéréotypes de genre dans le domaine des soins sont aujourd'hui moins répandus que par le passé. Les participants ont décrit un secteur en transition : si les générations plus âgées manifestent encore un certain malaise à l'égard des aidants masculins, les employeurs et les bénéficiaires

de soins sont de plus en plus ouverts à la présence d'hommes dans les rôles d'aidants.

Les organisations ont commencé à recruter et à soutenir activement les aidants masculins, reconnaissant leur contribution à l'équilibre de la main-d'œuvre. Les employeurs ont souligné l'impact positif de la diversité des genres sur la dynamique d'équipe, notant que les aidants masculins apportent souvent stabilité, patience et compétences en matière de résolution des conflits.

Toutefois, les bas salaires et les possibilités de progression limitées restent des défis majeurs. Malgré cela, le Portugal fait preuve de bonnes pratiques en matière de sensibilisation des employeurs et de formation à l'inclusion, ainsi que dans le soutien à la formation continue des aidants masculins, notamment grâce à des collaborations avec des écoles techniques et des universités.

3.3.2 Italie : stéréotypes persistants et changements émergents

En Italie, la profession de soignant reste très genrée, les soins étant culturellement liés au rôle maternel des femmes. Les employeurs ont ouvertement reconnu l'existence de préjugés sexistes dans le recrutement, soulignant que les hommes se voient souvent attribuer des tâches physiques exigeantes ou techniques plutôt que des soins personnels directs.

Néanmoins, l'Italie montre également des signes prometteurs de progrès, en particulier dans le domaine de la formation professionnelle et des initiatives locales en matière de leadership. Certaines institutions commencent à prôner la parité dans les équipes de soins et à proposer des formations qui incluent les aidants masculins. Quelques participants masculins ont déclaré avoir accédé à des postes de direction (par exemple, des postes de directeur technique), ce qui montre que la compétence et la persévérance peuvent permettre de surmonter les barrières liées au genre. Toutefois, les attitudes sociales des personnes âgées bénéficiant de soins continuent de refléter une certaine pudeur et une certaine gêne lorsqu'elles sont prises en charge par des hommes, ce qui suggère que le changement culturel reste progressif.

3.3.3 France : égalité professionnelle et innovation organisationnelle

La France présente l'un des environnements les plus avancés sur le plan institutionnel en matière d'égalité des genres dans le domaine des soins. Les cadres juridiques favorisent l'égalité des chances et la non-discrimination, et les employeurs ont largement fait état d'une approche non sexiste en matière de recrutement et de gestion du lieu de travail. Cependant, des obstacles pratiques persistent, notamment en matière de stagnation de carrière et de reconnaissance du professionnalisme. Les soignants masculins ont exprimé leur frustration face à la mobilité ascendante limitée et à la charge de travail élevée, mais ont également décrit leur travail comme significatif et socialement utile.

Certaines organisations en France font preuve de bonnes pratiques grâce à des horaires flexibles, des programmes de formation et des campagnes de sensibilisation visant à démystifier les rôles de genre dans le secteur des soins. Les équipes mixtes sont particulièrement appréciées pour leur capacité à réduire les conflits interpersonnels et à enrichir la qualité des soins.

Parmi les bénéficiaires, la confiance et le confort vis-à-vis des soignants masculins étaient généralement élevés, ce qui indique une acceptation plus mature de la diversité des genres.

3.3.4 Roumanie : barrières culturelles et faible reconnaissance

Parmi les cinq pays, la Roumanie reflète les attitudes les plus traditionnelles à l'égard des hommes soignants. Les soignants masculins ont souvent décrit la stigmatisation sociale et l'incrédulité qui entourent leur rôle, tant de la part de leurs collègues que du public.

Les employeurs ont confirmé le manque de représentation masculine et ont admis que les hommes sont rarement pris en considération lors du recrutement pour des postes dans le domaine des soins personnels. En outre, les bas salaires, la formation limitée et la méfiance de la société, parfois alimentée par des reportages médiatiques sur les abus, contribuent à la difficulté d'attirer les hommes dans ce secteur.

