

Faculté de santé publique

**Vers de meilleures nuits à l'hôpital :
co-construction de solutions pour améliorer
le sommeil des patients hospitalisés en unité
de médecine interne**

Mémoire réalisé par **Christine Laurent**

Promoteur : **Jean Macq**

Année académique 2025-2026

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

**Vers de meilleures nuits à l'hôpital :
co-construction de solutions pour améliorer
le sommeil des patients hospitalisés en unité
de médecine interne**

Mémoire réalisé par **Christine Laurent**

Promoteur : **Jean Macq**

Année académique 2025-2026

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je souhaite adresser mes plus sincères remerciements à toutes les personnes qui m'ont accompagnée et soutenue tout au long de ce parcours.

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement mon promoteur pour son accompagnement, sa disponibilité, ses conseils avisés ainsi que ses encouragements tout au long de ce mémoire. Je lui suis reconnaissante pour sa compréhension face aux contraintes liées à ma vie professionnelle et familiale, qui m'ont parfois amenée à avancer à un rythme différent de celui initialement prévu.

Je remercie l'ensemble des professionnels de la Clinique Saint-Pierre d'Ottignies qui ont accepté de participer à cette recherche. Leur disponibilité, la richesse de leurs échanges et leur implication dans cette démarche participative ont largement contribué à la qualité de ce travail.

Je souhaite remercier ma famille pour son soutien indéfectible tout au long de ces années d'études. Merci à mes enfants pour leur patience et leur compréhension lors des nombreux moments où ce mémoire a occupé une place importante dans notre quotidien. Je tiens également à remercier mes sœurs, mes belles-sœurs ainsi que mes beaux-parents, qui ont toujours répondu présents en gardant les enfants, en m'encourageant et en me permettant de dégager le temps nécessaire à la réalisation de ce projet. Leur aide précieuse a largement contribué à l'aboutissement de ce mémoire.

Un merci tout particulier à mon mari, dont les encouragements, les nombreuses discussions et le regard critique m'ont souvent permis d'affiner ma réflexion lorsque je doutais de la direction à prendre. Son soutien constant, sa patience et sa confiance ont été des piliers tout au long de ce parcours.

Je remercie également mes amis, qui m'ont encouragée à entreprendre ce Master et qui m'ont généreusement partagé leurs notes, leurs conseils et leur expérience tout au long de cette aventure.

Enfin, je tiens à adresser une pensée toute particulière à mes parents. Ils m'ont toujours transmis le goût de l'apprentissage, le sens de l'effort et l'envie d'aller au bout de mes projets. Ce mémoire

représente aussi l'aboutissement d'un parcours universitaire qu'ils ont toujours souhaité me voir accomplir.

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans le soutien, la confiance et la bienveillance de toutes ces personnes, qui m'ont permis de mener à bien ce projet malgré les exigences d'une vie professionnelle et familiale particulièrement prenantes.

À toutes et à tous, j'adresse ma profonde gratitude.

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.

UTILISATION DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Dans le cadre de la réalisation de ce mémoire, des outils d'intelligence artificielle ont été utilisés comme assistance à certaines étapes du travail.

Le logiciel DeepL a été utilisé pour la traduction en français de tous les articles scientifiques rédigés en langue anglaise. Les traductions obtenues ont ensuite été systématiquement relues et comparées aux textes originaux afin de garantir leur fidélité et leur exactitude.

L'outil d'intelligence artificielle générative ChatGPT (OpenAI) a été utilisé comme assistance à la rédaction pour la reformulation de certaines phrases afin d'en améliorer la fluidité et la qualité rédactionnelle, pour la structuration du manuscrit ainsi que pour la correction orthographique et grammaticale du texte. Il a également été utilisé pour la création des figures et de certains tableaux intégrés à ce mémoire.

L'ensemble des choix méthodologiques, de la revue de la littérature, de la collecte des données, de l'analyse, de l'interprétation des résultats, des conclusions ainsi que la validation de l'ensemble du contenu scientifique relèvent exclusivement de l'auteure, qui demeure seule responsable du contenu de ce mémoire.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	4
LE PLAGIAT.....	6
UTILISATION DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE	7
ABRÉVIATIONS	11
INTRODUCTION.....	12
CADRE THEORIQUE	15
1. Le sommeil des patients hospitalisés : un problème établi et ses impacts.....	15
1.1. Qualité et quantité du sommeil en milieu hospitalier.	15
1.2. Facteurs perturbateurs du sommeil à l'hôpital.	16
1.3. Conséquences du manque de sommeil chez les patients hospitalisés.....	18
2. Interventions visant à améliorer le sommeil à l'hôpital : ce qui a déjà été proposé.....	19
2.1. Interventions non-pharmacologiques centrées sur l'environnement.....	20
2.2. Interventions organisationnelles et infirmières.....	21
3. Freins et barrières à la mise en œuvre de ces interventions.....	21
3.1. Freins individuels – Le patient	21
3.2. Freins interpersonnels – Relation soignant-soigné.....	22
3.3. Freins organisationnels – L'équipe de soin et le service	22
3.4. Freins communautaires – L'institution.....	23
3.5. Freins politiques/sociétaux – Le système de santé	23
CADRE METHODOLOGIQUE.....	25
1. Revue de la littérature	25
2. Type et design de l'étude.....	25
3. Terrain d'étude.....	26
4. Population étudiée	27
5. Méthode de collecte des données	29
6. Outils de collecte	30
7. Analyse des données	31
8. Position de chercheur-étudiant.....	32

RESULTATS.....	34
1. Phase 1 : Exploration des perceptions des soignants concernant le sommeil des patients hospitalisés.....	34
1.1. Présentation de l'échantillon	34
1.2. Un constat partagé : le sommeil des patients hospitalisés est altéré.	36
1.2. Les perturbations du sommeil sont multiples.....	36
1.3. Les stratégies développées par les soignants pour préserver le sommeil	37
1.4. Les contraintes organisationnelles comme frein	39
1.5. Connaissances et pratiques hétérogènes	42
1.6. Pistes d'amélioration identifiées	44
1.7. Synthèse interprétative de la phase 1	45
2. Phase 2 : Validation collective et priorisation des propositions d'amélioration du sommeil	47
2.1. Déroulement de la séance	47
2.2. Validation des résultats de la phase 1	48
2.3. Pistes d'amélioration prioritaires identifiées	49
2.4. Sélection des actions retenues pour la phase 3	56
2.5. Synthèse interprétative de la phase 2	56
3. Phase 3 : Évaluation institutionnelle des propositions co-construites.....	58
3.1. Déroulement de la séance	58
3.2. Résultats.....	60
3.3. Synthèse interprétative.....	65
ANALYSE	67
1. Le sommeil est un besoin reconnu mais encore insuffisamment intégré dans les priorités hospitalières	67
2. Les perturbations du sommeil comme révélateur des contraintes organisationnelles hospitalières	69
3. Des stratégies de préservation du sommeil présentes mais peu structurées	70
4. Vers une approche institutionnelle et transversale de l'amélioration du sommeil	71
CONCLUSION	74
FORCES ET LIMITES.....	77
BIBLIOGRAPHIE	79

ANNEXES.....	83
Annexe 1. Répartition mensuelle des prestations infirmières de nuit selon le type de prestataire (septembre 2025 à février 2026).....	83
Annexe 2. Document de consentement libre et éclairé.....	83
Annexe 3. Guide d’entretien individuel.....	83
Annexe 4. Retranscription des entretiens individuels.....	83
Annexe 5. Tableau d’analyse thématique des entretiens individuels de la phase 1	83
Annexe 6. Prises de notes de la réunion de travail de la phase 2 (chercheuse et observatrice)	83
Annexe 7. Affiches complétées lors de la réunion de travail de la phase 2.....	83
Annexe 8. Tableau d’analyse thématique des affiches de la phase 2	83
Annexe 9. Tableau de synthèse des actions co-construites lors de la phase 2.....	83
Annexe 10. Tableau final des actions co-construites après validation en phase 3	84
Annexe 11. Prise de notes de la réunion de travail de la phase 3 (chercheuse).....	84

ABRÉVIATIONS

AS : aide-soignante

dB : décibel

DMS: différence moyenne standardisée

h : heure

Infi : infirmière

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

Nous passons à peu près un tiers de notre vie à dormir, dès lors, comment douter que le sommeil joue un rôle essentiel dans notre santé ? Définir le sommeil n'est pas chose aisée, phénomène biologique complexe, il est propre à chacun et évolue en fonction de divers facteurs, notamment l'âge.

Le dictionnaire américain Merriam-Webster donne une définition plus ou moins complète, voici sa traduction :

« Un état naturel, périodique et facilement réversible observé chez de nombreux êtres vivants, caractérisé par l'absence d'éveil et la perte de conscience de l'environnement, accompagné de modifications de l'activité cérébrale et des fonctions physiologiques, indispensable à la restauration et à la récupération des fonctions vitales. » (traduction libre de l'auteure ; Merriam-Webster, s.d.)

Cette définition met en évidence le caractère indispensable du sommeil au fonctionnement de l'organisme. La National Sleep Foundation considère que le sommeil joue un rôle essentiel dans le maintien de la santé et du bien-être (National Sleep Foundation, s.d.). Le sommeil constitue à ce titre, un véritable enjeu de santé publique.

Le sommeil joue un rôle fondamental dans la récupération physique, psychologique et immunitaire et d'autant plus dans un contexte d'hospitalisation, où le patient est déjà vulnérable. De nombreuses études ont mis en évidence que le séjour hospitalier perturbe fréquemment le sommeil des patients, avec des conséquences cliniques significatives : troubles cognitifs (confusion, délire), instabilité hémodynamique, altération de l'humeur, anxiété, convalescence prolongée et augmentation de la susceptibilité aux infections (Chennaoui et al., 2020 ; Medic et al., 2017).

Une méta-analyse récente incluant près de 18 000 patients hospitalisés a révélé que la durée moyenne du sommeil est largement inférieure aux recommandations, avec des patients dormant souvent moins de 5 heures par nuit, de manière très fragmentée, sans atteindre les phases de sommeil profond essentielles à une récupération efficace (Burger et al., 2022). Cette altération du sommeil est aggravée par les nombreux réveils nocturnes (bruit, soins, lumière, douleur), souvent mal pris en compte par les équipes soignantes. En effet, des recherches ont montré que

les infirmiers ont tendance à surestimer la qualité du sommeil de leurs patients par rapport à l'évaluation subjective des patients eux-mêmes (Van Den Ende et al., 2022b).

Les perturbateurs classiques du sommeil en milieu hospitalier ont été bien décrits dans la littérature scientifique. Ils dépendent de contexte propre au patient, mais aussi de contexte organisationnel et politique. Leur prise en compte dans l'organisation des soins reste souvent marginale, notamment dans un contexte de pénurie de personnel : réduction du personnel qualifié la nuit, appel à du personnel intérimaire, recours accru à des aides-soignants, multiplication des actes nocturnes, et transfert d'activités du shift de jour vers celui de la nuit. Ces changements peuvent entraîner une fragmentation accrue du sommeil chez des patients déjà fragiles, souvent en phase aiguë de leur maladie suite à la réduction des séjours hospitaliers voulue par les politiques.

La littérature scientifique montre que des interventions non pharmacologiques, simples et peu coûteuses, peuvent significativement améliorer la qualité du sommeil à l'hôpital. Il s'agit notamment de la relaxation, de la musicothérapie, de l'utilisation de bouchons d'oreilles ou de masques, ou encore d'ajustements organisationnels tels que le retardement des soins matinaux ou une meilleure coordination nocturne (Beswick et al., 2023 ; Medic et al., 2017 ; Van Den Ende et al., 2022a). Malgré l'abondance de connaissances sur le sujet, le manque de sommeil reste une réalité quotidienne à l'hôpital. De manière générale, ces interventions, dont l'efficacité a été prouvée, peinent à être intégrées de manière durable sur le terrain. Quels sont les freins qui se heurtent à leur mise en œuvre ?

Cette problématique résonne particulièrement avec l'expérience professionnelle de l'auteure, infirmière travaillant de nuit depuis plusieurs années en milieu hospitalier. La confrontation quotidienne aux plaintes de patients concernant leur sommeil mais aussi l'observation répétée des multiples éveils pour l'administration des soins nocturnes ainsi que la difficulté de concilier les exigences organisationnelles avec le respect du sommeil des patients, ont constitué le point de départ des réflexions qui ont vu naître ce travail.

Dans ce mémoire, l'auteure vise à aller plus loin que de souligner le manque de sommeil à l'hôpital ou ses raisons. La problématique centrale réside dans la compréhension des mécanismes par lesquels des solutions connues, efficaces et accessibles, peinent à être mises en œuvre. Cette recherche vise à identifier les conditions permettant leur appropriation par les professionnels et leur inscription dans l'organisation des soins.

Dans cette perspective, ce travail se structure autour d'un cadre théorique présentant les perturbations du sommeil à l'hôpital, les interventions existantes et les freins à leur mise en œuvre. Il développera ensuite une démarche qualitative et participative en trois phases, associant soignants de terrain et acteurs décisionnels, afin de mettre en lumière les obstacles rencontrés mais également de proposer des pistes d'amélioration et explorer les conditions nécessaires à leur réalisation dans l'unité de médecine interne de la Clinique Saint-Pierre d'Ottignies. L'hypothèse sous-jacente est que des solutions simples, co-construites avec les acteurs concernés et adaptées aux réalités du terrain, peuvent contribuer à améliorer le sommeil des patients hospitalisés, même dans un contexte de pression organisationnelle et de pénurie de personnel.

La question de recherche autour de laquelle ce mémoire s'articulera est :

« Comment les soignants impliqués dans les soins nocturnes perçoivent-ils les perturbations du sommeil des patients hospitalisés, et quelles solutions réalistes peuvent-ils identifier pour améliorer la qualité du sommeil dans leur contexte de travail ? »

Le sommeil à l'hôpital ne relève pas uniquement du confort, mais constitue un véritable enjeu de santé publique et de qualité des soins.

CADRE THEORIQUE

1. LE SOMMEIL DES PATIENTS HOSPITALISÉS : UN PROBLÈME ÉTABLI ET SES IMPACTS.

Le sommeil étant essentiel à la guérison, de nombreuses études scientifiques se sont penchées sur le sujet. Le résultat est clair, les hôpitaux ne sont pas des lieux propices à un sommeil de qualité. La revue systématique et méta-analyse menée par Burger et al. en 2022 basée sur 203 études et incluant un total de 17 964 patients, nous apprend que 76% de ces études rapportent une mauvaise qualité et/ou une durée insuffisante de sommeil en hospitalisation.

Les causes externes les plus fréquemment citées dans les études sont le bruit, la lumière et les activités de soins nocturnes. En ce sens, les professionnels de la santé ont un rôle clé à jouer dans la promotion du sommeil à l'hôpital et ce grâce à des interventions relativement simples et peu coûteuses (Beswick et al., 2023).

Les conséquences de ces privations de sommeil à l'hôpital ont également été documentées scientifiquement.

1.1. QUALITÉ ET QUANTITÉ DU SOMMEIL EN MILIEU HOSPITALIER.

La qualité et la quantité du sommeil des patients hospitalisés sont réduites. Le chiffre qui revient régulièrement dans les études scientifiques sur le sommeil tourne autour de 5 heures de sommeil par nuit. La qualité du sommeil est souvent dégradée également avec une latence d'endormissement plus longue qu'à la maison et de multiples éveils nocturnes.

Dans la méta-analyse de Burger et al. (2022), le temps de sommeil total pour les adultes hospitalisés est de 5,6 h, la fragmentation de celui-ci est marquée avec un temps moyen de 105 minutes passées éveillée pendant les heures de sommeil après l'endormissement. Certaines études ont enregistré jusqu'à 41 réveils par nuit en moyenne via des analyses par actigraphie au poignet ou polysomnographie. Dans cette méta-analyse, différents types d'échelles ont été utilisés pour mesurer la qualité du sommeil, le résultat met en évidence une faible qualité du sommeil. Pour n'en citer qu'une, le score total du PSQI pour les unités de médecine a montré une moyenne de 10,00 (indice de qualité du sommeil de Pittsburgh via un questionnaire, score calculé sur une échelle de 0 à 21, un score supérieur à 5 est synonyme de mauvaise qualité du

sommeil). La durée du sommeil et la latence d'endormissement sont les facteurs qui contribuent le plus à faire monter le score total.

Selon Bellon et al., dans une étude espagnole de 2022, incluant douze hôpitaux publics et 343 patients de chirurgie et de médecine, le temps total de sommeil déclaré était réduit de 56 minutes autour de 5,34 heures. Concernant la qualité du sommeil, évaluée par une échelle PSQI, le sommeil de faible qualité déclaré est passé de 77% avant l'hospitalisation à 95,1%. Les composantes du sommeil qui se dégradent le plus sont l'efficacité du sommeil, la latence d'endormissement et la durée du sommeil. L'étude souligne que le pourcentage élevé de mauvaise qualité de sommeil avant l'hospitalisation s'explique par le fait qu'en période COVID, les malades ont mis beaucoup plus de temps qu'avant à se rendre à l'hôpital et donc leur sommeil avant hospitalisation s'était déjà fort dégradé.

Une étude canadienne portant sur des patients hospitalisés en médecine interne générale parle de 5,5 h de sommeil à l'hôpital contre 7h à domicile. Par ailleurs, cette étude a mesuré une augmentation de 60% des siestes diurnes chez les patients, suggérant une compensation partielle du déficit nocturne (Dobing et al, 2016).

Ces temps de sommeil restent bien inférieurs aux recommandations scientifiques internationales. La National Sleep Foundation préconise aux adultes entre 18 et 64 ans de dormir de 7 à 9 heures par nuit.

1.2.FACTEURS PERTURBATEURS DU SOMMEIL À L'HÔPITAL.

Selon une revue narrative publiée dans Sleep Medicine, les perturbations du sommeil chez les patients hospitalisés résultent d'interactions complexes entre les caractéristiques individuelles (insomnie préexistante, syndrome d'apnée du sommeil, anxiété, chronotype), les routines hospitalières (monitoring nocturne, médication, manque d'activités physiques et alitement) et l'environnement (bruit, lumière) (Tan et al., 2019).

1.2.1. FACTEURS LIÉS AU PATIENT.

Les facteurs propres aux patients les plus fréquemment corrélés à un sommeil de mauvaise qualité sont la douleur, l'anxiété/la peur et l'âge. (Burger et al, 2022).

L'âge élevé, le sexe féminin, le niveau socio-économique faible mais aussi un régime alimentaire riche en graisse, la présence de comorbidités, la pathologie aiguë ou la douleur sont

des exemples de facteurs propres au patient qui impactent négativement leur sommeil (Bellon et al, 2022).

L'étude canadienne de Dobing et al. (2016), nous apprend que les facteurs propres au patient occupent les 6^{ème} et 7^{ème} places des perturbateurs de sommeil avec respectivement la douleur (8,5%) et l'anxiété (5,6%). Elle nous éclaire également sur le fait que les patients de médecine interne canadiens sont des patients à haut risque d'insomnie car 22.5% d'entre eux ont un diagnostic préexistant de trouble du sommeil :

« En raison de leur complexité médicale, les patients de médecine interne générale présentent un risque élevé à la fois d'insomnie et de complications de l'insomnie, telles que le délirium et les chutes » (Dobing et al., 2016, p.1).

Au vu de ces informations, il semble utile que les professionnels de santé tiennent compte de l'état médical et psychologique de leur patient pour favoriser le sommeil. Est-ce appliqué sur le terrain ? Peu de relevés de la qualité du sommeil dans les dossiers patients ne sont faits par les équipes soignantes lors de leur tour du matin, et pourtant ces informations essentielles permettraient d'avoir une idée réelle de la qualité du sommeil de chaque patient et des causes perçues par ceux-ci afin de pouvoir proposer une réponse adéquate et centrée sur le patient. La qualité perçue du sommeil des patients par le personnel de soins est supérieure à la qualité auto-rapportée par les patients. L'étude australienne de Delaney et al de 2018, montre que les patients auto-déclarent une qualité de sommeil pauvre à vraiment pauvre dans 41,6% des cas, alors que les soignants tourneraient autour des 25% (chiffre suggéré implicitement dans l'article). Inversement, les soignants jugent la qualité du sommeil moyenne pour 61,1% alors que les patients la rapportent à 34,2%.

1.1.2. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX.

Une série de facteurs environnementaux sont associés dans la littérature à une diminution de la qualité du sommeil, les principaux sont : la lumière, le bruit, les soins nocturnes, la température de la pièce, le confort du lit (Bellon et al, 2022).

