

Faculté de santé publique

Le regard des résidents sur les conditions de travail des infirmiers et des aides-soignants en maison de repos

Mémoire réalisé par

Chloé Cabuy

Promoteur·rice(s)

Sophie Thunus

Année académique 2025-2026

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Le regard des résidents sur les conditions de travail des infirmiers et des aides-soignants en maison de repos

Mémoire réalisé par

Chloé Cabuy

Promoteur·rice(s)

Sophie Thunus

Année académique 2025-2026

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier ma promotrice, Professeur Sophie Thunus, pour son suivi tout au long de ce travail et pour ses remarques constructives qui m'ont permis de faire progresser ce mémoire.

Je remercie ensuite l'infirmière-chef ainsi que les résidents de la maison de repos où j'ai pu mener mes entretiens. Grâce à leur grande générosité et au temps qu'ils m'ont accordé, j'ai pu mener à bien mes entretiens et réussir à délivrer ce mémoire.

Je tiens également à remercier mes parents pour leur soutien et pour avoir accepté le retour de leur fille dans leur foyer parce qu'elle a eu l'envie folle d'entamer un master à temps plein. Je remercie tout autant mon partenaire de vie, sans son soutien et son amour inconditionnel, je n'aurais même pas pensé à recommencer des études.

Merci à mon frère, ma belle-sœur et mes sœurs de cœur pour leurs mots réconfortants.

Et enfin, la plus importante, ma grand-mère, qui veille sur nous et sans qui je n'aurais sans doute pas fait mon mémoire sur ce sujet-là.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.¹

Déclaration de l'utilisation de l'intelligence artificielle (IA)

Pour la rédaction de ce mémoire, j'ai occasionnellement utilisé un outil d'IA (Claude), principalement pour reformuler certains passages, améliorer la syntaxe, corriger les fautes d'orthographe et assurer une ponctuation adéquate. J'ai d'abord rédigé moi-même l'intégralité du contenu, avant de le soumettre à l'outil afin qu'il m'aide à en clarifier la formulation. Chaque recours à cet outil a été signalé en note de bas de page afin d'assurer une transparence totale sur son utilisation tout au long du document. Cet instrument n'a en aucun cas servi à générer du contenu inédit ni à analyser les informations issues de la recherche.

¹ <https://uclouvain.be/fr/facultes/espo/psad/6-plagiat>

Liste des abréviations

AVIQ : Agence pour une Vie de Qualité

CSS : Conseil Supérieur de la Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EMOVA : Enquête sur l'Épuisement professionnel, la Motivation, l'Organisation et la Violence au travail

MR : Maison de Repos

MRS : Maison de Repos et de Soins

SPF : Service Public Fédéral

Table des matières

Remerciements.....	4
Le plagiat	5
Déclaration de l'utilisation de l'intelligence artificielle (IA).....	5
Liste des abréviations	6
1. Introduction et cadre théorique	1
1.1. États des lieux	1
1.2. Cadre théorique	3
1.2.1. Le contexte des maisons de repos et de soins	3
A. Définitions.....	3
B. Idéal institutionnel et réalité de terrain	4
C. Un secteur en recomposition	4
D. Le profil des résidents de plus en plus dépendants.....	5
E. Une entrée en institution rarement choisie	6
F. Une pression structurelle croissante	6
1.2.2. Les conditions de travail du personnel soignant	7
A. L'organisation du temps de travail	7
B. La charge et la surcharge de travail physique et environnementale	9
C. La charge mentale	11
D. Le travail empêché et la perte de sens	14
1.2.3. La perception des résidents	16
2. Méthode	18
2.1. Recherche documentaire	18
2.2. Design de l'étude	19
2.3. Terrain de l'étude.....	20
2.4. Population et recrutement	21
2.5. Collecte des données	22
2.6. Analyse des données	23
2.7. Considérations éthiques	24
3. Résultats.....	26
3.1. Manque de personnel.....	26
3.1.1. Éléments d'explication partagés par les résidents	26
3.1.2. Situations problématiques dérivées	27
3.2. Charge de travail en inéquation avec les heures de travail	28
3.2.1. La surcharge de travail observée.....	28
3.2.2. Données chiffrées partagées par les soignants.....	29
3.2.3. L'impact de la pression du temps sur la relation.....	29

3.2.4.	La compréhension bienveillante des résidents.....	30
3.3.	L'attente comme expérience vécue	31
3.3.1.	L'attente objectivée par le résident.....	31
3.2.3.	Les stratégies développées face à l'attente	32
3.3.2.	La demande mal accueillie et l'auto-censure qui en découle.....	33
3.4.	La qualité relationnelle	34
3.4.1.	Ce que les résidents valorisent dans la relation.....	34
3.4.2.	Les petites attentions comme marqueurs de la qualité relationnelle.....	34
3.4.3.	La maltraitance perçue.....	35
3.4.4.	L'infantilisation	37
3.4.5.	L'attachement réciproque.....	37
3.5.	Reconnaissance envers le personnel soignant.....	38
3.5.1.	La valorisation du métier	38
3.5.2.	La compréhension des contraintes structurelles.....	39
3.5.3.	La proactivité des résidents comme forme de reconnaissance.....	40
3.5.4.	La dimension politique et sociétale	41
3.6.	Synthèse	41
3.7.	Conclusion	42
4.	Discussion	43
4.1.	Le manque de personnel et la charge de travail	43
4.1.1.	Les résidents comme témoins du manque de personnel et la charge de travail	43
4.1.2.	Les résidents victimes du relationnel empêché.....	45
4.1.3.	Le regard du résident comme validation externe du travail empêché.....	45
4.2.	Les résidents victimes de l'attente	46
4.2.1.	L'attente, une expérience quotidienne et anxiogène.....	46
4.2.2.	Le temps vécu et la pression de la pendule	47
4.2.3.	La dignité du risque et le risque de l'auto-censure.....	48
4.3.	La relation de confiance et l'attachement comme ressource face à la dégradation du lien relationnel	49
4.3.1.	Un attachement réciproque mais fragile	49
4.3.2.	Entre dégradation structurelle et petites attentions individuelles	50
4.3.3.	Un attachement documenté et réciproque	50
4.4.	La reconnaissance du métier et le rôle du résident dans la construction du sens du travail 51	
4.4.1.	Une valorisation spontanée	51
4.4.2.	Une reconnaissance active	51
4.4.3.	Le résident comme source du sens du travail	52
4.5.	Synthèse : du structurel au symbolique.....	52
4.6.	Limites de l'étude	53
4.6.1.	Limites méthodologiques	53
4.6.2.	Limites liées aux données	54
4.6.3.	Limites liées à la posture de la chercheuse.....	54

4.7. Perspectives	55
4.7.1. Croiser les points de vue	55
4.7.2. Approfondir la compréhension de la perception de l'attente	56
4.7.3. Évaluer l'effet positif de la sollicitation des résidents sur la satisfaction professionnelle des soignants	56
4.7.4. Modéliser l'organisation et la philosophie des soins	57
5. Conclusion	58
<i>Bibliographie</i>	1
<i>Annexe</i>	6
Annexe 1 : Guide d'entretien	6

1. Introduction et cadre théorique

1.1. États des lieux

Le vieillissement de la population constitue l'un des défis structurels majeurs des sociétés européennes contemporaines. En Belgique, les projections démographiques de Statbel anticipent pour 2070 une espérance de vie moyenne de 89,8 ans pour les femmes et de 88,1 ans pour les hommes. Cette évolution s'accompagne d'une transformation profonde de la pyramide des âges. Le coefficient de dépendance des personnes âgées, qui exprime le nombre de personnes de 67 ans et plus pour 100 personnes en âge de travailler (18 - 66 ans), devrait passer de 28 en 2024 à 43 en 2070 (Statbel, 2025). Cette dynamique ne traduit pas seulement un allongement de la durée de vie mais aussi une augmentation du nombre de personnes très âgées, souvent confrontées à des situations de dépendance sévère et nécessitant un accompagnement spécialisé sur la durée.

C'est dans ce contexte que les maisons de repos et de soins (MRS) occupent une place centrale dans le système de prise en charge des personnes âgées en Belgique. Ces établissements ne sont ni de simples lieux d'hébergement, ni des structures hospitalières à proprement parler, ils constituent un espace hybride, à la fois milieu de vie ordinaire pour les résidents et environnement de travail intensif pour le professionnel soignant. Cette double nature crée une tension permanente entre deux impératifs difficilement conciliables : garantir une qualité de vie digne et individualisée aux résidents d'une part, et assurer la continuité de soins de plus en plus complexes dans un contexte de rationalisation croissante des ressources d'autre part. Le secteur est en effet traversé par des mutations structurelles profondes.

L'alourdissement du profil des résidents, dont l'âge moyen d'entrée en institution dépasse désormais 86 ans et dont le niveau de dépendance ne cesse de croître (Verniest, Vandeleene & Avalosse, 2020, cité dans Lavergne & Janssens, 2024), s'accompagne d'une intensification du travail soignant. À cette évolution s'ajoute l'effet du virage ambulatoire (Bontemps, 2022). Ce concept désigne un changement de direction et de logique du système de santé visant à sortir du modèle traditionnel du « tout-hôpital », en transférant des soins hospitaliers vers la médecine de ville² et en développant des prises en charge sans nuitée (Bontemps, 2022). Il oriente ainsi vers les maisons de repos des résidents nécessitant des soins techniques auparavant réservés au milieu hospitalier dans des structures qui ne disposent ni du même personnel ni des mêmes

² Ce terme fait référence aux soins ambulatoires de première ligne

équipements (DREES, 2016 ; Lavergne & Janssens, 2024). La pénurie structurelle de personnel infirmier et d'aide-soignant, conjuguée à une demande de soins en forte progression, aggrave encore cette pression organisationnelle.

La littérature scientifique a largement documenté les effets de ces transformations sur les professionnels eux-mêmes, charge physique et psychosociale élevée, horaires atypiques, sentiment de travail empêché et risque d'épuisement professionnel (Marquier et al., 2016 ; Stewart et al., 2023 ; Lavergne & Janssens, 2024). En revanche, une question reste très peu explorée : celle du regard que portent les résidents sur les conditions de travail du personnel qui les accompagne au quotidien. Cette lacune est d'autant plus significative que les résidents ne sont absolument pas des témoins passifs du fonctionnement institutionnel.

Confrontés en permanence aux rythmes, aux contraintes et aux tensions qui structurent l'activité soignante, ils développent une perception fine, souvent sensible et nuancée, des réalités vécues par le personnel. (Marquier et al., 2016 ; Guillaume & Or, 2016) Or, cette perception influence directement leur expérience de la relation de soin, leur sentiment de sécurité et plus largement, leur qualité de vie en institution (Potrebny et al., 2022).

C'est à partir de ce constat que se formule la question de recherche de ce mémoire : « Comment les résidents d'une maison de repos et de soins perçoivent-ils les conditions de travail des infirmiers et des aides-soignants ? ».

Cette question vise à accéder non pas aux conditions de travail elles-mêmes, mais à la manière dont les résidents les lisent, les interprètent et les intègrent dans leur rapport à l'institution et au personnel soignant. Il s'agit ainsi de déplacer le regard habituel pour faire des résidents non pas seulement des sujets de soin, mais des acteurs dotés d'un point de vue propre sur le fonctionnement de l'établissement qui constitue leur cadre de vie.

Pour répondre à cette question, une approche qualitative a été retenue. L'entretien semi-directif est apparu comme la méthode la plus juste pour aller chercher ce que les résidents vivent réellement, au-delà de ce qu'une grille fermée aurait pu capter. Il s'agissait de laisser de la place aux résidents afin de s'exprimer librement sans enfermer leur parole dans des catégories fixées à l'avance. Ce choix méthodologique s'inscrit dans une posture compréhensive et attentive aux discours des personnes concernées.

Ce mémoire s'organise en quatre parties. La première présente le cadre théorique et les apports de la littérature scientifique sur le contexte des maisons de repos, les conditions de travail du

personnel soignant et le vécu des résidents en institution. La deuxième expose la démarche méthodologique adoptée. La troisième présente les résultats issus de l'analyse des entretiens. La quatrième, enfin, met ces résultats en perspective au regard de la littérature existante et ouvre des prises de réflexion.³

1.2. Cadre théorique

Avant d'interroger les résidents sur leur perception des conditions de travail du personnel soignant, il m'a semblé essentiel de poser les fondements conceptuels qui éclairent cette question. Ce cadre théorique s'articule autour de trois axes complémentaires. D'abord, le contexte particulier des maisons de repos et de soins, ensuite, les conditions de travail du personnel infirmier et aide-soignant, telles que la littérature scientifique les documente. Et enfin ce que la recherche nous apprend de la perception des résidents et de leur rapport à l'institution.

1.2.1. Le contexte des maisons de repos et de soins

Ce premier axe pose le décor de cette recherche. Je commence par définir ce qu'est une maison de repos sur le plan légal, avant de m'intéresser à la réalité du secteur, au profil des résidents qui y vivent aujourd'hui et aux circonstances de leur entrée en institution. Ce sont des éléments indispensables pour comprendre, par la suite, le regard des résidents sur le travail des soignants.

A. Définitions

Théoriquement, les maisons de repos sont « des structures de soins destinées à des personnes souffrant d'une maladie de longue durée, dont l'état de dépendance ne permet plus le maintien à domicile, sans pour autant qu'une hospitalisation puisse améliorer la situation et nécessite une aide dans les activités de la vie quotidienne » (Seniorieweb, 2026). Mais en Wallonie, le cadre légal reconnaît deux types d'établissements. La maison de repos (MR) qui est définie comme l'établissement destiné à l'hébergement d'ânés qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient, en fonction de leur dépendance, de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et de soins infirmiers ou paramédicaux (Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé, art.334, cité dans le Rapport trisannuel de l'AVIQ, 2021). Et la maison de repos et de soins (MRS), celle-ci va plus loin en organisant la dispensation d'un ensemble de soins permettant de raccourcir un séjour en hôpital ou de l'éviter (Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé, art.334, cité dans le Rapport trisannuel

³ Anthropic. (2025). Claude Sonnet 4.6 [Grand modèle de langage]. <https://www.anthropic.com>. L'outil a été utilisé le long de l'introduction pour des reformulations linguistiques, sans intervention sur l'analyse ou l'interprétation des données.

de l'AVIQ, 2021). Cette distinction n'est pas juste administrative, elle révèle que les maisons de repos ne sont pas toutes les mêmes, mais un ensemble de prises en charge allant de l'hébergement médicalisé léger jusqu'à des soins proches de ceux dispensés en milieu hospitalier.

B. Idéal institutionnel et réalité de terrain

Vivre en maison de repos permet de garantir une sécurité permanente avec une assistance jour et nuit, une prise en charge médicale continue avec des soins adaptés et un suivi des traitements, un encadrement et des activités qui stimulent cognitivement et physiquement et qui maintiennent le lien social. Mais aussi, des repas équilibrés, une aide à la toilette, un soutien administratif et moral, tout ça dans un cadre de vie agréable avec une chambre personnalisée et des espaces de détente (Retraiteplus.be, 2026). Cependant, cette image institutionnelle ne doit pas faire oublier la complexité des réalités vécues. Elle décrit un idéal de prise en charge, qui se heurte dans la pratique à des contraintes organisationnelles, humaines et financières de plus en plus lourdes.

C. Un secteur en recomposition

Le 1er juin 2022, la Wallonie comptait 568 maisons de repos agréées et en activité, réparties entre trois secteurs : commercial, associatif et public (Boyls et al., 2021). Ces établissements sont loin de former un ensemble homogène : la taille, le mode de gestion et les ressources disponibles varient fortement d'une structure à l'autre. Dans le secteur commercial, les établissements de 26 à 99 lits sont les plus nombreux, tandis que les secteurs associatif et public gèrent davantage de grandes structures, comptant entre 60 et 128 lits (Boyls et al., 2021). Entre 2017 et 2022, le secteur a connu une recomposition structurelle notable, le nombre d'établissements a diminué de 19 unités, essentiellement en raison de la disparition de petites structures au profit de regroupements vers des entités plus grandes. Paradoxalement, cette baisse du nombre d'établissements s'est accompagnée d'une augmentation du nombre de places disponibles. En hausse de 886 unités depuis 2017, cette augmentation s'explique notamment par la politique de requalification des places MR en places MRS mise en place dès 2019 (Boyls et al., 2021). Ce mouvement de concentration témoigne d'une logique de rationalisation qui n'est pas sans conséquences sur l'organisation du travail soignant et sur la qualité de l'accompagnement des résidents.

Vivre en maison de repos a aussi un coût et ce coût pèse directement sur les résidents et leurs familles. En 2021, le prix médian journalier d'hébergement s'élevait à 46,6 € dans le secteur

public, 49,7 € dans le secteur commercial et 50 € dans le secteur associatif, toutes provinces confondues (Boyls et al., 2021). Ce prix varie fortement selon la région, atteignant son niveau le plus élevé en Brabant Wallon (68,3 € par jour) et étant moins élevé dans les établissements de petite taille. Le prix moyen journalier réellement payé par les résidents a par ailleurs augmenté de 7,8 € entre 2014 et 2021. Cette hausse s'explique notamment par la fermeture de petites structures anciennes moins coûteuses, par la rénovation des bâtiments, l'aménagement d'espaces de vie et l'augmentation du coût de l'énergie et de l'alimentation (Boyls et al., 2021). Cette recherche s'est déroulée dans le Brabant Wallon où l'hébergement est le plus onéreux.

D. Le profil des résidents de plus en plus dépendants

Le profil des personnes accueillies en maison de repos a profondément évolué au cours des dernières décennies, sous l'effet associé du vieillissement de la population et des politiques de maintien à domicile. L'entrée en institution correspond de plus en plus à une étape tardive du parcours de vie. L'âge moyen d'admission en maison de repos est aujourd'hui de 86 ans, confirmant que les personnes âgées n'y entrent qu'à un stade avancé de dépendance et avec des besoins de soins importants (Verniest, Vandeleene & Avalosse, 2020, cité dans IEFH, 2024). Le rapport trisannuel de l'AVIQ (Boyls et al., 2021) précise la classification par catégories de dépendance des résidents. Par souci de clarté, les catégories ont été reprises dans le tableau ci-dessous :

Catégorie	Dépendance physique	Dépendance psychique
O	Totalement indépendant	Non dément
A	Dépendant pour se laver et/ou s'habiller	Ou désorienté dans le temps et l'espace, tout en restant indépendant physiquement
B	Dépendant pour se laver, s'habiller, se déplacer et/ou aller aux toilettes	Ou désorienté et dépendant pour se laver et/ou s'habiller
C	Dépendant pour se laver, s'habiller, se déplacer et aller aux toilettes, + incontinent et/ou dépendant pour manger	-

Cd	Dépendant pour se laver, s'habiller, incontinent, + dépendant pour se déplacer et/ou aller aux toilettes et/ou manger	Désorienté dans le temps et l'espace
----	---	--------------------------------------

L'évolution du nombre de personnes âgées à plus grande dépendance est bien documentée. Sur la période 2004-2023, l'évolution est encore plus marquée car la proportion de résidents en catégorie B est passée de 29,1% à 44,2%, tandis que la part des résidents en catégorie O s'est effondrée, passant de 19,5% à 7,7% (IEFH, 2024). Les maisons de repos accueillent donc ainsi un public dont le niveau de dépendance s'alourdit continuellement, ce qui entraîne une médicalisation progressive du secteur. Ce qui se traduit aussi par de nouveaux profils de résidents : personnes handicapées vieillissantes, personnes atteintes de troubles psychiatriques ou encore de conduites addictives, pour lesquels les établissements ne disposent pas toujours des ressources ou de la formation adaptées (DREES, 2016).