Néanmoins, des exemples de résilience apparaissent : les aidants masculins ont exprimé une forte motivation intrinsèque, décrivant souvent la prestation de soins comme une vocation ou un devoir moral. Quelques

institutions ont commencé à inclure des formations sur la sensibilisation au genre, mais ces initiatives restent fragmentées et localisées. L'expérience de la Roumanie souligne la nécessité d'un soutien systémique et de campagnes nationales pour promouvoir les soins comme une profession neutre et respectée.

3.3.5 Chypre : entrée pragmatique et acceptation croissante

À Chypre, la participation des hommes aux soins est limitée mais augmente progressivement, en particulier parmi les travailleurs qui entrent dans le secteur pour des raisons économiques. Pour beaucoup, les soins ont commencé comme un choix professionnel pragmatique, mais ont évolué vers une profession ayant une signification émotionnelle et relationnelle.

Les bénéficiaires de soins à Chypre ont généralement déclaré se sentir très à l'aise et en confiance avec les aidants masculins, ne montrant que peu de résistance liée au genre. L'accent était mis sur le professionnalisme et la compassion plutôt que sur le genre. Les employeurs se sont montrés ouverts à l'embauche d'hommes, mais les politiques officielles en matière d'égalité des genres restent rares. Malgré l'absence de mesures d'inclusion institutionnalisées, il existe des exemples de bonnes pratiques à petite échelle, tels que le mentorat des nouveaux aidants masculins et les systèmes informels de soutien par les pairs, qui les aident à s'intégrer en douceur dans des équipes à prédominance féminine.

4. Recommandations politiques et pratiques

Les recherches menées dans le cadre du projet ont mis en évidence les expériences, les motivations et les défis des aidants professionnels masculins dans plusieurs pays européens. Les éléments présentés dans ce chapitre proviennent directement des recherches menées par tous les partenaires du projet. Ils reflètent les recommandations et les stratégies qui ont émergé de ces analyses.

Les aidants masculins apportent des compétences précieuses aux équipes à prédominance féminine, alliant soutien émotionnel, résolution pratique des problèmes et capacité physique. Dans le même temps, ils sont confrontés à des stéréotypes persistants, à une sous-représentation aux postes de direction et à des défis professionnels tels que la tension émotionnelle, la reconnaissance limitée et la précarité salariale.

Ce chapitre présente donc un ensemble d'idées, de recommandations pratiques, de mesures et de stratégies de sensibilisation qui peuvent aider les organisations, les décideurs politiques et les établissements d'enseignement à constituer des équipes de soins de longue durée plus inclusives et plus efficaces.

PRINCIPALES CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE

Comme indiqué précédemment, dans tous les pays étudiés, les aidants masculins ont tendance à entrer dans la profession motivés par une combinaison de valeurs humanistes, d'expérience préalable en matière de soins et de considérations pratiques telles que la stabilité de l'emploi ou le changement de carrière. Si beaucoup tirent une profonde satisfaction personnelle du fait d'aider les autres, ils sont également confrontés à des préjugés sociaux et culturels qui considèrent les soins comme un « *travail de femme* ». La réticence initiale de certains bénéficiaires de soins à l'égard des soins intimes est courante, mais le comportement professionnel et l'établissement d'une relation de confiance atténuent souvent ces préoccupations. Les aidants masculins sont généralement bien accueillis par leurs collègues et les responsables des soins, et leur présence contribue à l'équilibre de l'équipe, en apportant un ensemble de compétences complémentaires. Cependant, des défis subsistent : les hommes se voient souvent attribuer des tâches physiquement exigeantes ou conflictuelles, les possibilités d'accéder à des postes de direction sont limitées et la tension émotionnelle est fréquente. La rétention est affectée par la mobilité professionnelle, certains aidants quittant leur poste pour des fonctions hospitalières offrant un salaire plus élevé ou des équipes plus importantes.

