

Bruit quotidien normal ou vacarme?

Elena Camenzind

Le brouhaha tel que les alarmes, l'ouverture des emballages, la manchette de pression artérielle, les conversations avec les patients et les collègues peut rapidement devenir bruyant. Le bruit dans le cadre de travail quotidien peut avoir des impacts prononcés sur le temps de récupération des patients.

A l'hôpital, les infirmières et les médecins sont dans leur environnement habituel. La communication est un aspect important dans le travail quotidien au sein du système de santé - nous transmettons des informations pertinentes à nos partenaires interdisciplinaires et interprofessionnels et les recevons; et bien sûr, nous parlons à nos clients, les patients. En plus de la communication verbale, il existe d'autres bruits tels que les alarmes d'appareils et l'ouverture des emballages du matériel qui est nécessaire dans le travail quotidien. Le bruit de fond fait partie de l'environnement familial quotidien du personnel. Il en va différemment pour les patients. L'environnement est inhabituel pour eux, les bruits sont inconnus, les personnes leur sont étrangères et leur conversations n'ont aucune cohérence pour eux. Sarkar et al [1] ont étudié scientifiquement les effets du bruit sur la satisfaction et la récupération des patients. Cet article porte sur l'étude «Augmentation de la satisfaction des patients en salle de réveil grâce à la mise en place d'un programme de réduction contrôlée du bruit».

Les effets du bruit à l'hôpital sont importants pour le rétablissement du patient. Le bruit suspend le temps de récupération et affecte ainsi la satisfaction des patients [2]. Une autre étude a pu montrer que, dans l'environnement des patients hospitalisés, les perturbations répétées par les visiteurs, les appareils, la technologie et le personnel rendent le sommeil difficile pour les patients [3]. Les effets physiologiques et psychologiques du bruit

peuvent entraîner une interruption ou une privation de sommeil, une altération de la fonction immunitaire, une augmentation de l'inflammation, une augmentation de la pression artérielle, de la

fréquence cardiaque et de la résistance vasculaire systémique, une diminution du métabolisme des glucides et une altération des performances cognitives [4]. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande que le niveau de bruit ne dépasse pas 40 décibels (dB) pendant les périodes de repos [5]. Le bruit extrême s'est avéré être une nuisance dans l'environnement clinique; néanmoins, le niveau sonore maximal déterminé par l'OMS est constamment dépassé et peut nuire à la santé et à la récupération [6,7].