Selon l'étude canadienne de Dobing et al. (2016), le bruit, les interruptions infirmières (prise des constantes vitales, administration des médicaments), l'inconfort de la literie et la lumière étaient les principaux facteurs perturbateurs identifiés avec respectivement 59%, 30%, 18% et 16%.

La méta-analyse de Burger et al. (2022) cite comme associations les plus fréquentes et par ordre décroissant : l'administration des traitements pharmaceutiques, le bruit, le type de chambre, la luminosité, la prise des paramètres vitaux et les appareillages médicaux. Les contrôles des constantes vitales, le changement des lignes de perfusion, la distribution des médicaments, peuvent-ils être reportés à des heures qui n'empiètent pas sur le sommeil ? Le monitoring à distance ou les appareillages à alarmes silencieuses sont-ils des stratégies envisageables sur le terrain ?

L'étude portugaise de Alves et al. (2024) nous apprend que les patients hospitalisés en unité de médecine interne sont soumis à un niveau sonore moyen de 55 décibels (mesures relevées de 22h à 8h du matin), avec des minimums de 30 dB et des maximums atteignant les 97 dB. L'OMS recommande un niveau sonore de 30 dB dans les chambres d'hôpital (bruit de chuchotements). En comparaison, une conversation normale tourne autour de 60 dB, alors qu'une alarme d'appareillage médical monte à 80 dB (Bartik et al., 2015).

Comme dans d'autres études, des sources modifiables de bruit ont été signalées, telles que le bruit du personnel ou des équipements médicaux. La source de bruit principalement citée était celle des voisins de chambre, ce qui s'explique par le fait que les patients interrogés occupaient généralement des chambres à 6 lits (Alves et al., 2024).

Un rapport d'enquête sur la perception du bruit dans les hôpitaux menée par Bruxelles Environnement en 2017 sur 464 patients, nous informe de l'origine des bruits, source de réveil pour les patients bruxellois : les autres patients (41%), les équipements (20%), les sources externes (19%), le comportement du personnel (16%), la manutention/déballage d'instruments (12%), les alarmes (11%). Bien que cette enquête ne soit pas une étude scientifique validée, elle offre un aperçu des perceptions des patients hospitalisés en région bruxelloise et permet d'identifier les principales sources de nuisances sonores dans le contexte local.

1.3. CONSÉQUENCES DU MANQUE DE SOMMEIL CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS.

Les effets du manque de sommeil sur la santé sont multiples. Des associations avec un risque cardiovasculaire accru, des troubles métaboliques, une altération cognitive, un déficit de l'immunité, un risque accru de chute mais aussi de cancers, de maladies neurodégénératives ou une augmentation de la mortalité sont décrites dans la littérature (Bellon et al., 2022).

Le schéma ci-dessous, inspiré de Morse et Bender (2019), montre les nombreuses conséquences résultant du dysfonctionnement du sommeil des patients hospitalisés, sur leur santé.

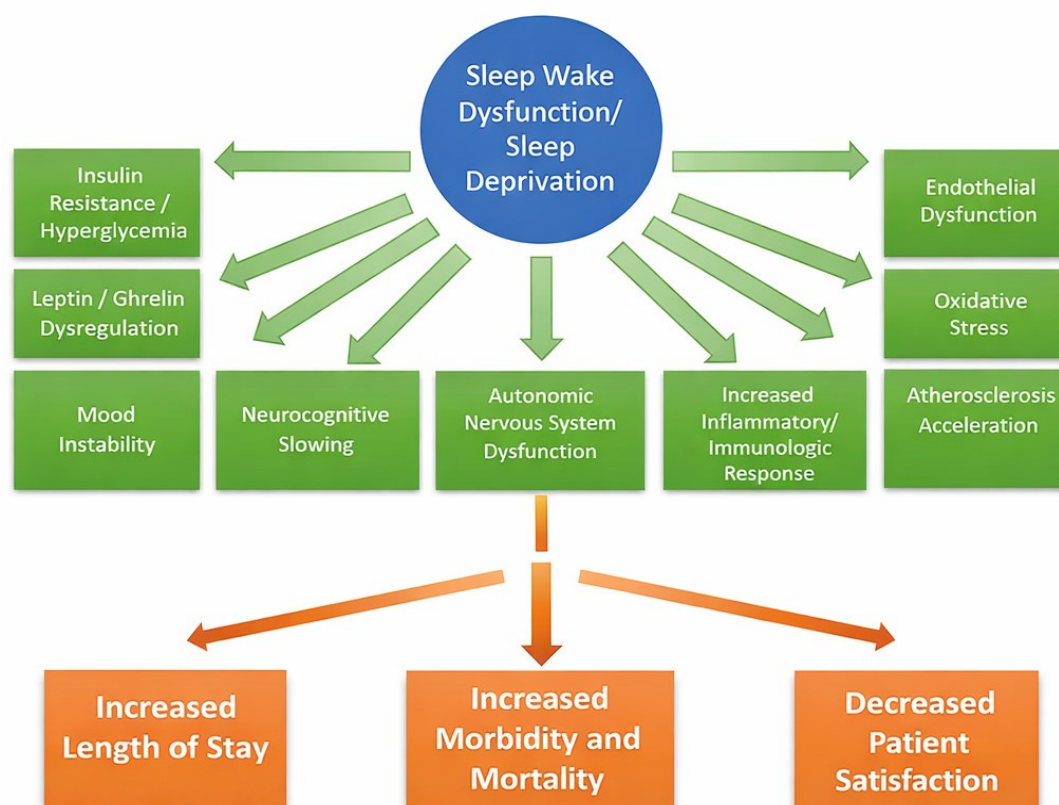


Figure 1. Mécanismes physiopathologiques reliant les troubles du sommeil aux conséquences cliniques chez les patients hospitalisés

2. INTERVENTIONS VISANT À AMÉLIORER LE SOMMEIL À L'HÔPITAL : CE QUI A DÉJÀ ÉTÉ PROPOSÉ.

Concernant l'enquête bruxelloise de Bruxelles Environnement (2017), voici les principales pistes d'amélioration que les patients bruxellois ont suggérées pour favoriser le sommeil des patients : limiter les bruits provenant de l'extérieur : klaxons, sirènes... (18,9%), meilleure isolation des chambres (14,5%), sensibilisation du personnel à un comportement plus silencieux (12,3%), fermeture silencieuse des portes/maintien des portes fermées (9,9%).

L'étude portugaise de 2024 sur le bruit en médecine interne évoquait également une série de stratégies pertinentes à mettre en place pour réduire le bruit nocturne, améliorer la qualité du sommeil et augmenter la satisfaction des patients : fermeture des portes, bouchons d'oreilles, lampes de poche pour faire les tours en chambre, éviter les conversations dans les couloirs,

écouteurs pour les personnes qui veulent allumer la télévision, formation du personnel, bip téléphonique sur vibreur (son désactivé), lumières du hall éteintes, feux de circulation sensibles au bruit dans les couloirs (jaune au-dessus de 40 dB et rouge au-dessus de 50 dB) (Alves et al, 2024).

Par ailleurs, plusieurs études pointent du doigt le fait que l'administration de somnifères pendant l'hospitalisation n'est pas associée à une meilleure qualité du sommeil mais au contraire tend à favoriser les chutes et les troubles cognitifs. L'approche pharmacologique actuelle est à la fois inefficace et dangereuse (Bellon et al., 2022 ; Dobing et al., 2016). Cela confirme le besoin de se tourner vers des solutions non-pharmacologiques, peu coûteuses et avec peu d'effet néfaste.

2.1. INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES CENTRÉES SUR L'ENVIRONNEMENT.

Une revue systématique récente incluant 76 études et 5 375 patients a identifié quatre catégories d'interventions non-pharmacologiques avec des preuves d'efficacité : les masques pour les yeux, en association ou pas avec les bouchons d'oreille (DMS = -1,45), la musicothérapie (DMS = -0,99), les thérapies manuelles : acupression, massages, réflexologie (DMS = -0,96) et la relaxation incluant l'aromathérapie (DMS = -0,76), toutes montrant des améliorations modérées à importantes de la qualité du sommeil ($p < 0,00001$). En revanche, les bouchons d'oreilles utilisés seuls, la luminothérapie et les protocoles environnementaux n'ont pas démontré d'efficacité significative (Beswick et al., 2023). Cette revue porte essentiellement sur des unités de soins intensives ou semi-intensives. De plus, il nous paraît important de souligner que les études portant sur les thérapies manuelles, proviennent en très grande partie de pays asiatiques. Pour être sûr de pouvoir transférer ces résultats à notre contexte, il faudrait se renseigner sur leur acceptabilité culturelle.

Même si l'article de Beswick et al. (2023) constitue la principale source récente de preuve quantitative concernant l'efficacité des interventions non-pharmacologiques, la sous-représentation des unités de médecine dans les essais randomisés qu'il analyse (12 sur 76) ne nous permet pas d'assurer l'applicabilité de ceux-ci à notre contexte. La revue narrative de Tan et al. (2019) est centrée sur les patients hospitalisés en services de médecine. Elle propose plusieurs interventions non pharmacologiques susceptibles d'améliorer le sommeil et de réduire la désynchronisation circadienne, notamment la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie, les aides physiques au sommeil, la musicothérapie, les techniques de relaxation et

l'optimisation de l'exposition à la lumière et de l'activité diurne. Les études citées, menées principalement en Europe, en Amérique du Nord et en Asie, suggèrent des bénéfices cliniques cohérents. Le niveau de preuve reste limité par l'absence d'essais contrôlés randomisés spécifiquement conduits en médecine aiguë. Cette revue est intéressante parce qu'elle permet d'intégrer des interventions non quantifiables pertinentes mais rarement incluses dans les méta-analyses.

2.2. INTERVENTIONS ORGANISATIONNELLES ET INFIRMIÈRES.

En se basant sur les résultats d'études précédentes concluant que les interventions ciblées pour améliorer le sommeil des patients, proposaient souvent de partir sur une intervention mixte vu les différences d'habitudes de sommeil des participants, certaines études ont testé des protocoles mixant plusieurs interventions.

Le protocole WEsleep, un essai randomisé en grappe sur un total de 291 patients, a été mené dans six services de médecine de l'Amsterdam University Medical Center entre juillet 2023 et mars 2024. L'intervention multimodale comprenait le report du tour infirmier matinal quand cela était possible (de 5h30-7h30 à 7h30-8h45), la formation des professionnels et un soutien par affiche dans les services, l'intégration de l'évaluation du sommeil aux visites infirmières et au dossier patient, l'optimisation des horaires d'administration de médicaments perturbateurs du sommeil (diurétiques et corticoïdes) et des tournées du soir centrées sur le sommeil (avec changement des poches de perfusion, évaluation de la douleur, aide au passage à la toilette, et proposition de bouchons d'oreilles et masques oculaires). Cette étude a montré que si la quantité du sommeil n'a pas été augmentée significativement, la qualité de celui-ci oui. Les principaux critères d'évaluation de la qualité du sommeil qui ont été améliorés étaient la profondeur du sommeil et la qualité de sommeil subjective. Alors que l'heure d'endormissement, la latence d'endormissement et la durée totale du sommeil étaient comparables entre les groupes ayant ou pas subi l'intervention (de Gans et al., 2025).

3. FREINS ET BARRIÈRES À LA MISE EN ŒUVRE DE CES INTERVENTIONS.

3.1. FREINS INDIVIDUELS – LE PATIENT

Les préférences individuelles des patients en termes de sommeil sont très personnelles, les habitudes de sommeil des uns et des autres ne sont pas uniformes. Des études antérieures ont montré que les patients ont classé les interventions sur des échelles de très confortables à très

inconfortables et les résultats étaient variables (Beswick et al., 2023). Pour cette raison, l'adhésion aux différentes interventions peut être faible : masques et bouchons d'oreilles jugés inconfortables ou à risque de privation sensorielle de son environnement (Hu et al., 2017), difficulté d'adhérence à l'acupression entraînant une diminution de son efficacité, doutes sur l'efficacité du traitement (Ling et al., 2025).

Les patients ont tendance à minimiser eux-mêmes leur manque de sommeil à l'hôpital et ne le signalent pas (Morse et Bender, 2019).

3.2. FREINS INTERPERSONNELS – RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

Dans la relation soignant-soigné, des freins existent également à l'implémentation des interventions efficaces. Le manque de compétences techniques par exemple est souligné quand Ling et al. font référence à l'acupression, qui nécessite une précision des gestes pour être efficace (2025).

La communication est un pilier dans la relation pour pouvoir créer une relation de confiance. Pourtant les soins psychosociaux essentiels que sont l'éducation, le soutien émotionnel, sont souvent négligés et classés comme « soins manqués » (Chaboyer et al., 2020 ; Mendonça et al., 2025).

3.3. FREINS ORGANISATIONNELS – L'ÉQUIPE DE SOIN ET LE SERVICE

Au niveau de l'équipe de soins et du service d'hospitalisation, le manque de connaissance et de formation sur le sommeil, sa physiologie, son importance et les moyens à mettre en œuvre pour le promouvoir, est remarqué. (Morse et Bender, 2019). Meaklim et al. (2020) citent également une formation inadéquate sur les techniques d'évaluation du sommeil par les prestataires de soins.

L'absence de protocole standardisé, le manque de documentation sur le sujet mais aussi le manque de consensus sur les approches d'interventions efficaces représentent des obstacles au changement des pratiques sur l'hygiène du sommeil (Beswick et al., 2023 ; Mendonça et al., 2025).

La priorisation des soins et la charge de travail élevée entrent en conflit avec l'hygiène du sommeil, il existe des difficultés à regrouper les activités de soin, afin de réduire les interruptions de sommeil du patient ou à reprogrammer les soins non urgents en journée,

certaines tâches infirmières nocturnes sont incompatibles avec un sommeil de bonne qualité (Beswick et al., 2023 ; Mendonça et al., 2025).

Enfin, la résistance au changement reste un frein dans les institutions de soins. Tout changement de fonctionnement dans un service nécessite l'implication d'un large éventail de membres du personnel, sans négliger la prise en compte des pratiques hospitalières actuelles. Pour cela, la collaboration des membres du personnel hospitalier de terrain est essentielle à l'émergence de pratiques acceptables et réalisables. (Beswick et al., 2023)

3.4. FREINS COMMUNAUTAIRES – L'INSTITUTION

Malgré les multiples connaissances sur les facteurs environnementaux responsables d'altération du sommeil, les infrastructures hospitalières n'incluent que peu de réponses adaptées (meilleure insonorisation, éclairage réglable, meilleur contrôle de la température des pièces). Un design architectural basé sur les preuves scientifiques et intégrant les facteurs environnementaux nuisibles à la promotion du sommeil serait bénéfique. (Mendonça et al., 2025 ; Morse et Bender, 2019)

Une politique institutionnelle écrite, favorisant le sommeil des patients, avec des lignes directrices claires et des recommandations pour les infirmières et le personnel hospitalier permettrait d'intégrer le sommeil de qualité comme une routine de soins. (Mendonça et al., 2025)

3.5. FREINS POLITIQUES/SOCIÉTAUX – LE SYSTÈME DE SANTÉ

Le manque d'études contextualisées en Europe et en Belgique est un frein à l'implémentation de solutions efficaces et peu onéreuses envisagées par la littérature scientifique. La revue systématique de Ling et al. de 2025 sur l'efficacité de l'acupression par exemple, reprend 41 études exclusivement en Asie, dont 36 en Chine. Des facteurs socio-culturels peuvent expliquer les différences de recours aux médecines alternatives d'un continent à l'autre. (Beswick et al., 2023).

Plusieurs auteurs de revue systématique font état d'une qualité méthodologique insuffisante dans les études sur le sommeil, manque de groupe contrôle, recours à des résultats auto-déclarés, absence de recherche à l'aveugle ... (Bellon et al., 2023 ; Miller et al., 2019 ; Beswick et al., 2023).

Malgré l'existence d'interventions non pharmacologiques prometteuses, l'absence de recommandations officielles due à une trop grande hétérogénéité de celles-ci et au manque de cadres standardisés et la rareté des programmes de santé publique axés sur la santé du sommeil constituent un frein. Sans évaluation systématique du sommeil, sans formation spécifique des soignants, sans amélioration des environnements de sommeil hospitaliers, sans recherche étendue sur l'implémentation des actions, même une intervention peu coûteuse, non invasive et réalisable reste peu diffusée. Sans recommandations, les résultats des recherches restent confinés à la science et les pratiques ne changent pas (Beswick et al., 2023 ; Miller et al., 2019).

CADRE METHODOLOGIQUE

1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Pour la revue de la littérature, l’auteure a exploré les bases de données scientifiques PubMed et Scopus. Les équations de recherche ont été adaptées au volet théorique abordé :

- La qualité du sommeil à l’hôpital et ses conséquences : INPATIENT and SLEEP QUALITY or SLEEP INTERRUPTION.
- Les interventions existantes visant à améliorer le sommeil : SLEEP PROMOTION and INPATIENT or HOSPITAL.
- Freins et barrières à la mise en œuvre de ces interventions : BARRIER or IMPLEMENTATION CHALLENGE and SLEEP QUALITY or SLEEP PROMOTION.

Les filtres appliqués pour ces recherches étaient des articles ayant été publiés dans les dix dernières années et correspondant soit à des revues systématiques, des méta-analyses, des études observationnelles ou des études contrôlées et randomisées. Les articles ont ensuite été sélectionnés après lecture des titres et des résumés. Une recherche complémentaire, partant des articles sélectionnés, s’est intéressée à ceux qui ont été les plus cités en explorant leurs références. Tous les articles trouvés se rapprochant du contexte de cette étude ont été sélectionnés, c’est-à-dire des études européennes et incluant des services de médecine interne.

2. TYPE ET DESIGN DE L’ÉTUDE

Cette recherche propose un design qualitatif à visée participative en intégrant les différentes parties prenantes dans une logique en plusieurs phases. L’ensemble de cette démarche relève d’une logique de co-construction progressive dans laquelle les résultats de chaque phase ont servi de base à la suivante. Ce processus itératif a permis d’enrichir progressivement la réflexion.

- Phase 1 : exploration qualitative des besoins et des contraintes

Cette première étape a permis de comprendre les contraintes organisationnelles qui entravent la qualité du sommeil des patients hospitalisés ainsi que les perceptions et connaissances des différents acteurs sur le sujet. Ils ont ensuite été invités à proposer des pistes d’amélioration.

- Phase 2 : co-construction

Un petit groupe de volontaires constitué avec des acteurs de la phase 1 a été invité à réfléchir aux suggestions émises précédemment et éventuellement à en proposer d'autres après présentation des principaux résultats de la phase 1.

- Phase 3 : validation

Une confrontation a été menée avec des acteurs disposant d'une vision plus institutionnelle de l'hôpital afin de valider la cohérence des pistes proposées mais aussi pour discuter de la mise en œuvre des solutions envisagées au regard des contraintes organisationnelles. L'objectif de cette dernière étape était d'aboutir à des recommandations réalistes et applicables.

3. TERRAIN D'ÉTUDE

L'étude s'est déroulée à la Clinique Saint-Pierre d'Ottignies, hôpital où travaille l'auteure. Le choix de ce terrain reposait à la fois sur sa facilité d'accès à l'information et sur la bonne connaissance du contexte organisationnel, facilitant le recrutement des participants et la compréhension des pratiques professionnelles.

Ce centre hospitalier régional de référence est une ASBL qui a été créée en 1937 par le docteur Laduron. A l'origine, c'était une petite structure qui comptait 32 lits. Il compte 425 lits et plus de 2260 collaborateurs pour accueillir ses patients. Il accueille une population présentant une grande diversité de pathologies médicales et chirurgicales. L'hôpital a ouvert six centres médicaux extérieurs dans les communes avoisinantes. Il fait également partie du réseau hospitalier H. Uni créé en 2019 en collaboration avec les Cliniques Universitaires Saint-Luc, la Clinique Saint-Jean et les Cliniques de l'Europe. L'hôpital possède un Fonds (Laduron) pour soutenir la recherche (adapté de Chatue et al., 2024). Il a pour projet en cours la construction d'un nouvel hôpital afin de répondre aux besoins croissants en soins dans la région, le déménagement est prévu en 2031 (Clinique Saint-Pierre Ottignies, 2026).

Le terrain retenu pour cette recherche est le service de médecine interne générale, regroupant les activités de médecine interne, d'endocrinologie, d'infectiologie et de rhumatologie. Les pathologies y sont variées et les causes influant sur le sommeil, propres au patient ou à l'unité de soins, semblent y être moins impactantes. La cause de l'hospitalisation pouvant être elle-même un facteur de nuisance au sommeil, les services spécialisés comme les soins-intensifs, urgences, plateau mère-enfants ont été exclus d'emblée pour leurs spécificités propres au

sommeil de mauvaise qualité. Les services de chirurgie (douleur, surveillance paramétrique accrue), de neurologie (confusion, patients sous télémétrie), de cardiologie (télémétrie), d'oncologie (pathologies lourdes, douleurs chroniques), de gériatrie (démence sénile, confusion, polypathologies) ont également été exclus.

