

INFLUENCE DU MODÈLE DE GOUVERNANCE SUR LE CONTEXTE ORGANISATIONNEL ET MANAGÉRIAL DES MAISONS DE REPOS EN RÉGION WALLONNE

LOUMRHARI N (1)*, GONTIER R (1)*, GHUYSEN A (1, 2), BRUYNEEL A (3), KAIVERS V (2), PAQUAY M (1, 2)

RÉSUMÉ : Le vieillissement de la population entraîne une demande croissante de places en maisons de repos, alors que ces institutions peinent à recruter et fidéliser du personnel. Cette étude visait à explorer le lien entre le contexte organisationnel et managérial (COM) et les attitudes du personnel ainsi qu'à comparer ces perceptions selon trois modèles de propriété : privé lucratif, associatif et public. Un questionnaire validé (COMET[®]) a été diffusé en ligne auprès du personnel infirmier et paramédical de maisons de repos situées en Région wallonne. Parmi les 386 réponses recueillies, 11 des 18 dimensions du COM ont été jugées sous-développées, notamment le leadership, la communication, la reconnaissance et la clarté des rôles. Les participants ont exprimé un besoin d'autonomie, de formation et de répartition plus claire des tâches. Les directeurs ont été évalués moins favorablement que les infirmiers chefs, révélant un déficit de leadership hiérarchique. Les établissements associatifs ont obtenu les scores les plus positifs, surtout pour le soutien hiérarchique, la satisfaction et l'intention de rester. L'amélioration du COM apparaît essentielle pour renforcer la satisfaction et la rétention du personnel et, par conséquent, la qualité des soins aux aînés.

MOTS-CLÉS : *Maisons de soins infirmiers - Organisation - Administration - Satisfaction au travail - Fidélité du personnel - Leadership*

SECTORAL INFLUENCE ON THE ORGANIZATIONAL AND MANAGERIAL CONTEXT OF NURSING HOMES IN WALLONIA

SUMMARY : The growing aging population is increasing the demand for nursing home placements, while these institutions face persistent difficulties in recruiting and retaining nursing and paramedical staff. This study explored whether the organizational and managerial context (OMC) influences staff attitudes, such as job satisfaction, commitment, and intention to leave, and compared these perceptions across for-profit, non-profit, and public ownership models. An online survey using the validated COMET[®] questionnaire was distributed to nursing and paramedical staff in Walloon nursing homes. Among 386 responses, 11 of 18 OMC dimensions were rated as underdeveloped, particularly leadership, communication, recognition, and role clarity. Participants expressed a need for greater autonomy, clearer task distribution, and more training opportunities. Directors were consistently evaluated less favorably than head nurses, revealing a leadership gap. Non-profit institutions received the most positive ratings, especially regarding hierarchical support, satisfaction, and retention intentions. Improving the OMC appears crucial to strengthening staff satisfaction, retention, and ultimately the quality of care for the elderly.

KEYWORDS : *Nursing homes - Organization - Administration - Job satisfaction - Personnel loyalty - Leadership*

INTRODUCTION

Les projections européennes indiquent une croissance simultanée de la population âgée et des besoins en soins de longue durée (1). En Belgique, la population âgée de 65 ans et plus augmentera de 43 % entre 2010 et 2030, celle des 80 ans et plus de 46 %, et celle des 90 ans et plus de 148 %, traduisant une pression accrue sur les besoins en soins de longue durée (2). Pourtant, les maisons de repos rencontrent déjà des difficultés majeures à attirer et à fidéliser les professionnels de santé. La gestion de ces établissements demeure particulièrement complexe en raison de la pénurie persistante de personnel qualifié (3). Les soins gériatriques restent peu valorisés et souvent

perçus comme un dernier recours, ce qui réduit leur attractivité auprès des jeunes diplômés (4, 5). Dans ce contexte, la pénurie touche non seulement les infirmiers, mais aussi les aides-soignants et les professionnels paramédicaux tels que les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes (6). Des charges de travail élevées, une insatisfaction professionnelle et un risque accru d'épuisement sont fréquemment rapportés (7). Ces conditions de travail tendues, associées à un soutien organisationnel limité, ont un impact négatif sur la qualité et la continuité des soins. Plusieurs études ont cherché à identifier les causes profondes du turnover, de l'absentéisme et du désengagement en soins de longue durée (8, 9). Si ces problèmes sont parfois attribués à des facteurs individuels ou générationnels, la recherche souligne, de plus en plus, l'influence de l'environnement de travail, en particulier le leadership, les relations interprofessionnelles, la communication et les structures décisionnelles (10). Ces éléments sont regroupés sous le terme de contexte organisationnel et managérial (COM), qui désigne les conditions systémiques dans lesquelles les professionnels exercent au

(1) Service des Urgences, CHU de Liège, Liège, Belgique.