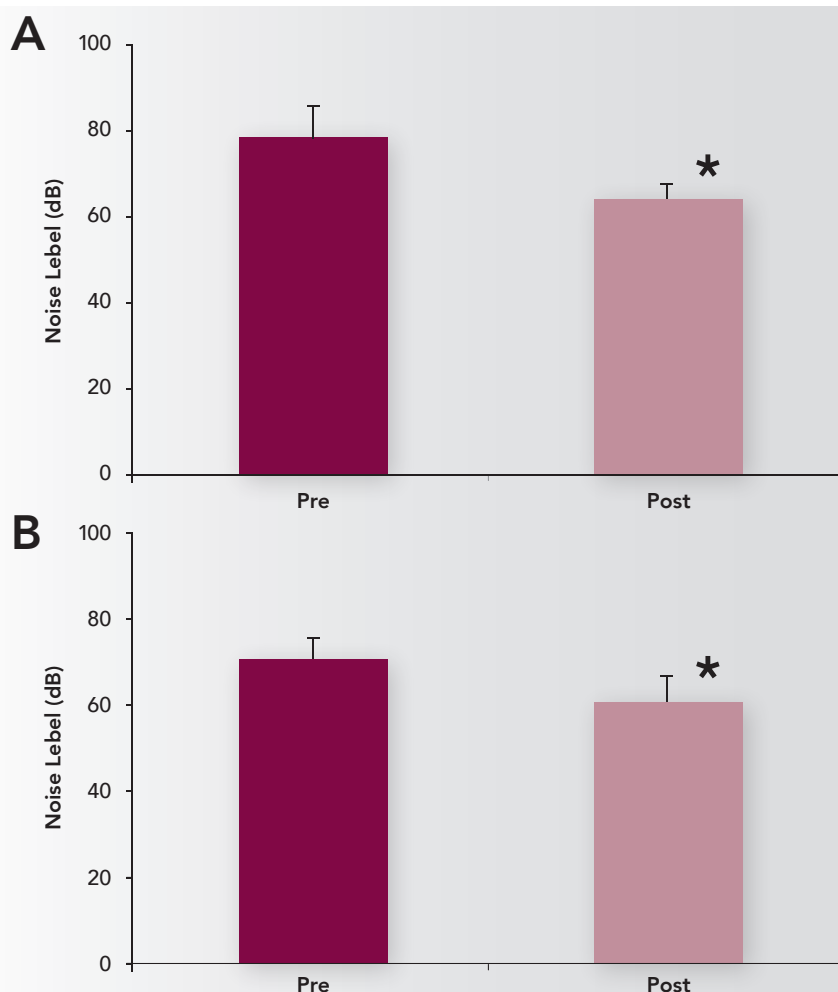


Figure 1: Niveaux sonores moyens avant et après la mise en œuvre du PRB (A) pendant la journée et (B) durant la nuit [1].

Le niveau sonore moyen en salle de réveil (SR) est de 67,1 dB. 56 pour cent du bruit au-dessus de 65 dB est causé par des conversations du personnel, tandis que le bruit ambiant, tel que les alarmes par exemple, représente moins de 10 % [7]. Dans un effort pour réduire le bruit dans les hôpitaux, certaines études ont mis en œuvre avec succès un programme de réduction du bruit dans les soins aux patients [8-10]. Aucune d'entre elles n'a été réalisée dans une salle de réveil.

Les patients qui émergent d'une anesthésie peuvent ressentir une combinaison de douleurs postopératoires, de nausées ou de vomissements et de désorientation. Le séjour en SR constitue une grande partie de l'expérience péri opératoire des patients et façonne la satisfaction du séjour à l'hôpital. Un environnement calme avec le moins de perturbations possible dans la SR est important pour la satisfaction du patient, la capacité de récupérer et le rétablissement général. Sarkar et al [1] ont émis l'hypothèse qu'une formation ciblée du personnel infirmier à l'aide d'un programme de réduction du bruit améliore la satisfaction et la récupération des patients.

Méthode

À l'aide d'un sondage, Sarkar et al [1] ont répertorié la satisfaction des patients et le niveau de bruit en salle de réveil avant et après la mise en œuvre d'un programme structuré de réduction du bruit (PRB). Ils ont interrogé des patients adultes venant pour une chirurgie électorale (avec des maladies chroniques légères à sévères) qui étaient hospitalisés ou en ambulatoire. De plus, les patients devaient avoir eu une anesthésie générale et être resté en salle de réveil pendant au moins huit heures afin que l'avis global sur leur satisfaction ait un sens. Ils devaient avoir une capacité cognitive pour répondre à l'enquête. Les patients sous sédation importante ou encore intubés ont été exclus. Les patients ont été interrogés sur leur satisfaction et leur capacité de récupération quatre heures après leur entrée en SR. Le niveau de bruit a été enregistré toutes les heures entre 9h00 et 5h00 du matin avec un lecteur de décibels.