Le service de médecine interne est situé au quatrième étage de cet hôpital qui en compte cinq, sur une aile latérale. Il compte vingt-neuf lits, répartis dans quinze chambres (une privative et quatorze chambres à deux lits). L'équipe de soins est composée de médecins, kinésithérapeutes, infirmières, aides-soignantes, d'une secrétaire et d'un assistant social.

Durant la nuit, le service est pris en charge par une infirmière accompagnée d'un(e) aide-soignant(e) qui se partagent dans la majorité des cas entre deux voire trois services selon la charge de travail générale de l'hôpital mais également les effectifs en place. Les prestations infirmières nocturnes sont assurées par les deux infirmières de nuit du service. Le reste des nuits est presté par les infirmières de jour de l'équipe, les infirmières volantes et les infirmières intérimaires.

4. POPULATION ÉTUDIÉE

Bien qu'il aurait été intéressant de donner la voix aux patients hospitalisés, pour des raisons méthodologiques et pragmatiques, ils n'ont pas été inclus dans cette étude. En effet, cela aurait nécessité le passage par un comité d'éthique hospitalier, impliquant un délai incompatible avec le calendrier académique de ce mémoire. Par ailleurs, l'objectif principal de cette recherche n'était pas d'évaluer directement la qualité du sommeil des patients mais d'analyser les pratiques et contraintes organisationnelles influençant le sommeil à l'hôpital. Dans cette perspective, les soignants constituent la clé du changement puisqu'ils organisent et réalisent les soins nocturnes susceptibles d'interrompre le sommeil des patients.

Les deux premières phases de l'étude ont porté sur des soignants de première ligne, travaillant dans le service de médecine interne, de façon ponctuelle ou permanente. Pour que l'échantillon soit le plus représentatif de la diversité des profils intervenants auprès des patients hospitalisés la nuit, le choix s'est porté sur :

- Les deux infirmières de nuit du service, elles occupent le terrain d'étude la grande majorité du temps avec 68% de présence la nuit

- Une infirmière de jour du service qui travaille de nuit occasionnellement, cette seconde catégorie représente 24% des nuits prestées dans l'unité de soins.
- Une infirmière intérimaire et une infirmière de l'équipe volante, qui représentent respectivement pour chacune de leurs catégories 4% des nuits prestées du service.
- Deux aides-soignantes de l'équipe volante, autres acteurs indispensables dans les soins prodigués la nuit de par leur présence quotidienne au chevet des patients, en collaboration avec l'infirmière en charge du service.

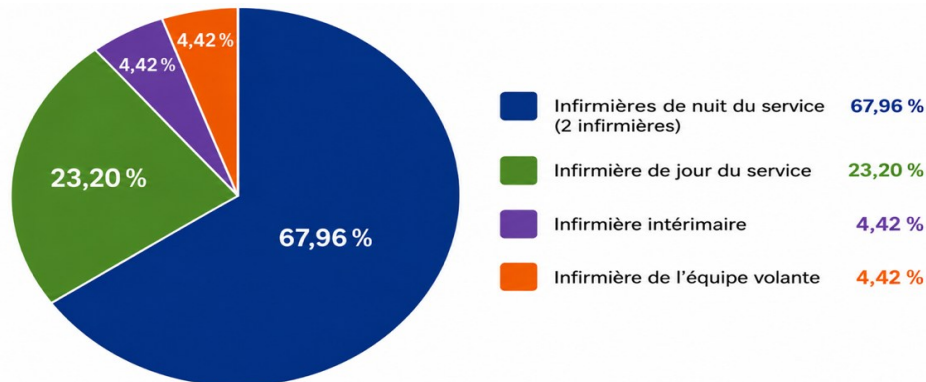


Figure 2. Répartition moyenne de la prise en charge infirmière du service de médecine interne sur 6 mois (septembre 2025 à février 2026)¹

L'hétérogénéité de cet échantillon a permis d'analyser une diversité de pratiques, avec des niveaux d'expérience différents mais aussi une vision contrastée de ce qu'est un travail de nuit « bien fait ». En plus d'apporter de la rigueur à cette étude, le choix d'interroger différents groupes de soignants a permis de trianguler les sources d'informations pour apporter une image plus complète de la réalité étudiée.

La troisième phase réunissait différents acteurs ayant une compréhension plus globale des contraintes institutionnelles, mais également des exigences de sécurité. Ces acteurs jouent un rôle dans l'intégration de nouvelles procédures, l'achat du matériel ainsi que dans la validation institutionnelle et l'alignement avec les priorités de l'institution.

- L'infirmière-chef du service de médecine interne
- L'infirmière-chef de l'équipe volante de nuit
- Un médecin infectiologue du service de médecine interne

¹ Figure élaborée par l'auteure à partir des données présentées à l'annexe 1 (tableau de répartition des prestations infirmières de nuit) ; mise en forme graphique réalisée avec ChatGPT (OpenAI).

- Un adjoint à la Direction du Département des soins Infirmiers, membre de la cellule qualité de l'hôpital
- Une adjointe à la Direction du Département de soins Infirmiers, responsable du matériel

Concernant le choix des participants à l'étude, ils ont été sélectionnés selon un échantillon raisonné. La plupart des personnes interrogées ont été recrutées sur la base du volontariat, soit à l'occasion d'échanges directs sur le lieu de travail, soit par courrier électronique.

La taille des différents échantillons a été déterminée de manière à inclure un panel de soignants suffisamment large pour permettre l'exploration de la question de recherche la plus approfondie et nuancée possible tout en tenant compte des contraintes temporelles et organisationnelles propres à la réalisation de ce mémoire.

Les catégories professionnelles retenues ont été validées par la Cellule Qualité de la Clinique Saint-Pierre où se déroule l'étude.

5. MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES

La phase 1 a exploré les savoirs, pratiques et contraintes des sept participants à travers des entretiens semi-directifs enregistrés, d'une quarantaine de minutes. Cette méthode a été privilégiée pour accéder en profondeur aux représentations, expériences et pratiques des acteurs concernant le sommeil des patients hospitalisés, tout en gardant un cadre commun entre les participants afin de pouvoir assurer une comparabilité minimale grâce aux guides d'entretien. Elle a donné une certaine liberté de parole tout en restant dans une structure. Préalablement aux entretiens, les participants ont reçu une information sur les objectifs de l'étude, les modalités de participation et l'utilisation des données recueillies. Ils ont signé un formulaire de consentement libre et éclairé autorisant leur participation à l'étude ainsi que l'enregistrement audio des entretiens (annexe 2).

La phase 2 a introduit la co-construction via une réunion de travail avec des volontaires, ayant participé à la phase 1, intéressés et disponibles pour poursuivre l'étude. La séance a débuté par une présentation synthétique des principaux résultats issus des entretiens individuels. Cette restitution avait pour objectif de vérifier si les constats dégagés reflétaient fidèlement l'expérience des participants. Les participants ont ensuite pris part à un atelier participatif organisé autour de plusieurs affiches thématiques. Ils étaient invités à réfléchir sur les sujets proposés et à compléter avec des éventuelles actions susceptibles d'améliorer le sommeil à

l'hôpital. Les différentes propositions ont ensuite été discutées collectivement afin de dresser une liste d'actions à présenter à la phase 3. Afin de renforcer l'exhaustivité de la collecte des données, la chercheuse a fait appel à une ancienne étudiante du Master en Santé Publique, également collègue de travail, pour assurer la prise de notes concomitante à la sienne tout au long de la séance. L'intérêt principal de cette méthodologie était de permettre de faire émerger en peu de temps et au travers de discussions de groupe, une grande variété d'opinions.

La phase 3 consistait également en une réunion de travail réunissant plusieurs acteurs décisionnels de l'institution. Après une explication de la démarche et une présentation sommaire des résultats issus des phases précédentes, la liste de propositions élaborée leur a été présentée afin de recueillir leur analyse concernant leur pertinence, leur faisabilité et les conditions nécessaires à leur mise en œuvre. La chercheuse a pris note lors des échanges.

Les phases 2 et 3 n'ont pas été enregistrées mais ont fait l'objet d'une prise de notes détaillée. Ce choix méthodologique repose avant tout sur la nature de ces deux phases. Leur objectif n'était plus de comprendre et d'analyser les perceptions des participants mais de valider les résultats obtenus et de co-construire des pistes d'amélioration. Ces rencontres prenaient plus la forme de réunions de travail devant aboutir à des solutions que d'entretiens nécessitant une retranscription. Ce choix a également permis de respecter le calendrier académique du mémoire.

6. OUTILS DE COLLECTE

Des outils de collecte spécifiques ont été élaborés afin de répondre aux objectifs propres à chacune des étapes de l'étude.

Pour la première phase, le guide d'entretien comportant des parties spécifiques par type d'acteurs se trouve en annexe 3 de ce travail. Il a été construit à partir de lectures de la littérature scientifique et des objectifs de cette recherche. Sa structure débute par une présentation sommaire des différents participants et de leur travail. Les questions qui suivent se présentent en entonnoir, commençant par des questions assez larges sur la qualité du sommeil des patients et la perception qu'ils en ont pour aboutir à des questions beaucoup plus ciblées sur les freins et les pistes d'amélioration.

Pour la deuxième phase, un support de restitution synthétisant les résultats essentiels des entretiens individuels a été élaboré afin d'introduire la réunion de travail. Sept affiches thématiques reprenant les principaux thèmes d'amélioration de la phase exploratoire ont ensuite

été utilisées comme support de discussions. Les participants ont été invités à réagir directement sur les affiches avec des marqueurs de couleurs différentes permettant d'identifier les contributions de chacun pour l'analyse. Ce support a servi de base pour alimenter la discussion collective et arbitrer les solutions afin de réussir à dresser la liste d'actions pour la dernière phase.

La troisième phase a été introduite par un support de présentation Powerpoint résumant la démarche et ses résultats et présentant ensuite succinctement chacune des vingt-deux propositions. Les discussions et la cotation de ces suggestions ont été consignées sur un carnet de prise de notes et une grille de cotation.

L'ensemble des outils a été développé de manière progressive et itérative, chaque phase s'appuyant sur les résultats obtenus lors de la phase précédente afin d'enrichir la réflexion collective.

7. ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données s'est inscrite dans une logique inductive. Les catégories d'analyse n'ont pas été fixées à l'avance mais ont émergé progressivement à partir du matériel empirique recueilli au cours des différentes phases de la recherche. Cette approche visait à faire émerger les principaux thèmes en lien avec la question de recherche tout en restant au plus près de l'expérience des participants.

Pour la première phase, l'analyse des données a consisté en la retranscription intégrale des entretiens (annexe 4). Une lecture approfondie de chaque retranscription a permis d'identifier les idées récurrentes. Les verbatims ont ensuite été regroupés en thématiques en lien avec la question de recherche. Une comparaison interprofils a été réalisée en examinant la façon dont les différents thèmes ont été abordés selon les groupes de soignants afin d'identifier les convergences et spécificités.

Les données recueillies lors de la réunion de la seconde phase ont été analysées selon la même approche inductive. Les propositions formulées autour de chacune des affiches ont été synthétisées dans un tableau thématique reprenant également les principaux freins, facilitateurs, le niveau d'adhésion et la faisabilité. Les notes prises simultanément par la chercheuse et l'observatrice ont été confrontées afin de limiter le risque d'oubli. L'analyse de ces différents supports a permis d'aboutir à une liste d'actions structurée.

La troisième phase a fait l'objet d'une prise de notes ciblée, l'analyse a donc porté essentiellement sur la pertinence, la faisabilité et les conditions de mise en œuvre des propositions élaborées précédemment. Les prises de notes et la grille de cotation ont été relues et synthétisées afin d'identifier les principaux leviers, les obstacles organisationnels et les éventuelles adaptations suggérées par les acteurs décisionnels.

Conformément à la logique participative de la recherche, l'analyse des données, tout comme la construction des outils, a été conduite de manière itérative. Les résultats obtenus à chaque phase ont alimenté la préparation, la collecte et l'analyse des données de la phase suivante.

8. POSITION DE CHERCHEUR-ÉTUDIANT

La présente recherche s'inscrit dans une démarche de praticienne-chercheuse. En effet, l'auteure est infirmière de nuit depuis sept ans et exerce au sein de l'équipe volante de l'hôpital dans lequel se déroule l'étude. Elle occupe la place de chef-adjointe dans cette équipe depuis deux ans. Cette position professionnelle a fortement influencé le choix du sujet, celui-ci émergeant d'observations répétées de terrain concernant la fragmentation des soins nocturnes, les contraintes organisationnelles et humaines et leurs effets perçus sur le sommeil des patients hospitalisés.

Cette double posture présente plusieurs avantages. Elle confère à la chercheuse une connaissance approfondie du contexte organisationnel, des contraintes propres au travail de nuit et des logiques professionnelles des différents profils de soignants. Elle facilite également l'accès au terrain, la communication avec les acteurs et la compréhension fine des discours recueillis lors des entretiens. Cette position permet également d'appréhender les situations avec un regard informé et nuancé, en tenant compte des contraintes réelles rencontrées par le personnel hospitalier, ce qui renforce la pertinence et l'applicabilité des solutions envisagées.

Toutefois, cette proximité avec le terrain comporte également des risques méthodologiques de biais, notamment liés aux présupposés professionnels, à l'implication émotionnelle et aux relations de proximité ou de hiérarchie avec certains participants. Afin de limiter ces risques, plusieurs mesures ont été mises en place : une clarification systématique du rôle de chercheuse auprès des participants en informant les participants de la finalité de la recherche et en se positionnant comme observatrice neutre, l'utilisation de guides d'entretien structurés pour assurer une collecte des données systématique et comparable entre les participants, une posture

d'écoute non jugeante a été adoptée tout au long des entretiens et des réunions de travail afin de favoriser l'expression libre des résultats, ainsi qu'une analyse des données fondée sur une démarche inductive et rigoureuse. L'anonymisation des données et la distinction claire entre le cadre de la recherche et les relations professionnelles habituelles ont également contribué à renforcer la crédibilité des résultats.

Cette posture réflexive constitue ainsi un élément central de la démarche méthodologique parce qu'elle permet de prendre conscience du positionnement de la chercheuse et des influences possibles. La transparence, en exposant ces éléments, constitue un gage de rigueur scientifique et de crédibilité des résultats obtenus dans cette recherche.

RESULTATS

1. PHASE 1 : EXPLORATION DES PERCEPTIONS DES SOIGNANTS CONCERNANT LE SOMMEIL DES PATIENTS HOSPITALISÉS

L'objectif de cette phase visait à recueillir les perceptions mais aussi les expériences des soignants impliqués dans le travail de nuit, afin d'identifier les facteurs influençant le sommeil des patients hospitalisés, les pratiques existantes, les freins rencontrés et les pistes d'amélioration potentielles. Pour ce faire, une collecte de données a été réalisée auprès du personnel de terrain qui preste des nuits dans le service de médecine interne. Sept entretiens individuels semi-directifs ont été conduits du 31 mars au 4 avril 2026.

Les données des entretiens ont été analysées par thème, en fonction de leur pertinence par rapport à la question de recherche et ont été synthétisées dans un tableau thématique (annexe 5). Les principaux thèmes émergents de cette analyse thématique des données sont présentés dans les prochains points de ce travail.

1.1. PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon était composé de deux aides-soignantes volantes de nuit, d'une infirmière volante de nuit, d'une infirmière intérimaire de nuit, d'une infirmière du service travaillant habituellement de jour mais prestant des nuits occasionnellement et des deux infirmières de nuit du service.

Les profils des participants étaient variables en termes d'âge, s'échelonnant de 27 à 57 ans, mais également d'expérience professionnelle, de 3 à 32 ans, et de familiarité avec le service étudié et le travail de nuit, variant de quelques mois seulement à plus de trente années de pratique pour les infirmières les plus expérimentées.

Cette diversité a permis de confronter les perceptions de professionnels aux profils très variés en termes d'âge, d'expérience professionnelle, de connaissance du service et ainsi d'enrichir et nuancer la collecte des données avec des réalités professionnelles variées.

La durée des entretiens variait de 34 à 58 minutes, pour une durée moyenne d'environ 45 minutes. Les entretiens les plus courts étaient ceux des aides-soignantes (34 et 36 minutes), tandis que les plus longs étaient ceux des infirmières de nuit du service (53 et 58 minutes).

Participant	Age	Fonction	Type de poste	Ancienneté	Ancienneté de nuit	Temps de travail de nuit dans le service
AS1	46 ans	Aide-soignante	Volante nuit	9 ans	6 ans	Pas souvent
AS2	41 ans	Aide-soignante	Volante nuit	15 ans	3 ans	Régulièrement
Volante	28 ans	Infirmière	Volante nuit	5 ans	11 mois	Fixe : rare Volant : souvent
Infi jour	27 ans	Infirmière	Fixe jour	3 ans	3 mois	2 nuits/mois
Intérimaire	52 ans	Infirmière	Intérimaire nuit	17 ans	12 ans	Nuit ponctuelle depuis 2 ans, souvent au 4/4
Infi nuit 1	49 ans	Infirmière	Fixe nuit	28 ans	27,5 ans	12-14 nuits/mois
Infi nuit 2	57 ans	Infirmière	Fixe nuit	34 ans	32 ans	10-12 nuits/mois

Tableau 1. Caractéristiques des participants à la phase 1

1.2. UN CONSTAT PARTAGÉ : LE SOMMEIL DES PATIENTS HOSPITALISÉS EST ALTÉRÉ.

Toutes les personnes interrogées s'accordent pour dire que le sommeil des patients dans le service de médecine interne est altéré. Elles décrivent une durée de sommeil insuffisante, mais également un sommeil fragmenté par des réveils fréquents. Madame T., aide-soignante volante nous illustre cette réalité « *Quand on les réveille souvent, pour la glycémie horaire...pour les paramètres. Ils disent : « encore ? » Oui, malheureusement encore* »². Cette altération ne concerne pas uniquement la quantité de sommeil mais la qualité aussi. L'infirmière intérimaire estime qu'il est « *très, très difficile d'avoir un sommeil réparateur* »³ à l'hôpital, en raison des nombreuses interruptions nocturnes. Cela dépend de plusieurs facteurs, les patients nécessitant plus de soins ou de surveillances, sont les plus concernés. Madame Sa., infirmière de nuit du service, nous donne l'exemple des patients diabétiques « *je finis mon tour, le dernier patient, je le vois à minuit. Il est déjà en retard pour son sommeil. Et si on le réveille à 5h pour faire sa glycémie, il a dormi cinq heures* »⁴.

Plusieurs intervenantes rapportent des difficultés d'endormissement, les demandes de somnifères sont fréquentes, même pour des patients qui n'utilisent habituellement aucune médication favorisant le sommeil à domicile. À ce sujet, l'infirmière volante dit : « *oui, oui, des patients qui ont eu beaucoup de mal à s'endormir. Par exemple, à 2h du matin, je les voyais encore réveillés, ils me disaient qu'ils n'arrivaient pas à dormir* »⁵.

Ces constats sont partagés par tous les profils interrogés, aides-soignantes, infirmières du service, infirmière volante ou infirmière intérimaire, indépendamment de leur ancienneté.

1.2. LES PERTURBATIONS DU SOMMEIL SONT MULTIPLES

Les perturbations du sommeil sont multifactorielles, qu'elles soient liées au patient, à son environnement ou aux soins. Nombre d'entre elles sont difficilement évitables parce qu'elles sont en lien direct avec la raison d'être d'un hôpital, à savoir, soigner et surveiller les patients en continu, le jour comme la nuit. « *Est-ce que aller à l'hôpital...ça rime avec un sommeil réparateur si on veut vraiment faire ses soins comme il faut ?* »⁶.

² Annexe 4, AS1, lignes 134-135

³ Annexe 4, Intérimaire, ligne 118

⁴ Annexe 4, Infi nuit 2, lignes 139-141

⁵ Annexe 4, Volante, lignes 307-308

⁶ Annexe 4, Intérimaire, ligne 174-175

Les participants ont identifié la douleur, l'anxiété mais aussi l'état confusionnel ou le changement d'environnement entraînant une perte des habitudes, comme des facteurs propres aux patients pouvant altérer leur sommeil.