E. Une entrée en institution rarement choisie

L'image d'une entrée en maison de repos vécue comme un choix de vie serein doit être nuancée. Dans la majorité des cas, l'institutionnalisation n'est pas un choix délibéré mais la conséquence d'une accumulation de facteurs contraignants : perte d'un aidant proche, hospitalisation, chute, aggravation d'une pathologie ou encore épuisement des solutions alternatives. Elle intervient souvent dans l'urgence, sans anticipation suffisante (DREES, 2016). Cette réalité est d'autant plus marquée que les personnes âgées expriment majoritairement le souhait de rester le plus longtemps possible à leur domicile. Ce que la littérature appelle l'« ageing in place ». Leur entrée en institution ne reflète donc pas nécessairement un choix librement consenti mais l'épuisement des alternatives (Verniest, Vandeleene & Avalosse, 2020, cité dans IEFH, 2024). Ce contexte d'entrée, marqué par la rupture et la vulnérabilité, est une donnée fondamentale pour comprendre les attentes et les besoins des résidents, ainsi que les enjeux de la prise en charge qui leur est proposée.

F. Une pression structurelle croissante

Enfin, on ne peut comprendre le contexte des maisons de repos sans prendre en compte la pression structurelle qui pèse sur l'ensemble du secteur. Le vieillissement de la population s'accompagne d'une hausse du nombre de malades chroniques et d'une progression de la

multimorbidité, générant une demande de soins croissante et de plus en plus complexe (Cetollenaere et al., 2023, cité dans IEFH, 2024). À cela s'ajoute le virage ambulatoire. C'est-à-dire que la réduction des durées d'hospitalisation renvoie vers les maisons de repos des résidents dont l'état est de plus en plus lourd, avec des besoins de soins techniques dans des structures qui n'ont ni le même personnel ni les mêmes équipements que le milieu hospitalier (DRESS, 2016 ; IEFH, 2024). Face à cette demande croissante, le secteur peine à maintenir le travail soignant et la qualité des soins. Les projections de la cellule de planification du SPF Santé Publique sont préoccupantes. Ce sont précisément les maisons de repos et les soins à domicile qui verront la demande de soins infirmiers augmenter bien plus vite que l'offre disponible au cours des vingt prochaines années (IEFH, 2024). C'est sur ce déséquilibre structurel que s'inscrivent les conditions de travail du personnel soignant, qui seront examinées dans la section suivante.

1.2.2. Les conditions de travail du personnel soignant

Après avoir posé le décor institutionnel, je m'intéresse maintenant à ceux qui y travaillent au quotidien, les infirmiers et les aides-soignants. Leurs conditions de travail renvoient à l'ensemble des contraintes, ressources et caractéristiques organisationnelles qui influencent l'exercice du travail, la santé des professionnels et la qualité des soins (Marquier et al., 2016 ; White et al., 2020). Je les aborde en quatre temps : l'organisation du temps de travail, la charge de travail physique et environnementale, la charge mentale et enfin le « travail empêché » et la perte de sens.

A. L'organisation du temps de travail

L'organisation du temps de travail constitue l'une des dimensions les plus structurantes des conditions d'exercice du personnel soignant en maison de repos. Selon Marquier et al. (2016), cette organisation répond à une multiplicité de critères : horaires individuels, roulements, affectation par équipe ou par service ; et dont l'hétérogénéité est forte, sans modèle standard, non seulement entre établissements mais également au sein d'un même établissement. Les équipes peuvent en effet coexister avec des horaires distincts selon les catégories professionnelles (infirmières, aides-soignants, agents de service) et un même professionnel peut être amené à gérer jusqu'à quatre ou cinq types d'horaires différents dans le cadre d'un roulement organisé sur plusieurs semaines. C'est cette réalité que les auteurs désignent par l'expression évocatrice du « casse-tête de la planification au quotidien » (Marquier et al., 2016, p.16).

Plusieurs modalités d'organisation du temps de travail ont été identifiées comme particulièrement génératrices de fatigue. Marquier et al. (2016) distinguent les journées en 7h ou 7h30, qui n'accordent qu'un seul jour de repos par semaine, les journées « coupées » par exemple de 7h à 20h avec une interruption de plusieurs heures en milieu de journée, qui ne permet pas une récupération effective et les journées de 12 heures continues présentes dans un nombre croissant d'établissements. Ces dernières sont souvent choisies par les professionnels plus jeunes car elles permettent d'obtenir davantage de jours de repos consécutifs. Elles représentent toutefois une charge journalière plus élevée. Le risque d'erreur augmente de manière significative dès le troisième jour consécutif de travail en 12 heures, en raison de la fatigue accumulée, de l'irritabilité et de la baisse de concentration (Marquier et al., 2016). Le travail en horaires décalés, les week-ends et les nuits engendrent par ailleurs un décalage chronique avec les rythmes sociaux et familiaux, qui constitue une source durable d'épuisement.

La notion de flexibilité doit ici être appréhendée avec prudence. Dans ce secteur, elle prend majoritairement la forme d'une flexibilité contrainte et asymétrique, imposée par les impératifs de continuité du service plutôt qu'offerte en réponse aux besoins de soignants. Face à l'impossibilité d'interrompre la prise en charge des résidents, les établissements doivent en permanence réviser leurs plannings, mobiliser des remplacements ou rappeler des professionnels se trouvant en repos (Marquier et al., 2016). Ces rappels génèrent un sentiment de « surveillance permanente » et de surinvestissement. Lorsqu'un remplacement n'est pas assuré, l'établissement fonctionne avec un effectif réduit par rapport au planning prévu, ce qui reporte mécaniquement la charge sur les professionnels présents.

Dans le contexte belge, l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH, 2024) identifie la gestion du temps de travail et ses répercussions sur la conciliation entre vie privée et vie professionnelle comme l'une des trois dimensions centrales de l'insatisfaction au travail. Cette dimension est mesurée à travers l'échelle validée du conflit travail-famille (Netemeyer, Boles & McMurrian, 1996, cité dans l'IEFH, 2024). Les résultats de l'enquête EMOVA conduite auprès de 1199 infirmiers et aides-soignants belges, tous secteurs de soins confondus, montrent que les heures supplémentaires, les horaires atypiques et les plannings irréguliers constituent des facteurs de risque majeurs d'intention de quitter l'emploi ou la profession (IEFH, 2024). Ce constat prend une résonance particulière dans un secteur à dominante

féminine (91% des répondants étaient des femmes) où les difficultés de conciliation s'articulent avec des inégalités de genre plus larges.

À l'échelle internationale, Stewart et al. (2023) soulignent que la pénurie structurelle de ressources humaines est le facteur transversal qui sous-tend la grande majorité des problèmes liés à l'organisation du travail : sous-effectif chronique, glissements de tâches non planifiés, charge administrative croissante et absence de marges de manœuvre pour répondre aux besoins individuels des résidents. Si cette pénurie touche l'ensemble du secteur des soins, elle revêt une intensité particulièrement marquée dans les maisons de repos et de soins. La densité pondérée est un indicateur qui croise des données d'offre et de demande de soins infirmiers en rapportant le nombre d'infirmiers au nombre d'habitants, tout en tenant compte des modifications démographiques et de leur impact sur la consommation de soins observée dans la population belge (Lavergne & Janssens, 2024). Les projections belges indiquent une dégradation bien plus sévère au cours du temps de la densité pondérée d'infirmiers en MRS qu'en milieu hospitalier. Cet indicateur rapporte le nombre d'infirmiers aux besoins de soins de la population plutôt qu'à leur simple effectif (SPF Santé Publique, 2024, cité dans IEFH, 2024). D'ici 2046, cette densité serait de -28,55% en MRS contre +16,27% à l'hôpital en communauté flamande et de -21,14% en MRS contre -3,91% à l'hôpital en communauté française (SPF Santé Publique, 2024, cité dans IEFH, 2024). Plusieurs facteurs explicatifs permettent de comprendre cette surexposition du secteur. D'abord, l'alourdissement progressif des profils de résidents : l'âge moyen d'entrée en maison de repos est aujourd'hui de 86 ans et la proportion de résidents en situation de grande dépendance n'a cessé d'augmenter, passant de 29,1% en 2004 à 44,2% en 2023 (IEFH, 2024). Ensuite, le virage ambulatoire transfère vers les structures extrahospitalières des soins de plus en plus complexes, sans que les ressources humaines ou matérielles ne suivent cette évolution (IEFH, 2024). Enfin, le secteur des MRS peine davantage à recruter face à la concurrence du milieu hospitalier, historiquement perçu comme plus attractif en termes de perspectives de carrières et de conditions de travail. Cela alimente un cercle vicieux où le sous-effectif entraîne une dégradation des conditions de travail, laquelle renforce à son tour les difficultés de recrutement et de rétention.

B. La charge et la surcharge de travail physique et environnementale

La charge de travail physique constitue l'une des caractéristiques les plus saillantes du travail soignant en maison de repos. Marquier et al. (2016) en identifient les composantes principales:

la station debout prolongée, la manutention de personnes, les mouvements répétitifs, les déplacements constants et les postures inconfortables. Ces contraintes sont ressenties par une large majorité des soignants comme inhérentes au métier, au point d'être souvent intégrées comme une donnée inévitable de l'exercice professionnel comme le traduit le témoignage d'une soignante de 58 ans : « avoir mal au dos, ça fait partie du métier » (Marquier et al. 2016, p.18). Cette banalisation du risque physique n'est cependant pas sans conséquence : elle retarde la prise de conscience individuelle et collective des enjeux de prévention, et contribue à l'apparition de situations d'inaptitude, partielles ou totales, qui mobilisent des réponses institutionnelles allant de l'aménagement de poste au licenciement pour invalidité.

Stewart et al. (2023) confirment que les troubles musculosquelettiques (douleurs au dos, aux épaules, aux cervicales et aux membres inférieurs) représentent les atteintes physiques les plus fréquemment rapportées chez les soignants en soins de longue durée, survenant significativement plus souvent que dans les soins aigus. La prévalence des violences physiques exercées par les bénéficiaires constitue un facteur aggravant : en Belgique, l'enquête EMOVA, menée tous secteurs confondus auprès des infirmiers et aides-soignants, révèle que les soignants exposés très fréquemment à des violences présentent des taux d'intention de quitter la profession nettement supérieurs à ceux qui n'y sont jamais exposés (40% contre 15%) (IEFH, 2024).

La dimension environnementale joue un rôle tout aussi structurant. Marquier et al. (2016) montrent que le bâti de l'établissement constitue une variable organisationnelle à part entière : locaux mal adaptés, chambres exiguës, passages étroits ou organisation pavillonnaire imposant de longues distances à parcourir, allongent ainsi le temps nécessaire aux actes de soins, augmentent les cadences et dégradent leur qualité. Les équipements ergonomiques tel que les lève-personnes, les rails de transferts, le matériel de prévention des escarres sont inégalement disponibles selon les établissements, et leur utilisation effective se heurte à des obstacles pratiques : manque de temps, résistances de certains résidents, ou réticence à une mécanisation perçue comme déshumanisante de la relation de soin.

La charge de travail physique est par ailleurs amplifiée par la pénurie de personnel ce qui la requalifie en surcharge de travail. L'enquête EMOVA (IEFH, 2024) révèle que la surcharge de travail est le premier motif d'insatisfaction cité, mentionné par 76% des répondants, devant l'épuisement émotionnel (45%) et les difficultés relationnelles avec les bénéficiaires (30%). En

Belgique, le ratio de 9,4 patients par infirmière qui est supérieur à la moyenne européenne de 8,3 pour 1, accroît mécaniquement la charge individuelle et est associé à un risque plus élevé d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'intention de quitter la profession (IEFH, 2024). Roussillon Soyer et al. (2021), dans leur analyse qualitative du discours de 42 soignants en maisons de repos françaises, montrent que la surcharge de travail découlant de l'absentéisme menace directement le besoin d'autonomie des soignants, tant dans la prise en charge des soins techniques que dans l'anticipation de certains soins. Contraints de travailler plus vite et sur un périmètre élargi, ils ont le sentiment d'être dépossédés de la maîtrise de leur propre activité, ce qui nourrit un sentiment d'épuisement et, à terme, des comportements de retraits.

White et al. (2020) à partir de données portant sur 245 maisons de repos américaines et 674 infirmières, montrent que les établissements bénéficiant d'un environnement de travail favorable, mesuré par le Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, présentent des taux de plaies de pression et d'hospitalisations significativement plus faibles. Mais également, montrent des infirmiers dix fois moins susceptibles de se déclarer insatisfaits et huit fois moins susceptibles de présenter un burnout. Ces résultats soulignent que la charge physique et l'environnement de travail n'impactent pas uniquement le bien-être des professionnels, mais sont directement connectés à la qualité et à la sécurité des soins dispensés aux résidents.

C. La charge mentale

Si la pénibilité physique du travail soignant en maison de repos est souvent la première évoquée, la charge mentale et psychosociale constitue une dimension tout aussi structurante. Marquier et al. (2016) la qualifient de « prononcée et protéiforme » : elle recouvre des réalités hétérogènes qui s'additionnent dans le quotidien des soignants, sans toujours être perçues ou nommées comme telles par les professionnels eux-mêmes. On distingue schématiquement quatre sources principales.

La première source de charge mentale est la densité et l'imprévisibilité des situations de stress. Le travail soignant en MR est caractérisé par un grand nombre de situations génératrices d'anxiété : interventions auprès de personnes fragilisées avec des imprévus à caractère vital, gestion des chutes, des douleurs. Mais aussi des fins de vie, sentiment d'impuissance et de culpabilité face à la perte d'autonomie progressive des résidents et les risques de violences verbales ou physiques de la part des bénéficiaires ou de leurs proches (Marquier et al., 2016).

Ces situations sont évaluées comme de plus en plus récurrentes par les équipes. Stewart et al. (2023) confirment que les soignants en soins de longue durée présentent un risque élevé d'épuisement professionnel, directement associé à des environnements de travail défavorables et à des demandes psychologiques élevées.

La deuxième source de charge mentale est la confrontation à la souffrance et à la mort, ce qui génère deux phénomènes distincts mais liés : la fatigue de compassion et la compassion satisfaisante. Coetzee et Klopper (2010), au terme d'une analyse de concept menée à partir de la littérature infirmière, définissent la fatigue de compassion comme le résultat final d'un processus progressif et cumulatif causé par un contact prolongé, continu et intense avec les patients, l'exposition au stress et l'usage de soi, défini comme la mobilisation de ses propres ressources émotionnelles pour soutenir le patient. Ce processus évolue en trois états. D'abord, un inconfort de compassion, temporaire et réversible par le repos. Puis un stress de compassion qui dépasse les capacités d'endurance du soignant. Et enfin, la fatigue de compassion proprement dite, où l'énergie compassionnelle dépensée excède les capacités de récupération du soignant.

Cette fatigue s'oppose à la compassion satisfaisante que Coetzee et Klopper (2010) décrivent comme la revitalisation et l'inspiration que retire le soignant du fait de se connecter à la souffrance du patient et de la soulager grâce à l'usage de soi et de ses compétences.

Contrairement à la fatigue de compassion, la compassion satisfaisante repose sur un processus restaurateur et circulaire, où soignant et soigné trouvent chacun un accomplissement dans la relation ce qui permet au soignant de continuer à s'épanouir malgré l'exposition aux mêmes facteurs de risque que ceux qui chez d'autres, mènent à l'épuisement.

Ces deux dynamiques ne sont pas seulement théoriques, Thomas et al. (2014) les mesurent empiriquement dans une étude conduite auprès de 400 soignants travaillant en gériatrie et en psychogériatrie dans quatre établissements français. Ils montrent que 94 professionnels sur 400 (23,5%) présentent un risque avéré de burnout. Ce risque est significativement associé à une fatigue de compassion élevée ($t = 5,588$; $p < 0,001$), à un vécu de harcèlement ($t = 3,091$; $p = 0,002$) et à une faible compassion satisfaisante ($t = -7,306$; $p < 0,001$)⁴. Les infirmières et les

⁴ Le test t (test de Student) mesure l'écart entre deux groupes. Plus sa valeur absolue est élevée, plus l'écart est marqué. La valeur p indique la probabilité que ce résultat soit dû au hasard ($p < 0,05$ étant considéré comme significatif). Le bêta représente la force et le sens d'une association dans un modèle de régression. L'intervalle de confiance (IC) donne la fourchette de valeurs probables autour d'une estimation avec un niveau de certitude donné (généralement 95%).

aides-soignants sont parmi les catégories les plus exposées. Les auteurs soulignent par ailleurs l'existence d'un « effet miroir » spécifique au contexte gériatrique : le professionnel se projette dans le vieillissement, la perte d'autonomie et la mort des résidents qu'il accompagne. Ce qui constitue une charge psychique supplémentaire, difficile à objectiver mais profondément usante. La gestion des décès, connaître la marche à suivre, accompagner l'équipe et les autres résidents dans le deuil, préserver la continuité des soins, reste difficile à vivre (Marquier et al., 2016).

La troisième source de charge mentale est la charge relationnelle avec les familles. Marquier et al. (2016) identifient les conflits avec les proches comme une source particulièrement présente de stress pour les équipes. Les familles projettent souvent sur les soignants une culpabilité liée à l'institutionnalisation, perçue comme une privation de liberté ou un abandon, et manifestent des exigences élevées en matière de qualité de l'accompagnement, de l'hôtellerie et du maintien des capacités. Cette pression relationnelle est amplifiée par la crainte, encore mal mesurée, de la maltraitance passive, que certains professionnels évoquent d'eux-mêmes lorsqu'ils décrivent l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de prendre suffisamment de temps avec chaque résident.

Enfin, l'exercice dans un cadre institutionnel contraignant et générateur d'injonctions contradictoires constitue une quatrième source de charge mentale. Cette contradiction se manifeste notamment lorsque le nombre de soignants disponibles ne permet plus de répondre à l'ensemble des exigences attendues du travail soignant, qu'il s'agisse de la qualité des soins techniques ou de l'attention individualisée portée à chaque résident. Schwendimann et al. (2016), montrent dans une étude suisse que chez 4 145 soignants dans 162 maisons de repos, les conflits au travail et le manque de reconnaissance sont associés à une moindre satisfaction au travail. Tandis qu'un leadership de qualité, un bon travail d'équipe et un sentiment de sécurité au travail constituent des facteurs protecteurs significatifs.

Ces différentes dimensions s'alimentent mutuellement et participent à une usure psychique progressive. Le rapport belge sur la pénurie infirmière (Lavergne & Janssens, 2024) l'a résumé en soulignant que la pénurie elle-même aggrave les conditions psychosociales, moins de temps par résident, épuisement émotionnel croissant, sentiment de ne pas pouvoir exercer son métier conformément à ses valeurs, ce qui alimente à son tour les départs, dans un cercle vicieux bien documenté.

D. Le travail empêché et la perte de sens

Le concept de « travail empêché » (Petit & Dugué, 2013, cité dans Marquier et al., 2016) désigne un travail qui ne peut être mené à bien du fait des contraintes organisationnelles et qui entre en tension directe avec les valeurs et les motivations qui ont conduit le professionnel à exercer son métier. Marquier et al. (2016) s'appuyant sur les travaux de Petit et Dugué (2013), le définissent comme un travail qui ne peut être réalisé conformément aux exigences de qualité que le professionnel s'est lui-même fixées, en raison de contraintes imposées par l'organisation. Dans le contexte des établissements pour personnes âgées dépendantes, ce phénomène se traduit concrètement par le sentiment d'aller contre ses propres valeurs professionnelles et personnelles, à savoir donner du sens aux soins apportés aux résidents, prendre le temps d'être à leurs côtés, être disponible, rassurer, participer au maintien de leur autonomie, afin de tenir les exigences de travail réelles.