(2) Département de Santé Publique, Faculté de Médecine, ULiège, Liège, Belgique.

(3) École de Santé publique, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique.

(*) Loumrhari N et Gontier R ont contribué de manière égale à la rédaction de cet article.

quotidien. Le COM a été largement étudié en milieu hospitalier, principalement auprès des infirmiers (11, 12). En revanche, peu de données existent sur la manière dont les professionnels travaillant en maisons de repos, notamment les aides-soignants et les paramédicaux, perçoivent leur environnement organisationnel et managérial (5, 7). Les études disponibles adoptent souvent une approche uniprofessionnelle et comparent rarement les perceptions selon les rôles professionnels ou le type de propriété des institutions de soins. Or, le COM peut différer sensiblement selon le modèle de gouvernance, à savoir public, privé associatif ou privé lucratif (7). Si les différences entre secteurs ont été examinées sous l'angle des performances financières ou des indicateurs de qualité, leur influence sur l'environnement de travail quotidien reste peu documentée (13, 14). À ce jour, aucune étude n'a exploré, de manière approfondie, le COM dans ces trois secteurs selon une approche pluridisciplinaire. La présente étude vise à combler cette lacune en examinant le COM tel qu'il est perçu par les infirmiers, aides-soignants et professionnels paramédicaux travaillant dans les maisons de repos belges, et en comparant leurs expériences entre les secteurs public, privé associatif et privé lucratif.

MÉTHODES

APPROCHE ET HYPOTHÈSE DE TRAVAIL

Cette étude quantitative et observationnelle a évalué le COM dans les maisons de repos situées en Région wallonne de Belgique. Le questionnaire validé COMEt® a été utilisé pour mesurer différents aspects de l'environnement organisationnel (15). L'approche analytique et transversale a permis d'identifier des associations entre variables et d'explorer différents profils organisationnels. Les lignes directrices STROBE pour les études transversales ont été suivies afin d'assurer la transparence méthodologique et la qualité du rapport (16).

L'étude reposait sur deux hypothèses :

- Les scores globaux du COM seraient faibles dans l'ensemble des maisons de repos, reflétant des difficultés communes en matière de management et de soutien au personnel (11,12).
- Les établissements privés à but lucratif présenteraient des scores inférieurs à ceux des établissements publics et associatifs, en raison des contraintes liées à la conciliation entre rentabilité et qualité du management (6).

POPULATION ET ÉCHANTILLONNAGE

La population cible comprenait les professionnels de santé et les professionnels paramédicaux exerçant en maisons de repos en Région wallonne.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être titulaire d'un diplôme en soins infirmiers, en aide-soignant ou dans une profession paramédicale (kinésithérapeute, ergothérapeute, logopède, assistant social).
- Être actuellement employé dans une maison de repos en Région wallonne.

Les critères d'exclusion comprenaient :

- Le refus de participation ou l'absence de consentement.
- Une absence prolongée pour maladie ou autre raison.
- Les stagiaires et étudiants.

Un échantillonnage volontaire a été réalisé, combinant des invitations officielles envoyées par courriel aux directions et cadres, et une méthode de type «boule de neige» via les réseaux sociaux. Cette approche a permis une collecte rapide dans un délai limité. La taille minimale de l'échantillon a été calculée à 382 répondants (Calculator.net), sur la base d'un intervalle de confiance de 95 % et d'une marge d'erreur de 5 %, pour une population de référence d'environ 50.000 professionnels travaillant en maisons de repos et de soins en Wallonie et à Bruxelles (2). Bien que l'étude se limite à la Région wallonne, ce chiffre a été conservé par sécurité afin d'éviter une sous-estimation de la population cible. La collecte de données est restée ouverte jusqu'à l'obtention de cette taille minimale.

COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données s'est déroulée du 5 août au 7 octobre 2023 au moyen d'un questionnaire en ligne administré via Google Forms. L'enquête comprenait :

1) *La version francophone validée du questionnaire COMEt®*, comportant 83 items explorant la perception qu'ont les professionnels de santé du contexte opérationnel de leur établissement selon six grandes dimensions et 21 sous-dimensions. Parmi celles-ci, trois sous-dimensions qualitatives ne produisant pas de score numérique ont été exclues, portant à 18 le nombre de sous-dimensions analysées (**Tableau I**);

2) *Des variables sociodémographiques telles que l'âge, la fonction, la localisation géographique et le type d'établissement* (public, associatif ou privé). Les participants répondaient à

Tableau I. Dimensions, sous-dimensions and nombre d'items du questionnaire COMEt®

Dimensions	Sous-dimensions (N = 21)	Items (N = 83)
Implication du professionnel	Engagement du professionnel envers le service Acceptation des normes Aspirations professionnelles (adjectif qualificatif possible : soucieux du patient, bonne gestion du service, relations entre collègues, efficacité des soins, protection du statut professionnel) (non utilisé)	12
Résultats perçus du fonctionnement du service	Satisfaction au travail Propension à rester Absence de charge de travail Absence de burn-out Efficacité perçue du service	17
Management du service	Prise en compte de l'individu dans le collectif Pratiques discriminatoires faibles Attributions des tâches et des objectifs Apprentissage organisationnel Fréquence des conflits interprofessionnels faible Modalité de gestion de conflits (adjectif qualificatif possible : déni de cette problématique, recherche de consensus, régime autoritaire, stratégie d'accord collectif, poursuite d'un bénéfice personnel) (non utilisé) Type de comportement encouragé dans le service (adjectif qualificatif possible : normatif (respect des standards), créatif (prise d'initiatives), productif (efficacité), collaboratif (travail en équipe)) (non utilisé)	26
Vie relationnelle et communication au sein du service	Relation entre les professionnels paramédicaux Relation avec et entre les médecins Coordination au sein du service Diffusion de l'information	14
Relation avec le patient et sa famille		5
Soutien hiérarchique		9

chaque item sur une échelle de Likert à cinq points (1 = pas du tout d'accord à 5 = tout à fait d'accord).

ANALYSE DES DONNÉES

Des statistiques descriptives ont été réalisées pour résumer les caractéristiques des participants et les scores moyens des 18 dimensions. Les réponses ont été catégorisées comme positives ($\geq 75\%$), modérément positives (50-74 %) ou négatives ($< 50\%$). Afin d'explorer les associations entre dimensions organisationnelles et attitudes du personnel, les items ont été dichotomisés en accord (notes 4-5) ou désaccord (notes 1-3). Les scores agrégés ont été analysés pour la concordance thématique à l'aide du coefficient Kappa de Cohen. Les comparaisons selon le secteur ont été effectuées à l'aide du test du chi carré, avec correction de Bonferroni pour comparaisons multiples. La cohérence interne du questionnaire a été évaluée par le coefficient alpha de Cronbach, qui s'est révélé satisfaisant pour l'ensemble des sous-échelles ($\alpha > 0,70$).

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

L'approbation éthique a été obtenue auprès du comité d'éthique de la Faculté de médecine du CHU de Liège (référence 2022/193). La participation était volontaire, et le consentement éclairé a été recueilli avant le remplissage du questionnaire. Les données ont été pseudonymisées, stockées de manière sécurisée et uniquement accessibles à l'équipe de recherche.

RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS

L'étude a inclus 386 participants répondant à l'ensemble des critères d'inclusion (**Tableau II**). L'âge moyen des répondants était de 39 ans ($\pm 10,2$) et l'ancienneté médiane de 9,5 ans. La répartition professionnelle était la suivante : 23 % d'infirmiers, 35 % d'aides-soignants et 42 % de professionnels paramédicaux. Concernant le secteur d'activité, 32 % travaillaient dans des établissements publics, 37 % dans des

Tableau II. Données sociodémographiques et professionnelles des participants

	Public (n = 124)	Privé non lucratif (n = 143)	Privé lucratif (n = 119)	Tout (n = 386)
Âge (écart-type)	40,2 (10,9)	39,7 (9,8)	38,9 (10,5)	39,6 (10,2)
Ancienneté (écart-type)	13,5 (10,5)	12,8 (9,1)	12,0 (9,1)	12,8 (9,6)
Profession				
Infirmières (%)	31 (34)	39 (43)	21 (23)	91 (100)
Aides-soignantes (%)	38 (28)	53 (40)	43 (32)	134 (100)
Paramédicaux (%)	55 (34)	51 (32)	55 (34)	161 (100)

structures associatives et 31 % dans des maisons de repos privées à but lucratif.