Ces observations soulignent que les soignants masculins sont à la fois appréciés et vulnérables au sein des systèmes de soins de longue durée. Un soutien structuré, la reconnaissance, le développement de carrière et les initiatives de sensibilisation sont essentiels pour permettre leur pleine participation et réduire les obstacles liés au genre.

Mesures concrètes à envisager :

- Veiller à ce que les équipes soignantes reconnaissent et valorisent les compétences émotionnelles et relationnelles des aidants masculins, au même titre que leurs contributions physiques.
- Observer la manière dont les tâches sont attribuées aux hommes et aux femmes et les ajuster afin d'éviter de renforcer les stéréotypes.
- Fournir un soutien émotionnel structuré pour gérer le stress et promouvoir le bien-être.



- Faciliter le mentorat et les parcours de progression de carrière afin d'encourager la fidélisation.
- Collecter et surveiller séparément les données relatives au recrutement et à la rétention des hommes et des femmes afin d'orienter les actions.

Groupe cible : chercheurs, établissements de formation, employeurs du secteur des soins, responsables des ressources humaines, décideurs politiques.

RECOMMANDATIONS POLITIQUES

Les mesures politiques jouent un rôle clé dans la création d'une main-d'œuvre inclusive sur le plan du genre dans le secteur des soins de longue durée (SLD). La promotion de l'égalité des genres nécessite des stratégies qui couvrent le recrutement, la formation, la rémunération et la reconnaissance. Cela peut inclure l'ajout de modules de sensibilisation au genre et à la diversité dans les programmes d'études nationaux, le soutien au développement professionnel continu et la mise en place de systèmes de collecte et de suivi des données.

Des incitations financières ou une reconnaissance officielle pour les organisations qui recrutent et fidélisent activement des aidants masculins peuvent encourager les bonnes pratiques. L'amélioration du statut des aidants, grâce à des niveaux de rémunération minimums, des indemnités supplémentaires pour les gardes de nuit ou les tâches difficiles, et des prestations de retraite pour les services de longue durée, contribue à la fidélisation et à la dignité professionnelle.

Les cadres nationaux de compétences et les certificats professionnels courts peuvent reconnaître officiellement des spécialisations telles que les soins aux personnes atteintes de démence, les soins palliatifs ou la gestion de cas dans la progression de carrière et sur les échelles salariales. Les politiques devraient également soutenir la reconnaissance de l'expérience antérieure, aider les aidants migrants à s'intégrer et à leur donner une voix dans la prise de décision afin de rendre les réformes pratiques et durables.

Actions concrètes :

- Intégrer des modules sensibles au genre dans la formation aux soins et la formation continue.
- Offrir des incitations financières ou de reconnaissance aux organisations qui favorisent l'équilibre entre les genres.



- Mettre en place un salaire minimum et des avantages sociaux afin de renforcer la fidélisation et la reconnaissance professionnelle.
- Développer des cadres nationaux de compétences avec des programmes de certification des compétences pour les spécialisations.
- Reconnaître l'expérience antérieure des aidants et fournir un soutien linguistique aux travailleurs migrants.
- Créer des canaux de consultation permettant aux soignants de contribuer à l'élaboration des politiques et à la planification des services.

Groupe cible : décideurs politiques, ministères de la santé et des affaires sociales, partenaires sociaux et syndicats, organismes de financement, organismes d'accréditation.

MESURES PRATIQUES (EMPLOYEURS ET FORMATION)

Les employeurs et les prestataires de formation peuvent prendre des mesures pratiques pour soutenir les aidants masculins et promouvoir l'équilibre entre les genres. Le recrutement devrait s'appuyer sur un langage et des supports neutres afin de montrer que les rôles d'aidant sont ouverts à tous. Les nouveaux aidants doivent bénéficier d'une période d'intégration supervisée et d'un mentorat pour les aider à s'adapter et à prendre confiance en eux.