La principale source de ce travail empêché est ce que Marquier et al. (2016) nomment la « pression de la pendule » : l'intensification des cadences, conséquence directe de l'évolution des profils de résidents et de l'absence d'augmentation correspondante des moyens humains, contraint les soignants à travailler dans l'urgence permanente. Il s'agit de travailler vite, en ayant en tête la prochaine tâche ou le prochain résident, sans prendre le temps de bien faire, ni de s'interroger sur la manière optimale de réaliser tel ou tel acte pour chaque personne. Les multiples interruptions qui jalonnent les journées (sonnettes, urgences, appels des familles) contribuent à accroître cette perception de cadences élevées et alimentent le sentiment d'être insuffisamment disponible pour les résidents. Face à cette réalité, certains professionnels en viennent à utiliser le registre lexical de l'industrie par exemple « l'usine », « la machine », « le travail à la chaîne », pour décrire leur environnement de travail, signe révélateur d'une désidentification progressive avec le cœur de leur métier (Marquier et al., 2016).

Ce phénomène prend une dimension particulièrement aiguë dans le rapport à l'autonomie des résidents : chargés de la maintenir et de la développer, les soignants en constatent l'échec quotidien, tout en ressentant une culpabilité personnelle, alors que cette dépendance est avant tout la conséquence du vieillissement et des pathologies. Ceci contribue à dégrader durablement la perception qu'ont les soignants de leurs propres conditions de travail (Marquier et al., 2016).

Lavergne & Janssens (2024) décrivent sous le terme de « relationnel empêché » ce même phénomène dans ses conséquences les plus visibles : ne pas pouvoir accorder suffisamment de temps, d'empathie et d'attention à chaque patient. En résultent l'épuisement émotionnel, la

sensation de devoir prioriser les tâches administratives ou logistiques au détriment du contact humain. Le rapport pointe que 66% des répondants à l'enquête EMOVA citent la surcharge de travail comme principale raison limitant la mise en place de soins relationnels de qualité et que cette limitation constitue un facteur prédictif significatif d'intention de quitter l'emploi et la profession ($p < 0,01$). C'est le cœur même du métier infirmier : le prendre soin, l'accompagnement humain, qui se trouve ainsi empêché, sacrifié sur l'autel de la rationalisation et de la technicité des soins.

La question du sens du travail est intimement liée au sentiment de travail empêché. Quéméner et al. (2023), s'appuyant sur Morin (1997), le définissent comme un concept multidimensionnel articulé autour de trois dimensions : la signification du travail (les valeurs et représentations que l'individu y associe), l'orientation vers un objectif et la cohérence entre l'individu et son travail. Pour le métier d'aide-soignant, souvent présenté comme une vocation, les attentes initiales sont particulièrement élevées à la condition que construction du sens correspond bien à la réalité du terrain, elle protège le professionnel. Mais quand il y a une incohérence, par exemple entre ses valeurs et ce que l'organisation lui permet réellement d'accomplir, la perte de sens devient inévitable (Quéméner et al., 2023). Les résultats de leur étude, conduite auprès de 125 aides-soignants en EHPAD, confirment empiriquement ce mécanisme : le sens du travail est significativement et négativement corrélé à l'intention de le quitter ($\beta = -0,71$, $p < 0,001$), et la satisfaction au travail joue un rôle médiateur partiel dans cette relation (effet indirect = $-0,35$, IC 95 % $[-0,62 ; -0,12]$).

Ådland et al. (2022), dans une étude ethnographique menée dans deux maisons de repos norvégiennes auprès de six soignants, montrent que ce sens est profondément ancré dans la qualité des relations établies avec les résidents. Vouloir être un bon soignant pour la personne et sa famille et s'investir au-delà du rôle prescrit, sont au cœur des expériences les plus significatives rapportées par les soignants. La mort d'un résident avec lequel un lien fort a été établi est vécue à la fois comme une source de deuil intense « ils restent avec vous » et paradoxalement, comme une confirmation du sens profond de l'engagement professionnel.

Stewart et al. (2023) confirment enfin que la clarté du rôle, c'est-à-dire la définition explicite des attributions et des compétences attendues de chaque professionnel est une condition nécessaire au maintien du sens du travail dans les établissements de soins de longue durée. L'ambiguïté de rôle, fréquente dans un secteur où les glissements de tâches sont courants et où

les frontières entre métiers tendent à s’effacer sous la pression du sous-effectif, génère une perte de repères identitaires qui fragilise l’engagement professionnel et accentue le risque de burnout.

Les différentes dimensions des conditions de travail du personnel soignant en maison de repos, l’organisation contrainte du temps de travail, la charge physique et environnementale, la charge mentale multiforme et le travail empêché ne fonctionnent pas de manière isolée. Elles s’alimentent et se renforcent mutuellement, dessinant un cercle où la pénurie de personnel aggrave la charge de travail. Celle-ci intensifie la charge mentale et le sentiment de travail empêché et où cette perte de sens accentue à son tour les départs et la pénurie. La littérature scientifique documente ainsi de façon convergente un secteur sous tension où les soignants peinent à concilier les exigences organisationnelles et les valeurs qui les ont conduits à exercer ce métier. Cette littérature, aussi riche soit-elle, reste néanmoins construite presque exclusivement à partir du point de vue des soignants eux-mêmes. Or, ces conditions de travail ne se vivent pas en vase clos, elles se déploient au quotidien sous le regard direct des résidents, premiers témoins de leurs effets concrets. C’est précisément ce regard, encore peu documenté, que la section suivante explore.

1.2.3. La perception des résidents

La question de la perception des résidents en maison de repos est un angle d’analyse encore insuffisamment exploré dans la littérature, bien qu’elle soit au cœur de tout dispositif de soins centré sur la personne. Cette lacune n’est pas sans signification. Elle reflète une tendance plus large à traiter les personnes âgées en institution comme des bénéficiaires passifs du soin plutôt que comme des acteurs dotés d’un point de vue propre. Charpentier (2007), dans un ouvrage consacré précisément au regard des résidents sur leur milieu d’hébergement, souligne que les personnes âgées en institution sont d’emblée perçues comme fragiles et sans voix, alors qu’elles-mêmes développent des stratégies pour composer avec leur quotidien et préserver des marges d’autonomie.

Il existe pourtant un dispositif institutionnel censé leur donner la parole : le conseil des résidents. Composé de résidents ou de leurs représentants, ainsi que de membres de leur famille, ce conseil est obligatoire dans toutes les maisons de repos agréées en Belgique et doit se tenir régulièrement pour discuter du fonctionnement de l’établissement (Retraiteplus.be, 2026). Dès 2007, Charpentier montrait cependant que les mécanismes de recours institutionnels comme les comités de résidents restaient largement sous-utilisés par les personnes âgées vivant en

institution, notamment parce que ces dispositifs ont été conçus par et pour une génération davantage habituée à l'affirmation individuelle de ses droits, génération non encore présente en MR. Mais près de vingt ans plus tard, on s'interroge sur l'évolution de l'appropriation de ces dispositifs par les résidents, une question qui déborde du cadre de ce mémoire mais qui éclaire la tension plus générale entre l'existence formelle d'un cadre participatif et le recueil effectif de la parole des résidents au sein des établissements.

Cette invisibilité n'est pas propre au secteur des maisons de repos. Elle s'inscrit dans un rapport plus large de nos sociétés au grand âge. La parole des personnes âgées, en particulier lorsqu'elles sont dépendantes, est structurellement peu sollicitée, peu diffusée, peu prise au sérieux. C'est un phénomène que certains auteurs rattachent à l'âgisme ordinaire, c'est-à-dire la tendance à minimiser la compétence et la légitimité du jugement des personnes âgées du seul fait de leur âge. Interroger des résidents sur les conditions de travail des soignants revient donc aussi, plus largement, à leur redonner une place de sujets pensants et observateurs dans un domaine où on les cantonne le plus souvent au rôle de bénéficiaires passifs.

Havard et Naschberger (2015) confirment par ailleurs que les résidents exercent une influence réelle sur le travail des soignants et sur la dynamique institutionnelle, ce qui justifie de les considérer comme des acteurs à part entière du système de soins. Comprendre ce que vivent et ressentent les résidents au quotidien permet pourtant d'appréhender, de manière indirecte, la réalité des conditions de travail qui structurent leurs interactions avec le personnel. Marquier et al. (2016) et Guillaume et Or (2016) soulignent que les résidents, confrontés en permanence aux rythmes, aux contraintes et aux tensions qui structurent l'activité soignante, développent une perception fine et nuancée des réalités vécues par le personnel. Cette perception influence directement leur expérience de la relation de soin, leur sentiment de sécurité et leur qualité de vie en institution (Potrebny et al., 2022).

Cordero et al. (2026) vont plus loin et avancent que les résidents évaluent en premier lieu, ce n'est pas l'organisation institutionnelle en tant que telle, mais l'expérience qu'ils en font à travers chaque interaction avec le personnel soignant. Ils distinguent les soins techniques des soins relationnels et évaluent la qualité de leur prise en charge à travers cette double dimension. Cette capacité perceptive est d'autant plus signifiante que les résidents occupent une position d'observation prolongée et continue. Ils vivent sur place, ils voient les soignants courir dans les couloirs, entendent les sonnettes, sentent quand l'équipe est au complet ou quand elle ne l'est pas. Plus leur niveau de dépendance est élevé, plus cette exposition est intense et directe. Charpentier (2007), à travers les récits de vingt résidents en milieu d'hébergement québécois,

dégage quatre profils types de résidents : prisonnier, soumis, sage et indépendant. Ces profils reflètent des rapports différenciés à l'institution et des stratégies propres pour préserver leur autonomie. Cette typologie invite à ne pas considérer les résidents comme un groupe homogène face aux conditions de travail du personnel mais comme des acteurs dont les caractéristiques façonnent leur manière de percevoir et d'interpréter ce qui les entoure.

C'est dans ce sens que Zaccaï-Reyners (2023) apporte un éclairage précieux sur la perception des résidents. C'est la qualité de l'attention que les soignants leur portent, cette disponibilité à la fois temporelle, cognitive et affective qui constitue, selon elle, le cœur même du prendre soin. Lorsque les conditions de travail l'empêchent, les résidents le ressentent dans les gestes, dans le rythme, dans la présence ou l'absence d'un regard.

C'est précisément ce point de vue que ce mémoire cherche à documenter en faisant des résidents les informateurs d'une recherche sur les conditions de travail du personnel soignant et en reconnaissant ainsi la légitimité de leur regard sur la réalité vue depuis l'intérieur du soin. La section suivante présente la démarche méthodologique retenue pour y parvenir.⁵

2. Méthode

Cette partie présente la démarche que j'ai suivie pour parvenir à répondre à ma question de recherche. Je reviens d'abord sur la manière dont j'ai construit mon cadre théorique à travers la recherche documentaire, avant de justifier le choix d'une approche qualitative pour ce mémoire. Je présente ensuite le terrain de recherche et les raisons personnelles qui m'ont menée vers cet établissement en particulier ainsi que la population interrogée et la façon dont j'ai recruté les participantes. Je détaille ensuite comment s'est déroulée la collecte des données puis la manière dont je les ai analysées. Cette partie se termine par les considérations éthiques qui ont guidé l'ensemble de ma démarche, y compris ma propre posture de chercheuse tout au long de ce travail.

2.1. Recherche documentaire

Pour construire mon cadre théorique, j'ai commencé par décomposer ma question de recherche en concepts clés, que j'ai traduits en mots-clés en français et en anglais. Voici quelques

⁵ Anthropic. (2025). Claude Sonnet 4.6 [Grand modèle de langage]. <https://www.anthropic.com>. L'outil a été utilisé le long du cadre conceptuel pour des reformulations linguistiques, sans intervention sur l'analyse ou l'interprétation des données.

exemples : les résidents de maisons de repos, le personnel soignant, les conditions de travail, la perception des résidents et la qualité des soins. J'ai ensuite effectué mes recherches sur Cairn.info, Google Scholar, PubMed et Science Direct, en utilisant des opérateurs booléens pour combiner ces termes. Par exemple : (« résidents » OR « personnes âgées » OR « maison de repos ») AND (« personnel soignant » OR « infirmiers » OR « aides-soignants ») AND (« conditions de travail » OR « stress professionnel » OR « qualité de vie au travail ») AND (« perception » OR « vécu » OR « opinion »)

J'ai fait la même chose avec mes mots-clés anglophones.

J'ai limité mes recherches aux articles publiés au cours des dix dernières années, à une exception près, un article de 2008 ainsi qu'un livre de 2007 dont le contenu restait pertinent à mon sens. Je me suis concentrée en priorité sur des articles scientifiques. Concernant la thématique spécifique de la perception des résidents, la littérature scientifique étant peu abondante, j'ai eu recours à des articles de revue professionnelle. J'ai exclu les sources provenant d'autres continents, à l'exception des États-Unis et du Canada. Les sources retenues sont en français et en anglais.

Un article était jugé pertinent s'il m'apprenait quelque chose de nouveau sur mon sujet ou m'aidait à mieux comprendre les concepts que j'allais aborder dans mon cadre théorique.

2.2. Design de l'étude

Cette recherche s'inscrit dans une démarche qualitative, dont le choix procède d'une intention fondamentale : accéder au vécu subjectif des résidents et saisir, dans toute sa complexité, la manière dont ils perçoivent et ressentent les conditions de travail du personnel soignant qui les entoure au quotidien. Elle autorise une proximité avec le terrain et favorise l'émergence de paroles authentiques, non filtrées par des catégories préétablies.

Ce choix repose aussi sur quelque chose qui me tient profondément à cœur. Les résidents sont les premiers à subir les conséquences des conditions de travail des soignants. Quand il y a des absences non remplacées, une surcharge de travail ou un manque de ressources, c'est eux qui le vivent de la façon la plus directe et la plus concrète. Pourtant, leur voix est rarement entendue dans les débats sur l'organisation des soins. Ce mémoire choisit la démarche opposée, celle de solliciter les voix de ceux qui ont le sentiment d'un avoir de moins en moins. Mon travail veut

rappeler que derrière les enjeux organisationnels, il y a des personnes réelles. Nos parents, nos grands-parents.

2.3. Terrain de l'étude

La collecte de données s'est déroulée au sein d'une maison de repos et de soins, établissement privé situé au centre du Brabant Wallon. Elle accueille une centaine de résidents âgés de 60 à 108 ans, répartis sur 3 niveaux. Elle emploie une soixantaine de salariés travaillant en continu. L'établissement se distingue par son cadre de vie calme et entouré d'un bois tout en restant à proximité des grands axes routiers. La résidence a une atmosphère familiale et authentique, centrée sur le bien-être et la qualité de vie des résidents.

Le choix de ce terrain repose avant tout sur un lien personnel. Ma grand-mère y a séjourné durant les deux dernières années de sa vie. Ne pouvant plus rester seule à domicile en sécurité, ce qui devait être un hébergement temporaire est devenu permanent lorsqu'elle a elle-même pris conscience des risques que représentait le retour à domicile. Je lui rendais visite deux à trois fois par semaine, ce qui m'a permis d'observer de l'intérieur la réalité quotidienne de l'établissement tel que ses rythmes, ses contraintes et la nature des relations entre résidents et soignants.

C'est ma grand-mère elle-même qui a initié le premier contact avec l'établissement. Lorsque je lui ai présenté mon sujet de mémoire, elle en a naturellement parlé à l'infirmière-chef. C'est lors du barbecue annuel des familles que nous nous sommes rencontrées et avons eu un premier échange autour de ma problématique. Trois mois après le décès de ma grand-mère, j'ai pris contact avec l'infirmière-chef par téléphone pour lui faire part de mon souhait de conduire mes entretiens dans l'établissement où elle avait vécu. L'infirmière-chef, d'emblée enthousiaste et curieuse des résultats, a transmis ma demande à la directrice, dont l'accord a également été obtenu. C'est avec ces deux avals que la recherche a pu débuter.

Cette démarche s'inscrit dans une expérience professionnelle et personnelle car j'ai travaillé au sein d'une maison de repos et de soins en tant qu'infirmière. Cette double expérience m'a offert un regard propre sur les dynamiques institutionnelles. Elle m'a notamment sensibilisée à l'importance de la communication entre soignants et résidents. J'ai pu observer, à travers le vécu de ma grand-mère, combien l'incompréhension de certaines décisions médicales ou institutionnelles pouvait générer de l'anxiété et laisser le résident dans une situation

vulnérable. C'est précisément cette observation qui a nourri mon intérêt pour la perspective des résidents sur le fonctionnement institutionnel.

Tout au long du mois pendant lequel se sont tenus mes entretiens, l'infirmière-cheffe a été mon interlocutrice privilégiée au sein de l'établissement. C'est elle qui m'a présentée aux résidents comme une infirmière étudiante en master souhaitant recueillir leur vécu quotidien avec le personnel soignant, contribuant ainsi à instaurer un climat de confiance propice aux échanges.

2.4. Population et recrutement

La population interrogée est exclusivement composée de résidents de l'établissement. Le choix de n'interroger que des résidents est voulu car je voulais leur donner la parole. Trop souvent absents des débats sur l'organisation des soins, ils en sont pourtant les premiers concernés. Ce mémoire part du principe que leur regard mérite d'être accepté et considéré pour ce qu'il est, c'est-à-dire, un point de vue ancré, précieux et légitime.

Les critères d'inclusion étaient simples. Les participantes devaient avoir les capacités cognitives suffisantes pour comprendre les questions et y répondre de manière cohérente, être correctement orientées dans le temps et dans l'espace et être volontaires. À l'inverse, les troubles cognitifs sévères, la confusion ou les difficultés de communication constituaient des critères d'exclusion.

Un ajustement a été nécessaire en cours de recrutement. Les premiers résidents que m'a présentés l'infirmière-cheffe étaient très autonomes et peu en demande d'assistance. Leur contact avec les soignants était limité ainsi que leur perception. J'ai donc demandé à rencontrer des résidents présentant les mêmes capacités cognitives mais plus dépendants d'aide au quotidien et donc avec plus d'interaction avec les soignants. Ce qui a permis d'accéder à des expériences bien plus riches.

Au total, j'ai rencontré dix-sept résidents, dont quatre hommes et treize femmes. Deux entretiens n'ont pas été retenus dans l'analyse. À des fins de facilité, les prénoms de participants ont été remplacés par la lettre P suivie du numéro de l'entretien. P2 répondait avec enthousiasme mais ses réponses ne permettaient pas d'aller plus loin car elle adoptait une position absolument neutre qui ne me permettait aucune analyse dans le cadre de ma question de recherche. Cependant, elle pourrait être retenue en parallèle comme caractéristique de la recherche de protection mentale contre tout ce qu'elle aurait perçu de négatif. P4, nouvellement arrivée dans

la résidence, présentait des épisodes de confusion et revenait sans cesse à des histoires personnelles sans lien avec les questions posées. Le recueil final repose donc sur quinze entretiens même si j'ai gardé la numérotation des 17 entretiens par facilité.

Enfin, deux participantes, P10 et P14, sont des connaissances personnelles que je n'avais pas revues depuis des années. Ma posture de chercheuse n'a pas changé avec eux. J'ai posé les mêmes questions sur base du même guide d'entretien. Seul le tutoiement est venu naturellement dès le départ. Ce lien préexistant a visiblement favorisé une ouverture plus rapide et plus spontanée.

2.5. Collecte des données

J'ai choisi l'entretien semi-directif car sa méthode correspond à mon objectif initial qui est d'accéder au vécu subjectif des résidents et à leur manière de percevoir et d'interpréter ce qui se passe autour d'eux au quotidien. Il m'a permis de guider sans imposer, d'orienter sans fermer. C'est ce que Quivy et Van Campenhoudt résumant dans leur Manuel de recherche en sciences sociales, ce type d'entretien permet d'orienter le discours autour de thèmes définis à l'avance, sans pour autant l'enfermer dans des questions rigidelement prédéfinies (Quivy & Van Campenhoudt, 2011).