Le facteur environnemental principalement cité, était le bruit. Que ce soit le bruit du voisin de chambre, des portes, des volets, des radiateurs non purgés, des appareillages, des téléphones, des télévisions, des chariots, des camions de livraison, des urgences qui montent dans le service ou des conversations du personnel de soins, le bruit est décrit comme omniprésent. Les deux infirmières de nuit du service l'expliquent, pour elles, « *si tu réfléchis bien, y'a du bruit non-stop* »⁷ mais aussi « *il y a du bruit tout le temps en fait, tout le temps. C'est rare d'avoir un créneau horaire... de deux heures...* »⁸. Les autres perturbateurs environnementaux décrits sont la lumière, avec des veilleuses non fonctionnelles ou des stores manquants et donc non-occultants, et la température, avec des vannes de radiateurs ou des fenêtres cassées, créant un environnement trop chaud ou trop froid.

Le dernier groupe de perturbateurs concerne directement les soins prodigués par les soignants, en effet, la surveillance des paramètres, la prise des glycémies, l'injection d'insuline, l'administration des antibiotiques, les changes de protection des patients mais aussi la réalisation des prises de sang matinales, sont autant de soins susceptibles d'interrompre le sommeil du patient.

Les entretiens montrent donc que les perturbations du sommeil sont rarement le résultat d'un facteur isolé.

1.3. LES STRATÉGIES DÉVELOPPÉES PAR LES SOIGNANTS POUR PRÉSERVER LE SOMMEIL

Face à ces problématiques, les soignants ont développé une série de stratégies visant à limiter les perturbations du sommeil chez leurs patients.

L'anticipation des besoins est une méthodologie employée par presque tous les soignants interrogés afin de limiter les perturbations du sommeil. Lors de leur premier passage en chambre, certaines s'enquière des habitudes de sommeil des patients afin de reproduire ce qui est possible de l'être (lumière tamisée ou pas de lumière, porte, fenêtre et rideaux ouverts ou

⁷ Annexe 4, Infî nuit 1, ligne 89

⁸ Annexe 4, Infî nuit 2, lignes 169-170

fermés, couvertures...). L'installation confortable du patient dans son lit, mais également l'ordre et l'accessibilité sur sa table de nuit « *de manière à avoir tout à portée de main* »⁹, sont des éléments sur lesquels une attention est portée « *parce que...l'idée c'est que s'ils ont tout, le verre d'eau, la sonnette, ils vont pas te rappeler...et alors ils ont un meilleur endormissement* »¹⁰. Le désencombrement des chambres et la préparation des lits vides à l'accueil éventuel d'urgences facilitent une circulation nocturne silencieuse.

Le regroupement des soins apparaît comme l'une des principales stratégies décrites par les participants, plusieurs actes posés la nuit étant inhérents à leur travail, les regrouper permettrait de limiter les entrées en chambre. Madame T., aide-soignante, nous dit : « *S'il y a moyen de ne plus retourner dans la chambre...de regrouper nos soins, par exemple...les glycémies et les paramètres...et moi, je le dis souvent aux infirmières, si tu rentres dans une chambre pour brancher une perfusion...tu peux en même temps prendre ses paramètres, ça évite que moi, je retourne pour réveiller encore le patient* »¹¹. Cette stratégie pour être efficace, nécessite une organisation rigoureuse et une bonne communication entre l'infirmière du service et les soignants de l'équipe volante qui viennent en renfort.

Toutes les infirmières se coordonnent avec les patients en début de nuit afin qu'ils les appellent lors de moments d'éveil, « *si vous allez à la toilette ou vous êtes réveillés, appelez-moi, je viendrai faire votre prise de sang* »¹². Les infirmières les plus expérimentées adaptent les horaires d'administration des antibiotiques afin de ne pas réveiller un patient en plein milieu de la nuit pour lui faire avaler un comprimé. L'infirmière de jour parle de coordination avec les équipes de jour afin de leur laisser certains soins, chez des patients qui ont un mauvais sommeil. Les aides-soignantes aussi adaptent leur horaire de soin, en déplaçant les heures de changes chez les patients confus ou agités. Les infirmières de nuit tendent à sensibiliser les équipes de jour, médicale et infirmière, aux horaires de prescription des antibiotiques, mais également à l'arrêt du suivi glycémique horaire.

On retrouve dans chaque entretien, une organisation des soins qui vise à limiter un maximum les bruits, que ce soit veiller à bien fermer les portes des chambres, proposer des boules-Quies, éteindre les téléviseurs. Plusieurs soignants vont même jusqu'à ne pas utiliser les chariots mis à leur disposition pour travailler de façon ergonomique parce que « *ça grince dans le couloir à*

⁹ Annexe 4, Infi nuit 2, ligne 24

¹⁰ Annexe 4, Infi nuit 2, lignes 24-26

¹¹ Annexe 4, AS1, lignes 227-233

¹² Annexe 4, Volante, lignes 274-275

deux heures du matin où les gens dorment, ça va réveiller pas mal de gens »¹³. La grande majorité des soignants interrogés n'hésite pas à rappeler à l'ordre leurs collègues bruyants quand cela est nécessaire. La lumière fait également l'objet d'une attention particulière, les grandes lumières du couloir sont éteintes systématiquement en début de nuit, après le premier tour. Pour les soins en chambre, plusieurs soignants utilisent des lampes colliers, ou la lumière de la salle de bain, située à l'entrée de la chambre, afin de ne pas exposer le patient à une lumière directe.

Les stratégies médicamenteuses institutionnelles en place, telles que l'administration de Sedistress, ou l'appel à l'assistant de médecine interne de garde pour la prescription de somnifères, sont également appliquées, pour autant que l'heure ne soit pas trop avancée dans la nuit.

Enfin d'autres stratégies, citées de façon plus individuelle, décrivent des temps d'écoute pris par le soignant pour son patient, l'utilisation de musique pour aider à l'endormissement, une réflexion poussée pour l'appairage des patients dans les chambres lors des montées des urgences afin de créer une cohabitation confortable.

Il existe donc déjà sur le terrain, un grand nombre d'adaptations variées visant à préserver le sommeil des patients hospitalisés. Elles sont mises en œuvre à des degrés divers par les professionnels interrogés et ne semblent pas faire l'objet d'une formalisation systématique au sein du service.

1.4. LES CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES COMME FREIN

Malgré les nombreuses stratégies développées par les soignants, préserver le sommeil des patients n'est pas chose aisée. Une série d'obstacles, principalement organisationnels, matériels et culturels, émerge de nos entretiens.

Des contraintes liées aux prescriptions médicales et aux exigences de surveillance clinique ont été identifiées. Les horaires d'administration de certains traitements, notamment les antibiotiques per os prescrits en plein milieu de la nuit, les dosages d'insuline et la re-prescription des somnifères habituels qui nécessitent le passage variable mais souvent tardif de l'assistant de médecine interne de garde, imposent des interruptions de sommeil. La réalisation

¹³ Annexe 4, Intérimaire, lignes 335-336

des glycémies et prises de sang matinales dès 5h du matin, parfois même plus tôt selon la charge de travail, ainsi que le suivi des paramètres vitaux sont d'autant plus de raisons d'éveil pour les patients.

L'organisation du travail constitue également un frein important. Une charge de travail élevée limite la capacité des soignants à regrouper les soins. En effet, plus on a à faire, plus on aura besoin de l'aide des équipes volantes, fractionnant ainsi les interventions et multipliant les passages en chambre. Il faudra aussi commencer les soins dans les chambres de façon précoce, pour « *terminer dans les temps* »¹⁴. L'infirmière volante résume cette réalité en expliquant : « *il y a des nuits comme ça où c'est à la chaîne et désolé de passer 50 fois dans la chambre, mais je n'ai pas le choix* »¹⁵. Les problèmes dans la continuité des soins font l'objet de nombreuses citations dans les entretiens. Le rapport du soir, qui finit régulièrement avec 30 à 40 minutes de retard, et le report des soins non faits dans l'après-midi, se rajoutant ainsi à la liste des tâches des soignants de nuit, repoussent le début des soins nocturnes. Le délai pour le nettoyage des chambres, engendrant un délai d'attente supplémentaire pour l'accueil des urgences dans le service mais également les prises de sang matinales, faites presque en intégralité la nuit afin de pallier le manque de personnel infirmier en journée, viennent perturber l'organisation des soins nocturnes. Le manque de disponibilité et l'organisation du travail des équipes volantes, rendent également le regroupement des soins difficile. L'infirmière volante nous explique que « *l'aide-soignante est attendue ailleurs...donc, en fait, il faut faire les changes vite, vite et après seulement je peux faire mes actes infirmiers* »¹⁶.

Les difficultés de coordination entre professionnels apparaissent également comme un obstacle récurrent. Si le regroupement des soins est une stratégie efficace, sa mise en œuvre dépend largement de la disponibilité des équipes et de la qualité de la communication entre celles-ci. Plusieurs participants rapportent une coopération variable entre les intervenants de nuit. L'organisation des soins est décrite comme différente en fonction de qui travaille, créant des besoins d'adaptation des équipes mobiles aussi variables. Une aide-soignante nous dit : « *c'est une question d'organisation entre l'infirmière et moi. Ça se passe bien des fois, mais d'autres ne le comprennent pas comme ça* »¹⁷. Tandis qu'une infirmière de nuit nous dit : « *je suis tributaire de l'équipe volante. C'est comme ils peuvent, quand ils peuvent* »¹⁸. La coordination

¹⁴ Annexe 4, Intérimaire, ligne 409

¹⁵ Annexe 4, Volante, lignes 331-332

¹⁶ Annexe 4, Volante, lignes 241-243

¹⁷ Annexe 4, AS1, lignes 234-235

¹⁸ Annexe 4, Infi nuit 2, lignes 542-543

entre les équipes de jour et de nuit est également sous le viseur, notamment concernant certaines demandes formulées lors des transmissions qui ne sont pas toujours suivies d'effet, limitant la continuité des actions entreprises en faveur du sommeil. Les listes des changes pour les patients incontinents sont souvent incomplètes et/ou erronées, engendrant des réveils inutiles. Le désordre et l'encombrement dans les chambres, accumulés en journée, entraînent des risques de chutes pour le personnel et les patients, mais également du bruit supplémentaire la nuit pour la remise en ordre.

Les participants soulignent l'impact de l'environnement matériel sur la qualité du sommeil. Plusieurs dispositifs responsables de nuisances nécessiteraient de faire l'objet d'une meilleure maintenance. Les roues des chariots qui grincent, les portes et fenêtres qui ne se ferment pas, les volets défectueux, les veilleuses non fonctionnelles, les vannes de radiateurs cassées sont d'autant de perturbations citées dans les entretiens. Parmi l'ensemble des participants interrogés, seule une infirmière de nuit mentionne transmettre occasionnellement à la secrétaire du service, une liste de réparations nécessitant l'intervention du service technique. Les soignants rapportent également les nuisances sonores, jugées inutiles, générées par plusieurs appareillages médicaux. Plusieurs intervenants parlent d'un manque de ressources telles que les boules-Quies ou certaines alternatives non-médicamenteuses comme la musique, pour réduire l'anxiété et favoriser l'endormissement.

Des contraintes liées directement au patient, se rajoutent à la liste. Quelques intervenants parlent du refus des patients par rapport à la prise de traitements préventifs proposés comme les antidouleurs. Les changements de mode de vie sont également abordés, entre écran de téléphone et de télévision, l'infirmière de nuit nous dit : *« c'est du savoir-vivre que les gens ont perdu...les gens regardent la télévision à n'importe quelle heure de la nuit »*¹⁹.

Au-delà des contraintes précédemment listées, les entretiens révèlent une tension plus profonde entre la préservation du sommeil, les exigences de sécurité et la responsabilité professionnelle. Plusieurs participants citent la stabilité clinique du patient comme primant sur la qualité du sommeil, *« j'ai l'impression que la priorité dans les soins de nuit...ce n'est pas du tout le sommeil, c'est plus la stabilité du patient »*²⁰. Le sommeil apparaît comme secondaire, il est rarement l'objet des discussions et ses conséquences sont minimisées, *« ...des patients...qui*

¹⁹ Annexe 4, Infi nuit 2, lignes 409-410

²⁰ Annexe 4, Volante, lignes 295-296

deviennent confus...on ne va jamais penser, que peut-être c'est parce qu'il a mal dormi »²¹. L'infirmière de jour rajoute à ce sujet : « quand tu ne fais pas la nuit, l'infirmière de nuit vient te dire...un patient n'a pas dormi, tu penses ça c'est pas trop important. On a beaucoup de choses...plus important que quelqu'un qui n'a pas dormi »²². Concernant la responsabilité professionnelle, plusieurs soignants expriment leur crainte des retombées, si une surveillance était jugée comme insuffisante : « quand on voit tout ce qu'il y a comme procédurier, ...je vais laisser le patient dormir quand quelque chose arrive ? tout est noté...paramétré...ta surveillance...n'a pas été faite comme il faut »²³. Dans ce contexte, les exigences de traçabilité tendent à primer sur la préservation du sommeil, même si les professionnels sont conscients des effets négatifs des éveils fréquents.

1.5. CONNAISSANCES ET PRATIQUES HÉTÉROGÈNES

Les perceptions qu'ont les soignants de nuit sur la qualité du sommeil des patients hospitalisés en médecine interne sont en grande partie partagées. Les réponses apportées par les différents intervenants varient selon l'expérience du travail mais aussi la position professionnelle des soignants.

Bien qu'il existe dans le dossier patient informatisé H+ Nurse un onglet « suivre sommeil » qui évalue la qualité du sommeil, moins de la moitié des participants à l'étude en ont connaissance. Pour l'autre partie, ils ne l'utilisent tout simplement pas. La majorité des soignants se base sur l'observation et le dialogue avec les patients pour évaluer la qualité du sommeil. Ces évaluations peu formalisées, sont transmises oralement aux équipes de jour lors des rapports du matin et ne sont pas documentées. L'infirmière intérimaire nous informe sur les risques de fausse interprétation des méthodes d'évaluation observatoires : « s'il est dans son lit et qu'il ne bouge pas, je ne vais pas forcément faire attention est-ce qu'il a bien dormi ou pas »²⁴.

Les entretiens nous apprennent que le personnel soignant est peu sensibilisé sur le sommeil, que ce soit lors de leur formation de base ou sur leur lieu de travail. Une infirmière nous dit : « on y pense pas au fait...ça ne fait pas partie de nos habitudes de soins...on en parle peu »²⁵. Toutefois, l'infirmière de jour signale des formations sur le sommeil, suivies au Portugal, et une des infirmières de nuit, ayant été formée dans une école de religieuses en France, décrit une

²¹ Annexe 4, Intérimaire, lignes 503-507

²² Annexe 4, Infi jour, lignes 499-501

²³ Annexe 4, Intérimaire, lignes 169-171

²⁴ Annexe 4, Intérimaire, lignes 510-511

²⁵ Annexe 4, Intérimaire, lignes 377-379

attention portée au sommeil dans sa formation infirmière de base. Concernant les connaissances des participants sur les conséquences du manque de sommeil pour la santé des patients hospitalisés, elles se basent principalement sur leurs expériences de terrain, avec des manifestations plutôt immédiates et observables du manque de sommeil comme la fatigue, l'irritabilité, l'agitation ou la confusion, l'hypertension. Les discours révèlent une compréhension plus variable et incomplète des conséquences cliniques à plus long terme. Il n'existe aucun protocole institutionnel spécifique à la qualité du sommeil connu des participants. De même, aucun d'entre eux ne rapporte avoir bénéficié d'une formation spécifique sur ce thème au sein de l'institution. L'apprentissage des pratiques favorisant le sommeil semble donc principalement basé sur l'expérience. Cela pourrait contribuer à l'hétérogénéité des pratiques retrouvées. L'analyse des entretiens et documents internes a permis d'identifier l'existence de procédures concernant l'organisation du travail de nuit. Une procédure propre à l'unité de médecine interne a été élaborée par une des deux infirmières de nuit, et modifiée au fil des années avec l'apport des différents membres de l'équipe, pour correspondre au mieux aux besoins. Ce document est connu des membres fixes du service. Par ailleurs, les équipes volantes s'appuient sur une procédure générale destinée aux services d'hospitalisations, conçue par les infirmières-chefs de nuit. Bien que ces documents ne portent pas directement sur le sommeil, leur contenu vise à structurer l'organisation du travail de nuit. Après analyse des documents, ils semblent largement s'inspirer l'un de l'autre, sans qu'aucune contradiction n'ait été mise en évidence.

Même si tous les participants reconnaissent l'importance du sommeil, des différences apparaissent dans leur façon de concilier qualité de sommeil et exigences de soins. On remarque que les deux infirmières de nuit, qui ont chacune près de 30 ans d'expérience de soins nocturnes, sont celles qui développent le plus de stratégies d'adaptation, avec un réel intérêt de placer le sommeil au centre de leur pratique et une prise en charge beaucoup plus individualisée des situations. À l'inverse, les plus jeunes, sont plus protocolaires, elles suivent les ordres médicaux comme prescrit, en essayant toutefois de se donner une petite marge de manœuvre pour regrouper les soins. On remarque que les soignants extérieurs au service, mettent davantage l'accent sur les impératifs de surveillance, de sécurité et de traçabilité, comme l'exprime l'intérimaire « *moi ce qui me préoccupe quand je fais mes soins, c'est comment le patient au niveau clinique, je vais le rendre...son sommeil...ne va pas passer en priorité* »²⁶. Les entretiens

²⁶ Annexe 4, Intérimaire, lignes 181-183

suggèrent ainsi que l'expérience professionnelle et la fonction au sein du service influencent la manière dont les soignants arbitrent entre les exigences de surveillance et la préservation du sommeil, conduisant à des pratiques parfois différentes au sein d'une même unité, malgré les protocoles disponibles.

1.6. PISTES D'AMÉLIORATION IDENTIFIÉES

A l'issue des entretiens, les participants ont été invités à identifier plusieurs leviers d'amélioration susceptibles de renforcer la prise en compte du sommeil dans les pratiques de soins.

L'optimisation de l'organisation des soins a fait l'objet de plusieurs propositions, notamment en cherchant un moyen de rendre le regroupement des soins plus systématique en améliorant la collaboration infirmière/aide-soignante la nuit. Une meilleure collaboration entre les équipes de jour et de nuit a aussi été suggérée à plusieurs reprises, avec un partage des prises de sang matinales entre les deux équipes voire, pour certaines participantes, un transfert de ce soin vers la journée. Une sensibilisation des médecins à la prescription des antibiotiques sur les heures d'éveil, ou concernant les somnifères habituels non prescrits, est jugée comme nécessaire. Les collègues de jour devraient, elles aussi, interpellier plus systématiquement les médecins lorsque les prescriptions ne sont pas favorables à un sommeil de qualité.

Une formalisation des pratiques a également été proposée. Plusieurs intervenants évoquent l'intérêt de mener une réflexion profonde sur le développement de protocoles ou de recommandations concernant la préservation du sommeil, afin de limiter les réveils inutiles et d'harmoniser les pratiques au sein du service. L'élaboration d'un outil d'évaluation du sommeil simple d'utilisation, permettant un suivi objectif de celui-ci et une réponse adéquate au problème, a également été évoquée. L'anticipation de la prise en charge de la douleur afin de prévenir des éveils évitables pourrait également faire l'objet d'un protocole.

La mise à disposition en quantité suffisante et en format adapté de ressources permettant de préserver le sommeil des patients, telles que des boules-Quies, des caches-yeux ou une veilleuse portable, a été recommandée par plusieurs participants.

Le développement d'une culture institutionnelle davantage centrée sur le sommeil a également été préconisé par les intervenants. Que ce soit sous la forme de formations continues obligatoires destinées au personnel, au cours desquelles plusieurs sujets pourraient être abordés, comme l'hygiène personnelle des soignants qui a été conseillée par deux des personnes

interrogées, ou sous forme d’affichage dans les services d’hospitalisation pour encourager les gens à respecter le silence à partir d’une certaine heure. Les affichages seraient également utiles pour sensibiliser les visiteurs de passage dans les services la nuit.

La grande majorité des participants ont regretté les perturbations sonores liées au manque d’entretien des matériels et infrastructures. Plusieurs d’entre eux ont émis l’idée d’une meilleure prise en charge des réparations, voire d’une réflexion menée par le service compétent sur la réduction des bruits parasites générés par certains appareillages.

Cette liste non exhaustive de propositions a servi de base à la suite de ce travail lors de la deuxième phase de cette recherche.

1.7. SYNTHÈSE INTERPRÉTATIVE DE LA PHASE 1

La première phase de cette recherche révèle un paradoxe important. Bien que tous les soignants soient d’accord sur l’importance d’un sommeil de qualité pour la santé, et plus particulièrement pour les patients hospitalisés, ils reconnaissent également que l’hospitalisation est elle-même à l’origine d’une altération de la qualité et de la quantité du sommeil. Ce constat est partagé par tous les profils interrogés, aides-soignants comme infirmiers, travaillant de nuit ou de jour, à des postes fixes, volants ou intérimaires. L’altération du sommeil apparaît ainsi comme une réalité largement reconnue sur le terrain et indépendante du profil professionnel des participants.