Une formation combinant des stages pratiques et des modules sur la communication, la régulation émotionnelle et les soins centrés sur la personne renforce les compétences et la satisfaction professionnelle. Le soutien par les pairs et le conseil aident les aidants à faire face au stress émotionnel et à éviter l'épuisement professionnel. Des horaires flexibles et des mesures favorisant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée améliorent la fidélisation, et les primes de fidélisation liées à l'assiduité ou aux performances favorisent la stabilité du personnel. Des politiques claires en matière de harcèlement et d'inconduite, associées à un retour d'information régulier, contribuent à créer des lieux de travail sûrs et inclusifs.

Mesures concrètes :

- Utiliser des descriptions de poste neutres et des supports de recrutement inclusifs.
- Offrir une initiation supervisée et un mentorat aux nouveaux aidants.



- Proposer une formation continue sur les soins centrés sur la personne, les compétences émotionnelles et la sensibilisation au genre.
- Mettre en place des initiatives de soutien par les pairs, de conseil et de bien-être pour prévenir l'épuisement professionnel.
- Introduire des horaires flexibles et des mesures incitatives pour fidéliser le personnel.
- Établir des politiques claires en matière de harcèlement et d'inconduite, assorties d'un retour d'information régulier.

Groupe cible : employeurs du secteur des soins, services des ressources humaines, gestionnaires d'établissements, prestataires de formation professionnelle et continue, auditeurs qualité/RH.

ACTIONS DE SENSIBILISATION ET DE COMMUNICATION

Il est essentiel de changer les perceptions sociales pour encourager les hommes à travailler dans le secteur des soins. Des campagnes multicanales peuvent mettre en avant les aidants masculins en partageant des histoires réelles, des témoignages et des reportages dans les médias. La collaboration avec les écoles, les services d'orientation professionnelle et les centres de formation professionnelle permet aux jeunes hommes d'acquérir une expérience pratique grâce à des journées de démonstration, des stages d'observation et des modules d'orientation professionnelle.

Les programmes d'ambassadeurs forment des aidants masculins expérimentés à prendre la parole lors d'événements, de salons de l'emploi et de conférences. Les activités communautaires, telles que les discussions intergénérationnelles et les cercles de discussion, contribuent à normaliser la participation masculine dans le domaine des soins. La reconnaissance publique par le biais de récompenses, d'événements locaux ou de l'image de marque des institutions peut renforcer l'acceptation sociale. Les efforts de sensibilisation doivent être continus et adaptés à la culture locale, en combinant des campagnes médiatiques et un engagement direct de la communauté.

Actions concrètes :

- Mener des campagnes multicanales montrant les compétences professionnelles et émotionnelles des aidants masculins.



- Établir des partenariats avec les écoles, les centres de formation professionnelle et les services d'orientation professionnelle pour offrir des expériences pratiques.
- Former des aidants masculins expérimentés pour qu'ils deviennent des ambassadeurs lors d'événements et de promotions professionnelles.
- Organiser des cercles de discussion communautaires et des dialogues intergénérationnels sur les soins.
- Utiliser des prix et des événements de reconnaissance pour mettre en avant les organisations qui promeuvent la diversité des genres.

Groupe cible : grand public, écoles, centres d'orientation professionnelle, écoles professionnelles, autorités locales, médias, ONG, prestataires de soins.

PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ DES GENRES DANS LES SOINS DE LONGUE DURÉE : PAR OÙ COMMENCER ?

L'introduction de l'égalité des genres dans les soins de longue durée (SLD) peut commencer par de petites mesures pratiques qui abordent à la fois la sensibilisation, le recrutement, la formation et la culture du lieu de travail. Les organisations peuvent commencer par vérifier que leurs documents de recrutement et leurs descriptions de poste sont inclusifs. Les programmes de formation peuvent inclure de courts modules sur la sensibilité au genre et la diversité.