La construction du guide d'entretien est venue en grande partie de ma grand-mère. Avant même de penser à mon mémoire, je lui posais des questions sur sa vie dans la résidence. Qui s'occupait d'elle le matin, ce qu'elle ressentait quand il y avait des absences dans l'équipe, comment elle décrirait l'ambiance entre les soignants, ce sont ces questions-là, celles qui venaient naturellement dans nos conversations, que j'ai réutilisées. Je n'ai pas cherché à recueillir des informations personnelles comme l'âge, l'identité ou les problèmes de santé car ce n'était pas l'objet de ma recherche. Cette orientation a d'ailleurs simplifié les démarches éthiques formelles. J'ai quand même soumis ma demande par mail au comité d'éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCLouvain qui m'a donné son approbation car je n'abordais pas de données médicales ou sensibles liées à la santé des participantes.

Tous les entretiens se sont déroulés l'après-midi, dans les chambres respectives des participantes, un espace qui leur appartient et qui favorise un sentiment de sécurité. Leur durée a varié entre 40 minutes et 3 heures selon les participants. Presque tous ont été interrompus vers 14h par un soignant apportant le café.

L'infirmière-cheffe me présentait aux résidents comme une infirmière étudiante en master. Dès qu'elle sortait de la chambre, je me présentais à nouveau et recontextualisais ma recherche. Malgré cela, deux résidents m'ont demandé en fin d'entretien si je travaillais pour la résidence.

L'entretien s'organisait selon une progression voulue, allant du plus concret vers du plus réflexif. Je commençais toujours par m'intéresser à la personne avant d'aborder les thématiques de mon guide d'entretien. Avant même de démarrer l'enregistrement, je prenais le temps de demander comment elles allaient, comment elles se sentaient ce jour-là. Ce n'est qu'une fois ce moment d'échange passé que je les prévenais que j'allais commencer à enregistrer et entamais mes questions de recherche. Ce moment de rencontre prenait parfois beaucoup plus de temps, mais il me semblait essentiel. On ne peut pas demander à quelqu'un de se confier sans lui montrer une certaine forme d'intérêt.

Au fil des entretiens, j'ai rapidement compris que certaines questions ne fonctionnaient pas. Des formulations comme « Comment pourrait-on évaluer les conditions de travail des soignants ? » ou « Comment pourrait-on mieux les soutenir » étaient trop abstraites pour la plupart des participantes. Seules deux participantes ont pu y répondre de manière développée. La question sur l'autonomie a posé un problème encore plus évident... comment demander à quelqu'un qui dépend d'une aide quotidienne s'il se sent autonome ? Je l'ai rapidement retirée du guide.

Une autre difficulté était de trouver comment relancer sans orienter, comment creuser sans influencer, c'était un réel défi que j'ai essayé de relever.

2.6. Analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés via l'application dictaphone de mon téléphone. L'application proposait une retranscription brute automatique que j'ai ensuite affinée et corrigée en réécoutant plusieurs fois chaque enregistrement. Pour ne pas perdre le non-verbal comme les silences, les hésitations, les sourires et rires mais aussi les moments d'émotions, j'ai essayé de retranscrire chaque entretien dans la semaine qui suivait. Ces observations ont été notées entre parenthèses directement dans les retranscriptions.

De par mes entretiens, j'ai fait émerger les thèmes qui sont apparus au fur et à mesure de mes lectures. J'ai commencé à travailler sur Excel, puis par facilité et habitude, je suis passée à

Word. J'ai d'abord travaillé sur les documents de retranscription puis dans un fichier indépendant regroupant ma liste de thèmes et les extraits associés.

J'ai ensuite dégagé des thèmes récurrents en les creusant pour en faire émerger des sous-thèmes. À la suite de chaque retranscription, j'ai regroupé les extraits pertinents, nommé les codes associés et rédigé une courte note analytique pour me rappeler le contexte de chaque extrait. Certains choix de codage ont fait l'objet d'une discussion avec ma maman, qui a relu également ce mémoire. N'étant pas elle-même familière du monde des maisons de repos ni de l'analyse qualitative, elle m'a surtout aidée à garder un regard neutre sur le lien entre mes extraits codés et l'écriture du texte, notamment sur les thèmes de l'attente et de la peur de demander.

Une fois l'ensemble des entretiens codé, j'ai repris ma liste et ai calculé le nombre d'extraits correspondant à chaque code. C'est ce travail qui m'a permis de dégager les cinq dimensions les plus récurrentes, celles qui structurent la section des résultats. Certains thèmes moins fréquents mais pertinents ont malgré tout été conservés et intégrés dans la dimension qui leur correspondait le mieux.

2.7. Considérations éthiques

Le consentement de chaque participante a été recueilli oralement avant le début de l'entretien. J'ai délibérément écarté le formulaire écrit car face à des personnes âgées dont certaines ne peuvent plus écrire, il m'a semblé plus respectueux et plus naturel de poser la question simplement, de vive voix. Tous ont accepté. Les participantes ont également été informées de leur droit de mettre fin à l'entretien à tout moment, sans avoir à se justifier. ⁶

L'anonymat a été garanti en remplaçant les prénoms des participantes par un code composé de la lettre P, comme expliqué précédemment. Les prénoms des soignants mentionnés au cours des échanges ont quant à eux été remplacés par des initiales fictives. Par souci de cohérence et pour renforcer l'anonymat, l'ensemble des participantes est présenté au féminin dans le texte, indépendamment de leur genre réel.

Ma posture réflexive est indissociable de ce travail. Mon double rôle, celui de petite fille d'une résidente et celui de professionnelle ayant travaillé en maison de repos, a influencé ma façon

⁶ RGPD : toutes les données recueillies dans le cadre de cette recherche ont été traitées conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la législation belge en matière de protection des données à caractère personnel.

d'aborder le terrain. D'un côté, les retours de ma grand-mère m'avaient préparée à certaines perceptions. Je ne suis pas arrivée sur le terrain sans aucune idée de ce que j'allais entendre. De l'autre côté, ma connaissance du monde des soignants m'a parfois amenée à interpréter les propos des résidents. Je sais que certaines choses que les résidents reprochent, les soignants les subissent aussi et en sont souvent les premiers conscients. C'est d'ailleurs pour cette raison que la rédaction des notes analytiques a été un vrai challenge. J'ai utilisé ces notes pour rester au plus proche de ce que les résidents exprimaient sans projeter mon interprétation de soignante sur leurs mots.

Ne travaillant pas sur des données cliniques, j'ai pu maintenir une posture de chercheuse tout au long des entretiens. J'ai néanmoins dû faire attention à rester neutre et ouverte, notamment face aux questions que certains résidents me posaient sur leurs propres conditions de vie, comme « vous trouvez ça normal qu'on vienne me laver et m'habiller à 11h ? ». J'ai essayé, autant que possible, de prendre ce recul en temps réel, sans me positionner, ni valider ni contredire leur ressenti, pour ne pas orienter la suite de leur discours.

Au cours de plusieurs entretiens, certains résidents ont exprimé une lassitude profonde face à leur quotidien et pour certains, une forme d'attente de la mort plutôt qu'une peur de celle-ci. Ce n'était pas la première fois que j'étais confrontée à ce type de propos dans mon parcours professionnel auprès des personnes âgées. Face à cette réalité, j'ai fait le choix de ne pas répondre par le déni ou l'encouragement facile. Je ne suis pas, pour ces résidents, une professionnelle de leur quotidien, je suis une personne extérieure, de passage, venue écouter ce qu'ils avaient à dire. Leur dire de ne pas y penser, de profiter de la vie m'aurait semblé déplacé, voire malhonnête face à des journées qui se ressemblent, une famille peu présente et pour certains, la perte d'un conjoint qui laisse un vide immense. J'ai choisi d'être présente, à l'écoute et de prendre le temps nécessaire pour accueillir ce qu'ils avaient à dire.

Mener ces entretiens a été une expérience enrichissante et prenante, mais aussi épuisante. Être pleinement présente, écouter avec attention, gérer l'émotion qui traverse certains échanges avec des personnes âgées, tout en restant rigoureuse dans ma posture de chercheuse, m'a demandé beaucoup d'énergie.

3. Résultats

L'analyse des 15 entretiens semi-directifs menés auprès des résidents de la maison de repos a permis d'identifier cinq grandes dimensions dans la perception des conditions de travail des infirmiers et des aides-soignants. Ces dimensions sont le manque de personnel, la charge de travail en inéquation avec les heures de travail, l'attente comme expérience vécue, la qualité relationnelle et la reconnaissance du personnel soignant. Interdépendantes, elles s'articulent et se nourrissent mutuellement, du plus structurel, le manque de personnel, au plus symbolique, la reconnaissance du métier de soignant, et présentent de nombreuses intersections.

3.1. Manque de personnel

Le manque de personnel est la première dimension identifiée par les résidents. 12 sur 15 l'identifient comme une réalité structurelle de leur quotidien. Ils vont jusqu'à en cibler des causes précises ainsi que des situations problématiques qui en découlent.

Du côté des causes, les résidents évoquent principalement l'agrandissement de la structure institutionnelle sans recrutement proportionnel de personnel ainsi qu'un absentéisme perçu comme récurrent et concentré autour de certaines périodes. Du côté des conséquences, ils rapportent notamment un renouvellement fréquent du personnel et un sentiment de vulnérabilité accrue durant les week-ends, deux situations qui seront détaillées ci-dessous.

3.1.1. Éléments d'explication partagés par les résidents

Plusieurs résidents identifient l'agrandissement de la résidence sans recrutement correspondant comme une cause directe du sous-effectif. P3 l'exprime clairement : « [...] Il y a souvent un manque de personnel. Ils ont fait des agrandissements ici, mais ils n'ont pas engagé de personnel. » Cette observation révèle que P3 ne perçoit pas le manque de personnel comme un dysfonctionnement isolé mais comme le résultat d'un choix institutionnel. P6 chiffre concrètement les effets de cet agrandissement : « Ils ne sont pas assez nombreux. Quand ils ont, bon, le matin, ils ont peut-être 20 toilettes à faire. Ça commence à 8 heures et ça doit être terminé pour 11 heures. » Cet extrait révèle que P6 ne fait pas qu'observer le sous-effectif mais elle mesure concrètement les effets sur la charge de travail du personnel. 20 toilettes en 3h, cela représente 6,6 toilettes par heure soit environ une toilette toutes les 9 minutes, ce qui représente une cadence particulièrement soutenue qui rend inévitables les retards et les attentes observés par les résidents.

En second lieu, les résidents perçoivent l'absentéisme comme récurrent pour certains soignants. P13 l'a observé : « C'est bizarre, c'est toujours au moment des fêtes ou quand il y a un long week-end. On est malade déjà la veille ou deux jours avant le week-end. » Cette observation révèle que P13 perçoit un processus stratégique dans l'absentéisme qui est concentré autour des week-ends et des jours fériés. P13 ne juge pas les soignants qui s'absentent mais s'étonne de la mauvaise gestion des absences et voit les impacts sur la continuité des soins.

3.1.2. Situations problématiques dérivées

Le renouvellement fréquent du personnel soignant constitue une première situation problématique identifiée par plusieurs résidents. P7 l'explique : « Il y a quand même pas mal de nouveaux. Il y en a trois, je crois, qui ont été remplacés. » Cette observation révèle que le renouvellement fréquent du personnel crée une instabilité dans la prise en charge des résidents car les nouveaux soignants ne connaissent pas encore les habitudes et les besoins spécifiques de chaque résident, ce qui peut nuire à la qualité et à la continuité des soins. P12 appuie également en ce sens : « C'est une qui est venue que je n'avais jamais vue. Elle m'a mise au lit voilà tout, elle est partie. Ils ne font pas tout ce qu'ils doivent faire. » Cet extrait illustre concrètement comment le manque de familiarité avec les habitudes du résident se traduit par des soins incomplets.

Par ailleurs, 6 résidents mentionnent le week-end comme moment de sentiment de vulnérabilité tant sur l'encadrement que la prise en charge. P8 l'exprime : « Les absences, oui. On le sent quand il y a du personnel qui manque. Le week-end, c'est différent avec la semaine. » P8 dit sentir ce manque du personnel et constate la différence avec la semaine. Tandis que P9 s'en plaint : « Le samedi et le dimanche, il y a une catastrophe. Il n'y a personne. Il n'y a pas de direction. » P9 révèle ne pouvoir compter sur personne pendant le week-end. Cette différence de ton entre P8 et P9 illustre la diversité des réactions face à un même constat, le week-end représente un moment où le sous-effectif devient particulièrement visible pour les résidents.

Ce sous-effectif a une conséquence immédiate sur le quotidien des soignants mais avec des répercussions directes sur les résidents.

3.2. Charge de travail en inéquation avec les heures de travail

La charge de travail et le manque de temps constituent la deuxième dimension de la perception des résidents. Leur observation sur la charge de travail des soignants porte à nouveau sur plusieurs aspects : la surcharge perçue directement au travers du comportement du personnel, les données chiffrées que certains soignants leur ont communiquées, l'impact de cette pression sur la qualité relationnelle mais aussi la compréhension bienveillante que les résidents développent face à cette réalité.

3.2.1. La surcharge de travail observée

La charge de travail est le thème le plus récurrent des entretiens. 15 résidents sur 15 en ont parlé. Ils l'ont observée directement dans les comportements des soignants. Des signes physiques visibles par l'allure des soignants, une sollicitation constante et un temps consacré uniquement aux soins de base.

Comme le décrit P10 : « La façon dont ils courent dans les couloirs. Ils sont tout le temps appelés par-ci, par-là. Quand ils projettent de faire quelque chose, ils doivent répondre à un appel urgent. » Les soignants se dépêchent, ils doivent accomplir les tâches quotidiennes mais aussi répondre aux urgences de la vie en maison de repos. P6 ajoute : « Ça, c'est le gros problème maintenant. C'est que tout le personnel, ils passent en courant d'air. Ils n'ont pas le temps. Ils n'ont pas le temps. » Cette métaphore du « courant d'air » illustre des contacts réduits à l'essentiel, sans espace pour les soins relationnels. P13 dit même : « Il y en a elles vont tellement vite que c'est déposer les médicaments et puis elles partent. On dirait des F16. » Cette comparaison aux F16 traduit une vitesse d'exécution qui laisse peu de place à l'échange humain. Et comme le souligne P10, tout cela en étant en plus interrompu constamment. En plus de ne pas avoir assez de temps pour les soins de base, les résidents sont impactés par l'humeur du soignant. Comme dit P7 : « Parfois, on voit qu'ils sont un peu énervés. Quand ils viennent, ils savent qu'ils doivent se dépêcher. La pression du temps, ça joue énormément. » P7 observe que la pression temporelle impacte directement la qualité de la relation.

Les résidents sont souvent dans l'attente d'un soin en particulier ce qui leur permet d'observer ces soignants en mouvement avec une attitude et des comportements différents. Ils voient, entendent et ressentent les conditions de travail des soignants mais tous ne les perçoivent pas de la même intensité. P16 dit : « ça peut impacter un peu », tandis que P13 compare les

soignants à des F16. Cette variabilité dans l'intensité de la perception semble liée au degré de dépendance du résident. Plus il a besoin de soins, plus il est exposé à cette pression temporelle.

3.2.2. Données chiffrées partagées par les soignants

Certains résidents ne se contentent pas d'observer cette surcharge de travail mais en connaissent les chiffres. Des soignants se sont confiés et ont communiqué des chiffres reflétant cette surcharge de travail. Ces informations me sont rapportées par les résidents et constituent donc des données de seconde main à considérer avec prudence. 4 résidents avancent des chiffres pour appuyer la lourdeur du travail des soignants. P3 parle de « 7 à 8 toilettes à faire le matin », tandis que P6 mentionne « 20 toilettes entre 8h et 11h ». Connaissant la diversité de dépendance des résidents des maisons de repos et les listes de répartition des toilettes, il peut exister une grande disparité dans le nombre de toilettes car il suffit d'avoir une petite liste avec des cas qui demandent une aide complète ou alors une plus longue liste qui est composée de résidents peu dépendants. P15 est la seule résidente qui mentionne le nombre de mise au lit par soignant : « Il y en a une qui m'a dit j'en ai 14 à mettre au lit. Ça ne se fait pas sur une demi-heure de temps. » P15 constate qu'autant de mise au lit ne se fait pas en 30 minutes mais comprend aussi que le temps défini à cette mise au lit doit être compris entre la fin des soupers et la fin de service de l'équipe de l'après-midi. P7 connaît le nombre de résidents de la maison de repos : « 100 résidents pour un nombre insuffisant de soignants. » Cet extrait illustre clairement que le ratio soignants/soignés est perçu comme insuffisant.

Ces confidences spontanées aux résidents illustrent la qualité du lien de confiance entre certains soignants et résidents et confirment les observations de certains résidents comme P6, P10 et P13. Ces chiffres concrétisent les perceptions des résidents de façon fondée et vérifiable.

3.2.3. L'impact de la pression du temps sur la relation

La surcharge de travail ne détériore pas seulement la qualité technique des soins mais impacte directement la dimension humaine et relationnelle des soins. Les résidents établissent le lien entre manque de temps et manque de relation.

Les résidents perçoivent le lien relationnel comme bref et intense car ils savent que les soignants n'ont pas le temps et viennent accomplir leurs tâches quotidiennes. P6 exprime : « On s'est parlé, on s'est confié des choses [...] Si vous ne passez pas de temps avec quelqu'un et qu'elle

n'a pas le temps, vous ne créez pas de relationnel. Ce n'est pas possible. » Cet extrait illustre que le temps est une condition nécessaire à la création du lien. Sans temps disponible, il est impossible de créer une relation profonde avec les soignants. Dans son cas, P6 a bénéficié du temps de soins de plaie pour développer cette relation. Au contraire, P5 observe : « Quand celles qui vont trop vite, vous n'avez pas de relation avec, elles vont vite tirer votre vêtement, elles mettent ça sur une chaise, elles sont vite parties. » P5 décrit le soin déshumanisé, le corps du résident est traité comme un objet à habiller ou déshabiller. P9 confirme ce manque d'humanité : « Elles n'ont pas le temps. Tout est compté. Et ça manque d'humanité, je trouve. » P9 nomme explicitement le manque d'humanité. C'est une formulation forte qui met en évidence la gravité de l'impact du manque de relationnel dans la relation soignant/soigné.

Cependant, tous les soignants ne sont pas concernés de la même façon. P5 distingue clairement deux profils : « Il y a des personnes qui sont très gentilles. Les autres, elles sont gentilles aussi, mais pas de la même façon. Y a certaines, elles vont vite autour de vous. Tandis qu'y a d'autres, elles sont quand même plus douces. » Cette variabilité individuelle rappelle que la qualité relationnelle dépend aussi de la personnalité et de l'investissement de chaque soignant et non pas uniquement des contraintes organisationnelles. Par ailleurs, au-delà de la dimension relationnelle, le temps est aussi une condition nécessaire à une bonne pratique clinique. Observer son patient, repérer d'éventuelles anomalies comportementales ou physiques demande une disponibilité que la pression temporelle ne permet pas toujours.

Les résidents ne séparent pas les conditions de travail de la relation soignant/soignés. Pour eux, une bonne condition de travail implique d'avoir le temps de regarder, de connaître, de parler. Le manque de temps est donc perçu comme une atteinte directe à leur dignité et à leur condition d'humain.

3.2.4. La compréhension bienveillante des résidents

Malgré la surcharge observée et ses effets sur la relation, la majorité des résidents comprend et excuse les soignants. Ils sont compréhensifs, se mettent à leur place et sont empathiques. 12 résidents sur 15 comprennent les contraintes structurelles qui pèsent sur le personnel et 11 d'entre eux vont plus loin en exprimant une empathie active envers la charge de travail.

P7 l'affirme : « Elles font le maximum de ce qu'elles peuvent faire. Elles sont humaines. » Par cet extrait, P7 excuse les limites du personnel en les ramenant à leur condition d'humain. P3 a

observé et s'est fait son opinion. Elle ne se plaint pas mais explique : « Elles sont souvent surchargées. Vous n'en pouvez rien. Ça peut être partout en même temps. Ça, il faut un peu comprendre ça. » P3 reconnaît que face au manque de temps, les résidents ne peuvent qu'essayer de comprendre la situation et de l'accepter. P16 place des mots forts : « Je les plains et je les admire. » Ces sentiments très éloignés que sont la compassion et l'admiration cohabitent souvent chez les résidents.