Les causes perturbatrices du sommeil étant multifactorielles, une réponse unique à cette problématique semble difficilement envisageable. Qu’elles soient liées au patient, à ses habitudes de sommeil, à son état de santé, ou encore à son environnement, les sources de perturbations sont nombreuses. Le bruit, particulièrement cité dans les entretiens, illustre à lui seul la diversité des facteurs impliqués. Les soins réalisés la nuit, qu’il s’agisse de surveillances nécessaires à la prise en charge nocturne ou de soins diurnes ayant glissé sur l’horaire de nuit pour des raisons de pénurie de personnel, viennent compléter ce tableau. Il convient toutefois de souligner qu’une majorité de ces soins sont inhérents à la fonction première d’une structure hospitalière. Cette réalité place les professionnels face à une tension permanente entre la nécessité d’assurer des soins de qualité et la volonté de préserver le sommeil des patients. Les perturbations observées apparaissent comme le résultat d’éléments multiples qui s’inscrivent dans la globalité de l’organisation hospitalière.

Le personnel soignant a déployé une série de stratégies visant à limiter l'impact de l'hospitalisation sur le sommeil des patients. Ces pratiques ne font l'objet d'aucune formalisation sur le sommeil et semblent s'être construites au fur et à mesure de l'expérience acquise sur le terrain. Bien que développées individuellement, elles reposent sur des principes communs tels que l'anticipation des besoins, le regroupement des soins, la coordination soignant/patient ou soignant/soignant, le soin centré patient avec une prise en charge au cas par cas ou encore la mise en place d'une ambiance de travail visant à diminuer les nuisances dues au bruit et à la lumière.

Dans l'application de ces différentes stratégies, les soignants doivent faire face à de nombreuses contraintes, qu'elles soient organisationnelles, matérielles, culturelles ou liées au patient. L'organisation des soins nocturnes, la charge de travail importante impliquant un fractionnement des soins, les difficultés de coordination et de continuité des soins, mais aussi les problèmes de maintenance du matériel ou encore le refus des soins constituent autant d'obstacles à la préservation du sommeil. Les entretiens mettent également en évidence une tension récurrente entre le souhait de laisser dormir les patients et les exigences de surveillance, de sécurité et de traçabilité auxquelles les professionnels sont soumis. Dans ce contexte, le sommeil semble souvent relégué au second plan face à des priorités jugées plus immédiates.

Les résultats montrent que les connaissances des participants concernant le sommeil et l'arbitrage qu'ils appliquent entre sommeil de qualité et surveillance des patients sont relativement hétérogènes. Cette variabilité pourrait s'expliquer par le manque de formations et de recommandations spécifiques sur le sujet. L'absence d'évaluation systématique du sommeil peut contribuer à invisibiliser cette problématique et à limiter sa prise en considération dans les décisions de soins.

Les pistes d'amélioration proposées par les participants s'articulent autour de plusieurs axes. Certaines d'entre elles, comme la mise à disposition de ressources matérielles que sont les boules-Quies ou les colliers lumineux, l'organisation de formation continue sur le sommeil ou l'affichage dans les services de panneaux incitant au silence, semblent simples à mettre en œuvre et peu coûteuses. D'autres nécessitent un travail de réflexion plus approfondi, notamment lorsqu'il s'agit d'optimiser l'organisation des soins et la coordination entre les professionnels ou de formaliser des pratiques communes. Ces propositions nous montrent que l'amélioration du sommeil des patients ne repose pas uniquement sur l'ajout de nouvelles ressources mais également sur la modification de l'existant en partant d'une réflexion plus globale.

Dans l'ensemble, cette première phase montre que les difficultés rencontrées ne semblent pas liées à un manque de volonté des soignants, mais davantage à la complexité de la problématique et aux contraintes du contexte hospitalier. Les nombreuses pistes d'amélioration proposées par les participants laissent entrevoir des possibilités d'action, mais nécessitent d'être discutées collectivement afin d'en évaluer la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité dans le service étudié. C'est dans cette perspective qu'a été organisée la deuxième phase de la recherche.

2. PHASE 2 : VALIDATION COLLECTIVE ET PRIORISATION DES PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION DU SOMMEIL

L'objectif de cette seconde phase était double. Dans un premier temps, il s'agissait de présenter aux participants les principaux résultats issus de la phase 1 afin de vérifier dans quelle mesure ils correspondaient à leur perception du terrain. Dans un deuxième temps, cette réunion visait à identifier, discuter et prioriser collectivement des pistes d'amélioration susceptibles de favoriser le sommeil des patients hospitalisés dans le service de médecine interne.

Les principaux résultats de cette phase sont présentés dans les sections suivantes.

2.1. DÉROULEMENT DE LA SÉANCE

La réunion s'est tenue le lundi de la Pentecôte, le 25 mai 2026, de 17h à 19h, au domicile de la chercheuse. La recherche d'une date commune s'est avérée compliquée en raison des horaires variables des participants, travaillant de nuit ou de jour et dans des équipes différentes.

Parmi les sept soignants interrogés lors de la première phase, quatre ont participé à cette deuxième étape. Trois étaient présents en présentiel : les deux infirmières de nuit et l'infirmière de l'équipe volante de nuit. Une aide-soignante de l'équipe volante a assisté à la séance en distanciel, grâce à un appel vidéo via Microsoft Teams. Travaillant de nuit ce jour-là, elle n'a pu assister qu'à la première heure de la réunion et n'a donc pas pris part à la discussion collective finale.

La réunion s'est déroulée en trois temps. Dans un premier temps, les principaux résultats de la phase 1 ont été présentés aux participants afin de les confronter à leur expérience de terrain et de vérifier s'ils reflétaient fidèlement leur perception. Cette étape a duré une vingtaine de minutes.

Dans un deuxième temps, un atelier participatif a été organisé dans la même pièce. Plusieurs panneaux, reprenant les principales thématiques identifiées lors de la phase 1, étaient affichés

aux murs. Les participants étaient invités à circuler librement entre les affiches afin d'y écrire leurs commentaires, leurs propositions d'amélioration ainsi que les freins et facilitateurs à leur mise en œuvre. La participante présente à distance a été accompagnée par la chercheuse, qui lui présentait successivement chaque panneau et retranscrivait ses propositions. Cet atelier a duré environ 40 minutes.

Pour la dernière partie, les participants se sont réunis autour de la table afin de reprendre collectivement chacune des affiches. Les différentes propositions ont été discutées, précisées, confrontées, afin d'identifier les actions jugées les plus pertinentes et réalistes, à présenter lors de la phase suivante. Cette discussion collective, animée et modérée par la chercheuse, a duré environ une heure. Une prise de notes a été réalisée simultanément par la chercheuse et l'observatrice.

En annexe à ce travail, se trouvent les prises de notes de la chercheuse et de l'observatrice (annexe 6), mais également les affiches scannées (annexe 7) et un tableau récapitulatif des différentes affiches (annexe 8).

2.2. VALIDATION DES RÉSULTATS DE LA PHASE 1

Une présentation synthétique des principaux résultats issus des entretiens individuels a été réalisée. Les participants ont été invités à réagir face à ces constats afin de vérifier dans quelle mesure ils reflétaient leur expérience de terrain.

Dans l'ensemble, les résultats présentés ont fait l'objet d'un large consensus. Les discussions ont davantage servi d'illustration ou de complément d'information. L'approbation des participants a été observée à plusieurs reprises par des hochements de tête. Aucun élément n'a été remis en question.

Les échanges ont notamment confirmé que les différences de pratiques observées lors des entretiens étaient en grande partie liées à l'expérience professionnelle. L'infirmière volante de nuit a affirmé ne pas modifier les heures d'administration des antibiotiques per os qui tombaient en pleine nuit, ou prendre les paramètres de manière systématique chez tous les patients du service suite à des remarques reçues lors de prestations précédentes, ce qui a suscité une réaction des deux infirmières de nuit du service.

La discussion a également mis en évidence la complexité du regroupement des soins nocturnes face aux contraintes organisationnelles. Ce mode de fonctionnement n'a plus seulement été

présenté comme une stratégie favorable au sommeil, mais comme une organisation dont la faisabilité dépend de nombreux facteurs, notamment la disponibilité simultanée des équipes, la coordination entre collègues et la charge de travail. Les échanges se sont ainsi déplacés progressivement du constat vers une réflexion sur les conditions de mise en œuvre de cette stratégie : « *la coordination, c'est la clé* »²⁷.

Plusieurs exemples supplémentaires sont venus enrichir les résultats de la phase précédente, les nuisances sonores provenant d'unités de soins voisines, les contraintes liées aux admissions nocturnes, la disponibilité des équipes volantes.

Au-delà de la validation des constats, cette première partie de la réunion a surtout confirmé que les obstacles ne sont pas uniquement organisationnels mais relèvent aussi des représentations et valeurs partagées par les soignants, les patients et la société autour du sommeil à l'hôpital : « *L'hôpital n'est pas fait pour dormir mais pour se faire soigner* »²⁸.

2.3. PISTES D'AMÉLIORATION PRIORITAIRES IDENTIFIÉES

L'atelier participatif n'avait pas pour objectif principal de faire émerger un grand nombre de nouvelles propositions, nombre d'entre elles avaient déjà été citées dans les entretiens en phase 1. Cette seconde étape visait davantage à confronter ces propositions, les enrichir collectivement, et discuter de leur mise en œuvre dans le service étudié.

Les propositions ont été formulées autour de six affiches thématiques, la septième affiche, offrant la place à d'autres idées, a été intégrée aux six autres. L'analyse de ces affiches a permis de faire apparaître trois grands axes d'amélioration : l'organisation des soins, le développement d'une culture du sommeil et l'amélioration de l'environnement de soins. Les différentes propositions ainsi que les conditions de leur mise en œuvre vont être détaillées ci-dessous.

2.3.1. OPTIMISATION DE L'ORGANISATION DES SOINS

Les entretiens individuels avaient déjà identifié l'organisation des soins comme l'un des principaux leviers susceptibles de préserver le sommeil des patients hospitalisés. Les discussions collectives ont permis d'enrichir la réflexion en précisant les modalités d'application, de discuter des limites et de mieux comprendre les conditions nécessaires à sa mise en œuvre.

²⁷ Annexe 6, Infi nuit 2, p.2

²⁸ Annexe 6, Infi nuit 1, p.2

2.3.1.1. RÉORGANISER LES SOINS NOCTURNES

Les discussions ont rapidement montré que l'organisation des soins dépendait de nombreux facteurs intervenant tout au long de la prise en charge nocturne.

Les participants se sont principalement concentrés sur les temps de transmission, considérés comme le point de départ de l'organisation de la nuit. Ils estiment que le respect des horaires de rapport permettrait de débiter le premier tour de soins précocement. S'organiser de manière à commencer le rapport à l'heure quelle que soit la charge de travail, mais également limiter les interruptions pendant celui-ci ou travailler sur une amélioration du contenu à transmettre, sont des points jugés essentiels par les participants. Pour y contribuer, l'idée de créer une feuille annexe au rapport, reprenant le suivi des examens des patients présents dans le service a été évoquée dans le but de limiter la répétition de ceux-ci jour après jour. La possibilité de faire le rapport dans une autre pièce afin de limiter les interruptions permanentes est une autre suggestion.

Les discussions ont également porté sur les prescriptions médicales. Les intervenants considèrent que l'adaptation horaire de certains médicaments administrés par voie orale sur les heures d'éveil (diurétiques, statines, antibiotiques, somnifères) et l'instauration de schémas d'insuline afin de pouvoir regrouper les prises de glycémies avec les injections d'insuline permettraient de mieux respecter le sommeil des patients.

Enfin les participants ont insisté sur l'importance d'anticiper l'arrivée des patients en provenance des urgences. Une meilleure information concernant le nombre d'admissions attendues en début de nuit, mais également une préparation précoce des chambres qui vont les accueillir, ont été identifiées comme moyens susceptibles de limiter les réorganisations de dernières minutes et les perturbations qu'elles génèrent.

2.3.1.2. RENFORCER LA COORDINATION ENTRE PROFESSIONNELS

Les échanges ont confirmé que la coordination entre collègues, que ce soit entre les équipes fixes et mobiles la nuit mais également entre les équipes de jour et de nuit, constitue une condition essentielle à une organisation des soins respectueuse du sommeil des patients. Cette idée était déjà largement apparue en entretien individuel, la réflexion collective a permis de suggérer des actions concrètes pour sa mise en œuvre.

Pour les équipes de nuit, l'idée de favoriser un maximum le regroupement des soins passerait par l'amélioration de la communication afin que les différents intervenants disposent d'une vision commune de l'organisation de la nuit. Les participants proposent de favoriser une réalisation conjointe de certains passages en chambre, en particulier lors du tour de deux heures (changes, antibiotiques, paramètres). Dépendants largement des ressources humaines disponibles, les participants estiment qu'une aide-soignante dédiée à deux services faciliterait considérablement la mise en œuvre de cette organisation.

La réflexion s'est ensuite élargie à la coordination entre les équipes de jour et de nuit. Les intervenants soulignent que plusieurs adaptations favorables au sommeil pourraient être pensées avant même le début de la nuit. Ils évoquent de revoir l'organisation de la liste des changes afin de mieux cibler les patients nécessitant une intervention nocturne. Une sensibilisation des soignants de l'après-midi à une meilleure préparation des chambres pour la nuit (fermer les stores, diminuer les lumières...) a également été suggérée.

2.3.1.3. INDIVIDUALISER DAVANTAGE LES SOINS

Les entretiens individuels ayant déjà montré que certains soignants adaptaient spontanément leurs pratiques en fonction des habitudes ou de l'état clinique des patients, l'atelier collectif a permis d'élargir cette réflexion à l'organisation des soins.

Pour limiter les éveils inutiles, les participants ont proposé l'idée de développer des protocoles de surveillance des paramètres adaptés aux différentes pathologies rencontrées dans le service. Il est important de rappeler que le service concerné accueille des patients relevant de disciplines variées, la médecine interne générale, l'endocrinologie, l'infectiologie et la rhumatologie, chacune avec ses spécificités et des besoins de surveillance différents.

La discussion a également porté sur l'organisation des chambres communes. Le regroupement des patients dans les chambres communes selon leur niveau d'autonomie, mais aussi d'autres critères tels que l'âge, afin de favoriser une cohabitation harmonieuse a également fait débat. Dans la même logique, le regroupement des soins aux mêmes heures pour les deux patients d'une même chambre a été proposé, lorsque cela est possible.

Enfin, les échanges ont confirmé l'intérêt d'adapter les soins aux habitudes de sommeil des patients. Le report des changes chez les patients qui dorment et ont un mauvais sommeil est une proposition qui a été citée.

2.3.1.4. DÉBATS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Au-delà des propositions formulées, les discussions ont permis de mettre en évidence la complexité de leur réalisation.

Les discussions ont rapidement fait émerger une question centrale : jusqu'où peut-on adapter l'organisation des soins afin de préserver le sommeil des patients, sans compromettre la qualité ou la sécurité de leur prise en charge ? Les professionnelles les plus expérimentées expliquent adapter ponctuellement certains horaires, tandis que les plus jeunes disent ne pas oser prendre ce type d'initiative : « *Ce n'est pas un acte infirmier, c'est un acte médical...trop de place à l'erreur* »²⁹.

Le regroupement des soins a également fait l'objet de discussions ; doit-on travailler patient par patient ou soin par soin ? Si son intérêt pour favoriser le sommeil est unanimement reconnu, dans les faits, son application peut conduire à retarder la prise en charge des derniers patients visités, ce qui interroge son bénéfice pour tous.

Plusieurs freins ont été identifiés au cours des échanges. Les prescriptions médicales relevant de la responsabilité du médecin, une meilleure collaboration avec celui-ci est indispensable. Le passage tardif des assistants de garde pour l'adaptation des doses d'insuline, la charge de travail, le manque de personnel et la disponibilité variable des équipes volantes limitent les possibilités de regrouper les soins. L'hétérogénéité des modes d'organisation entre collègues impose une adaptation permanente ; cela nécessite une bonne connaissance des habitudes de chacun pour une collaboration efficace. Enfin, la responsabilité professionnelle, la sécurité des patients mais aussi la crainte de représailles en cas d'incident, conduisent certains soignants à privilégier une application stricte des prescriptions et une surveillance systématique des paramètres.

A l'inverse, plusieurs facilitateurs ont également été mis en avant. Les participants considèrent qu'une meilleure anticipation des soins, une communication efficace entre collègues, le développement de protocoles communs ainsi que l'expérience acquise de nuit apparaissent comme des éléments susceptibles de favoriser une organisation des soins plus respectueuse du sommeil des patients.

²⁹ Annexe 6, Volante, p.3

2.3.2. DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DU SOMMEIL ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Les entretiens individuels avaient déjà mis en évidence le fait que le sommeil n'était pas assez pris en compte dans les soins. Les échanges de la phase 2 ont montré que pour les participants, améliorer le sommeil des patients nécessite de développer une véritable culture du sommeil au sein de l'institution hospitalière afin de faire évoluer les représentations actuellement ancrées dans la société.

Les participants à l'étude considèrent qu'il ne faut pas sensibiliser uniquement les infirmières et aides-soignantes de nuit. Les discussions ont permis d'identifier l'ensemble des acteurs susceptibles d'influencer le sommeil des patients, directement ou indirectement. Les médecins, par leurs prescriptions ; les techniciennes de surface, avec le nettoyage tardif des chambres retardant parfois l'accueil des urgences, mais également par leur horaire du matin débutant dès 5H30; les brancardiers qui transportent les patients des urgences ou du bloc opératoire ; le personnel des urgences qui assure le relais des brancardiers au milieu de la nuit ; les familles qui accompagnent leur proche et les patients eux-mêmes, sont apparus comme des partenaires incontournables dans cette démarche.

Plusieurs moyens de sensibilisation ont été proposés par les intervenants. Les discussions ont notamment porté sur la mise en place d'une formation obligatoire consacrée au sommeil pour l'ensemble du personnel, au même titre que les formations institutionnelles déjà existantes. Les participants estiment qu'une telle formation permettrait d'améliorer les connaissances des professionnels mais aussi de développer une vision commune de l'importance du sommeil dans le processus de récupération des patients hospitalisés.

Les échanges ont fait émerger des propositions destinées à sensibiliser les patients et leurs proches en plus du personnel hospitalier. Le développement d'affiches et de pictogrammes lumineux affichés dans les couloirs de l'institution rappelant l'importance du calme pendant la nuit, la distribution de prospectus destinés aux patients et à leurs familles ainsi qu'une sensibilisation à la limitation des appels téléphoniques non indispensables durant la nuit (des urgences, des familles, des collègues), ont été suggérés.

Les discussions ont mis en évidence que les représentations du sommeil à l'hôpital constituent le principal frein au développement de cette culture : l'hôpital est fait pour se soigner et non pour dormir. Plusieurs participantes évoquent que cette vision est partagée aussi bien par les professionnels que par les patients et leurs familles et, plus largement, par la société. Elles

considèrent que faire évoluer cette culture nécessitera du temps ainsi que l'implication de l'ensemble des acteurs. Les éventuelles contraintes financières ont également été évoquées comme obstacles potentiels à la mise en œuvre de certaines actions.

Les participants soulignent qu'une réelle volonté à faire évoluer les pratiques existe au sein des équipes soignantes. Cette motivation collective apparaît comme un levier important pour favoriser l'émergence progressive d'une culture davantage centrée sur la préservation du sommeil.

2.3.3. AMÉLIORATION DE L'ENVIRONNEMENT DE SOINS

Les nuisances environnementales figuraient parmi les principaux facteurs de perturbation du sommeil identifiés lors des entretiens individuels. L'atelier participatif a amené une réflexion sur les actions jugées les plus pertinentes pour agir concrètement sur cet environnement sonore et matériel.

2.3.3.1. RÉDUIRE LES NUISANCES SONORES

Les discussions ont permis de dégager plusieurs actions jugées prioritaires afin de limiter les nuisances sonores au cours de la nuit. Les participants considèrent que la réduction du bruit repose avant tout sur une responsabilisation collective. Au-delà des comportements individuels, ils considèrent qu'une véritable politique institutionnelle du calme est nécessaire.