Les employeurs peuvent également mettre en place des initiatives de mentorat et de soutien par les pairs pour les nouveaux employés, associées à des horaires flexibles et à des mesures favorisant le bien-être, pour démontrer leur engagement envers la fidélisation du personnel. Impliquer les écoles locales, les centres de formation professionnelle et les médias pour mettre en avant les aidants masculins permet d'avoir un impact plus large sur la société. Le suivi des données relatives au recrutement, à la répartition des tâches et à la fidélisation par genre permet aux organisations et aux décideurs politiques de mesurer les progrès accomplis et d'ajuster leurs stratégies. En combinant politiques, soutien pratique et sensibilisation, les prestataires de soins de longue durée peuvent contribuer à normaliser progressivement la participation des hommes et rendre les carrières dans le secteur des soins plus attrayantes pour des candidats diversifiés.

Sur la base de leur faisabilité et de leur impact immédiat, voici six mesures que vous pouvez mettre en œuvre pour promouvoir l'égalité des genres dans les soins de longue durée :

- 1) Recrutement et intégration inclusifs : utilisez des supports neutres en termes de genre et des programmes de mentorat pour attirer et soutenir les aidants masculins.
- 2) Supervision structurée et soutien par les pairs : contribuez à prévenir l'épuisement professionnel et à renforcer la confiance professionnelle.
- 3) Formation sur le genre et la diversité : incluez des modules de sensibilisation dans les programmes d'études et le développement professionnel continu.
- 4) Campagnes de sensibilisation et programmes d'ambassadeurs : normalisez la participation masculine grâce à des témoignages réels et à une visibilité publique.
- 5) Horaires flexibles et mesures de bien-être : favorisez l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et la fidélisation.
- 6) Collecte et suivi des données par genre : suivez le recrutement, la fidélisation et la répartition des tâches afin d'orienter les actions fondées sur des données probantes.

Le tableau ci-dessous résume les mesures recommandées par groupe cible, offrant un aperçu clair et pratique de la manière de promouvoir l'égalité des genres dans les soins de longue durée.

Employeurs et prestataires de soins
Mettre en place des programmes de mentorat et de soutien par les pairs entre les aidants masculins et féminins afin de réduire l'isolement professionnel.
Garantir des critères de recrutement et de promotion équitables, basés sur les compétences et non sur les stéréotypes de genre.
Développer des campagnes internes célébrant les aidants masculins et leur rôle dans les soins centrés sur la personne.
Encourager des modalités de travail flexibles favorisant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée pour tous les aidants.



Décideurs politiques et institutions

Promouvoir des stratégies nationales sensibles au genre en matière de soins de longue durée, en veillant à encourager la participation des hommes.

Soutenir la collecte de données ventilées par genre sur les professions de soins.

Financer des projets pilotes et des programmes d'innovation visant à attirer davantage d'hommes dans le secteur des soins.

Intégrer les aidants masculins dans les campagnes nationales de sensibilisation au vieillissement et aux soins.

Établissements de formation et universités

Intégrer la formation à l'égalité des genres et à la diversité dans les programmes d'études sur les soins de longue durée.

Créer des modules de formation abordant les préjugés inconscients et la communication inclusive dans les milieux de soins.

Intégrer des témoignages d'aidants masculins et de modèles dans le matériel pédagogique.

Encourager l'apprentissage interdisciplinaire entre les études en santé, en aide sociale et en genre.

Société civile et organisations communautaires

Mener des campagnes locales montrant que les soins sont une compétence et une profession accessibles à tous, et non une tâche réservée à un genre particulier.

Collaborer avec les médias et les influenceurs pour normaliser la participation des hommes aux soins de longue durée.



Soutenir les initiatives communautaires qui mettent en relation des personnes âgées avec divers aidants afin de favoriser l'apprentissage mutuel.