D'autres ne se contentent pas simplement de comprendre ou de reconnaître cette surcharge de travail, ils agissent. P11 refuse qu'un soignant lui mette ses bandes de contention et a appris à les mettre seule afin de libérer du temps pour les autres résidents. P8 a toujours des bonbons dans sa table de nuit pour en offrir aux soignants pour les encourager et P15 s'intéresse réellement à leur bien-être au travers de leur alimentation. Ces résidents se permettent d'entrer dans le relationnel avec les soignants car une réciprocité et un attachement mutuel sont nés.

Mais cette compréhension généralement bienveillante montre une tendance inverse par rapport au bien-être global du résident. P12 et P13 ont une compréhension plus limitée par leur souffrance personnelle. P17, quant à elle s'écarte de cette empathie : « je me dis qu'est-ce qu'elles foutent encore ? » mais très vite se reprend : « elles s'occupent des autres ». Elle connaît la réponse à sa question mais a juste un peu moins de patience.

Cette surcharge de travail ne reste pas abstraite pour les résidents car elle se traduit concrètement dans leur quotidien par une expérience qu'ils partagent presque tous : l'attente.

3.3. L'attente comme expérience vécue

L'attente est la troisième dimension de la perception des résidents. Les résidents témoignent de l'attente comme d'une expérience quotidienne. De celle-ci découlent plusieurs comportements : l'objectivation de l'attente, les stratégies pour la gérer ou la compenser et enfin la peur de demander qui s'installe chez certains d'entre eux.

3.3.1. L'attente objectivée par le résident

13 résidents sur 15 définissent l'attente comme une expérience quotidienne. Cette attente des soignants, qui est vécue par presque l'ensemble des résidents, n'est pas juste un inconfort mais bien un moment subjectif et anxiogène. Elle se manifeste majoritairement le matin lors des toilettes. Les résidents n'ont pas un créneau horaire attitré, ils attendent que le soignant qui leur est désigné arrive. Mais pour ce faire, celui-ci doit suivre une liste et la durée de chaque prise

en charge dépend de la condition de chaque soigné. Du coup, le résident peut attendre d'être levé le matin s'il n'en est plus capable seul et reste donc dans son lit, tout seul. P10 s'exprime « J'ai attendu jusqu'à 10h30 en chemise de nuit. [...] Je n'ai pas eu ma douche. »

Attendre en vêtement de nuit jusqu'à 10h30 un soin de base et hebdomadaire tel que la douche, n'est pas exceptionnel. Ce soin est souvent balayé par manque de temps et une toilette, au lavabo est proposée.

Cette attente n'est pas réservée à la matinée mais peut se présenter tout le long de la journée. P11 a chiffré cette attente : « Entre six minutes et 1h10. Ça c'était exceptionnel. Si c'est pas urgent, j'attends. Je regarde la TV. » Il est vrai qu'une demande d'assistance n'est pas toujours urgente et heureusement, mais pour certains résidents, sonner est le seul moyen d'entrer en contact avec l'équipe soignante. Mais P9, elle dit : « C'est arrivé à plus d'une heure quand même. Plus d'une heure. Il faut faire une chose, c'est de ne pas avoir de problème. » P9 exprime de la résignation et que, pour ne pas souffrir de l'attente, mieux vaut ne pas avoir de problème urgent. P17 est plus catégorique et dit : « Non. Il faut toujours attendre. » Cette imprévisibilité de l'attente est aussi anxiogène que sa durée. Les minutes paraissent très longues pour les résidents qui se trouvent dans une situation d'urgence. Cette incertitude génère des interprétations anxieuses, comme en témoigne P12 : « J'ai dit, ils m'ont encore oublié. Enfin je sonne. » Cette interprétation révèle une insécurité affective liée aux délais.

3.2.3. Les stratégies développées face à l'attente

Face à l'attente, les résidents ne restent pas passifs et développent des stratégies pour la gérer ou la compenser. Certains s'adaptent au rythme institutionnel comme P1 : « Maintenant je sais que 9h45 et 10 h il y a une pause alors je ne sonne pas. » P1 a retenu les horaires des pauses et sait que si elle sonne pendant celles-ci, elle devra attendre. D'autres font eux-mêmes à la place d'attendre. Comme P5 : « Il n'y a pas moyen qu'il y ait quelqu'un qui vienne. Et alors, moi, je vais déjà faire ma toilette. » P5 ne voyant personne arriver, elle s'est lavée seule. P9 aussi anticipe et décide de se laver seule : « Comme ce matin, par exemple, bien, ils devaient me donner la douche. Ils ne sont jamais arrivés. Donc, qu'est-ce que j'ai fait ? J'ai pris ma douche toute seule. Et là, je me mets en danger. » Cette stratégie comporte cependant un risque réel, P9 reconnaît elle-même se mettre en danger en prenant sa douche seule.

P11, elle, attend patiemment en regardant la TV quand ce n'est pas urgent. Mais d'autres résidents comme P10, décident de demander le strict minimum pour ne pas déranger. P10 dit :

« Je ne demande pas grand-chose pour ne pas déranger les gens. » Ces résidents ont développé un mécanisme d'auto-censure qui leur permet de réduire leur dépendance au personnel et d'éviter l'attente.

Ces stratégies révèlent l'adaptation du comportement des résidents pour compenser les manquements organisationnels même si certaines personnes se mettent en danger.

3.3.2. La demande mal accueillie et l'auto-censure qui en découle

Au-delà des stratégies d'adaptation de certains résidents, d'autres rapportent avoir vécu ou redouté une réaction négative de la part du personnel face à une demande. Ce qui les conduit progressivement à une forme d'auto-censure. Celle-ci se manifeste par l'absence de sollicitation pour éviter tout malentendu et représailles. 3 résidents ont exprimé ne pas se plaindre par peur des conséquences. P13 explique clairement : « J'ai peur que j'aie des ennuis. Parce qu'il y en a certaines ne se gênent pas de dire "rho que faut-il ?" Non, je ne demande rien en fait. » Cet extrait illustre bien qu'une demande reçue avec agacement dans le passé a engendré chez P13 la crainte d'une nouvelle réaction négative, qui la conduit à ne plus rien demander du tout. P15 dit la même chose : « Tu as peur de faire une remarque quelque part parce que tu as peur que ça ne se retombe sur toi. » Cet extrait reflète la crainte que certains propos ou demandes se retournent contre elle. P12, par contre : « Je vois tout, tout ce qu'ils font, tout ce qu'ils font mal, mais je ne dis jamais rien. Je n'ai jamais réclamé, jamais. » P12 se résigne à ne rien communiquer. Elle a vécu et subi des manquements mais ne s'est jamais plainte ou exprimée. Les résidents ayant cette réaction révèlent la relation de pouvoir asymétrique entre eux et les soignants. Cependant, il convient également de souligner que les résidents les plus vulnérables, comme P12 qui dit « J'ai jamais été dire à une cheffe quelque chose qui me plaisait pas. Je laisse passer et c'est oublier. Je suis obligé, je ne sais pas où aller. » sont aussi les plus silencieux. Cette observation constitue une limite méthodologique importante. Les perceptions les plus douloureuses sont peut-être aussi les moins audibles dans cette recherche.

Cette expérience de l'attente et ces stratégies d'adaptation révèlent à quel point les résidents sont dépendants de la disponibilité des soignants. C'est précisément cette disponibilité ou son absence qui influence directement la qualité de la relation soignant-résident.

3.4. La qualité relationnelle

La qualité relationnelle constitue la quatrième dimension de la perception des résidents et le deuxième thème le plus récurrent des entretiens, derrière le manque de personnel. Les résidents évaluent la qualité de la relation qu'ils entretiennent avec les soignants au quotidien. Cette évaluation porte sur plusieurs aspects : ce qu'ils valorisent dans la relation, les petites attentions qui font la différence, les épisodes de maltraitance perçue, les formes d'infantilisation et enfin l'attachement qui se crée avec le temps.

3.4.1. Ce que les résidents valorisent dans la relation

14 résidents sur 15 l'évaluent sous deux axes : la disponibilité temporelle et la disponibilité affective. Concrètement, les résidents valorisent la douceur dans les gestes, le sourire et la bonne humeur des soignants. P7 le dit : « La gentillesse du personnel. Ça, c'est formidable. Je n'ai pas de grief vis-à-vis de personne. » La gentillesse du personnel est la première qualité observée par les résidents. P8 évoque : « Déjà, quand elles m'appellent par mon prénom, je sens déjà que je suis très bien. » Le fait d'être appelée par son prénom est perçu par P8 comme un marqueur de proximité affective et d'intégration. Cependant, comme nous pourrions le voir par la suite, ce point de vue peut ne pas être partagé. P6 quant à elle, a pris sa décision quant à sa dernière demeure sur base du comportement des soignants : « C'est la bienveillance du personnel qui m'a aussi fait changer d'avis. Tous. On ne peut pas en sortir un du tas qui est moins aimable. » La qualité relationnelle a influencé une décision de vie majeure pour P6.

Les résidents perçoivent la relation comme une condition au soin en tant que tel. Ils ne séparent pas la qualité technique des soins de la qualité relationnelle. Pour eux, un bon soin, est un soin fait avec douceur, attention et présence. Cependant, les résidents constatent que par manque de temps, les soignants peinent déjà à accomplir les soins techniques. Dans ce contexte, la dimension relationnelle devient la première sacrifiée, elle passe au second plan, voire disparaît complètement.

3.4.2. Les petites attentions comme marqueurs de la qualité relationnelle

12 résidents sur 15 mentionnent des petites attentions spontanées comme un indicateur principal de la qualité relationnelle. Ce sont des micro-gestes qui dépassent le soin prescrit.

Les résidents ont observé différents types de petites attentions. P10 mentionne : « OO⁷, elle sortait la plaquette, elle me donnait mon Dafalgan. » P10 évoque l'anticipation d'une infirmière qui avait toujours une plaquette d'antidouleur dans sa poche. P5 remarque quant à elle : « Il y en a une qui sait bien que j'ai mal dans ma jambe. Elle prend vite le tube et elle me frotte vite ma jambe. » P5 observe la soignante prendre quelques secondes à appliquer un baume sur sa jambe douloureuse. Anticiper avant même d'être sollicitée, ce réflexe vient certes, avec de l'expérience mais aussi avec une personnalité attentive aux demandes des résidents.

P3, elle, remarque une spontanéité non prescrite, non obligatoire qui montre un certain attachement des soignants envers les résidents. P3 décrit une interaction avec l'infirmière cheffe : « elle vient sur mon épaule, me donner un petit bisou. Allez, ça va aller. » P3 reçoit une marque de tendresse et des mots réconfortants. Elle se rend compte de l'importance de ce genre d'attentions. P17 et P8 quant à elles, observent des petites attentions adaptées à leur personne. P17 : « Il y en a une qui me faisait toujours des petits cadeaux. » Pour son anniversaire, P17 a reçu de la part d'une soignante, une paire de lunettes de soleil. Ce geste complètement dédié à sa personne, l'a profondément touchée. Pour P8, c'est un geste du quotidien qui la marque : « On me remplit mon café. Mais elles ne font pas toutes ça. Des préférences comme ça. Je ne demande rien. On sait bien que j'aime bien le café. » Certains soignants remplissent deux thermos de café pour P8 car ils savent qu'elle aime le café et qu'elle en boit beaucoup. C'est une demande qui n'a jamais été faite par P8.

Toutes ces petites attentions révèlent une connaissance intime de la personne. Mais elles sont rares et ça les rend d'autant plus précieuses pour les résidents. Les soignants qui posent ces gestes sont ceux qui ont pris le temps de connaître vraiment le résident. Cela révèle ainsi que la qualité relationnelle et la connaissance de la personne sont indissociables.

3.4.3. La maltraitance perçue

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la maltraitance envers les personnes âgées comme un acte unique ou répété, ou une absence d'action appropriée, survenant dans une relation de confiance et causant un préjudice ou une détresse à la personne âgée. Cette définition couvre notamment la maltraitance physique, psychologique et émotionnelle, ainsi que la négligence et l'atteinte à la dignité (World Health Organization, 2020).

⁷ Pour rappel, les prénoms des soignants ont été anonymisés par des initiales aléatoires.

Cependant, 10 résidents sur 15 témoignent d'épisodes de maltraitance perçue. Cette maltraitance observée va d'une tonalité brusque à des refus de soins en passant par des gestes irrespectueux. Comme P13 qui exprime sa peur d'avoir des ennuis : « Parce qu'il y en a certaines ne se gênent pas de dire “rho que faut-il ?” Non, je ne demande rien en fait. » P13 sous-entend le ton brusque et irrespectueux de la soignante qui vient à sa rencontre. Une autre forme de maltraitance est exprimée par P5 qui dit « Elle m'a retiré mes vêtements comme ça. Elle les a jetés là à terre. » ou encore P3 concernant son épouse, plus dépendante que lui : « Elle a dit, je ne vous mets pas au lit. Ma femme a pris ça à cœur, elle a même pleuré. » Ces extraits reflètent des refus de soins de la part de soignants qu'ils soient totaux, en refusant de mettre un résident dans son lit pour la sieste ou partiels en faisant leur travail de manière irrespectueuse en jetant les vêtements au sol. P16 quant à elle exprime : « Il m'a mis dans mon lit comme une loque. » P16 a vécu ce soin comme un geste sans égard pour sa dignité et sans considération de sa personne physique. P12 a peur avant même tout contact physique : « Je pleure déjà avant de toucher le bras. Tellement que j'ai peur que j'ai eu mal aux bras. » Par cet extrait, P12 communique sa peur d'avoir mal comme si le soignant ne tenait pas compte de sa douleur. Elle enchaîne en disant : « Il y en a une qui dit que je suis difficile maintenant. Ils disent que je suis paresseuse. » P12 reçoit un jugement de la part de soignants dans le contexte des soins à lui apporter et auxquels elle cherche à participer malgré sa douleur. Elle souffre du bras et est donc devenue dépendante à la toilette.

Ces extraits reflètent un manque d'égard de la part de certains soignants pour le résident en tant que personne.

Certaines de ces maltraitances ont été remontées à la direction et des soignants auteurs de ces extraits ont été licenciés. Les résidents ont perçu ces décisions positivement même si elles continuent à les traumatiser. Malgré cela, 10 résidents sur 15 en témoignent. Ce qui montre que la maltraitance, même petite, fait partie du quotidien d'une maison de repos.

Il convient néanmoins de souligner que les résidents distinguent la maltraitance intentionnelle de la maltraitance liée à la pression structurelle. Plusieurs d'entre eux évoquent ainsi le stress ou le manque de temps des soignants comme explication possible à certains gestes brusques ou maladroits, plutôt qu'une réelle volonté de nuire. Ils ne généralisent pas à l'ensemble du personnel mais isolent des comportements individuels problématiques, ce qui témoigne d'une perception nuancée et non caricaturale des soignants.

3.4.4. L'infantilisation

9 résidents sur 15 mentionnent plusieurs formes d'infantilisation : le tutoiement, la vérification des actes du résident, le refus de respecter ses choix et les qualificatifs dévalorisants.

P13 dit : « Le tutoiement. On nous prend pour des gosses parfois. » P13 n'aime pas le tutoiement, elle le subit. Elle ne veut pas passer pour une « snob », ni que ce soit mal interprété par les soignants alors accepte cette proximité qui n'est pas la sienne. P14 témoigne vouloir faciliter le travail des soignants en se lavant seule, à son aise mais reçoit un refus catégorique de la part des soignants. Les soignants doivent respecter leurs protocoles et ont parfois du mal à accepter l'autonomie du résident.

P10 dit : « Elle regarde et elle dit, “oui, mais est-ce qu'il est bien fait ?” Ça m'infantilise. » Elle se sent rabaissée à la hauteur d'un enfant quand la soignante vient vérifier si elle a bien fait son lit. Mais P6 remarque : « C'est qu'on ne nous infantilise pas. Ah ça ! C'était ma première crainte. Ils ne font pas ça ici. » P6 se sent rassurée de ne pas subir de l'infantilisation. Elle en avait peur mais constate qu'à son avis, dans cette maison de repos ce n'est pas pratiqué. Leur vécu est donc drastiquement opposé.

P15 dit que les soignants ne respectent pas son autonomie : « Laissez-moi faire, je suis capable d'aller jusqu'à la salle de bain. Non non non non pas question. » P15 voudrait se laver à la salle de bain, comme elle se sent capable de le faire mais les soignants ont décidé que cela devait être fait dans le lit, la réduisant à subir passivement la toilette. P10 formule : « Parce qu'on est toujours sous leur autorité. Il y a des attitudes ou des réflexions qui font qu'on a intérêt à obéir. » Cet extrait reflète un besoin de contrôle des soignants sur les actes des résidents. En libre interprétation, ceci pourrait être une compensation au manque de reconnaissance qu'ils ressentent dans leur travail.

Une autre forme d'infantilisation est d'être qualifié de « difficile » ou de « paresseux », comme le dit P12 : « Il y en a une qui dit que je suis difficile maintenant. Ils disent que je suis paresseuse. » P12 avance en âge et souffre terriblement du bras, elle est donc devenue dépendante d'une aide à la toilette.

3.4.5. L'attachement réciproque

15 résidents sur 15 témoignent d'un attachement réciproque avec certains soignants. C'est le thème le plus universel des entretiens après la charge de travail. Les résidents perçoivent la relation soignant-résident comme bidirectionnelle.

L'attachement se manifeste sous différentes formes et à différentes intensités. P11 le sait et se montre lucide : « C'est ma famille maintenant ici. » P11 a intégré la résidence comme un nouveau milieu de vie et considère les soignants comme sa famille. P7 observe un autre type d'attachement : « Certains soignants s'attachent à certains résidents, oui. Sans le montrer vraiment. Mais ça se voit parfois. La façon dont ils s'arrêtent près d'eux. » Cet extrait montre que les soignants s'attachent aussi aux résidents même si c'est de manière discrète.

P8, quant à elle, s'attache profondément aux soignants : « Quand elles partent, c'est toujours un petit coup au cœur. Je m'attache. J'ai dit, je ne le fais plus, je ne le fais plus, mais je m'attache. » Inversement, les soignants ont confiance en elle et se confient à elle : « On vient me raconter, on ferme la porte, on vient, on pleure, on raconte. Et je le dis, ça ne sort pas. » P8 joue ainsi un rôle de confidente pour les soignants, consciente que ce lien sera rompu si le soignant quitte la résidence.

Ce lien spécial entre les résidents et certains soignants est précieux mais très fragile face au turnover constant. P8 le dit, elle ne veut plus s'attacher. Elle essaie de se protéger sans y arriver. Au-delà de leur vécu quotidien de la relation soignant-résident, les résidents portent un regard plus global sur le métier de soignant. Cette perspective les amène à exprimer une reconnaissance profonde et sincère envers ceux qui les accompagnent au quotidien.

3.5. Reconnaissance envers le personnel soignant

La reconnaissance du personnel soignant constitue la cinquième et dernière dimension exprimée de la perception des résidents. Elle dépasse le simple remerciement pour prendre des formes variées révélant une conscience collective des difficultés du travail soignant.

3.5.1. La valorisation du métier

14 résidents sur 15 valorisent spontanément le métier de soignant. Au travers de leurs entretiens, ils utilisent des mots forts tels que : vocation, dévouement, courage, grand cœur... Les résidents reconnaissent profondément et sincèrement les soignants ce qui dépasse le simple remerciement.

3 résidents utilisent le mot « vocation » pour reconnaître le travail d'un soignant. P7 l'affirme, sans cette vocation, ce métier n'est pas fait pour tout le monde : « C'est un travail qui rassemble.