Dans cette perspective, les intervenants recommandent une vigilance accrue concernant le volume des conversations entre collègues, le volume des appels téléphoniques, l'extinction des télévisions à partir de minuit, ainsi que le respect d'une période de calme entre 22h et 6h. Afin de renforcer cette démarche, les participants proposent de diminuer et changer les sonneries du téléphone portable du service mais aussi de diffuser quotidiennement un message via des haut-parleurs annonçant l'entrée dans une « zone de silence ». Selon eux, ce rappel institutionnel permettrait de sensibiliser simultanément les professionnels, les patients et les visiteurs.

Les discussions ont mis en évidence que certaines nuisances dépassaient largement le cadre du service étudié. Les participants évoquent la nécessité d'une intervention plus systématique des services techniques pour l'entretien des grooms défectueux empêchant une manipulation silencieuse des portes ou le graissage des roues du matériel roulant utilisé la nuit par exemple. La possibilité de limiter les alarmes sonores inutiles sur les dispositifs de soins ainsi que la révision des horaires des camions de livraisons nécessiteraient l'interpellation des services médico-techniques et logistique. Une sensibilisation du personnel des urgences et du garde

police afin de limiter les déplacements des familles dans les unités d'hospitalisation a été suggérée.

Enfin, des mesures destinées directement aux patients ont été discutées. Les participants proposent de mettre davantage à disposition des bouchons d'oreilles au format adapté ainsi que des masques oculaires.

2.3.3.2. AMÉLIORER L'ENVIRONNEMENT MATÉRIEL

Les participants ont identifié plusieurs améliorations matérielles susceptibles de favoriser un environnement propice au sommeil.

Pour ce qui relève de la maintenance des infrastructures, en plus de ce qui a été dit précédemment, les participants soulignent l'importance d'un entretien plus régulier des radiateurs, des fenêtres et stores, des systèmes d'éclairage.

Plusieurs adaptations de l'environnement immédiat des patients ont également été citées. Les discussions ont porté sur la mise à disposition du personnel des lampes portables individuelles permettant de réaliser certains soins sans allumer l'éclairage principal. L'utilisation de protections type « bambinettes », à rajouter dans les langes afin de limiter les mobilisations des patients la nuit, mais aussi l'ajout de spots de nuit supplémentaires dans le couloir principal, qui dispose actuellement de trois spots jugés comme insuffisants pour un travail dans de bonnes conditions par les équipes en place, sont des actions concrètes qui ont été proposées par les intervenants. Enfin la limitation de l'encombrement des chambres organisée par les équipes du soir et déjà émise dans le chapitre sur la coordination des soins, a été rappelée comme un moyen de faciliter les déplacements nocturnes en limitant le bruit généré par le matériel.

2.3.3.3. DÉBATS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Suite aux échanges, les participants reconnaissent que plusieurs actions dépendent directement de décisions institutionnelles voire même de l'intervention de prestataires externes.

La charge de travail ou encore l'adhésion des professionnels constituent une contrainte pouvant limiter l'application quotidienne de ces mesures.

Malgré les difficultés, les discussions font apparaître une réelle volonté commune d'améliorer l'environnement de soins avec des propositions qui pourraient être mises en œuvre rapidement et d'autres qui nécessiteraient un engagement plus important de l'institution, notamment pécunier, et de ses partenaires.

2.4. SÉLECTION DES ACTIONS RETENUES POUR LA PHASE 3

A l'issue des échanges, les participants ont repris collectivement l'ensemble des propositions discutées au cours de l'atelier afin de sélectionner celles qui paraissaient les plus pertinentes à soumettre lors de la troisième phase de la recherche.

L'objectif de cette dernière discussion n'était pas de garder uniquement les actions les plus simples à mettre en œuvre, leur impact potentiel sur le sommeil et leur caractère prioritaire a également été pris en compte. Certaines propositions ont été reformulées, regroupées ou abandonnées. Ainsi, la limitation des appels téléphoniques nocturnes a été jugée difficilement applicable dans la mesure où une partie de ces appels répond à des impératifs organisationnels ou de sécurité. De la même manière, la réduction du bruit généré par les moteurs des matelas anti-escarre ou l'administration d'oxygène avec leurs dispositifs d'humidification via des bouteilles d'eau qui bullent, n'ont pas été retenues dans la mesure où ces équipements sont indispensables à la prise en charge de certains patients.

Au terme de ce travail de synthèse, une liste de vingt-deux actions, réparties selon les trois axes de réflexion identifiés précédemment, a été constituée. Elle servira de support aux échanges avec les acteurs décisionnels lors de la dernière phase de cette recherche. Elle se trouve en annexe 9.

2.5. SYNTHÈSE INTERPRÉTATIVE DE LA PHASE 2

Cette deuxième phase de la recherche a permis de renforcer la crédibilité des données issues des entretiens individuels. La réunion de validation a très rapidement dépassé la simple vérification des constats pour s'orienter vers la recherche de solutions réalistes. Les participants n'ont pratiquement pas remis en question les résultats présentés mais les ont illustrés, précisés et enrichis à partir de leur expérience de terrain. Cette validation collective montre que les constats de la phase 1 étaient suffisamment partagés pour constituer une base solide pour le travail collectif.

Au-delà de cette validation, cette phase a marqué une évolution dans la démarche de recherche. Les propositions formulées individuellement ont été discutées, nuancées et parfois reformulées. Les échanges ont permis d'identifier de nouvelles idées mais aussi de préciser les conditions de réalisation, d'en apprécier leur faisabilité et d'abandonner certaines pistes jugées peu réalistes dans le contexte.

Les échanges montrent que l'amélioration des pratiques de soins ne repose pas uniquement sur l'attribution de ressources supplémentaires mais sur une réflexion collective sur les modes d'organisation existants. En effet, la majorité des actions proposées relève d'interventions organisationnelles, éducatives ou de sensibilisation plutôt que d'investissements matériels importants, suggérant une mise en œuvre à coût relativement limité.

Malgré la diversité des propositions formulées, plusieurs principes transversaux apparaissent comme des conditions essentielles à l'amélioration du sommeil des patients hospitalisés. La coordination entre les différents professionnels, l'anticipation des soins, la communication entre les équipes ainsi que le développement d'une culture institutionnelle davantage centrée sur le sommeil, constituent des leviers communs à la réussite de nombreuses actions. À l'inverse, les principaux obstacles identifiés dépassent largement les contraintes matérielles et mettent en évidence l'influence des modes d'organisation, de la responsabilité professionnelle et des représentations du sommeil au sein de l'hôpital. Les discussions montrent que le déploiement des actions dépend de niveaux décisionnels différents. Certaines mesures peuvent être directement engagées par les équipes soignantes, tandis que d'autres nécessitent l'implication des services médicaux, techniques, logistiques, de prestataires externes ou de la direction de l'institution.

Enfin, cette phase met en évidence que l'amélioration du sommeil ne peut être envisagée comme une succession de mesures ponctuelles isolées. Les discussions ont progressivement élargi la problématique du sommeil au-delà des équipes de nuit. Les participants considèrent qu'une mobilisation de l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours hospitalier est requise. Le sommeil devient alors une responsabilité institutionnelle.

Les réflexions ne mettent pas en évidence une envie de diminuer systématiquement les soins nocturnes mais traduisent une volonté commune de replacer le respect du sommeil parmi les objectifs de soins, tout en recherchant un équilibre entre la qualité des soins, la sécurité des patients et les contraintes organisationnelles.

Cette deuxième phase constitue une étape charnière de la recherche participative. Elle a permis de transformer des constats issus d'expériences individuelles en un ensemble de propositions jugées pertinentes et dont la faisabilité apparaît comme compatible avec les réalités du terrain et les exigences de sécurité. Les vingt-deux actions retenues à l'issue de cette réflexion constituent un outil d'aide à la décision qui servira de support à la troisième et dernière phase

de cette étude. Elles seront présentées aux acteurs décisionnels afin de discuter de leur faisabilité institutionnelle.

3. PHASE 3 : ÉVALUATION INSTITUTIONNELLE DES PROPOSITIONS CO-CONSTRUITES

Pour la dernière phase de cette étude, les propositions d'actions lors de ma phase 2 ont été soumises à plusieurs acteurs occupant des fonctions décisionnelles au sein de l'institution. L'objectif de cette étape était de confronter ces propositions aux réalités organisationnelles afin d'en apprécier la pertinence, la faisabilité et le niveau de priorité estimé en vue d'une éventuelle mise en œuvre.

3.1. DÉROULEMENT DE LA SÉANCE

La réunion de la phase 3 a eu lieu le 3 juillet 2026, dans la salle de réunion Florence, située dans les bâtiments administratifs de la Clinique Saint-Pierre d'Ottignies, à l'étage de la Direction du Département Infirmier. Elle s'est tenue de 11h30 à 14h, l'horaire initial ayant été prolongé d'une heure.

Les participants à cette phase ont été sélectionnés selon un échantillonnage raisonné. Le choix s'est porté sur des acteurs non pas en tant qu'individus mais comme représentants de fonctions clés intervenant dans la faisabilité organisationnelle, médicale, technique ou institutionnelle des actions élaborées précédemment. Vous trouverez un tableau descriptif ci-dessous

Fonction	Rôle dans l'institution	Particularité	Motif d'inclusion
Infirmière-chef du service de médecine interne	Responsable de l'organisation du service, de la gestion des équipes et de la qualité des soins au sein de l'unité	A participé malgré son congé de maternité	Connaissance approfondie du fonctionnement quotidien du service
Médecin infectiologue	Médecin senior du service de médecine interne	A participé en remplacement du médecin-chef absent pour congés annuels	Expertise médicale indispensable pour les prescriptions médicales, protocoles de surveillance, adaptation thérapeutique et soutien au projet de service
Infirmière-chef de l'équipe volante de nuit	Responsable de l'organisation et de la gestion des équipes volantes de nuit, intervient en support dans tout l'hôpital	Représente une équipe qui intervient transversalement dans l'institution	Expérience des contraintes organisationnelles de l'hôpital, de la coordination inter-services et de la faisabilité des actions impliquant l'équipe mobile
Adjoint à la Direction du Département infirmier	Encadre les équipes des urgences et soins intensifs, mission transversale=80% dans la qualité	Cumule plusieurs casquettes, invité en remplacement de l'adjointe à la Direction du Département Infirmier responsable des formations et absente pour congés annuels	peut porter le projet plus loin dans les démarches de qualité institutionnelle, faisabilité des actions impliquant les urgences
Adjointe à la Direction du Département Infirmier	Encadre les équipes volantes de jour et de nuit, mission transversale=le matériel et 10% dans la qualité	Cumule plusieurs casquettes	Peut porter le projet plus loin dans les démarches qualité, appréciation des faisabilités technique et logistique

Tableau 2. Caractéristiques des participants à la phase 3 et justification de leur inclusion

La séance a débuté par une présentation synthétique des principaux résultats issus de la phase 1, suivie d'une description de la démarche ayant conduit à l'élaboration des vingt-deux propositions d'actions lors de la seconde phase. Ces dernières ont ensuite été discutées l'une après l'autre, avec pour chacune une explication succincte du contexte. Les participants ont été invités à réagir aux différentes propositions et à les évaluer selon les trois critères d'implémentation, à savoir l'impact sur le sommeil des patients (faible, modéré, fort), la faisabilité (facile, modérée, difficile) et le degré de priorité (faible, moyenne, élevée).

En raison de contraintes professionnelles, le médecin infectiologue et l'adjoint à la Direction du Département Infirmier responsable des urgences ont quitté la réunion avant son terme. Les propositions relevant plus spécifiquement de leur compétence ont été discutées afin de recueillir leur avis. La séance s'est achevée avec les trois autres participants, qui ont identifié, par consensus, les trois actions jugées les plus prioritaires à mettre en place.

3.2. RÉSULTATS

Les différentes propositions ont fait l'objet de discussions successives. Les échanges ont principalement porté sur leur pertinence, leur faisabilité et leur niveau de priorité. Si certaines suggestions ont rapidement fait consensus, d'autres ont fait l'objet de réflexions plus approfondies, conduisant à des reformulations, des adaptations ou à la mise en évidence de dispositifs déjà existants au sein de l'institution. En annexe sont présentés les résultats détaillés des cotations (annexe 10) ainsi que les prises de notes de la chercheuse (annexe 11) durant la réunion. Les principaux enseignements issus de cette phase sont synthétisés ci-dessous.

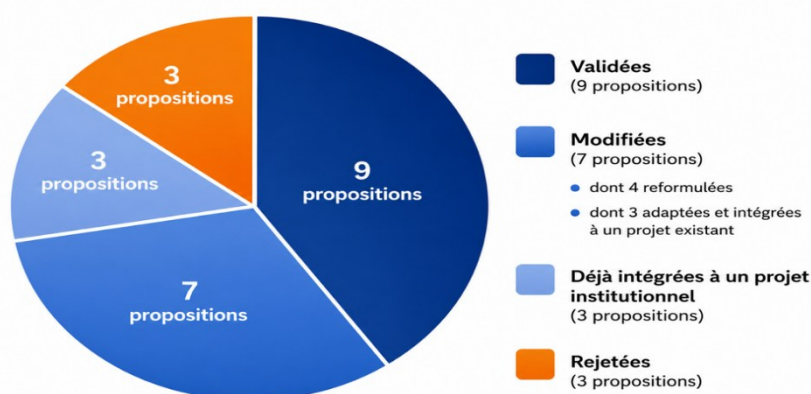


Figure 3. Devenir des 22 propositions d'amélioration à l'issue de la phase 3³⁰

³⁰ Figure élaborée par l'auteure à partir des données présentées à l'annexe 10 (tableau final des actions co-construites après validation) ; mise en forme graphique réalisée avec ChatGPT (OpenAI).

3.2.1. VALIDATION ET REJET

L'analyse des échanges montre que seules trois propositions ont été rapidement écartées par les acteurs décisionnels. La mise en place d'une période de silence entre 22h et 6h a été jugée peu réaliste. Les participants estiment qu'une telle mesure se heurte à plusieurs contraintes : l'absence de système de haut-parleurs, le manque de place à l'hospitalisation provisoire des urgences qui permettrait de ne plus faire d'admissions aux étages au milieu de la nuit, mais également le manque de respect des libertés individuelles à l'idée de limiter automatiquement l'accès aux télévisions ou au wifi après minuit. Les participants ont préféré privilégier des actions plus concrètes, telle que la mise à disposition de kits sommeil (boule-Quies et masques oculaires). La proposition visant à utiliser des protections types bambinettes afin de limiter les changes nocturnes a fait l'objet d'un rejet. Si l'infirmière-chef de l'équipe volante de nuit y voyait un avantage pour limiter certains réveils nocturnes, les autres participants ont considéré que cette pratique risquait de compromettre la qualité des soins, notamment en masquant les indicateurs de saturation et en limitant les mobilisations des patients. Enfin, les modifications de sonneries et du volume des téléphones portables ont été jugées comme peu réalistes du fait que ça impliquerait de modifier manuellement ces paramètres toutes les nuits mais également tous les matins, les sonneries devant rester suffisamment audibles durant la journée. Les échanges ont toutefois mis en évidence que les évolutions technologiques finiraient par offrir des solutions plus adaptées. Les adjoints à la Direction du Département Infirmier ont indiqué qu'une réflexion était déjà en cours dans le cadre du projet du nouvel hôpital, concernant des systèmes d'appel portables, silencieux et vibrants.

Neuf propositions ont été validées. Certaines ont été approuvées sans difficulté, comme la mise à disposition de bouchons d'oreilles et de masques oculaires, facturables aux patients, l'acquisition de lampes portables pour les équipes de nuit ou encore l'augmentation du nombre de spots de lumières de nuit dans le couloir principal du service, sous réserve de la faisabilité technique.

D'autres propositions ont été jugées particulièrement pertinentes mais leur mise en œuvre apparaît plus complexe. C'est notamment le cas du renforcement des effectifs en début de nuit, même si son intérêt est largement reconnu pour le regroupement de soins, les difficultés de recrutement à ces horaires ont été soulignées. Les deux adjoints à la Direction du Département Infirmier se sont néanmoins engagés à porter la réflexion auprès de la direction. Les actions relatives à la coordination entre les équipes de jour et de nuit, ainsi que fixes et volantes, ont été validées de principe. Les échanges ont mis en évidence que la réalisation de tours groupés

entre infirmières et aides-soignantes supposerait une révision des modalités d'organisation actuelles ainsi que des ressources humaines suffisantes. L'idée du partage des prises de sang entre les effectifs de jour et de nuit n'a pas été retenue. Les participants estiment que cette mesure augmenterait la charge du travail en journée, déjà sous tension avec les manques d'effectifs infirmiers et administratifs, mais également parce que les médecins souhaitent disposer des résultats biologiques précocement afin de pouvoir adapter les traitements rapidement et faciliter les sorties des patients. Par ailleurs, l'adjointe responsable des équipes volantes a annoncé le recrutement prochain d'une troisième piqueuse, présente entre 6h et 9h, susceptible d'améliorer cette organisation. Les actions visant à améliorer les listes de changes et la préparation des chambres avant la nuit ont été retenues, tout en soulignant qu'elles nécessiteront un travail de sensibilisation des équipes concernées.

Enfin, plusieurs propositions concernant l'environnement matériel ont été validées. L'adjointe responsable du matériel s'est engagée à examiner les possibilités de renforcer le système de maintenance des équipements, à contacter le service médico-technique afin d'évaluer la possibilité de rendre silencieux les claviers des dispositifs médicaux, ainsi qu'à étudier une éventuelle réorganisation des livraisons.

3.2.2. L'ADAPTATION ET LE RENFORCEMENT DES PRATIQUES PLUTÔT QUE LA CRÉATION DE NOUVEAUX OUTILS

Les discussions ont permis de mettre en évidence que plusieurs propositions ne nécessitaient pas la création de nouveaux outils mais plutôt un renforcement ou une meilleure utilisation de dispositifs déjà existants au sein de l'hôpital. Ainsi, concernant la communication des admissions venant des urgences dès le début de la nuit, les participants ont rappelé qu'un dispositif en ce sens existait déjà. Il est cependant peu appliqué par le personnel des urgences. Les échanges ont davantage porté sur la nécessité de renforcer son application. Concernant l'amélioration des rapports, les intervenants ont fusionné la création d'une feuille commune de suivi des examens avec la proposition visant à réduire les interruptions de rapport. Ils ont également rappelé qu'un projet institutionnel, à l'initiative du comité qualité et nommé I-PASS, était actuellement en cours de déploiement dans l'institution. Le but de ce projet est d'améliorer la qualité et l'efficacité des rapports. Les participants estiment qu'un travail en équipe reste nécessaire pour définir les informations pertinentes à transmettre pour les patients hospitalisés dans le service de médecine interne. Aussi, le médecin infectiologue a informé le groupe qu'un projet institutionnel concernant l'adaptation du suivi des patients diabétiques était en voie d'aboutissement. L'introduction de schémas d'insuline devrait entrer en application dès le mois

d'octobre 2026. Dans le même esprit, l'infirmière-cheffe du service a rappelé l'existence de protocoles pour la surveillance paramétrique, selon les symptômes présentés par les patients. Comme ils semblent insuffisamment connus des équipes, une meilleure diffusion de ceux-ci apparaît pertinente. Concernant la sensibilisation des médecins aux prescriptions médicamenteuses favorables à un sommeil de qualité, le médecin infectiologue a proposé de développer, en collaboration avec la pharmacie et l'informatique, des modèles de prescriptions facilitant la programmation horaire automatique de certains traitements. Les participants ont également insisté auprès du médecin sur la nécessité de poursuivre la sensibilisation des assistants. Dans cette même logique, la proposition relative aux horaires d'administration des antibiotiques per os a été intégrée à la précédente. Des recommandations écrites existent déjà dans le service et sont affichées dans le bureau médical. Les échanges montrent que leur meilleure diffusion auprès des infirmières et des assistants est un enjeu important.

Plusieurs propositions ont également été adaptées afin d'en améliorer la faisabilité. Les participants considèrent que l'ajout au catalogue institutionnel d'une formation obligatoire sur le sommeil risquerait d'avoir peu d'impact, les formations existantes peinant déjà à se remplir. Ils proposent plutôt l'organisation d'une semaine ou d'une quinzaine de sensibilisation consacrée à l'importance du sommeil à l'hôpital, comprenant des affichages, des activités au sein des équipes ou encore une conférence ouverte aux professionnels intéressés. Dans le même ordre d'idées, l'affichage de pictogrammes dans les couloirs n'a pas été jugé suffisamment efficace, les murs étant déjà largement occupés par de nombreuses informations devenues peu visibles. Les pictogrammes lumineux ont également été considérés comme coûteux. Cette proposition a donc été intégrée à la campagne de sensibilisation envisagée.