ÉVALUATION DU CONTEXTE ORGANISATIONNEL ET MANAGÉRIAL

Le COM évalué a montré que, globalement, 11 dimensions étaient jugées sous-développées (< 50 %), 6 modérément développées (50-74 %) et une seule bien développée (≥ 75 %) (Tableau III).

L'analyse du coefficient Kappa de Cohen a mis en évidence une concordance statistiquement significative entre l'ensemble des thématiques évaluées par le questionnaire COMET[®] ($p < 0,001$). Les niveaux de concordance les plus élevés ($Kappa > 0,5$) ont été observés entre les pratiques managériales, la communication et le soutien hiérarchique, soulignant l'interdépendance de ces facteurs dans la construction de la culture organisationnelle (Figure 1).

Lorsqu'on considère le secteur, des différences significatives sont apparues entre les trois types de gouvernance des maisons de repos. Le personnel des établissements à but non lucratif a rapporté les niveaux les plus élevés de satisfaction au travail ($\chi^2 = 10,92$; $p = 0,004$) et d'intention de rester en poste ($\chi^2 = 6,04$; $p = 0,05$). L'efficacité perçue y était également supérieure à celle observée dans les maisons de repos privées à but lucratif ($\chi^2 = 6,57$; $p = 0,04$). Le soutien hiérarchique a été jugé significativement meilleur dans les établissements associatifs que dans les établissements publics ($\chi^2 = 7,6$; $p = 0,02$). L'analyse du soutien hiérarchique selon le rôle du supérieur hiérarchique, distinguant les infirmiers chefs des directeurs, a montré que les répondants évaluaient nettement plus positivement le soutien offert par les infirmiers chefs (61 % d'évaluations positives) que par les directeurs (47 %). Cette différence s'est révélée statistiquement significative ($\chi^2 = 7,51$; $p = 0,006$). Les commentaires qualitatifs ont, par

ailleurs, mis en lumière que les infirmiers chefs étaient souvent décrits comme plus accessibles, empathiques et cohérents dans leurs décisions, tandis que les directeurs étaient fréquemment critiqués pour leur manque de visibilité, leurs compétences relationnelles limitées et une approche jugée trop condescendante.

DISCUSSION

Cette étude visait à évaluer le COM au sein des maisons de repos situées en Région wallonne. Les résultats montrent que la majorité des dimensions du COM sont perçues comme sous-développées, en particulier dans les établissements privés à but lucratif. Le soutien perçu de la hiérarchie diffère significativement selon le rôle du supérieur, les infirmiers chefs étant évalués plus favorablement que les directeurs. Les maisons de repos à but non lucratif obtiennent de meilleurs résultats dans l'ensemble des dimensions organisationnelles, comparativement aux structures publiques et privées commerciales. Un résultat inattendu concerne la formation en leadership des directeurs de maisons de repos, soulignant la nécessité d'un parcours de formation plus structuré.

SCORES FAIBLES DU COM DANS L'ENSEMBLE DES TYPES DE MAISON DE REPOS

Notre première hypothèse postulait que les scores globaux du COM seraient faibles dans l'ensemble des types de maisons de repos, traduisant les difficultés communes rencontrées par ces institutions. Cette hypothèse a été largement confirmée : 11 des 18 dimensions évaluées ont été jugées sous-développées. Les charges de travail élevées et le risque d'épuisement professionnel apparaissent particulièrement préoccupants, rejoignant les études antérieures qui soulignent la forte tension

Tableau III. Scores (%) des 18 dimensions scorées du contexte organisationnel et managérial (N = 386)