Très humain. C'est une forme de dévouement parfois. Il faut avoir la vocation. » P7 parle d'un travail qui rassemble, très humain où faut être dévoué à la cause. P3 ajoute : « C'est plutôt une vocation, quoi. Il faut beaucoup de patience parce qu'il y en a, ils s'en servent beaucoup de la sonnette. » P3 confirme, elle ajoute que les soignants doivent avoir beaucoup de patience pour faire face aux sollicitations constantes de certains résidents.

P6 ne mentionne pas le mot vocation mais exprime la dureté du travail par des faits : « C'est un métier dur. Aller nettoyer les vieux, les cacas. Il faut avoir un grand cœur pour faire ça. » P6 est consciente de la réalité physique et parfois ingrate du métier et reconnaît le courage que cela demande. P16 apporte la formulation la plus terre à terre des entretiens : « Ces gens sont courageux parce que c'est pour gagner leur pognon, mais malgré tout c'est une vocation. » P16 rappelle que c'est un choix de vie, les soignants ne sont pas obligés de travailler dans cette profession. Alors, oui c'est pour gagner leur vie, comme tout travail mais malgré tout, il faut être capable d'assumer certaines tâches propres à ce métier. P9 reconnaît : « C'est un don de soi-même pour nous. C'est un métier qui n'est pas assez valorisé. » Cette vocation est vue comme un don, qui même si elle sert à payer les factures, n'est pas assez valorisée.

Cette valorisation du métier est indissociable de la compréhension des contraintes structurelles. Plus les résidents comprennent les difficultés du métier, plus ils en valorisent l'exercice.

3.5.2. La compréhension des contraintes structurelles

12 résidents sur 15 comprennent les contraintes qui pèsent sur le personnel soignant. Cette compréhension va au-delà de la simple tolérance, c'est une analyse lucide faite par des résidents observateurs. Elle se manifeste sous différentes formes.

P3 comprend le sous-effectif : « Elles sont souvent surchargées. Vous n'en pouvez rien. Ça peut être partout en même temps. Ça, il faut un peu comprendre ça. » P3 invite à la compréhension, elle ne se plaint pas. P3 analyse la surcharge de travail et invite les autres résidents à faire preuve de compréhension.

P7 excuse les limites liées à la pression temporelle : « Elles font le maximum de ce qu'elles peuvent faire. Elles sont humaines. » P7 rappelle que les soignants sont humains, qu'elles donnent le maximum pour les résidents même si les contraintes organisationnelles ne le permettent pas toujours. P9 de son côté comprend les conditions de vie des soignants : « Il suffit

qu'on sente qu'elles ont un problème à la maison. Ah, le petit avait de la fièvre ce matin. Ça se sent. » P9 imagine les difficultés personnelles des soignants en dehors du travail. Et P16, dans le même esprit, affirme : « Les aides-soignantes qui ont des enfants. Elles viennent parfois à contre-cœur en se disant qui va s'occuper du bébé. » P16 va plus loin, elle imagine le matin des soignantes avant leur arrivée au travail.

Ces observations viennent de résidents attentifs et soucieux du bien-être des soignants. Même s'ils sont dépendants de leur aide, ils perçoivent les conditions de travail dans leur globalité, pas seulement ce qui les touche directement. Ces résidents ne perçoivent pas seulement les conditions de travail à travers leur propre vécu, ils les perçoivent à travers une écoute active qui témoigne d'une conscience collective des difficultés du métier de soignant.

3.5.3. La proactivité des résidents comme forme de reconnaissance

Certains résidents ne se contentent pas de comprendre, ils expriment leur reconnaissance de façon active et concrète. Cela montre une forme de réciprocité dans la relation soignant-résident.

Certains résidents n'hésitent pas à se montrer proactifs pour reconnaître le travail des soignants. P11 affirme sa reconnaissance de manière spontanée et personnalisée : « Je dis merci quatre fois plus fort qu'une ou bien je remarque "tiens vous avez des nouvelles boucles d'oreilles". » P11 exprime verbalement sa reconnaissance et le fait comprendre aux soignants en le répétant plusieurs fois. P15 essaie de retenir les prénoms comme forme de respect et de reconnaissance : « J'essaie de retenir leur nom. Ça leur fait plaisir aussi qu'elles savent que vous faites attention. » Prendre la peine de retenir les prénoms crée un sentiment de proximité avec les soignants. P1 et P8 offrent des bonbons à titre de reconnaissance. Ces petits gestes constituent une marque de gratitude concrète pour les soins reçus. P7 suggère : « Leur manifester qu'on apprécie ce qu'elles font. Plus dans la reconnaissance. » P7 identifie la reconnaissance comme rôle actif du résident et incite les autres résidents à faire de même.

Ces gestes révèlent que la relation soignant-soigné n'est pas à sens unique. Les résidents se sentent responsables du bien-être des soignants. En percevant leur propre rôle dans le bien-être des soignants, ces résidents témoignent d'une compréhension fine et active des conditions de travail. Ils ne sont pas de simples observateurs mais des acteurs de la relation soignant-résident.

3.5.4. La dimension politique et sociétale

Les propos de 6 résidents sur 15 sortent du cadre de la résidence en replaçant les conditions de travail dans un contexte politique et budgétaire large.

P6 compare la situation des soignants à celle d'autres métiers sous-valorisés comme les enseignants. P6 dit : « En Belgique, le mal du siècle, c'est qu'on laisse s'effondrer les soins de santé. Il n'y a plus d'argent. » P6 identifie les choix politiques comme cause du sous-effectif dans les établissements de soins. P9, P10 et P11 partagent ce constat de rémunération insuffisante. P9 suggère de payer les soignants proportionnellement à leurs compétences : « Il faut d'abord les payer pour ce qu'elles font. Il faut qu'elles soient rétribuées comme elles le méritent. » P7 va encore plus loin en souhaitant que les décideurs politiques expérimentent personnellement cette réalité : « Hâte que ça leur arrive une fois ou l'autre. De le vivre. Ou bien leurs parents qui sont pris personnellement dans le jeu. » Les résidents subissent les conséquences directes des restrictions budgétaires ou structurelles.

Cette dimension politique et sociétale révèle que certains résidents, loin d'être de simples bénéficiaires passifs des soins, vont jusqu'à faire une analyse systémique qui dépasse largement leur expérience individuelle.

3.6. Synthèse

Avant d'entamer la discussion, le tableau suivant propose une synthèse des cinq dimensions identifiées, de leurs contenus respectifs et des éléments les plus significatifs qui les illustrent.

Dimensions	Éléments évoqués	Réurrence, élément d'objectivation
1. Manque de personnel	Causes perçues (agrandissement, absentéisme) et situations problématiques dérivées (turnover, week-ends).	12/15 résidents ; agrandissement sans recrutement (P3) ; absentéisme concentré

		autour des week-ends et jours fériés (P13).
2. Charge de travail et manque de temps	Surcharge observée dans le comportement des soignants, données chiffrées, impact sur la relation.	15/15 résidents ; métaphores du « courant d'air » (P6) et des « F16 » (P13) ; jusqu'à 20 toilettes en 3h (P6).
3. L'attente comme expérience vécue	Attente anxiogène quotidienne, stratégies d'adaptation, auto-censures de peur de représailles.	13/15 résidents ; attente chiffrée « entre six minutes et 1h10 » (P11) ; stratégies à risque (toilette seule)
4. La qualité relationnelle	Ce que les résidents valorisent, petites attentions, maltraitance perçue, infantilisation, attachement réciproque.	14/15 résidents valorisent la relation ; 10/15 résidents rapportent de la maltraitance perçue ; 15/15 résidents témoignent d'un attachement réciproque.
5. Reconnaissance du personnel soignant	Valorisation du métier, compréhension des contraintes, reconnaissance active, dimension politique et bienveillance.	14/15 résidents valorisent spontanément le métier ; 12/15 résidents comprennent les contraintes structurelles ; 6/15 résidents élargissent au plan politique.

3.7. Conclusion

Les résidents de cette maison de repos en particulier perçoivent les conditions de travail des soignants avec une lucidité et une empathie remarquables. Loin de se limiter à l'observation de leur vécu individuel, ils vont jusqu'à l'analyser pour identifier des causes structurelles au manque de personnel et pour arriver à comprendre les contraintes institutionnelles. Bien qu'ils mettent en avant des épisodes de maltraitance perçue et d'infantilisation, ils respectent profondément le métier des soignants qu'ils côtoient au quotidien.

4. Discussion

Les résultats de ce mémoire font ressortir cinq grandes dimensions : le manque de personnel, la charge de travail, l'attente, la qualité relationnelle et la reconnaissance du métier. Pour cette discussion, j'ai choisi d'en approfondir quatre. Le thème de la maltraitance et de l'infantilisation a bien été analysé mais les résidents eux-mêmes ne les relient pas à proprement parler aux conditions de travail des soignants. Ils ne répondent donc pas directement à ma question de recherche. Je les ai gardés en nuances dans l'axe sur la qualité relationnelle sans en faire un axe à part entière.

Pour choisir mes quatre axes, je me suis posé à chaque fois la même question : qu'est-ce que ce résultat apporte de plus par rapport à la littérature ? Ces quatre axes s'enchaînent aussi selon une logique précise, du plus structurel, le manque de personnel, au plus symbolique, la reconnaissance du métier de soignant. Entre les deux se déploient l'attente qui est une conséquence concrète de la charge engendrée par le premier, puis la relation de confiance qui résiste malgré la pression.

Ce regard des résidents rejoint ce que la littérature documente déjà du côté des soignants. Mais il met en lumière ce que la littérature, centrée sur les soignants, ne peut pas documenter.

4.1. Le manque de personnel et la charge de travail

Ce sont les deux dimensions les plus structurelles de la perception des résidents. Elles sont documentées dans la littérature du point de vue des soignants. J'ai donc tenté d'apporter la nuance du point de vue des résidents qui constatent les sous-effectifs et leurs conséquences mais apportent aussi leurs propres interprétations de la situation. Cet axe aborde ensuite l'impact concret de ce manque de temps sur la dimension relationnelle des soins. Il se termine en montrant que cette convergence avec la littérature n'est pas une simple coïncidence mais une forme de validation externe qui vient renforcer un phénomène déjà connu depuis une position sans enjeu professionnel.

4.1.1. Les résidents comme témoins du manque de personnel et la charge de travail

Le manque de personnel est identifié par la majorité des résidents comme une réalité structurelle permanente. Deux causes principales ont été ciblées par les résidents : l'agrandissement de la structure d'accueil sans recrutement correspondant et l'absentéisme récurrent perçu plus

concentré autour des week-ends et des jours fériés. Cette perception s'accompagne d'une observation quasi unanime de la charge de travail des soignants. Elle s'observe surtout au travers de certains signes physiques des soignants, leur allure ou les sollicitations constantes.

Certains résidents avancent des chiffres précis pour appuyer cette perception. La plupart relèvent d'une estimation personnelle construite à partir de leur propre observation. Un résident, en revanche, rapporte un chiffre qui lui a été confié directement par une soignante, ce qui en fait une donnée de seconde main, à interpréter avec prudence.

Les résidents perçoivent aussi les effets que cette pression temporelle a sur les soignants telles qu'une humeur instable ou de l'irritabilité. Ce que les résidents ont observé correspond à ce qu'expliquent Marquier et al. (2016) concernant le concept de la pression de la pendule. Cette notion explique l'intensification de la cadence, les urgences permanentes et le manque de temps pour bien faire le travail de soignant. Les entretiens ont permis de se rendre compte que les résidents subissent cette même pression mais comme victimes collatérales. Dans l'article de Marquier et al. (2016), les auteurs parlent d'une fatigue accumulée qui rendrait les soignants irritables et qui augmenterait le risque d'erreurs. Cela fait directement écho à ce que les résidents décrivent concernant l'humeur instable et l'irritabilité perçue des soignants.

Ce constat rejoint la présentation du cadre théorique de ce mémoire. Les projections du SPF Santé Publique (2024, cité dans IEFH, 2024) annoncent une baisse de la densité pondérée d'infirmiers en MRS bien plus sévère qu'en milieu hospitalier, jusqu'à -28,55% en communauté flamande et -21,14% en communauté française d'ici 2046. Le manque de personnel que les résidents perçoivent au quotidien n'est donc pas qu'une impression isolée à leur établissement mais bien une tendance structurelle déjà documentée à l'échelle du secteur.

Il faut cependant nuancer cette convergence. Ce que les résidents perçoivent, ce sont surtout les effets du sous-effectif qui sont la cadence élevée, l'allure des soignants et les toilettes qui s'enchaînent. Les causes qu'ils avancent, en revanche, relèvent davantage de leur propre interprétation que d'un fait objectif. L'hypothèse d'un absentéisme concentré autour des jours fériés, par exemple, traduit une interprétation possible mais reste une hypothèse construite depuis leur position d'observateur et non une donnée totalement objectivée et vérifiée. Cette distinction ne remet pas en cause la valeur de leur regard mais elle rappelle qu'il s'agit d'une perception et non pas d'un état des lieux.

4.1.2. Les résidents victimes du relationnel empêché

Le manque de temps a un impact sur tous les aspects du soin à la personne âgée. Il touche à la fois les soins techniques mais aussi le relationnel entre les soignants et les patients. Ils vont de pair et sont intimement liés car à travers le soin technique, les soignants font du relationnel. Les résidents illustrent ce lien explicitement en associant l'absence de temps à l'impossibilité de créer un lien.

Lavergne & Janssens (2024) nomment ce phénomène le « relationnel empêché » qui est une déclinaison plus spécifique du concept du « travail empêché » (Petit & Dugué, 2013, cité dans Marquier et al., 2016). La surcharge de travail oblige les soignants à prioriser les tâches administratives et logistiques au détriment du contact humain. Lavergne & Janssens rapportent que 66% des soignants dans l'enquête EMOVA, pointent la surcharge comme frein principal aux soins relationnels de qualité. Ce chiffre n'est pas directement comparable à notre résultat car la méthode et l'étendue de l'étude ainsi que la population sont différentes. Mais il est important de prendre en compte la récurrence de ce thème dans tous les entretiens.

Ce constat est confirmé par des données de terrain indépendantes des résidents. Thomas et al. (2012) montrent qu'en gériatrie, 44% du temps des aides-soignants et 54% du temps des infirmiers sont consacrés à autre chose qu'à la relation avec le patient, contre seulement 24% et 11% du temps passé directement avec les résidents. Ce chiffre vient renforcer ce que perçoivent les résidents. Ce n'est pas qu'une impression, le temps relationnel est effectivement très réduit dans le quotidien des soignants.

4.1.3. Le regard du résident comme validation externe du travail empêché

Au-delà de ce que ça révèle sur le relationnel, cette convergence a aussi une portée plus large. La surcharge de travail est largement mise en avant par les soignants eux-mêmes. Mais ici, les résidents qui sont des tiers extérieurs au système de soins n'ont aucun intérêt professionnel à témoigner en faveur ou en défaveur du personnel. Ils décrivent une réalité similaire et certains la chiffrent eux-mêmes. Cette perception permet de renforcer la plausibilité de ce phénomène.

Contrairement aux soignants qui rapportent leurs propres conditions de travail, les résidents apportent un regard qui ne dépend d'aucune volonté de justifier une charge de travail. Ce mémoire s'appuie, sans l'avoir formalisé au départ, sur un principe de triangulation des sources. C'est-à-dire de faire dialoguer deux points de vue distincts, celui des soignants déjà documenté

par la littérature et celui des résidents recueillis ici. Cela permet de renforcer la validité du constat plutôt que de simplement l'additionner. Les résidents ne sont pas seulement des témoins passifs mais sont une source de connaissance légitime sur les conditions de travail des soignants. C'est précisément l'angle mort identifié en introduction de ce mémoire. Le regard des résidents sur les conditions de travail des soignants restait, jusqu'ici, absent de la littérature. Ces résultats à petite échelle s'inscrivent dans la logique de vouloir combler en partie ce manque.

4.2. Les résidents victimes de l'attente

L'attente est un vécu que les résidents ont eux-mêmes fait émerger sans qu'aucune question ne leur soit posée directement à ce sujet. Il est propre au résident et la littérature centrée sur les soignants ne pouvait pas le documenter. Je montre d'abord comment cette attente se manifeste au quotidien, puis les stratégies que les résidents développent pour y faire face. J'établis ensuite le lien entre cette attente et la pression de la pendule vécue par les soignants, avant de terminer sur la question du risque que ces stratégies peuvent parfois comporter.

4.2.1. L'attente, une expérience quotidienne et anxiogène

L'attente est un thème qui a été abordé spontanément par la grande majorité des résidents. Elle se manifeste quotidiennement, surtout le matin lors des toilettes, où les résidents doivent attendre leur tour sans avoir un créneau horaire attribué. Cette attente du personnel n'est pas seulement pendant la matinée mais bien tout au long de la journée. Que ce soit pour les soins du matin ou ceux du soir avec la mise en pyjama et la mise au lit ou tout au long de la journée quand les résidents ont besoin d'aide. Cette aide peut être très variée, allant du besoin d'un geste simple, jusqu'à une aide d'urgence vitale.

Même si attendre très longtemps reste assez occasionnel et s'explique par la survenue d'une urgence, le fait d'être dans cette incertitude, dans cette imprévisibilité, est tout aussi anxiogène que la durée elle-même. Il y a d'abord un agacement face à la longueur d'attente puis un sentiment d'anxiété se développe, allant parfois jusqu'à un sentiment d'abandon.

4.2.2. Le temps vécu et la pression de la pendule

La littérature existante mesure le temps d'attente de façon objective et systémique sur base des durées moyennes et de dysfonctionnements techniques mais ne documente pas le vécu subjectif de cette attente, celle du point de vue du résident. Cette étude apporte cet éclairage manquant à travers la parole des résidents eux-mêmes.

Ce vécu rejoint ce que Minkowski (1993, cité dans Dreuil, 2020) développe dans sa phénoménologie de l'attente. Pour lui, l'attente n'est pas qu'une anticipation tournée vers le futur, elle est une véritable « suspension de l'activité ». Ce qui explique pourquoi elle est si difficile à vivre pour des résidents déjà dépendants dans leurs mouvements. Dreuil (2020) précise que l'intensité de cette attente dépend notamment de l'incertitude du délai : ne pas savoir quand l'événement attendu va survenir accroît l'anxiété, même pour un événement anodin. C'est exactement ce que montrent mes résultats : ce n'est pas tant la durée de l'attente qui pèse sur les résidents que son imprévisibilité.

Cette distinction renvoie en réalité à deux échelles de temps différentes. D'un côté, la pression de la pendule vécue par les soignants relève du temps mesuré, celui des horaires, des cadences, des plannings à tenir. De l'autre côté, l'attente vécue par les résidents relève de ce que Minkowski appelle le temps vécu ou durée. Une même minute peut sembler courte ou interminable selon l'incertitude qui l'accompagne, indépendamment de sa durée réelle mesurée à l'horloge. Ce n'est donc pas seulement deux vécus différents, mais deux notions de temps qui coexistent dans un même espace institutionnel, sans jamais vraiment se rencontrer.

Les stratégies d'adaptation développées par certains résidents rejoignent ce que Charpentier (2007) dit concernant les stratégies développées par les résidents afin de préserver leur marge d'autonomie face à l'institution.

Cette attente, vécue par les résidents peut être vue comme le revers de la médaille de la « pression de la pendule » vécue par les soignants (Marquier et al., 2016). Face aux soignants pris dans une spirale de course contre la montre, ce sont les résidents qui attendent. Dreuil (2020) documente d'ailleurs ce même phénomène en institution gériatrique, sous la forme d'une désynchronisation entre deux rythmes qui ne se rencontrent pas. L'« attentisme » des personnes en attente répond à l'« activisme » d'un personnel pressé par ses tâches. Ces deux faces correspondent à deux points de vue, d'un côté, ce que vivent les soignants et de l'autre, ce que vivent les résidents en bout de chaîne. Même si nombreux sont ceux qui pourraient penser qu'il s'agit de deux problèmes différents, ils font partie d'un même phénomène structurel. Là où

Marquier et al. (2016) documentent la cause de ce phénomène du côté des soignants, ce mémoire en documente la conséquence vécue à l'autre bout de la chaîne.