Personnes âgées et bénéficiaires de soins

Promouvoir des activités de soins intergénérationnelles et équilibrées entre les genres afin de favoriser la compréhension mutuelle.

Encourager le dialogue entre les bénéficiaires de soins et les professionnels sur leurs attentes et sur les stéréotypes liés au genre.

Ces recommandations font clairement écho aux priorités définies dans la stratégie de l'UE en matière d'égalité entre les femmes et les hommes (2020-2025) et la stratégie européenne en matière de soins (2022). Toutes deux appellent à des systèmes de soins plus équitables et plus inclusifs, où le travail de soins est valorisé, les conditions de travail améliorées et les stéréotypes de genre ne déterminent plus qui dispense ou reçoit des soins.

Dans toute l'Europe, le secteur des soins de longue durée est confronté à une véritable crise : il n'y a pas assez de professionnels qualifiés et beaucoup de ceux qui travaillent déjà dans ce domaine font face à une charge de travail lourde et à une forte fatigue émotionnelle. Les recommandations issues de nos recherches répondent directement à cette situation. En favorisant l'équilibre entre les genres, en améliorant la formation et le soutien, et en créant des lieux de travail où les hommes et les femmes peuvent s'épanouir, elles peuvent aider les organismes de soins à fidéliser leurs employés, à en attirer de nouveaux et à améliorer la qualité de vie de toutes les personnes concernées, tant les soignants que les bénéficiaires.

Parallèlement, une stratégie de communication et de sensibilisation peut contribuer à placer cette question au cœur des débats politiques. Rendre le rôle des aidants plus visible, remettre en question les stéréotypes et mettre en avant la valeur de leur travail sont autant d'étapes essentielles pour garantir que les décideurs considèrent les soins comme une véritable priorité. En fin de compte, l'objectif est commun à toutes les stratégies de l'UE : garantir la meilleure qualité de soins et d'accompagnement aux

bénéficiaires, dispensés par des professionnels soutenus, respectés et fiers de leur travail.

Ces recommandations peuvent également contribuer à l'effort plus large visant à rendre les emplois dans le secteur des soins plus attrayants et plus durables. Des actions telles que le mentorat par les pairs, les campagnes de sensibilisation et les partenariats entre les prestataires de soins, les centres de formation et les décideurs politiques soutiennent directement la vision de l'UE d'une « *prise en charge de qualité pour tous, fournie par des professionnels valorisés* ».

Les enseignements tirés d'OpenCARE peuvent guider les futures actions nationales et européennes visant à rendre le secteur des soins plus équilibré et plus inclusif.

5. Conclusion – Messages clés à retenir

Cette recherche met en évidence les contributions importantes des aidants masculins aux équipes de soins de longue durée (SLD). Leur présence complète les équipes majoritairement féminines, en apportant un soutien émotionnel, des compétences pratiques en matière de résolution de problèmes et des capacités physiques qui renforcent la prestation des soins. Dans le même temps, le secteur des SLD est confronté à une véritable crise, avec une pénurie de professionnels qualifiés, un taux de rotation élevé du personnel et des perspectives de carrière limitées. Les aidants masculins sont souvent confrontés à des stéréotypes sociaux, à une sous-représentation aux postes de direction et à de faibles salaires : autant de défis qui peuvent avoir un impact sur la rétention du personnel et la qualité globale des soins. Les recommandations présentées dans ce rapport, qui couvrent les politiques, les mesures pratiques pour les employeurs et la formation, ainsi que les stratégies de sensibilisation, sont conçues pour relever ces défis. En soutenant les aidants masculins, les organisations peuvent fidéliser leur personnel expérimenté, attirer de nouveaux talents et garantir aux bénéficiaires de soins un accompagnement de meilleure qualité. Mettre en évidence ces questions peut également aider les décideurs politiques à reconnaître que l'inclusion des genres dans les soins de longue durée n'est pas seulement une question d'équité, mais qu'elle est essentielle pour maintenir des soins de qualité pour les personnes âgées.