(Sous-)Dimensions	Score du COM (sur 100)	Comparaison par secteur (p-value)
Implication du professionnel		
Engagement du professionnel envers le service	74	0,49
Acceptation des nommes	40	0,48
Résultats perçus du fonctionnement du service		
Satisfaction au travail	42	0,004 ^a
Propension à rester	56	0,05 ^a
Absence de charge de travail	26	0,53
Absence de burn-out	41	0,19
Efficacité perçue du service	46	0,04 ^a
Management du service		
Prise en compte de l'individu dans le collectif	42	0,33
Pratiques discriminatoires faibles	88	0,81
Attributions des tâches et des objectifs	46	0,07
Apprentissage organisationnel	47	0,30
Fréquence des conflits interprofessionnels faible	54	0,83
Vie relationnelle et communication au sein du service		
Relation entre les professionnels paramédicaux	70	0,31
Relation avec et entre les médecins	49	0,28
Coordination au sein du service	46	0,39
Diffusion de l'information	49	0,53
Relation avec le patient et sa famille		
	62	0,10
Soutien hiérarchique		
	51	0,02 ^b

COM : Contexte Organisationnel et Managérial.

Les analyses post hoc du khi carré indiquent :

^a La satisfaction au travail est plus élevée dans les maisons de repos à but non lucratif que dans les établissements publics et privés à but lucratif ; l'intention de quitter est plus faible et l'efficacité perçue plus élevée dans les établissements à but non lucratif que dans ceux à but lucratif.

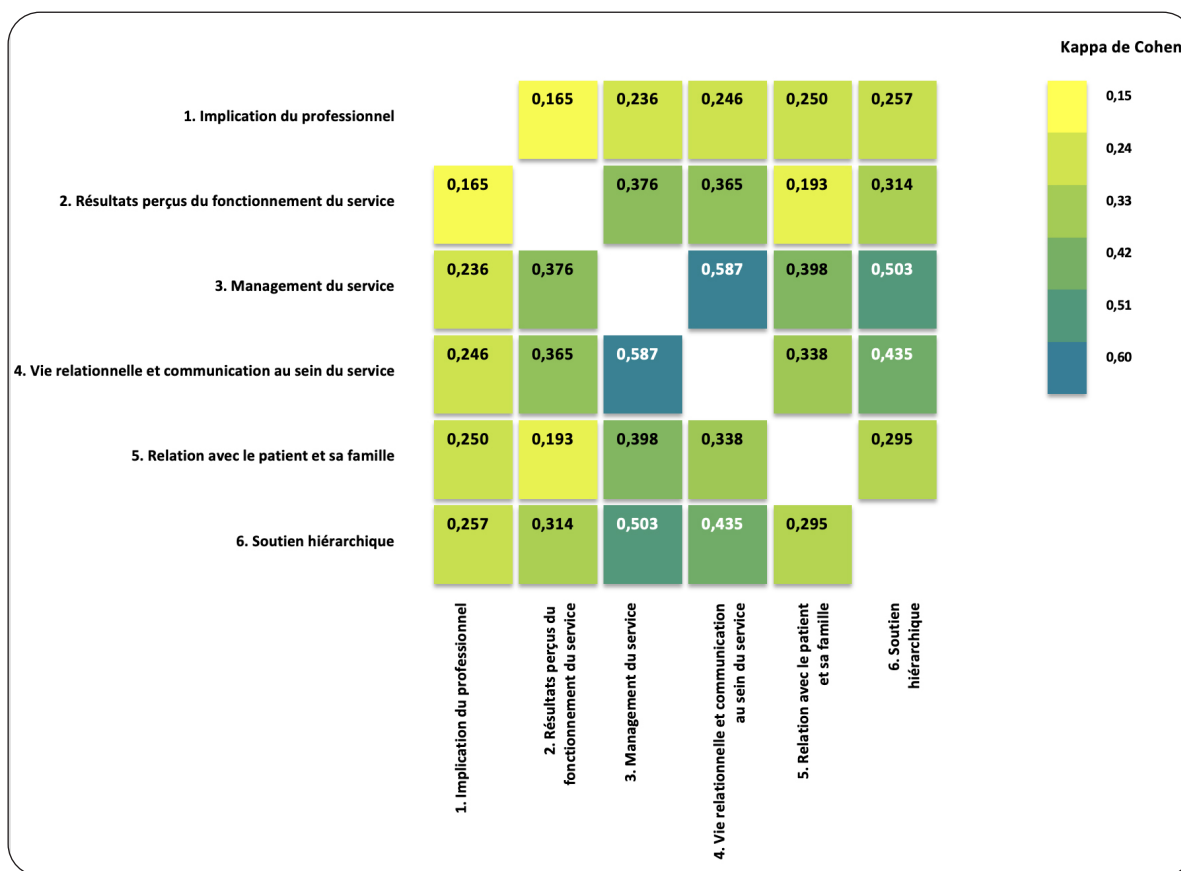
^b Le soutien hiérarchique est perçu comme meilleur dans les maisons de repos à but non lucratif que dans les établissements publics.

psychologique vécue par les professionnels exerçant en soins de longue durée (9). Ces résultats s'inscrivent dans une littérature plus large qui identifie le stress, les conditions de travail défavorables et la surcharge comme des déterminants majeurs de l'insatisfaction et du turnover du personnel (10).