4.2.3. La dignité du risque et le risque de l'auto-censure

Face à l'attente, certains résidents ont développé des stratégies d'adaptation. Même s'ils sont obligés de s'adapter au rythme de l'organisation quotidienne de base, ils ont observé, demandé et retenu les horaires des soignants. D'autres n'attendent plus. Quitte à se mettre en danger, ils se lavent seuls. D'autres, plus extrêmes encore, s'auto-censurent. Elles ne veulent pas déranger, alors elles ne sonnent pas.

Le gros risque de ces stratégies d'adaptation est la mise en danger des résidents. Passant du risque de chute lors des toilettes faites seules à la minimisation de certains symptômes ou inconforts.

Ce constat rejoint le concept de la « dignité du risque » développé par Woolford et al. (2020), qui définissent ce principe comme le droit des personnes vulnérables à prendre des risques raisonnables pour préserver leur autonomie, leur croissance et leur qualité de vie.

Leur étude, menée auprès de quatorze décideurs et tuteurs professionnels du secteur de l'aide aux personnes âgées et handicapées, identifie quatre composantes de ce principe : la personne au centre de la décision, l'acceptation que la vie comporte des risques, le besoin de choix et de contrôle, et le fait que ce principe s'applique tout au long du parcours de vie, pas seulement lors d'un événement isolé. Mais les auteurs relèvent aussi un écart important entre la théorie et la pratique. Si les professionnels décrivent la dignité du risque comme centrée sur la personne, leur application concrète se réduit presque exclusivement à la minimisation du risque physique. Ce principe est en plus appliqué de façon situationnelle : les auteurs notent qu'il est très rarement mis en œuvre pour les personnes atteintes de troubles cognitifs, jugées trop vulnérables pour qu'on leur laisse ce choix.

Dans leur étude, ce sont donc les décideurs ou tuteurs qui arbitrent ce risque à la place du résident. Ici, c'est le contraire, c'est le résident qui décide seul, sans arbitrage institutionnel. Woolford et al. (2020) reconnaissent eux-mêmes que l'absence de la voix des résidents et des soignants constitue une limite importante de leur étude et appellent à explorer leur point de vue pour mieux comprendre ce qui compte réellement pour eux. Ce mémoire, qui donne justement

la parole aux résidentes sur cette question du risque, permet d'apporter un éclairage que leur recherche ne pouvait pas fournir.

Les résidentes qui prennent ce type de risque n'ont pas comme but d'être imprudentes mais c'est leur façon de reprendre le contrôle sur leur propre corps et leur temps. Face à l'attente institutionnelle, elles ne restent pas passives à la subir, elles sont proactives.

4.3. La relation de confiance et l'attachement comme ressource face à la dégradation du lien relationnel

Cet axe s'intéresse à la relation de confiance qui se crée et persiste entre résidents et soignants malgré la pression structurelle décrite dans les deux axes précédents. Il montre d'abord comment cet attachement, bien que largement partagé, reste fragilisé. Il aborde ensuite ce qui distingue une dégradation structurelle du relationnel d'une dégradation liée à des comportements individuels. Il se termine en montrant que cet attachement n'est pas à sens unique mais qu'il est documenté des deux côtés de la relation de soins.

4.3.1. Un attachement réciproque mais fragile

La relation de confiance entre les soignants et les résidents est un sujet longuement abordé lors des entretiens. Et plus spécifiquement, l'attachement réciproque est le thème le plus universel après la charge de travail. Malgré la pression, un lien se crée et il se manifeste avec différentes intensités selon les personnes, allant du sentiment d'appartenir à une nouvelle famille jusqu'à des formes plus discrètes d'attachement observées chez certains soignants envers les résidents.

Mais le facteur de turnover fragilise le réconfort de ce lien. Une étude de l'Insee portant sur les EHPAD privés en France chiffre le taux de départ annuel moyen à 61% chez les infirmiers et 68% chez les aides-soignants (Martin & Ramos-Gorand, 2017). Autrement dit, plus qu'un soignant sur deux quitte l'établissement chaque année. Malheureusement, face à ce turnover fréquent, la relation entre les soignants et les résidents reste fragile et n'a pas le temps de se développer de manière plus universelle à l'ensemble des résidents.

4.3.2. Entre dégradation structurelle et petites attentions individuelles

La surcharge de travail reste la cause première de la dégradation du relationnel. Plusieurs résidents décrivent des soins déshumanisés, réalisés à la hâte et un manque d'humanité de manière plus générale. À l'inverse, la grande majorité des résidents affirme que les petites attentions sont des marqueurs de qualité. Que ce soit sous forme d'anticipation d'un besoin, d'un geste attentionné, d'un cadeau personnalisé ou d'une habitude connue et respectée.

Certaines résidentes distinguent deux profils de soignants, celles qui sont douces et qui prennent le temps et celles qui vont très vite. Cette nuance rappelle que la qualité relationnelle ne dépend pas uniquement des conditions de travail imposées par l'institution mais aussi de la personnalité et de l'investissement propre à chaque soignant vu que malgré tout, certains soignants arrivent à prendre du temps.

4.3.3. Un attachement documenté et réciproque

Ådland et al. (2022) documentent le phénomène d'attachement du côté des soignants qui développent un lien fort avec certains résidents et vivent la perte de ceux-ci comme un véritable deuil. Les résultats de ce mémoire mettent en lumière ce même attachement mais tel qu'il est vécu et ressenti du côté du résident.

Les petites attentions perçues par plusieurs résidents trouvent écho dans ce que Zaccai-Reyners (2023) définit comme le cœur du « prendre soin ». Il s'agit d'une disponibilité à la fois temporelle, cognitive et affective. Cordero et al. (2026) confirment que les résidents distinguent le soin technique du soin relationnel et évaluent leur prise en charge à travers cette double dimension. Ce qui explique pourquoi ces petites attentions, qui relèvent du relationnel, comptent tout autant que les soins de base à leurs yeux.

Cet attachement n'est pas à sens unique. Certains résidents deviennent eux-mêmes un soutien pour les soignants. Havard et Naschberger (2015) confirment cette réciprocité, les résidents influencent eux aussi le travail des soignants et la dynamique institutionnelle.

Ce constat rejoint également ce que documente Charpentier (2007). Malgré les tensions que peut engendrer la promiscuité constante avec des inconnus, les résidents en milieu d'hébergement expriment généralement un sentiment de sécurité marqué et accordent une importance particulière aux liens sociaux qui se tissent au sein de la résidence. Dans le cas de ce mémoire, ce lien englobe aussi la relation avec le personnel soignant.

Cette réciprocité rappelle que les résidents ne sont pas seulement les destinataires passifs des conditions de travail des soignants. Ils y participent aussi, à leur manière, en gardant un lien qui résiste à la pression structurelle et qui enrichit et soutient le lien professionnel.

4.4. La reconnaissance du métier et le rôle du résident dans la construction du sens du travail

Cet axe s'intéresse au regard que portent les résidents sur le métier de soignant lui-même au-delà même de leur propre expérience de la relation de soin. Il aborde la spontanéité de cette valorisation et les gestes concrets qui sont mis en place. Puis démontre que cette reconnaissance ne se limite pas à un sentiment mais qu'elle participe activement à la construction du sens que les soignants recherchent dans leur travail.

4.4.1. Une valorisation spontanée

La quasi-totalité des résidents valorise spontanément le métier de soignant en mobilisant un vocabulaire fort et récurrent : vocation, dévouement, courage, grand cœur. Aubry (2012) montre que les aides-soignants elles-mêmes mobilisent cette rhétorique pour donner du sens à leur trajectoire professionnelle et accepter plus facilement les difficultés du métier. Même si c'est accepté de mettre leurs compétences au second plan. Mais ce constat dépasse le cadre de ce mémoire.

Cette valorisation s'accompagne, chez une large part des résidents, d'une compréhension lucide des contraintes structurelles qui pèsent sur le personnel, certains allant jusqu'à imaginer les difficultés personnelles des soignants en dehors du travail. Cette compréhension dépasse ainsi la simple tolérance pour relever d'une véritable empathie envers la situation du personnel soignant.

4.4.2. Une reconnaissance active

Plusieurs résidents se montrent proactifs pour exprimer leur reconnaissance concrètement que ce soit sous formes de remerciements appuyés, d'attentions personnalisées, d'effort pour retenir les prénoms malgré le turnover ou de petits gestes de gratitude.

Une partie des résidents élargit également cette reconnaissance à une dimension politique et sociétale des conditions de travail des soignants en Belgique. Cette dimension politique élargit la reconnaissance au-delà de l'individu. Elle ne s'arrête plus au soignant lui-même, elle touche à une reconnaissance sociétale du métier tout entier.

Cette reconnaissance n'est jamais formulée dans l'abstrait, elle est systématiquement rattachée à ce que les résidents perçoivent des conditions concrètes du métier : la charge physique et mentale, le manque de temps, la rémunération jugée insuffisante.

4.4.3. Le résident comme source du sens du travail

Quéméner et al. (2023) montrent que le sens du travail chez les soignants repose sur trois dimensions : la signification qu'ils donnent à leur métier, l'objectif qu'ils poursuivent et la cohérence entre leurs valeurs et ce qu'ils font. Plus ce sens est fort, moins ils ont l'intention de quitter leur emploi. Mais leur modèle se concentre sur ce qui se passe du côté du soignant. Les résultats de ce mémoire tendent à démontrer autre chose. Ce sens n'est pas construit seul par le soignant, il est aussi nourri de l'extérieur. Les petits gestes de reconnaissance des résidents, les remerciements appuyés, les prénoms retenus, les attentions offertes, tout cela participe à ce sens. Ce n'est pas uniquement de la gentillesse, c'est une reconnaissance active qui vient compléter ce que le soignant construit lui-même.

Ådland et al. (2022) vont dans le même sens quand ils disent que ce sens est ancré dans la qualité des relations avec les résidents. On l'a déjà vu dans l'axe précédent avec l'attachement. C'est une reconnaissance concrète et volontaire, presque un geste actif du résident envers le soignant.

Cette reconnaissance confirme une fois de plus ce que ce mémoire cherche à montrer : les résidents ne sont pas de simples témoins des conditions de travail des soignants, ils y participent activement.

4.5. Synthèse : du structurel au symbolique

Ce mémoire pose la question suivante : comment les résidents d'une maison de repos et de soins perçoivent-ils les conditions de travail des infirmiers et des aides-soignants ? Les résultats m'ont amené à pouvoir y répondre. Leurs perceptions s'articulent autour de quatre grands axes. D'abord, les résidents identifient et mesurent eux-mêmes le manque de personnel soignant et

la charge de travail qui en découle. Ensuite, ils subissent l'attente et la perçoivent d'eux-mêmes comme une conséquence concrète et quotidienne de cette surcharge, un vécu que seule leur parole pouvait révéler. Mais malgré tout, de façon consciente, ils tissent un lien de confiance réel avec les soignants, lien qu'ils jugent fragile mais indispensable.

Ce qui nous amène au constat de l'importance du point de vue des résidents dans les études sur les conditions de travail des soignants. Mais ce que cette discussion montre aussi, c'est que ce regard n'est pas figé. Il évolue avec chaque axe, du plus structurel, la charge de travail et le manque de personnel, au plus symbolique, la reconnaissance du métier. Entre les deux, les résidents ne sont jamais de simples témoins. Ils vivent l'attente qui découle de cette charge, ils entretiennent un lien malgré la pression et ils reconnaissent activement ce que les soignants leur apportent au quotidien.

Les quatre axes convergent vers un même point : les résidents ne sont pas de simples témoins passifs des conditions de travail des soignants. Ils les vivent, les subissent parfois mais aussi les compensent et les valorisent à leur manière. C'est précisément cette légitimité du regard du résident que ce mémoire cherchait à démontrer.

Cette conclusion rejoint d'ailleurs un avis récent du Conseil Supérieur de la Santé (2026), qui rappelle que le bien-être des soignants est étroitement lié à la qualité des soins. De bonnes conditions de travail, la stabilité des équipes et une répartition claire des tâches sont, selon eux, indispensables. Le CSS ne parle pas directement du regard des résidents mais il va dans le même sens que ce que ce mémoire vient de montrer. Ce n'est donc pas juste une conclusion qui reste cloisonnée dans le cadre de ma recherche. C'est une question qui se pose aujourd'hui à un supérieur, au niveau politique et institutionnel en Belgique. (CSS, 2026)

4.6. Limites de l'étude

Comme toute recherche, ce mémoire comporte des limites à reconnaître. Elles concernent la méthode utilisée, la nature des données récoltées ainsi que ma propre posture de chercheuse tout au long de ce travail.

4.6.1. Limites méthodologiques

Cette étude s'est déroulée au sein d'un seul établissement, privé, situé en Brabant wallon. Ses résultats ne sont donc pas généralisables à l'ensemble des maisons de repos et de soins en

Belgique, ces dernières pouvant relever d'autres secteurs d'activité (associatif, public) ou se situer dans d'autres régions. L'échantillon de 15 résidents, bien que riche sur le plan qualitatif, n'est pas non plus représentatif de l'ensemble des résidents en MRS.

Comme mentionné dans la méthode, l'exclusion des résidents présentant des troubles cognitifs sévères écarte une partie croissante de la population des maisons de repos, documentée dans le cadre théorique de ce mémoire. De même, la vulnérabilité de certains résidents rencontrés, davantage silencieux face à leurs propres conditions de vie, laisse penser que les perceptions les plus sévères restent sous-représentées dans cette analyse, comme déjà souligné dans les résultats.

La collecte s'est par ailleurs déroulée sur une période d'un mois ce qui offre une photographie ponctuelle des conditions de travail perçues par les résidents. Or, ces conditions peuvent varier dans le temps, selon les périodes de sous-effectifs, les saisons ou les changements d'équipes, des variations que ce mémoire n'a pas pu saisir. Enfin, si certains choix de codage ont été discutés avec un tiers extérieur à la recherche afin d'en vérifier la cohérence, ce processus n'a pas porté sur l'ensemble du matériel, ce qui constitue une limite à la fiabilité.

4.6.2. Limites liées aux données

Le choix de n'interroger que les résidents entraîne une absence de triangulation des données. L'absence d'entretiens auprès des soignants et d'une présence systématique sur le terrain auraient permis de mieux situer la portée de ce que les résidents ont confié. Ce mémoire documente une perception des conditions de travail, celle des résidents et non les conditions de travail elles-mêmes. C'est une limite propre au choix méthodologique fait dès le départ et il est important de le garder à l'esprit lors de la lecture des résultats.

Certaines données, notamment les chiffres rapportés par des soignants aux résidents, sont également de seconde main. Elles ont été interprétées avec la prudence nécessaire car aucune vérification auprès des personnes qui les avaient communiqués n'a été faite.

4.6.3. Limites liées à la posture de la chercheuse

Ma double posture, déjà développée dans les considérations éthiques, celle de petite-fille d'une résidente et celle de professionnelle ayant travaillé en maison de repos, reste une limite à garder

à l'esprit. Ma connaissance du monde des soignants a pu, par moments, m'amener à interpréter les propos des résidents à travers ce que je savais déjà vécu de l'autre côté.

À cela s'ajoute quelque chose de plus personnel. Les entretiens ont débuté trois mois après le décès de ma grand-mère, dont le séjour dans cet établissement est à l'origine de ce choix de terrain. Sa perte a pu influencer ma façon d'écouter surtout face aux résidents qui parlaient de la fin de vie ou la perte d'un proche. Enfin, le lien personnel préexistant avec deux participantes, P10 et P14, constitue une limite à garder à l'esprit dans l'interprétation des résultats de ce mémoire même si les questions ont été posées sur base du même guide d'entretien que les autres.

4.7. Perspectives

À partir des résultats de ce travail et de l'importance mise en évidence des avis et des observations des résidents, on pourrait envisager certaines pistes de recherche comme celle de croiser le regard des résidents à celui des soignants. Ou encore de développer les aspects concernant le sentiment d'inutilité exprimé par certains résidents. Aussi, en s'inspirant de modèles déjà expérimentés, une réflexion peut être menée sur les maisons de repos idéales du futur.

4.7.1. Croiser les points de vue

Au travers de ce mémoire, seuls les résidents ont été interrogés. Un constat s'est imposé, le regard des résidents recoupe largement ce que la littérature documente déjà du côté des soignants. Mais dans le but d'être le plus complet possible, une étude qui regrouperait le point de vue des résidents et des soignants au sein d'un même établissement et au même moment permettrait de voir si ces perceptions sont réellement communes ou si des écarts apparaissent. Une telle démarche pourrait par exemple reposer sur des entretiens menés en parallèle auprès des deux populations, suivis d'une analyse comparée des thèmes qui convergent et de ceux qui divergent.

Cette dualité n'aurait pas comme simple but une comparaison entre deux points de vue séparés mais bien l'ouverture d'un dialogue afin de favoriser la compréhension mutuelle, apprendre à se connaître et développer une relation saine entre résidents et soignants. Cette piste rejoint d'ailleurs ce que Havard et Naschberger (2015) avancent sur l'influence réciproque entre

résidents et soignants. Documenter les deux regards en simultané permettrait de mieux comprendre comment cette réciprocité se construit concrètement au quotidien.

4.7.2. Approfondir la compréhension de la perception de l'attente

Une autre piste de réflexion concerne l'influence de l'état physique et mental des résidents sur la perception de l'attente, au-delà du seul facteur de l'âge. Il est possible que le niveau de dépendance, la douleur, la fatigue ou certaines difficultés cognitives modulent la manière dont les résidents vivent et interprètent les délais d'attente. Cette question renvoie plus largement à la notion de temps vécu. C'est-à-dire à la façon dont le temps est perçu et interprété qui évolue non seulement avec l'âge mais aussi avec l'état de santé de la personne. L'attente, en tant qu'expérience subjective de la durée, pourrait donc se vivre différemment selon les résidents rencontrés.

4.7.3. Évaluer l'effet positif de la sollicitation des résidents sur la satisfaction professionnelle des soignants

Après une vie d'activité qui peut être plus ou moins intense, ils se retrouvent dans l'obligation d'entrer en maison de repos. Eux qui prenaient soin de leur maison, préparaient leur repas, accueillaien, s'occupaient de leurs petits-enfants, se retrouvent dans un endroit où le personnel fait tout à leur place. En tant que soignante, je comprends ce réflexe : on préfère le faire soi-même, par peur qu'un résident se blesse ou tombe, mais aussi par manque de temps, car c'est plus rapide de le faire à sa place. Mais comment accepter psychologiquement que, du jour au lendemain, on n'ait plus rien à faire ?

Certains résidents m'ont confié leur ennui et leur besoin de se sentir utile, bafoué par ce quotidien où tout est fait pour eux. Redonner du sens à leur vie et un sentiment d'utilité aux résidents pourrait donc améliorer leur bien-être psychologique, mais peut-être aussi leur santé de manière plus générale, en ralentissant l'apparition de certaines maladies dégénératives. Cette hypothèse rejoint d'ailleurs l'avis du Conseil Supérieur de la Santé (2026), qui identifie l'intégration du sens et de la finalité de l'existence comme un élément essentiel des soins centrés sur la personne. Hormis une meilleure santé et une meilleure qualité de vie pour le résident, un résident qui se sent moins seul solliciterait peut-être aussi différemment le personnel soignant.

Une piste concrète pourrait consister à impliquer davantage les résidents dans la vie quotidienne selon leurs capacités et leur niveau de dépendance.

Cette approche reste exigeante à mettre en œuvre. Elle demande du temps, un accompagnement soutenu, et ne convient pas à tous les résidents ni à tous les membres du personnel. Elle constitue malgré tout un prolongement concret et déjà expérimenté des pistes évoquées dans ce mémoire. Et pourquoi cette approche ne pourrait-elle pas être source de motivation pour les soignants ?