Dans les discussions concernant la création d'un nouvel outil d'évaluation plus performant, les participants privilégient le recours à l'I-PASS pour transmettre les informations importantes concernant la qualité du sommeil des patients. L'infirmière-cheffe du service estime que l'outil existant doit uniquement être utilisé chez les patients dont il faut spécifiquement surveiller la qualité du sommeil, afin d'éviter qu'il ne soit complété de manière systématique et perde progressivement son utilité. Le médecin présent a, par ailleurs, confirmé que les paramètres renseignés dans le dossier infirmier étaient rarement consultés par les médecins, ce qui limite l'intérêt de développer un nouvel outil.

Enfin, l'adjoint à la Direction du Département Infirmier cadre des soins intensifs a signalé l'existence du projet PICS, actuellement soumis au fonds de financement institutionnel.

Développé aux soins intensifs, ce projet vise à améliorer le séjour des patients hospitalisés dans le service, notamment avec un volet concernant la réduction des nuisances environnementales. Les participants suggèrent de s'en inspirer pour les démarches visant les unités de soins classiques.

3.2.3. PRIORITÉ D'ACTION

A l'issue de la réunion, les participants encore présents ont été invités à identifier les trois actions qu'ils considéraient comme les plus prioritaires à mettre en œuvre dans l'institution.

Parmi les vingt-deux propositions d'action, seize ont été validées, trois correspondaient à des projets déjà en cours d'implémentation et trois ont été rejetées. Vous trouverez en Annexe X la feuille de cotation reprenant toutes les propositions émises en phase 2.

La première action retenue comme prioritaire concerne le renforcement de la maintenance des équipements et du matériel roulant afin de réduire les nuisances sonores. Les participants lui attribuent un impact fort sur le sommeil des patients, un niveau de priorité élevé, malgré une faisabilité jugée plus modérée en raison des implications organisationnelles et financières.

La deuxième action prioritaire est la mise à disposition de kits sommeil comprenant des bouchons d'oreilles et des masques oculaires, pouvant être proposés aux patients et facturés comme tout autre matériel de confort. Cette proposition est considérée comme présentant un impact important sur le sommeil, une priorité élevée et une mise en œuvre relativement simple.

Enfin les participants ont retenu comme troisième priorité la poursuite d'un travail sur les horaires de prescription et d'administration des traitements médicamenteux administrés la nuit par voie orale, notamment les antibiotiques. Cette proposition est jugée très pertinente pour limiter les réveils nocturnes et améliorer l'organisation des soins. Si sa faisabilité apparaît plus modérée, son impact potentiel et son caractère prioritaire ont conduit les participants à la classer dans le top trois.

Le choix de ces trois priorités d'action illustre que les propositions considérées comme prioritaires ne sont pas nécessairement les plus faciles à mettre à exécution. Les participants privilégient avant tout des mesures susceptibles d'avoir un impact significatif sur la qualité du sommeil des patients, même lorsque leur réalisation nécessite des adaptations importantes.

Au-delà des cotations attribuées aux différentes propositions, les discussions ont montré une volonté commune des acteurs décisionnels de poursuivre la réflexion autour de la qualité du sommeil à l'hôpital Saint-Pierre d'Ottignies.

3.3. SYNTHÈSE INTERPRÉTATIVE

Cette dernière phase de la recherche a permis d'évaluer les propositions co-construites avec les soignants au regard des réalités de l'institution. Elles ont été confrontées à des expertises complémentaires permettant d'aborder simultanément les dimensions médicale, organisationnelle, technique et institutionnelle. Avec cette démarche, la troisième étape marque un tournant, on passe d'une logique exploratoire à une logique d'aide à la décision institutionnelle, transformant progressivement les propositions en pistes d'amélioration susceptibles d'être réellement mises en œuvre.

L'ensemble des discussions montre que les acteurs décisionnels ont globalement validé les suggestions du terrain, jugées comme pertinentes. Ils ont été guidés par la recherche de compromis, ne rejetant jamais une proposition mais suggérant autre chose à la place. Cela renforce la crédibilité des propositions élaborées au cours des phases précédentes. Les échanges ont davantage porté sur les modalités d'exécution, leur faisabilité ou encore leur articulation avec des projets déjà existants.

Un des enseignements que cette étape de la recherche apporte est que l'amélioration du sommeil des patients ne nécessite pas systématiquement la création de nouveaux outils. Les participants ont mis en évidence l'existence de plusieurs dispositifs institutionnels déjà disponibles ou en cours de développement. Les réflexions se sont donc orientées vers une meilleure utilisation, une meilleure diffusion, un renforcement ou une adaptation de ces pratiques existantes. D'ailleurs, la diffusion des protocoles déjà existants apparaît comme un levier majeur d'amélioration dans plusieurs suggestions émises par les participants des phases antérieures. Cette approche laisse entrevoir que les possibilités d'amélioration reposent davantage sur l'optimisation des pratiques existantes qu'une multiplication de nouvelles procédures.

Les échanges montrent également que les acteurs décisionnels privilégient une approche pragmatique. Les propositions retenues comme prioritaires ne sont pas forcément les plus simples à implémenter, mais celles susceptibles d'avoir le plus grand impact sur la qualité du sommeil. De plus, les trois actions choisies concernent simultanément l'environnement

matériel, l'organisation des pratiques et les mesures directement destinées aux patients, confirmant le caractère multifactoriel de l'amélioration du sommeil.

Cette phase 3 confirme que la problématique du sommeil au sein de l'institution dépasse largement le cadre des équipes soignantes de nuit. Elle concerne l'ensemble de l'institution et implique de nombreux acteurs : responsables de service, médecins, équipes d'encadrement, services médico-techniques, logistique, informatique, pharmacie ou encore qualité. La préservation du sommeil devient une responsabilité partagée qui nécessite une approche transversale.

Enfin, les échanges de cette troisième phase ont également mis en évidence l'intérêt suscité par cette démarche auprès des acteurs décisionnels. Plusieurs d'entre eux ont débouché sur l'identification d'actions concrètes à entreprendre. Les participants ont notamment évoqué une réflexion concernant la révision des horaires de livraison, la maintenance des équipements, les dispositifs médicaux, les effectifs des aides-soignantes ou encore les prescriptions médicales. Les discussions ont fait émerger une volonté de poursuivre la réflexion autour de la qualité du sommeil au sein de l'institution. En effet, les deux adjoints à la Direction du Département Infirmier considèrent cette thématique comme pleinement intégrée aux démarches d'amélioration continue de la qualité des soins. Le médecin infectiologue a également souligné l'intérêt de prolonger le travail engagé, estimant que les discussions menées au cours de cette réunion ne devaient pas rester sans suite. D'ailleurs, plusieurs échanges ont déjà ouvert des perspectives concrètes, les adjoints à la Direction du Département Infirmier ayant tous les deux pris note, dévoilant une volonté institutionnelle d'explorer certaines pistes. Cette dynamique montre que la recherche est susceptible de dépasser le cadre de l'étude académique pour devenir un support de réflexion qui pourrait accompagner l'évolution des pratiques professionnelles au sein de l'institution.

ANALYSE

L'objectif de cette discussion est d'interpréter les principaux résultats de cette recherche à la lumière de la littérature scientifique présentée dans le cadre théorique. Elle vise à confronter les constats issus des trois phases de l'étude aux connaissances scientifiques actuelles afin d'identifier les convergences, les nuances ou l'enrichissement qu'ils apportent. Cette analyse cherche à mieux comprendre les mécanismes organisationnels qui influencent la qualité du sommeil des patients hospitalisés ainsi que les conditions susceptibles de favoriser la mise en application d'améliorations durables.

Pour structurer cette réflexion, la discussion s'articule autour de quatre chapitres. Le premier s'intéresse à la place accordée au sommeil dans les priorités hospitalières. Le deuxième analyse les perturbations du sommeil comme un reflet d'une organisation complexe. Le troisième examine les stratégies développées par les professionnels pour préserver le sommeil de leurs patients ainsi que leurs limites. Enfin, le dernier chapitre aborde la nécessité d'une approche institutionnelle et transversale pour mieux intégrer la préservation du sommeil dans les pratiques de soins.

1. LE SOMMEIL EST UN BESOIN RECONNU MAIS ENCORE INSUFFISAMMENT INTÉGRÉ DANS LES PRIORITÉS HOSPITALIÈRES

L'ensemble des participants à cette étude s'accorde sur le fait que le sommeil est un besoin fondamental contribuant au rétablissement des patients hospitalisés. Cette perception rejoint largement la littérature. Plusieurs auteurs soulignent qu'un sommeil de mauvaise qualité est associé à de nombreuses conséquences délétères, telles qu'une augmentation du risque de confusion et de délirium, une altération des défenses immunitaires, des troubles hémodynamiques ou encore une prolongation du séjour hospitalier. (Bellon et al., 2022 ; Chennaoui et al., 2021 ; Medic et al., 2017). Ces observations sont également cohérentes avec les recommandations de la National Sleep Foundation, qui rappelle que le sommeil constitue un besoin physiologique indispensable au maintien de la santé.

Si ces constats sont bien établis dans la littérature, notre étude montre que la difficulté ne réside pas dans une méconnaissance de l'importance du sommeil par les soignants. Au contraire, les soignants se sentent contraints de devoir interrompre celui-ci régulièrement et expriment une réelle volonté d'essayer de le préserver. Cette préoccupation entre en concurrence avec la nécessité d'une coordination permanente entre collègues rendue indispensable par la charge de

travail mais aussi d'autres impératifs jugés comme prioritaires, notamment la surveillance clinique, la sécurité des patients et la réalisation des soins prescrits. Les réveils nocturnes apparaissent moins comme le résultat d'un manque de sensibilité des professionnels que comme la conséquence de contraintes organisationnelles auxquelles ils doivent faire face au quotidien.

Cette tension permanente entre la volonté de protéger le sommeil et l'obligation d'assurer la sécurité constitue un résultat particulièrement marquant dans la première phase de cette recherche. Les professionnels décrivent un arbitrage constant entre deux objectifs pourtant complémentaires : favoriser le repos des patients tout en garantissant une prise en charge conforme aux exigences cliniques et institutionnelles.

Par ailleurs, notre recherche montre que le sommeil est peu évalué, peu documenté et avec une traçabilité limitée. Cette place secondaire accordée au sommeil se reflète également dans l'organisation institutionnelle. Les participants soulignent l'existence de procédures encadrant le travail de nuit, sans que celles-ci n'intègrent véritablement la préservation du sommeil comme objectif de soin.

Les échanges de la phase participative permettent d'aller plus loin dans cette réflexion. L'affirmation selon laquelle « l'hôpital n'est pas fait pour dormir mais pour se faire soigner » illustre la représentation dominante qui semble encore prévaloir au sein de l'institution mais aussi dans la société. Cette perception traduit une culture hospitalière dans laquelle bien dormir à l'hôpital est davantage considéré comme un plus que comme un besoin nécessitant une attention spécifique. Cette observation rejoint les travaux de Beswick et al. (2023) et de Mendonça et al. (2025), qui soulignent que malgré l'existence d'interventions efficaces, leur mise en œuvre reste limitée dans les pratiques hospitalières en raison de freins organisationnels et institutionnels. Si le sommeil est secondaire, cette représentation pourrait contribuer à expliquer pourquoi la préservation du sommeil reste peu présente dans les protocoles institutionnels, pourquoi certaines prescriptions seraient ainsi faites, pourquoi les équipes intègrent ces interruptions comme faisant partie du fonctionnement habituel. Les résultats laissent penser que les pratiques observées ne résultent pas uniquement de choix individuels mais s'inscrivent dans une organisation elle-même influencée par des représentations largement partagées de la mission de l'hôpital et des priorités de soins.

Enfin, la troisième phase montre que cette réalité est également reconnue par les acteurs décisionnels, qui valident les constats formulés par les professionnels de terrain et reconnaissent le besoin de mieux intégrer le sommeil dans les pratiques institutionnelles. Plus qu'un manque

de connaissances, nos résultats suggèrent que l'enjeu principal réside dans le développement d'une véritable culture du sommeil, partagée par l'ensemble des acteurs hospitaliers, et intégrée aux priorités organisationnelles de l'établissement.

2. LES PERTURBATIONS DU SOMMEIL COMME RÉVÉLATEUR DES CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES HOSPITALIÈRES

La littérature identifie de nombreux facteurs perturbateurs du sommeil des patients hospitalisés, parmi lesquels le bruit, la lumière, les interruptions liées aux soins, les alarmes, les conversations ou encore les admissions nocturnes (Alves et al., 2023 ; Bellon et al., 2024 ; Burger et al., 2022 ; Dobing et al., 2016 ; Tan et al., 2019). Ces éléments apparaissent comme les principales causes des réveils nocturnes et constituent les cibles privilégiées des interventions visant à améliorer le sommeil.

Nos résultats confirment ces observations tout en apportant des éclairages complémentaires. Les difficultés décrites dans cette étude ne peuvent pas être principalement attribuées à un manque de connaissance du service par les professionnels occasionnels. En effet, près de 92%³¹ des nuits du service sont assurées par les infirmières du service, qu'il s'agisse des infirmières de nuit ou de jour. Ensuite, les professionnels décrivent les facteurs perturbateurs non pas comme des problèmes indépendants, mais comme des contraintes qui s'accumulent et interagissent tout au long de la nuit. Les perturbations du sommeil résultent d'une succession de situations de soins où se combinent problèmes de prescriptions médicales, exigences de surveillance paramétrique, accueil des admissions, retard des transmissions, coordination entre collègues et disponibilité des ressources humaines, chaque contrainte ayant une influence sur les autres.

Le bruit, largement identifié dans la littérature comme un facteur majeur de perturbation du sommeil (Alves et al., 2023 ; Bellon et al., 2024 ; Burger et al., 2022) tout comme dans les entretiens de la phase 1, illustre bien cette complexité. Il est le produit des déplacements liés aux soins, des conversations entre collègues, des admissions nocturnes, des camions de livraison ou encore du manque de maintenance du matériel. Il apparaît ainsi surtout comme un symptôme et pas une cause, il s'apparente à la manifestation visible d'une organisation complexe plutôt qu'à un problème pouvant être résolu isolément.

³¹ Figure 2. Répartition moyenne de la prise en charge infirmière du service de médecine interne sur 6 mois (septembre 2025 à février 2026)

Cette lecture rejoint les travaux de Beswick et al. (2023) et de Mendonça et al. (2025), qui indiquent que les difficultés de mise en œuvre des interventions en faveur du sommeil dépassent les seuls facteurs environnementaux mais sont également liées à des contraintes organisationnelles et institutionnelles.

Ces résultats pourraient suggérer que l'amélioration du sommeil ne repose pas uniquement sur la réduction du bruit ou de la lumière, ni sur la modification ponctuelle de certaines pratiques. Elle nécessite une approche globale qui intègre l'organisation des soins, la coordination entre professionnels et la planification des activités nocturnes. Face à cette complexité, les soignants développent différentes stratégies d'adaptation afin de limiter l'impact de ces contraintes sur le sommeil.

3. DES STRATÉGIES DE PRÉSERVATION DU SOMMEIL PRÉSENTES MAIS PEU STRUCTURÉES

Les interventions visant à améliorer le sommeil des patients hospitalisés sont largement décrites dans la littérature. Plusieurs études rapportent des bénéfices associés au regroupement des soins, à l'adaptation des horaires de certaines interventions, à l'optimisation des prescriptions, aux tournées de préparation au coucher, aux programmes multimodaux tels que WEsleep, ainsi qu'à la formation des professionnels (Beswick et al., 2023 ; de Gans et al., 2025). Les résultats de notre étude nous apprennent que plusieurs de ces principes sont déjà intégrés, au moins partiellement, dans les pratiques quotidiennes des soignants.

Les participants décrivent des stratégies de regroupement de soins, d'anticipation des besoins du patient, d'individualisation de certaines prises en charge ou encore d'adaptation des horaires lorsque la situation clinique le permet. Dans ces mécanismes d'adaptation, l'expérience professionnelle occupe une place importante. Les infirmières les plus expérimentées semblent davantage en mesure d'arbitrer entre les différentes priorités, d'anticiper certaines situations et d'adapter leur organisation afin de limiter les réveils inutiles.

Toutefois, ces pratiques reposent essentiellement sur des prises d'initiatives individuelles et empiriques. Elles sont rarement formalisées, peu harmonisées et dépendantes du contexte de travail. Cette considération rejoint les observations de Beswick et al. (2023) et de Mendonça et al. (2025), qui soulignent que l'absence de protocoles clairement identifiés, le manque de diffusion des recommandations et le soutien institutionnel limité constituent des freins importants à l'intégration durable des interventions visant à améliorer le sommeil.

Cette recherche met en évidence qu'une bonne pratique n'est applicable que si tout le système autour le permet. Le regroupement des soins, largement cité par les participants, dépend non seulement de l'infirmière qui réalise les soins, mais également de la coordination avec l'aide-soignante, des horaires de prescriptions médicales, de la collaboration entre les équipes de jour et de nuit. Cette pratique apparaît comme révélatrice du fonctionnement global de l'organisation. Pour qu'elle puisse produire ses effets, elle doit s'inscrire dans une organisation favorisant la coordination de tous les acteurs impliqués dans les soins. Comme le disait une participante à l'étude : « *la coordination, c'est la clé* »³².

Cette importance de la coordination s'est confirmée lors de la troisième phase de cette étude. Les acteurs décisionnels ne remettent que peu en question les propositions formulées par les soignants. Ils cherchent au contraire à les rendre réalisables en les intégrant à des projets existants ou en les reliant à des procédures déjà en place. Les échanges nous apprennent en effet que plusieurs outils ou dispositifs pouvant avoir un impact positif sur la qualité du sommeil des patients, existent déjà au sein de l'institution. Ces solutions restent toutefois peu connues ou insuffisamment diffusées, ce qui limite leur appropriation dans les pratiques quotidiennes. Le rôle des décideurs consiste moins à inventer de nouvelles solutions qu'à rendre opérationnel l'existant, en le structurant, le coordonnant et en favorisant sa diffusion.

Ainsi, cette recherche montre que les difficultés rencontrées ne tiennent pas à l'absence de solutions. Elles concernent surtout leur formalisation, leur diffusion et leur appropriation collective. La coordination semble être le principal levier, le mécanisme central qui permettrait de préserver le sommeil des patients hospitalisés. La réponse à la problématique du sommeil hospitalier dépasse le niveau des pratiques individuelles pour interroger directement la responsabilité de l'institution.

4. VERS UNE APPROCHE INSTITUTIONNELLE ET TRANSVERSALE DE L'AMÉLIORATION DU SOMMEIL

Les résultats de cette recherche montrent que la préservation du sommeil dépasse largement le champ d'action des seuls soignants. Si les infirmières et les aides-soignantes jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre des bonnes pratiques, elles ne disposent pas, à elles seules, des leviers nécessaires pour modifier durablement l'organisation des soins. Les propositions

³² Annexe 6, Infi nuit 2, p.2

formulées mettent en évidence l'implication de nombreux acteurs institutionnels, parmi lesquels les médecins, la pharmacie, la maintenance, les services logistiques, les équipes des urgences, la cellule qualité ou encore les responsables formation.

Cette approche rejoint les travaux de Beswick et al. (2023), Mendonça et al. (2025) qui soulignent que l'implémentation des interventions favorisant le sommeil dépend autant du soutien institutionnel que des pratiques des professionnels. Les principaux obstacles rapportés dans la littérature concernent notamment l'absence de protocoles, le manque de formation, la charge de travail, les difficultés de coordination et la priorisation d'autres objectifs de soins. Nos résultats confirment ces constats tout en montrant que ces différents leviers relèvent de services transversaux et de responsabilités variées.

L'évolution des trois phases de cette recherche est particulièrement révélatrice. La démarche participative a permis de déplacer progressivement le niveau de réflexion des pratiques individuelles pour devenir une question de gouvernance institutionnelle. La première phase est centrée sur les difficultés rencontrées par les soignants au quotidien. La deuxième permet de construire collectivement des pistes d'amélioration qui impliquent de mobiliser des acteurs variés et indispensables. La troisième déplace encore le regard vers la conduite du changement : les discussions ne portent presque plus sur le sommeil lui-même mais sur les conditions organisationnelles permettant de préserver durablement celui-ci. Les échanges abordent alors les protocoles, les transmissions, la qualité, la maintenance, la pharmacie, les partenaires ou encore les projets institutionnels. Cette évolution montre que plus la réflexion avance, plus on s'éloigne du patient pour se rapprocher de l'organisation, la préservation du sommeil étant devenue une question de gouvernance hospitalière.