Plusieurs facteurs organisationnels contribuent vraisemblablement à cette insatisfaction généralisée. D'abord, la faible valorisation du champ gériatrique réduit son attractivité auprès

des jeunes diplômés, entraînant une pénurie chronique et une surcharge pour les équipes en place (4, 5). Ensuite, les maisons de repos manquent souvent de structures de soutien robustes, créant un environnement où l'épuisement devient presque inévitable (17). Cette tendance se reflète dans la corrélation significative observée entre le soutien hiérarchique et la satisfaction au travail, confirmant l'importance d'un leadership bienveillant et présent. Pour relever ces défis, plusieurs pistes peuvent

Figure 1. Heat Map des coefficients Kappa de Cohen entre les dimensions du questionnaire COMEt®



Cette heat map illustre la concordance entre les six grandes dimensions du questionnaire COMEt®, calculée à l'aide du coefficient Kappa de Cohen. Des valeurs plus élevées indiquent un niveau d'accord plus fort entre les thématiques.

être envisagées. L'adoption de modèles de gestion participative, tels que ceux promus par les Magnet Hospitals, pourrait renforcer l'engagement du personnel et réduire le turnover (18). Ces modèles reposent sur la décision partagée, le respect de l'autonomie professionnelle et une communication transparente, éléments essentiels à un environnement de travail soutenant (8). Toutefois, un changement culturel plus profond reste nécessaire. La dévalorisation persistante des soins gériatriques est ancrée dans des représentations âgistes qui s'installent dès la formation initiale. Des stratégies pédagogiques ciblées, comme la simulation ou l'exposition précoce aux milieux de soins de longue durée, peuvent favoriser une attitude plus positive et stimuler l'intérêt pour la prise en charge des aînés (5, 19). Investir dans de telles approches est essentiel pour assurer l'attractivité et la pérennité du secteur.

SCORES PLUS FAIBLES DU COM DANS LES MAISONS DE REPOS PRIVÉES À BUT LUCRATIF

Notre seconde hypothèse portait sur les différences attendues entre les trois principaux secteurs de gestion des maisons de repos : privé lucratif, associatif et public. Comme anticipé, le personnel travaillant dans les établissements privés à but lucratif a attribué les évaluations les plus faibles, traduisant un environnement organisationnel et managérial plus difficile. Les maisons de repos publiques ont présenté des scores également bas, tandis que les établissements à but non lucratif ont obtenu les évaluations les plus positives, avec des niveaux de satisfaction au travail et de soutien organisationnel significativement plus élevés. Ces résultats rejoignent les travaux antérieurs suggérant que les institutions associatives offrent, généralement, de meilleures conditions de travail et une qualité de soins supérieure, en

raison d'une plus forte cohérence entre les valeurs du personnel et celles de l'organisation (7, 13, 14, 20, 21).

À l'inverse, les établissements privés à but lucratif sont souvent guidés par des impératifs d'efficacité financière, se traduisant par des effectifs plus réduits (7, 22) et un investissement moindre dans les environnements de travail soutenant (14, 23), ce qui influence négativement la perception du contexte organisationnel (7). Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence car ils reposent sur des travaux relativement anciens menés dans un contexte exclusivement nord-américain. À l'heure actuelle, très peu d'études continuent d'examiner la question de la dotation par secteur, en particulier dans les systèmes de santé européens.

De leur côté, les établissements publics, bien qu'exemptés d'objectifs financiers, restent contraints par des structures administratives rigides et une autonomie managériale limitée, comme le montrent plusieurs études menées en Suisse et en Belgique (14, 20, 24). Ces institutions, généralement gérées par des autorités communales ou des centres publics d'action sociale, évoluent dans des cadres politiques complexes et hiérarchisés. Cette gouvernance peut ralentir la prise de décision et limiter la réactivité face aux besoins du terrain, ce qui influe sur la perception du leadership par le personnel.