4.7.4. Modéliser l'organisation et la philosophie des soins

Le lien entre le manque de personnel, la surcharge de travail et la dégradation du lien relationnel a été démontré à plusieurs reprises dans ce mémoire. Trois concepts pourraient nourrir la réflexion des maisons de repos sur ce sujet.

Le concept d'hôpital magnétique (magnet hospital), né d'une étude américaine de 1983 ayant identifié des établissements capables d'attirer et de fidéliser leur personnel infirmier malgré une pénurie généralisée, repose sur huit conditions essentielles : l'autonomie professionnelle des infirmiers, le support administratif, une bonne collaboration entre médecins et infirmiers, la valorisation et le leadership infirmier, des relations positives entre pairs, un ratio de personnel adéquat, un focus centré sur le patient et une exigence de qualité des soins (Brunelle, 2009). Ce management participatif et cette reconnaissance affirmée des soignants permettent de réduire le turnover et d'améliorer la qualité des soins.

Le concept de management durable dans le contexte hospitalier s'inscrit dans une démarche de développement durable répondant à un triple objectif : être socialement équitable, économiquement viable et écologiquement soutenable (Lallemant & Martin, 2024). Il s'intègre dans l'univers de l'établissement de santé sous la forme de la responsabilité sociétale, définie par la Commission européenne comme la responsabilité des organisations vis-à-vis des effets qu'elles exercent sur la société et l'environnement. Au-delà de sa dimension environnementale, cette démarche comporte une composante sociale importante. Elle agit directement sur la qualité de vie au travail, le respect de l'humain et son bien-être. Sa dimension collaborative et participative favorise la cohésion au sein d'une équipe et renforce l'implication des soignants autour d'un projet commun, ce qui en fait un véritable levier managérial, porteur de sens et facteur de motivation et d'attractivité au sein des hôpitaux.

La philosophie de l'humanité, développée en France par Gineste et Marescotti est fondée sur quatre piliers du soin, le regard, la parole, le toucher et la verticalité. Cette approche vise à restaurer la dimension relationnelle du soin auprès des personnes âgées, notamment démentes et a démontré une réduction de plus de 90% des comportements d'agitation pathologique lors des soins critiques (Gineste, Marescotti & Pellissier, 2008). Biquand et Zittel (2012) nuancent toutefois cet apport. Leurs observations de terrain en établissements gériatriques révèlent un écart persistant entre cette philosophie du soin et l'organisation hospitalière réelle, les soignants rapportant un sentiment de ne pouvoir en tenir les principes faute de temps. Ce constat rejoint directement le concept de relationnel empêché développé plus haut dans ce travail. Une philosophie de soin ne peut suffire sans une transformation conjointe de l'organisation du travail qui la porte.

Ces trois concepts viennent toutefois du milieu hospitalier, et non des maisons de repos et de soins. Les contextes institutionnels et organisationnels y sont différents : les ressources, la gouvernance, la nature même du travail ne sont pas les mêmes. À notre connaissance, aucune étude n'a encore testé ces modèles dans le secteur de l'hébergement de longue durée pour personnes âgées. Cette transposition mériterait pourtant d'être explorée, tant le lien entre pénurie de personnel, épuisement professionnel et dégradation du relationnel est central dans les résultats de ce mémoire.

5. Conclusion

Ce mémoire est parti d'un constat, les résidents sont les premiers témoins des conditions de travail des soignants mais leur voix était absente de la littérature. Pour combler ce manque, quinze entretiens semi-directifs ont été menés auprès de résidents d'une maison de repos et de soins dans une démarche qualitative et respectueuse de la personne âgée.

La question de recherche demandait comment les résidents perçoivent les conditions de travail des infirmiers et des aides-soignants. La recherche a effectivement montré que les résidents perçoivent clairement ces conditions de travail sous forme brute. Ils observent, mesurent, subissent et interprètent au quotidien avec une lucidité et une bienveillance qui les placent en position de véritables témoins. S'en dégagent quatre grandes dimensions organisées du plus structurel au plus symbolique. D'abord, les résidents identifient et mesurent eux-mêmes le manque de personnel soignant et la charge de travail qui en découle, rejoignant ainsi ce que la littérature documente déjà du côté des soignants. Ensuite, ils vivent l'attente comme une conséquence concrète et quotidienne de cette surcharge, un vécu que seule leur parole pouvait

révéler et que la littérature centrée sur les soignants ne pouvait pas documenter. Malgré cette pression, un lien de confiance persiste entre résidents et soignants. Il est fragile mais réel, se compose de petites attentions et d'un attachement réciproque qui sont menacés par le turnover. Enfin, les résidents reconnaissent activement le métier de soignant, dans toute sa difficulté et participent eux-mêmes à lui donner du sens plutôt que d'en être de simples destinataires.

Ces quatre dimensions convergent vers un même point, les résidents ne sont pas de simples témoins passifs des conditions de travail des soignants. Ils les vivent, les subissent parfois mais aussi les compensent et les valorisent à leur manière. C'est précisément cette légitimité du regard du résident, en tant qu'acteur et non plus seulement en tant que bénéficiaire de soins, que ce mémoire cherchait à démontrer.

Ce travail comporte évidemment des limites déjà développées plus haut, liées notamment à la taille de l'échantillon et à un terrain unique qui invitent à l'attention portée quant à toute généralisation. Il ouvre néanmoins des perspectives concrètes, qu'il s'agisse de croiser le regard des résidents à celui des soignants ou de s'inspirer de modèles participatifs déjà expérimentés en Belgique.

Ce mémoire s'inscrit dans le prolongement des travaux de Charpentier (2007) qui invitent à abandonner nos représentations habituelles du vieillissement pour reconnaître aux résidents, même âgés et fragilisés, la capacité et le droit de prendre en charge leur propre vie plutôt que de les réduire à de simples bénéficiaires passifs de soins. C'est précisément cette légitimité que ce mémoire cherche à mettre en lumière.

Au-delà du secteur des maisons de repos, ce mémoire pose une question plus large, celle de la place que notre société accorde à la parole des personnes âgées. Trop souvent perçues comme fragiles, dépendantes ou sans voix, elles sont pourtant des observatrices privilégiées du monde qui les entoure, capables d'une lucidité et d'une nuance qui méritent d'être reconnues comme telles. Contraintes à une quasi-inactivité par la perte d'autonomie, elles disposent, paradoxalement, d'un avantage que les personnes actives n'ont pas : le temps d'observer ce qui les entoure. En redonnant la parole aux résidents sur ce sujet, ce mémoire ouvre une voie encore peu explorée. Mais une chose est sûre, les résidents savent, voient et ressentent bien plus qu'on ne le pense et il est temps de les écouter.⁸

⁸ Anthropic. (2025). Claude Sonnet 4.6 [Grand modèle de langage]. <https://www.anthropic.com>. L'outil a été utilisé le long de la conclusion pour des reformulations linguistiques, sans intervention sur l'analyse ou l'interprétation des données.

Bibliographie

Ådland, A. K., Gripsrud, B. H., Lavik, M. H., & Ramvi, E. (2022). “They Stay With You” : Nursing Home Staff’s Emotional Experiences of Being in a Close Relationship With a Resident in Long-Term Care who Died. *Journal of Holistic Nursing*, 40(2), 108-122.
<https://doi.org/10.1177/08980101211017766>

Aubry, F. (2012). Une histoire de vocation ? Comment les aides-soignantes occultent le processus de transmission de leurs compétences professionnelles.: une enquête France/Québec. *Emulations - Revue de sciences sociales*, (11), 111 121.
<https://doi.org/10.14428/emulations.011.007>

Biquand, S., Zittel, B. (2012). Care giving and nursing, work conditions and humanity. *IOS Press*, 41, 1828-1831. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0392-1828>

Bontemps, G. (2022). De quoi parle-t-on ? Définition et approches sémantiques du virage ambulatoire. *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, (118), 11-14.
<https://stm.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-2-page-11?lang=fr>

Boyls, S., Dubourg, D., Dujou, M., Marot, B., Mélon, M., Savsin, M., Seddiki, L., Van Malderen, C., & Zitella, C. (2021). *Rapport trisannuel des établissements et d’accueil pour aînés*. AVIQ – Agence pour une Vie de Qualité.
https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2023-03/Rapport-trisannuel-des-aines-2022.pdf

Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40, 39-48.
<https://doi.org/10.3917/pos.401.0039>

Charpentier, M. (2007). *Vieillir en milieu d'hébergement : Le regard des résidents*. Presses de l'Université du Québec.

Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice : A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, (12), 235-243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>

Conseil Supérieur de la Santé. (2026). *Les besoins de soins plus complexes en maison de repos et (de soins) nécessitent une transformation en profondeur des soins résidentiels aux personnes âgées, avertit le Conseil Supérieur de la Santé*. Conseil Supérieur de la Santé. Consulté le 24/06/2026 sur <https://www.hgr-css.be/fr/les-besoins-de-soins-plus-complexes-en-maison-de-repos-et-de-soins-necessitent-une-transformation-en>

Cordero, L. J., Dys, S., & White, D. (2026). What Matters to Residential Long-Term Care Residents : Contextualizing Perceptions of Person-Centered Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 27(4), 106-104. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2025.106104>

Dreuil, D. (2020). Prendre soin de l'attente : La patience revisitée. *Revue française d'éthique appliquée*, (9), 74-87. <https://doi.org/10.3917/rfeap.009.0074>

Gineste, Y., Marescotti, R., Pellissier, J. (2008). L'humanité dans les soins. *Recherche en soins infirmiers*, 3(94), 42-55. <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0042>

Guillaume, S., & Or, Z. (2016). La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : Une approche qualitative exploratoire.

Questions d'économies de la Santé, janvier(214), 1-6.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/214-la-satisfaction-des-personnes-agees-en-termes-de-prise-en-charge-medicale-et-de-coordination-des-soins.pdf>

Havard, C., & Naschberger, C. (2015). L'influence du patient sur le travail des soignants et le dialogue social à l'hôpital. *@GRH*, (17), 9-41. <https://doi.org/10.3917/grh.154.0009>

Kondi, K., Duyck, J., Fasquelle, N., Nevejan, H. & Van Den Abbeel, Y. (2025). *Le vieillissement de la population s'accélère, en particulier au cours des 10 prochaines années*. In STATBEL. Consulté le 18/03/2026 sur <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/le-vieillissement-de-la-population-sacclere-en-particulier-au-cours-des-10-prochaines>

Lallemant, F., & Martin, C. (2024). L'hôpital du futur : Quand le développement durable rencontre « one health » et la santé planétaire pour des soins de santé durables. *Anesthésie & Réanimation*, 10(2), 77-81. <https://doi.org/10.1016/j.anrea.2024.02.003>

Lavergne, T., & Janssens, H. (2024). Pénurie des infirmier·es et crise du « prendre soin ». *Institut pour l'égalité des femmes et des hommes*, 1-50. <https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/media/documents/192%20-%20P%C3%A9nurie%20des%20infirmier%C2%B7es%20et%20crise%20du%20%E2%80%99prendre%20soin%E2%80%99.pdf>

Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal, M., Jolidon, P., Laurent, T., Peyrot, C., Straub, T., & Toldre, C. (2016). Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés. *Les Dossiers de la DREES, septembre*(5), 1-32. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd05.pdf>

Martin, C., & Ramos-Gorand, M. (2017). Turnover élevé du personnel soignant dans les Ehpad privés en France : impact de l'environnement local du salaire. *Economie et Statistique / Economics and Statistics*, (493), 53-70. <https://doi.org/10.24187/ecostat.2017.493s.1912>

Potrebny, T., Igland, J., Espehaug, B., Ciliska, D., & Graverholt, B. (2022). Individual and organizational features of a favorable work environment in nursing homes: cross-sectional

study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1244. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08608-9>

Quéméner, G., De Bosscher, S., Afonso-Pires, C., & Rémy, L. (2023). L'effet du sens du travail sur l'intention de quitter des personnels soignants en EHPAD. Quel impact de la satisfaction au travail et de la charge de travail ? *Psychologie du Travail et des Organisations*, 29(1), 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2022.11.001>

Quivy, R. & Van Campenhoudt, L. (2005). *Manuel de recherche en sciences sociales* (2^e éd.). Dunod.

Retraite Plus. (2026). *Comment fonctionnent les conseils de résidents en maison de repos ?* Retraite Plus. Consulté le 15/07/2026 sur <https://www.retraiteplus.be/blog/actualites/comment-fonctionnent-les-conseils-residents-maison-repos>

Roussillon Soyer, C., St-Onge, S., Igalens, J., & Balkin, D. B. (2021). The demotivating impact of absenteeism in nursing homes. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1679-1690. <https://doi.org/10.1111/jonm.13314>

SENIORIEWEB. (s.d.). *Maison de repos – définition et difference: la maison de repos pour les personnes âgées (MRPA) et maison de repos et de soins (MRS)*. SENIORIEWEB. Consulté le 18/03/2026 sur <https://www.seniorieweb.be/dossiers/maisons-de-repos/maison-de-repos-definition-et-difference-mrs-et-mrpa>

Schwendimann, R., Dhaini, S., Ausserhofer, D., Engberg, S., & Zúñiga, F. (2016). Factors associated with high job satisfaction among care workers in Swiss nursing homes – a cross sectional survey study. *BMC Nursing*, 15(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0160-8>

Stewart, C., Berta, W. B., Laporte, A., Deber, R., & Baumann, A. (2023). Nurses' work, work psychology, and the evolution & devolution of care provision in nursing homes : A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, 100-133.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100133>

Thomas, P., Barruche, G., & Hazif-Thomas, C. (2012). La souffrance des soignants et fatigue de compassion. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 19(187), 266-273.

Thomas, P., Billon, R., Albert Chaumier, J., Barruche, G., & Hazif Thomas, C. (2014). Psycho-Social Hazards for Staff in Geriatrics and Geriatric Psychiatry. *Open Journal of Psychiatry*, 4(02), 91-98. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2014.42013>

Woolford, M. H., De Lacy-Vawdon, C., Bugeja, L., Weller, C., & Ibrahim, J. E. (2020). Applying dignity of risk principles to improve quality of life for vulnerable persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(1), 122-130. <https://doi.org/10.1002/gps.5228>

World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: baseline report*. World Health Organization. <https://iris.who.int/items/31803015-9b56-4642-bd18-9202ac889cdb>

Zaccaï-Reyners, N. (2023). *Visite à l'ehpad : Poétique de l'attention*. Presses Universitaires de France.

Annexe

Annexe 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien semi-directif

Présentation de la recherche : « *La voix des résidents : perceptions et vécu des conditions de travail du personnel soignant en maison de repos.* »

Présentation : Bonjour, je m'appelle Chloé et je suis étudiante en master. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la vie en maison de repos et plus particulièrement à ce que vous, les résidents, observez et ressentez au quotidien concernant le personnel qui s'occupe de vous.

Ce qui m'intéresse, c'est vraiment votre point de vue personnel. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous êtes libres de parler de ce que vous souhaitez, et de vous arrêter à tout moment si vous le désirez.

Avant de commencer, j'aimerais vous demander la permission d'enregistrer notre conversation. Cela me permettra de mieux retranscrire vos propos par la suite. Tout restera strictement confidentiel, votre prénom sera remplacé par un pseudonyme.

Avez-vous des questions avant qu'on commence ?

Thèmes	Questions
Introduction du résident	- Depuis combien de temps vivez-vous ici ? - Pourriez-vous me raconter à quoi ressemble une journée habituelle pour vous dans cette maison de repos ? Qu'est-ce qui marque le plus votre quotidien ? - Qu'est-ce qui, selon vous, contribue le plus à votre bien-être ici ?
Relations avec le personnel soignant	- Comment décririez-vous votre relation avec le personnel soignant ? - Comment se passent vos interactions avec les soignants au quotidien (le matin, au moment des repas ou lors de soins) ? Y a-t-il des moments qui vous ont particulièrement marqué ? - Selon vous, quelles sont les principales qualités du personnel qui s'occupe de vous ? Avez-vous des exemples ?

Le charge de travail et la pression temporelle	- Avez-vous des observations sur le rythme de travail du personnel soignant ? Comment le décririez-vous ? Y a-t-il des moments de la journée où cela vous paraît plus visible ? - Comment le personnel gère-t-il les situations où vous ou d'autres résidents avez des besoins complexes ou imprévus (par exemple, des problèmes de mémoire ou de comportement difficile) ? Qu'observez-vous dans ces moments-là ? - Avez-vous déjà eu le sentiment qu'on vous demandait d'aller vite pour faciliter l'organisation des soins ? Comment avez-vous vécu cela ?
L'absentéisme et la continuité des soins	- Pouvez-vous me parler des personnes qui s'occupent de vous au quotidien ? Sont-elles toujours les mêmes ? Qu'est-ce que cela représente pour vous ? - Qu'avez-vous observé lorsqu'il y a des remplacements parmi les soignants ? Comment cela se manifeste-t-il concrètement ? - De quelle manière ces changements dans l'équipe influencent-ils votre quotidien ? Y a-t-il des aspects qui vous touchent davantage que d'autres ?
Impact ressenti par les résidents	- Dans ces situations, qu'est-ce qui change le plus pour vous (par ex. les soins, les activités, l'ambiance, l'organisation...) ? Pouvez-vous me décrire une situation concrète ? - Votre sentiment de sécurité ou de confort est-il affecté dans ces moments-là ? De quelle façon ?
Relations et le climat de travail	- Comment décririez-vous l'ambiance au sein de l'équipe soignante, telle que vous la percevez ? Y a-t-il des choses que vous avez remarquées entre collègues, ou entre le personnel et la direction ? - Vous est-il déjà arrivé d'observer des signes de tension ou de malaise au sein de l'équipe ? Qu'avez-vous remarqué ?

	Cela a-t-il eu un impact sur la façon dont vous recevez les soins ? - Comment percevez-vous l'état d'esprit du personnel ? Semblent-ils épanouis dans leur travail, ou avez-vous l'impression que quelque chose pèse sur eux ? - Vous arrive-t-il de sentir qu'un soignant prend du plaisir dans son travail ? Comment cela se manifeste-t-il ? - Avez-vous le sentiment que le personnel se sent reconnu pour le travail qu'il accomplit ? Sur quoi vous basez-vous pour dire cela ?
Impact émotionnel et finalité du soin	- Certains soignants vous paraissent-ils particulièrement investis dans leur relation avec les résidents ? Comment cela se manifeste-t-il ? Qu'est-ce que cela représente pour vous ? - Avez-vous l'impression que les soignants s'attachent aux résidents dont ils s'occupent ?
Représentation des conditions de travail	- Comment imaginez-vous les conditions dans lesquelles le personnel travaille au quotidien ? Y a-t-il des éléments qui vous ont amené à vous faire cette idée ? - Pensez-vous que la charge de travail du personnel soignant a une influence sur la manière dont vous êtes accompagné ? Pouvez-vous me donner un exemple ? - Comment évalueriez-vous la disponibilité à votre égard ?
Conclusion	- Qu'aimeriez-vous voir évoluer dans l'organisation des soins ou dans l'accompagnement ? - Si vous pouviez dire quelque chose directement aux équipes soignantes ou aux responsables sur ce sujet, que leur diriez-vous ? - Selon vous, comment pourrait-on mieux soutenir le personnel tout en préservant à votre bien-être à vous ? - Pour terminer, si vous deviez décrire en quelques mots les conditions de travail des soignants telles que vous les percevez, que diriez-vous ?

Nous arrivons à la fin de notre entretien. Je tenais à vous remercier pour le temps que vous m'avez accordé et pour tout ce que vous avez bien voulu partager avec moi. Ce que vous m'avez dit est précieux et contribuera vraiment à mon travail.

Y a-t-il quelque chose que vous auriez envie d'ajouter, ou quelque chose dont vous n'avez pas eu l'occasion de parler et qui vous semblerait important ?

Je vais à présent arrêter l'enregistrement. Merci.