En plus de s'appuyer sur la diffusion des projets et procédures existants, les décideurs ont montré leur volonté d'agir sur les déterminants organisationnels du sommeil en s'engageant à contacter les partenaires pour revoir l'horaire des livraisons ou le service médico-technique pour réfléchir à la réduction des bruits parasites sur les dispositifs médicaux, par exemple. Cette évolution constitue un apport de la recherche. La démarche participative a dépassé le stade de la réflexion pour amorcer une dynamique de changement à l'échelle de l'institution.

Cette étude montre donc que la sensibilisation des professionnels à l'importance du sommeil via le développement d'une véritable culture du sommeil constitue une condition nécessaire mais insuffisante. L'intégration du sommeil dans les pratiques de soins suppose également une gouvernance capable de porter les projets, de coordonner les différents acteurs, de formaliser

les bonnes pratiques et d'en assurer le suivi. Elle implique également l'identification de responsables, la mobilisation de ressources et l'inscription de cette thématique dans une politique institutionnelle cohérente.

CONCLUSION

Cette recherche avait pour objectif de comprendre pourquoi le sommeil, véritable enjeu de santé publique, reste insuffisamment préservé dans les hôpitaux malgré les connaissances disponibles et les nombreuses interventions dont l'efficacité a été décrite dans la littérature. Pour répondre à cette question, une démarche qualitative et participative en trois phases, interrogeant soignants de terrain et acteurs décisionnels, a été menée au sein de l'unité de médecine interne de la Clinique Saint-Pierre d'Ottignies. Les résultats obtenus permettent aujourd'hui d'apporter plusieurs éléments de réponse.

Cette étude montre que les soignants de nuit sont conscients de l'importance du sommeil et mettent déjà en œuvre, à leur échelle de compétence, de nombreuses stratégies pour essayer de le préserver. Ils restent toutefois confrontés à une série de difficultés, qui au fil des discussions se sont avérées être surtout d'ordre organisationnel. Pour que les solutions proposées puissent produire pleinement leurs effets, elles ont besoin d'être soutenues par l'organisation. L'institution apparaît alors comme un acteur essentiel. L'amélioration durable du sommeil dépend de la capacité de l'institution à organiser, coordonner et soutenir les interventions visant à promouvoir le sommeil des patients hospitalisés, déjà existantes en son sein.

Cette étude montre que le sommeil agit comme un révélateur du fonctionnement de l'organisation hospitalière. En s'intéressant aux causes multifactorielles perturbatrices du sommeil, elle met en lumière les brèches dans l'organisation hospitalière et toute sa complexité.

Au travers de toutes les propositions de solutions nées du travail de co-construction, on réalise que le véritable levier d'un sommeil de qualité pour les patients n'est pas le regroupement des soins ou la diminution des bruits ambiants, ces actions ne sont que les conséquences d'un fonctionnement institutionnel bien coordonné. En effet, la mise à disposition d'un personnel qualifié en suffisance, la maintenance rigoureuse des équipements et de l'environnement de soins, la collaboration fluide entre les collègues fixes et volants, travaillant de jour ou de nuit, une prescription médicamenteuse respectueuse des heures de sommeil, toutes ces initiatives restent conditionnées à une coordination robuste bien ancrée dans le fonctionnement quotidien de l'institution de soins.

De plus, la démarche de co-construction a permis de faire émerger l'existence de plusieurs protocoles et même de certains projets déjà, ou presque, en phase d'implémentation dans

l'hôpital. Le personnel soignant n'étant pas informé, cela met en évidence des difficultés de diffusion conduisant logiquement à un faible niveau d'appropriation des bonnes pratiques.

La co-construction utilisée dans la méthodologie de ce travail nous a raconté une histoire. La première phase nous a permis de comprendre les perceptions des soignants sur la qualité du sommeil de leurs patients, la seconde nous a permis de construire une liste d'actions visant à améliorer ce sommeil, la dernière phase nous a amenés à réfléchir à comment rendre tout cela possible. Cette histoire, qui prend sa source au constat de la mauvaise qualité du sommeil des patients, en passant par l'existence de solutions et les conditions de leur mise en œuvre, finit par aboutir au besoin de gouvernance institutionnelle. Pour agir efficacement sur la qualité du sommeil à l'hôpital, il faut penser l'organisation transversale de l'institution en mettant le sommeil au cœur de celle-ci. Le rôle de l'institution n'est donc pas d'inventer de nouvelles pratiques, mais de créer les conditions qui permettent aux pratiques existantes de devenir collectives, cohérentes et durables.

Tous les acteurs interrogés dans le cadre de cette recherche ont montré un vif intérêt pour le sujet étudié. Au-delà des résultats obtenus, cette recherche a suscité une dynamique institutionnelle conduisant les acteurs décisionnels à s'engager à envisager concrètement la mise en œuvre de plusieurs actions suggérées. Cette perspective illustre le potentiel de la démarche participative comme levier de changement organisationnel. En effet, cette étude nous emmène à penser qu'une démarche qualitative et participative de co-construction pourrait être une réponse au manque d'implémentation d'actions visant à améliorer le sommeil des patients hospitalisés. Nous avons suivi le parcours d'une idée, qui naît chez les soignants, est discutée et enrichie puis confrontée aux décideurs pour ensuite devenir un potentiel projet institutionnel. La valeur de cette recherche ne résiderait pas dans l'identification de nouvelles interventions mais dans la capacité de la démarche participative à transformer des connaissances déjà disponibles en un projet concret d'amélioration, adapté au contexte de l'institution.

Concernant les perspectives de ce mémoire, les membres du comité qualité de l'hôpital ont montré leur intérêt à poursuivre ce travail en intégrant cette thématique dans un projet d'amélioration continue de la qualité qui se déroulerait sur un an. Une première étape pourrait consister à l'organisation d'une campagne de sensibilisation comme proposé par les acteurs de la phase 3.

D'un point de vue scientifique, il serait peut-être intéressant d'inclure l'avis des patients dans une future recherche sur le sujet, ou de reproduire la démarche dans d'autres services de

l'hôpital, voire même comparer plusieurs organisations hospitalières. Tester progressivement certaines des actions retenues et évaluer leur impact sur la qualité du sommeil des patients reste une piste à envisager. Une autre perspective consisterait à explorer la place que pourraient occuper les mesures de qualité du sommeil comme indicateurs de la qualité des soins ou de l'organisation des soins en milieu hospitalier.

Préserver le sommeil des patients hospitalisés ne consiste pas uniquement à réduire le bruit ou à modifier quelques pratiques de soins. Cette recherche montre qu'il s'agit avant tout d'un projet collectif, qui invite l'ensemble de l'institution à faire du sommeil un véritable objectif de soin.

FORCES ET LIMITES

Le choix d'un terrain unique pour mon étude, un seul service dans un seul hôpital, constitue une première limite. Cette position limite la transférabilité des résultats à d'autres contextes hospitaliers. Cette décision était toutefois cohérente avec l'objectif de cette recherche, la recherche participative visant à produire des solutions adaptées à un contexte donné. Le choix d'un terrain unique a favorisé l'inscription de cette recherche dans une démarche de changement directement applicable avec cette connaissance approfondie des contraintes organisationnelles qu'elle a apportée. Les résultats ont été appropriés par les acteurs décisionnels qui se sont engagés à approfondir plusieurs pistes d'amélioration et ont exprimé leur volonté de poursuivre cette réflexion dans le cadre d'un projet institutionnel porté par la qualité.

Afin d'enrichir la réflexion malgré un échantillon de taille limitée, la chercheuse a choisi de multiplier les profils de participants intégrés à l'étude. Cette diversité a permis de confronter plusieurs points de vue sur une même problématique et d'en proposer une lecture plus nuancée. Par ailleurs, cette étude apporte des données issues d'un contexte belge, encore peu représenté dans la littérature. La majorité des travaux recensés ont été réalisés en Amérique du Nord ou en Asie, et dans des unités de soins intensifs plutôt que des services de médecine interne générale.

Le choix d'une méthodologie participative en trois phases a apporté des avantages et des inconvénients. Le caractère itératif de la démarche, qui constitue l'une des forces de cette recherche, représente également l'une de ses principales contraintes, chaque phase dépendant directement des résultats de la précédente. Cette construction progressive a nécessité un temps important et a retardé l'avancement global du mémoire. Cette méthodologie impliquait également la disponibilité à deux reprises des participants des deux premières phases. Compte tenu des horaires variables, des services d'affectation différents et, pour l'une d'entre elles, son statut d'intérimaire, il n'a pas été possible de réunir l'ensemble des sept participants de la première phase lors de la réunion de la seconde. Seuls quatre d'entre elles étaient présentes. Cette participation plus restreinte limite la validation collective des résultats mais facilite les échanges en favorisant la contribution de chacun. Cela a permis d'arriver plus facilement à des propositions concrètes. De même, la réunion de la phase trois, initialement prévue le 12 juin, a dû être repoussée suite à l'absence imprévue d'une des trois participantes. La réunion s'est finalement tenue le 3 juillet avec cinq participants. La présence nouvelle d'un acteur davantage impliqué dans la qualité des soins et de l'infirmière-chef du service concerné par l'étude a

notamment enrichi la réflexion concernant la mise en œuvre organisationnelle et institutionnelle des propositions.

Le contexte hospitalier a parfois influencé le déroulement des réunions. Certains participants n'ont pas pu assister à l'intégralité des échanges en raison de leurs obligations professionnelles. La réunion organisée sur le lieu de travail a été ponctuée de plusieurs interruptions liées à l'activité de l'hôpital. Ces contraintes sont inhérentes à la réalisation d'une recherche en milieu hospitalier et expliquent en partie pourquoi la chercheuse a choisi de faire une des réunions chez elle.

Enfin, la posture de praticienne-chercheuse, même si ce positionnement a déjà été discuté dans la partie méthodologique, constitue également une limite de cette étude. Malgré les précautions prises pour éviter les risques de biais, il n'est pas possible d'exclure totalement une influence de cette proximité avec le terrain sur les échanges avec les participants ou sur l'interprétation des données. Même s'il est important de rappeler que cette connaissance du contexte a facilité l'accès au terrain, favorisé un climat de confiance avec les participants et permis une meilleure compréhension des réalités organisationnelles propres au service étudié.

BIBLIOGRAPHIE

ALVES M., MONTEIRO E., NOGUEIRA M., TÁVORA C., SARMENTO F., MARQUES MACEDO I. et al. (2024). Night-Time Noise and Sleep Quality in an Internal Medicine Ward in Portugal: An Observational Study. *ACTA MEDICA PORTUGUESA*, **37**(2), 119-125. <https://doi.org/10.20344/amp.19042>

AUJOULAT I. (2026). INTRODUCTION AUX MÉTHODES QUALITATIVES EN SANTÉ PUBLIQUE – SÉANCE 1. Support de cours WFSP2106. Université catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.

AUJOULAT I. (2026). INTRODUCTION AUX MÉTHODES QUALITATIVES EN SANTÉ PUBLIQUE – SÉANCE 2 : DÉFINIR UNE STRATÉGIE DE RECRUTEMENT POUR CONSTITUER UN ÉCHANTILLON ET SE PRÉPARER À MENER UN ENTRETIEN DE RECHERCHE. Support de cours WFSP2106. Université catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.

BARTIK K., TORRES D., AARONSON N., KACMAREK R., WARD K. (2015). Noise and Light Pollution in the Hospital: A Call for Action. *JOURNAL OF HOSPITAL MEDICINE*, **10**(8), 543-546. <https://doi.org/10.12788/jhm.2838>

BELLON F., STREMLER R., RUBINAT-ARNALDO E., PADILLA-MARTÍNEZ J.M., CASADO-RAMIREZ E., SÁNCHEZ-ORTUÑO M. et al. (2022). Sleep quality among inpatients of Spanish public hospitals. *SCIENTIFIC REPORTS*, **12**, Article 21989. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-26412-7>

BESWICK A.D., WYLDE V., BERTRAM W.A., WHALE K. (2023). The effectiveness of non-pharmacological sleep interventions for improving inpatient sleep in hospital: a systematic review and meta-analysis. *SLEEP MEDICINE*, **107**, 243-267. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2023.05.004>

BRUXELLES ENVIRONNEMENT. (2017). ENQUÊTE DE LA PERCEPTION DU BRUIT DANS LES HÔPITAUX DE LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE. VOLET QUALITATIF : RÉALISATION DES INTERVIEWS QUALITATIVES DU PERSONNEL ET DES GESTIONNAIRES DES HÔPITAUX BRUXELLOIS. VOLET QUANTITATIF : RÉALISATION D'UN SONDAGE AUPRÈS DE PATIENTS

HOSPITALISÉS DANS LES HÔPITAUX BRUXELLOIS. RAPPORT FINAL. Bruxelles : Bruxelles Environnement. Disponible à l'adresse : https://document.environnement.brussels/opac_css/elecfile/RAP_20180105_Enquete_percepti on_hopitaux_anonyme_FR.pdf (consulté le 2 janvier 2026).

BURGER P., VAN DEN ENDE E.S., LUKMAN W., BURCHELL G.L., STEUR L.M.H., MERTEN H. et al. (2022). Sleep in hospitalized pediatric and adult patients: A systematic review and meta-analysis. SLEEP MEDICINE: X, **4**, 100059. <https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2022.100059>

CHABOYER W., HARBECK E., LEE B.O., GREALISH L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. KAOHSIUNG JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES, **37**(2), 82-91. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>

CHATUE K.C., DERVILLE A., KOVAL N., LAURENT C., NDUME M.-S., MALYI A. (2024). INTÉGRATION, RECONNAISSANCE, IDENTIFICATION ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES À TRAVERS UNE SITUATION CLINIQUE : QUELLES STRATÉGIES DE MANAGEMENT PEUVENT ÊTRE MISES EN ŒUVRE POUR FACILITER L'AUTONOMIE DES INTÉRIMAIRES DANS LES ÉQUIPES DE SOINS HOSPITALIÈRES ? Travail académique non publié, cours WFSP2260 « Management humain et comportement organisationnel », Université catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.

CHENNAOUI M., LÉGER D., GOMEZ-MERINO D. (2020). Sleep and the GH/IGF-1 axis: Consequences and countermeasures of sleep loss/disorders. SLEEP MEDICINE REVIEWS, **49**, 101223. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.101223>

CLINIQUE SAINT-PIERRE OTTIGNIES. (s.d.). NOUVEL HÔPITAL : RECONVERSION DU SITE D'OTTIGNIES. Disponible à l'adresse : <https://www.cspo.be/nouvel-hopital/reconversion-du-site-ottignies> (consulté le 3 mars 2026).

CLINIQUE SAINT-PIERRE OTTIGNIES. (s.d.). QUI SOMMES-NOUS ? Disponible à l'adresse : <https://www.cspo.be/qui-sommes-nous> (consulté le 3 mars 2026).

de GANS C.J., MEEWISSE A.J.G., VAN DEN ENDE E.S., VAN ZUYLEN M.L., NANAYAKKARA P.W.B., HERMANIDES J., STENVERS D.J.; WE Sleep Study Group. (2025). *The effects of sleep improving interventions in medical hospital wards: the WEsleep*

study – A randomized clinical trial. EUROPEAN JOURNAL OF INTERNAL MEDICINE, 139, 106308. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2025.04.015>

DELANEY L.J., CURRIE M.J., HUANG H.-C.C., LOPEZ V., VAN HAREN F. (2018). "They can rest at home": An observational study of patients' quality of sleep in an Australian hospital. *BMC HEALTH SERVICES RESEARCH*, **18**(1), Article 524. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3201-z>

DOBING S., FROLOVA N., MCALISTER F., RINGROSE J. (2016). Sleep Quality and Factors Influencing Self-Reported Sleep Duration and Quality in the General Internal Medicine Inpatient Population. *PLOS ONE*, **11**(6), e0156735. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156735>

HIRSHKOWITZ M., WHITON K., ALBERT S.M., ALESSI C., BRUNI O., DONCARLOS L. et al. (2015). National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: Final report. *SLEEP HEALTH*, **1**(4), 233-243. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2015.10.004>

HU R.F., JIANG X.Y., ZHUANG S.F., CHEN J., HOU Y.H. (2017). Impact of earplugs and eye mask on sleep in critically ill patients: a prospective randomized study. *CRITICAL CARE*, **21**, Article 284. <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1865-0>

LÉGER D., BAYON V. (2018). *LE SOMMEIL*. Paris : Le Cavalier Bleu.

LING W., YANG C., HO M.-H., LEE J.J. (2025). Effectiveness of Acupressure on Sleep Quality Among Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *NURSING & HEALTH SCIENCES*, **27**(1), e70075. <https://doi.org/10.1111/nhs.70075>

MEAKLIM H., JACKSON M.L., BARTLETT D., SLEEPER J. et al. (2020). Sleep education for healthcare providers: Addressing deficient sleep in healthcare settings. *SLEEP MEDICINE REVIEWS*, **54**, 101351. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101351>

MEDIC G., WILLE M., HEMELS M.E.H. (2017). Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *NATURE AND SCIENCE OF SLEEP*, **9**, 151-161. <https://doi.org/10.2147/NSS.S134864>

MENDONÇA S.C., MARTINS D.M.S., DURÃO C., TEIXEIRA J.M.F., HENRIQUES H.M.S.R. (2025). Sleep-enhancing nursing interventions in hospital wards: A systematic

review. INTERNATIONAL NURSING REVIEW, **72**(1), e13062.

<https://doi.org/10.1111/inr.13062>

MERRIAM-WEBSTER. (s.d.). SLEEP. Disponible à l'adresse : <https://www.merriam-webster.com/dictionary/sleep> (consulté le 28 décembre 2025).

MILLER M.A., RENN B.N., CHU F., TORRENCE N. (2019). Sleepless in the hospital: A systematic review of non-pharmacological sleep interventions. GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY, **59**, 58-66. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.05.006>

MORSE A.M., BENDER E. (2019). Sleep in Hospitalized Patients. CLOCKS & SLEEP, **1**(1), 151-165. <https://doi.org/10.3390/clockssleep1010014>

NATIONAL SLEEP FOUNDATION. (s.d.). WHO WE ARE. Disponible à l'adresse : <https://www.thensf.org/> (consulté le 2 janvier 2026).

TAN X., VAN EGMOND L., PARTINEN M., LANGE T., BENEDICT C. (2019). A narrative review of interventions for improving sleep and reducing circadian disruption in medical inpatients. SLEEP MEDICINE, **59**, 42-50.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.08.007>

VAN DEN ENDE E.S., MERTEN H., VAN DER ROEST L., VAN DE POL M.H.J., KEESENBERG M., NANAYAKKARA P.W.B. et al. (2022a). Evaluation of nonpharmacologic interventions and sleep outcomes in hospitalized medical and surgical patients: A nonrandomized controlled trial. JAMA NETWORK OPEN, **5**(9), e2232623.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.32623>

VAN DEN ENDE E.S., BURGER P., KEESENBERG M., MERTEN H., GEMKE R.J.B.J. & NANAYAKKARA P.W.B. (2022b). Patient-nurse agreement on inpatient sleep and sleep disturbing factors. SLEEP MEDICINE: X, **4**, 100047.
<https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2022.100047>

ANNEXES

ANNEXE 1. RÉPARTITION MENSUELLE DES PRESTATIONS INFIRMIÈRES DE NUIT SELON LE TYPE DE PRESTATAIRE (SEPTEMBRE 2025 À FÉVRIER 2026).

Cfr DIAL

ANNEXE 2. DOCUMENT DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Cfr DIAL

ANNEXE 3. GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL

Cfr DIAL

ANNEXE 4. RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS INDIVIDUELS

Cfr DIAL

ANNEXE 5. TABLEAU D'ANALYSE THÉMATIQUE DES ENTRETIENS INDIVIDUELS DE LA PHASE 1

Cfr DIAL

ANNEXE 6. PRISES DE NOTES DE LA RÉUNION DE TRAVAIL DE LA PHASE 2 (CHERCHEUSE ET OBSERVATRICE)

Cfr DIAL

ANNEXE 7. AFFICHES COMPLÉTÉES LORS DE LA RÉUNION DE TRAVAIL DE LA PHASE 2

Cfr DIAL

ANNEXE 8. TABLEAU D'ANALYSE THÉMATIQUE DES AFFICHES DE LA PHASE 2

Cfr DIAL

ANNEXE 9. TABLEAU DE SYNTHÈSE DES ACTIONS CO-CONSTRUITES LORS DE LA PHASE 2

Cfr DIAL

**ANNEXE 10. TABLEAU FINAL DES ACTIONS CO-CONSTRUITES APRÈS VALIDATION
EN PHASE 3**

Cfr DIAL

**ANNEXE 11. PRISE DE NOTES DE LA RÉUNION DE TRAVAIL DE LA PHASE 3
(CHERCHEUSE)**

Cfr DIAL