Nos résultats confirment cette tendance : le soutien hiérarchique a été jugé significativement meilleur dans les établissements associatifs que dans les établissements publics, reflétant les défis propres à la gouvernance publique (13). Malgré leurs avantages, les maisons de repos à but non lucratif restent minoritaires en Belgique. Une législation récente vise toutefois à préserver un équilibre entre les secteurs, en fixant un minimum de 29 % de lits pour le secteur public, au moins 21 % pour le secteur associatif et un maximum de 50 % pour le secteur privé lucratif. Cette politique traduit une reconnaissance croissante de la valeur ajoutée des modèles non lucratifs, tant pour le bien-être du personnel que pour la qualité des soins offerts aux résidents.

LEADERSHIP ET FORMATION DES DIRECTEURS DE MAISONS DE REPOS

L'un des résultats les plus marquants de cette étude réside dans le contraste net entre la perception du soutien offert par les infirmiers chefs et celle des directeurs. Les premiers ont été évalués de manière nettement plus positive, tandis que les seconds ont reçu des apprécia-

tions plus critiques. Cet écart de perception rejoint les observations de la littérature (12, 25).

Une explication plausible réside dans la diversité, souvent non clinique, du parcours de formation des directeurs de maisons de repos inclus dans notre étude. Des personnes issues de domaines très variés, tels que le tourisme ou l'agronomie, peuvent accéder à cette fonction après seulement une année de formation complémentaire. Si ce dispositif favorise l'ouverture du métier, il ne prépare pas toujours adéquatement aux réalités complexes de la gestion des soins de longue durée. Les évaluations plus négatives relevées dans cette étude pourraient refléter ce décalage.

La littérature appuie cette hypothèse : les directeurs issus du milieu clinique accordent davantage d'importance à la qualité des soins et au soutien du personnel, tandis que ceux formés à la gestion tendent à privilégier le contrôle des coûts et la performance (26, 27). De plus, un niveau de formation plus élevé et une formation ciblée sont associés à un leadership plus solide et à de meilleurs résultats en matière de qualité des soins (27, 28). L'ensemble de ces constats souligne la nécessité de développer des parcours de formation structurés et interdisciplinaires, adaptés aux exigences spécifiques de la gestion gériatrique.

CONCLUSION

Cette étude a confirmé les hypothèses initiales relatives aux difficultés du contexte organisationnel et managérial des maisons de repos, en particulier dans les secteurs public et privé à but lucratif. Elle a également mis en évidence un déficit important dans la formation au leadership des directeurs, soulignant la nécessité d'initiatives éducatives ciblées. Relever ces défis exige une approche multidimensionnelle qui accorde une attention prioritaire au soutien du personnel et au développement des compétences managériales, afin de garantir une amélioration durable des environnements de soins de longue durée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Poldrugovac M, Wammes JD, Bos VL, et al. Performance indicators on long-term care for older people in 43 high- and middle-income countries: literature review, web search and expert consultation. *BMC Health Serv Res* 2025;25:460.
2. FEMARBEL. Domicile ou maison de repos ? Quel accompagnement pour quel coût. Bruxelles: 2021. Disponible sur : <https://femarbel.be/wp-content/uploads/2021/10/2021-Etude-Domicile-Maison-de-repos-version-PDF.pdf>