L'étude démontre également une adéquation claire avec la stratégie de l'UE en matière d'égalité entre les femmes et les hommes, ainsi qu'avec la

stratégie plus large de l'UE en matière de soins Des mesures fondées sur des données probantes, telles que le recrutement inclusif, le mentorat structuré, la flexibilité des horaires, la formation sensible au genre, les campagnes de sensibilisation et le suivi systématique des données sur la main-d'œuvre, peuvent être mises en œuvre tant au niveau organisationnel qu'au niveau politique. Ces mesures sont immédiatement réalisables et peuvent avoir un impact significatif, en améliorant à la fois l'égalité sur le lieu de travail et la qualité des services de soins. Même de petites actions, comme veiller à ce que les offres d'emploi soient neutres du point de vue du genre ou introduire des programmes de mentorat, peuvent progressivement changer la culture du lieu de travail et réduire les obstacles liés au genre.

Il est important de souligner que ce rapport ne représente que le début du travail du projet. Après sa publication, des traductions dans toutes les langues des partenaires garantiront une large accessibilité. Ensuite, un livre blanc sera élaboré afin de consolider les conclusions et de promouvoir l'inclusivité dans les soins de longue durée au niveau politique. Ce livre blanc servira de guide pratique pour sensibiliser les décideurs politiques, les partenaires sociaux et les parties prenantes à l'importance de soutenir les aidants masculins et de créer des équipes de soins plus équilibrées et durables.

La prochaine étape clé est le lancement du WP3 : ateliers de sensibilisation. Ces ateliers sont conçus pour mobiliser et impliquer deux groupes principaux : les bénéficiaires de soins et les prestataires de soins/employeurs. Deux ateliers ciblés seront organisés pour chaque groupe, à partir de contenus et de supports factuels issus des résultats de la recherche. L'objectif est de réduire les stéréotypes, la stigmatisation et la discrimination à l'égard des aidants masculins, et de favoriser des attitudes plus inclusives dans l'ensemble du secteur. À la fin du WP3, un guide de sensibilisation final sera produit, résumant les enseignements tirés, des conseils pratiques et des suggestions pour reproduire ces ateliers dans différents contextes.

Les objectifs du WP3 sont clairs :

- Permettre aux participants de reconnaître et de comprendre les formes de discrimination auxquelles les aidants masculins peuvent être confrontés en raison des stéréotypes et de la stigmatisation sociale.



- Sensibiliser à l'impact et à l'importance de traiter ces questions, tant pour les aidants que pour la qualité des soins prodigués.
- Impliquer émotionnellement les participants, en créant des liens personnels avec les défis auxquels sont confrontés les aidants masculins, et en motivant un changement culturel et social.
- Fournir des informations exploitables pouvant conduire à des changements de comportement, réduisant ainsi la discrimination tant au niveau individuel qu'organisationnel.
- Promouvoir l'égalité des chances et la reconnaissance équitable des hommes et des femmes dans le secteur des soins, en renforçant l'idée que la prestation de soins est une profession valorisée et respectée pour tous.

Parallèlement, une boîte à outils sera développée pour aider les aidants, les employeurs et les parties prenantes à mettre en pratique ces recommandations. Elle sera adaptée aux besoins identifiés grâce à la recherche et fournira des conseils pratiques pour créer des environnements de soins de longue durée plus inclusifs, plus solidaires et plus efficaces. Cette boîte à outils, associée à des événements de diffusion dans tous les pays partenaires, permettra au projet de partager les résultats de la recherche, d'échanger les meilleures pratiques et de favoriser l'apprentissage entre les prestataires de soins, les décideurs politiques et toutes les parties prenantes intéressées.