3. Shen K, McGarry BE, Gandhi AD. Health care staff turnover and quality of care at nursing homes. *JAMA Intern Med* 2023;**183**:1247-54.
4. Fhon JR, Alves N, Dos Santos Neto AP, et al. Attitudes and perceptions about ageism among nursing students: a scoping review. *Rev Lat Am Enfermagem* 2024;**32**:e4116.
5. Vitman-Schorr A, Rozani V. Examining final-year healthcare students' willingness to work with older adults: a mediator-moderator analysis of knowledge, ageism, and grandparental relationships. *BMC Med Educ* 2025;**25**:769
6. Gilles I, Le Saux C, Zuercher E, et al. Work experiences of healthcare professionals in a shortage context: analysis of open-ended comments in a Swiss cohort (SCOHPICA). *BMC Health Serv Res* 2025;**25**:520
7. Ben-Ner A, Ren T. Comparing workplace organization design based on form of ownership: nonprofit, for-profit, and local government. *Nonprofit Volunt Sect Q* 2015;**44**:340-59.
8. Duan Y, Thorne T, Iaconi A, et al. Changing trends in job satisfaction and burnout for care aides in long-term care homes: the role of work environment. *J Am Med Dir Assoc* 2025;**26**:105380.
9. Gruneir A, Chamberlain SA, Jensen C, et al. Burnout among nursing home care aides and the effects on resident outcomes. *Med Care Res Rev* 2024;**81**:233-44.
10. Sermeus W, Aiken LH, Ball J, et al. A workplace organisational intervention to improve hospital nurses' and physicians' mental health: study protocol for the Magnet4Europe wait list cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 2022;**12**:e059159.
11. Paquay M, Boulanger JM, Locquet M, et al. Exploring the feasibility of the Magnet Hospital concept within a European university nursing department: a mixed-methods study. *Contemp Nurse* 2021;**57**:187-201.
12. Paquay M, Diep AN, Kabanda Z, et al. Impact of the Covid-19 crisis on the hospital work environment and organization: A mixed-methods study. *Int J Healthc Manag* 2023;**17**:1-11.
13. Damián J, Pastor-Barriuso R, García-López FJ, et al. Facility ownership and mortality among older adults residing in care homes. *PLoS One* 2019;**14**:e0197789.
14. Farsi M, Filippini M. An empirical analysis of cost efficiency in non-profit and public nursing homes. *Ann Public Coop Econ* 2004;**75**:339-65.
15. Saillour-Glénisson F, Domecq S, Kret M, et al. Design and validation of a questionnaire to assess organizational culture in French hospital wards. *BMC Health Serv Res* 2016;**16**:491.
16. Brosseau L, Guitard P, Laroche C, et al. La version francocanadienne du «Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology» (STROBE) Statement : L'outil STROBE. *Physiother Can* 2019;**71**:1-10.
17. White EM, Aiken LH, Sloane DM, McHugh MD. Nursing home work environment, care quality, registered nurse burnout and job dissatisfaction. *Geriatr Nurs (Minneap)* 2020;**41**:158-64.
18. Dejonghe Y, Ricour C, De Meester C, et al. An explorative survey to inform staffing policy in nursing homes: a study conducted during the covid-19 pandemic. n.d. Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2022-09/KCE_Nursing_homes_Report.pdf
19. Cheng Y, Sun S, Hu Y, et al. Effects of different geriatric nursing teaching methods on nursing students' knowledge and attitude: Systematic review and network meta-analysis. *PLoS One* 2024;**19**:e0300618.
20. Dewaelheyns N, Eeckloo K, Van Herck G, et al. Do non-profit nursing homes separate governance roles? The impact of size and ownership characteristics. *Health Policy* 2009;**90**:188-95.
21. Herrera CA, Rada G, Kuhn-Barrientos L, Barrios X. Does ownership matter? An overview of systematic reviews of the performance of private for-profit, private not-for-profit and public healthcare providers. *PLoS One* 2014;**9**:e93456.
22. Hillmer MP, Wodchis WP, Gill SS, et al. Nursing home profit status and quality of care: Is there any evidence of an association? *Med Care Res Rev* 2005;**62**:139-66.
23. Xu D, Kane RL, Shamiyan TA. Effect of nursing home characteristics on residents' quality of life: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* 2013;**57**:127-42.
24. Schwendimann R, Dhaini S, Ausserhofer D, et al. Factors associated with high job satisfaction among care workers in Swiss nursing homes - a cross sectional survey study. *BMC Nurs* 2016;**15**:37.
25. Estryng-Behar M, Van Der Heijden BI, Fry C, Hasselhorn HM. Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. *Nurs Res* 2010;**59**:166-77.
26. Orellana K, Manthorpe J, Moriarty J. What do we know about care home managers? Findings of a scoping review. *Heal Soc Care Community* 2017;**25**:366-77.
27. Castle NG, Furnier J, Ferguson-Rome JC, et al. Quality of care and long-term care administrators education: Does it make a difference? *Health Care Manage Rev* 2015;**40**:35-45.
28. Backman A, Lindkvist M, Lövhem H, et al. Exploring the impact of nursing home managers' leadership on staff job satisfaction, health and intention to leave in nursing homes. *J Clin Nurs* 2023;**32**:7227-37.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Paquay M, Département de Santé Publique, ULiège, Belgique.
Email : meryl.paquay@chuliege.be