À terme, le projet vise à instaurer un changement culturel à long terme. En combinant les résultats de la recherche, des mesures pratiques, des campagnes de sensibilisation et un engagement politique, il ambitionne de faire des soins de longue durée un secteur où les aidants masculins peuvent participer pleinement et de manière égale. Cela permet non seulement de soutenir la main-d'œuvre, mais aussi de garantir aux bénéficiaires des soins de haute qualité, empreints de compassion et d'inclusivité. Le chemin vers l'inclusivité a commencé, et ces premières étapes jettent les bases solides d'un changement significatif dans le secteur européen des soins de longue durée.

6. Références

Assembleia da República. (2004). Lei n.º 38/2004: Regime Jurídico da Deficiência. Diário da República.

Commissione Europea. (2021). Rapport sur les soins de longue durée : tendances, défis et opportunités dans une société vieillissante. Volume II – Profils des pays. Office des publications de l'Union européenne. <https://doi.org/10.2767/845820>

Commission européenne. (2020). Stratégie pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2020-2025. Bruxelles : Commission européenne.

Commission européenne. (2022). Stratégie européenne en matière de soins. Bruxelles : Commission européenne.

Commission européenne. (2023). Profil de pays – Italie, Portugal, Roumanie : Soins de longue durée et services sociaux. Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion.

Commission européenne. (s.d.). Réforme des services de soins de longue durée pour les personnes âgées – Profil du projet : Roumanie. Extrait de <https://ec.europa.eu>

Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. (2023). État de santé dans l'UE : Italie, Portugal, Roumanie – Profils de santé par pays 2023. Éditions OCDE. <https://doi.org/10.1787/25227041>

Eurofound. (2020). Personnel de soins de longue durée : emploi et conditions de travail. Office des publications de l'Union européenne.

Eurostat. (2024). Statistiques sur le personnel soignant par genre, lits de soins de longue durée par État membre de l'UE, données sur le vieillissement de la population.

GOLTC – Gouvernement de Chypre, Centre de recherche sur les services de santé et la politique sociale. (2024). Profil du nouveau système : soins de longue durée à Chypre.

Parlement italien. (1977). Loi n° 517 sur l'intégration des élèves handicapés dans l'enseignement ordinaire.

Parlement italien. (1978). Loi n° 180 / Legge Basaglia.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 relative aux droits des personnes âgées et à la dépendance (France).

Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (France).

Ministère de la Santé et Ministère du Travail et de la Sécurité sociale (Chypre). (2019). Loi sur le système général de santé (GeSY) et rapports de mise en œuvre.

Ministère italien de la Santé. (2022). Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022–2024 [Plan national pour la dépendance 2022-2024]. Ministero della Salute.

Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Sécurité sociale du Portugal. (2022). Relatório de Avaliação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) [Rapport d'évaluation du réseau national de soins continus intégrés].

OCDE / Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. (2023). État de santé dans l'UE : Chypre – Profil de santé du pays 2023.

Organisation de coopération et de développement économiques. (2023). Panorama de la santé : Europe 2023. Éditions OCDE. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

Penneau, A. (2021). Investir dans le secteur médico-social pour améliorer l'efficacité des soins aux personnes âgées [Thèse de doctorat/rapport]. IRDES.

Gouvernement portugais. (2009). Ratification de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (UN CRPD).



Présidence du Conseil des ministres de Roumanie. (2023). Stratégie nationale sur les soins de longue durée et le vieillissement actif 2023-2030. Gouvernement roumain.

Organisation mondiale de la santé. (2022). Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé – Examens des systèmes de santé (série HiT) : Italie, Portugal, Roumanie. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.



Co-funded by
the European Union



Open Care



Co-funded by
the European Union

Lutter contre les stéréotypes de genre en promouvant une plus grande participation des hommes dans les métiers du médico-social et sanitaire.



Co-funded by
the European Union

101190943



Cyprus
University of
Technology



the European Association
for Social Innovation

Cofinancé par l'Union européenne. Les points de vue et opinions exprimés sont toutefois ceux des auteurs uniquement et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou de la Commission européenne. Ni l'Union européenne ni la Commission européenne ne peuvent en être tenues responsables.