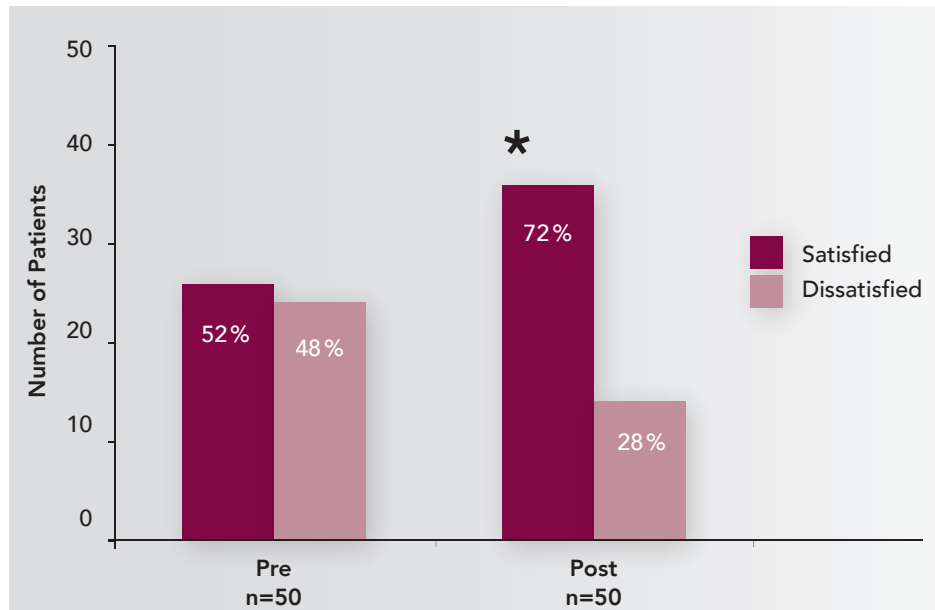


Figure 2: Satisfaction du patient quant au niveau de bruit avant et après la mise en œuvre du PRB [1].

Programme de réduction du bruit (PRB)

Le PRB a été utilisé activement en deux périodes par horaire de travail, de minuit à 4 h (cycle veille-sommeil) et de 14 h à 16 h (niveau de bruit maximal). Il n'y a eu aucun changement d'équipe dans les deux périodes. La personne responsable de l'équipe a été chargée de prêter attention aux conversations bruyantes et au développement accru du bruit et de les réduire activement (par exemple, demander de parler plus doucement et interrompre les alarmes).

Le PRB se composait notamment de:

- Atténuation des lumières pour rendre le personnel attentif au temps de repos
- Efforts pour réduire les niveaux de bruit lors des conversations du personnel
- Mise en évidence de l'importance de quitter les alarmes rapidement ou de les désactiver
- Invitation des visiteurs et du personnel à parler doucement¹

Résultats

50 patients ont participé avant et après la mise en œuvre du PRB.

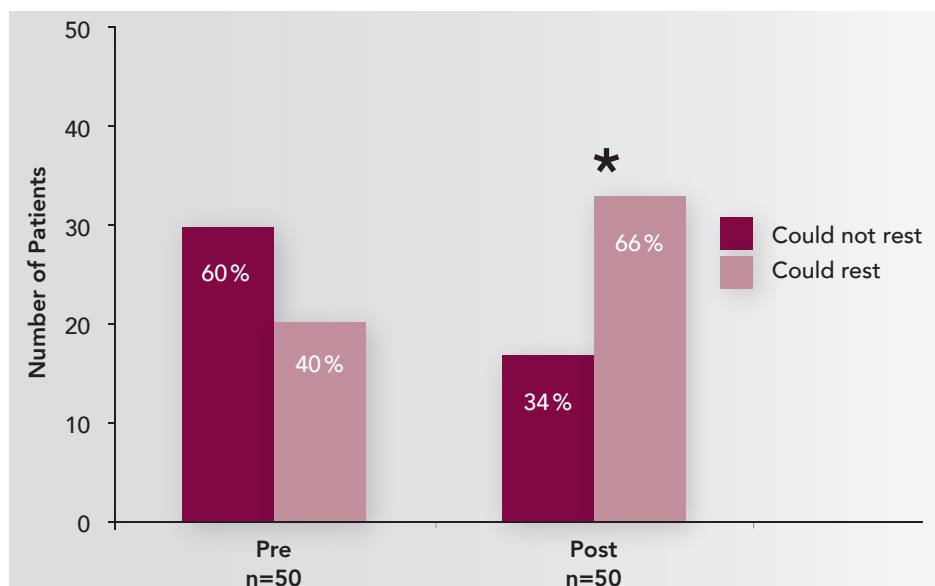


Figure 3: Capacité des patients à récupérer avant et après la mise en place du PRB [1].

Niveau de bruit:

Le niveau de bruit avant la mise en œuvre du PRB a été mesuré sur trois jours non consécutifs pour déterminer le niveau de base. La valeur maximale - entre midi et 14 heures - était en moyenne de 85,93 dB. Le bruit était le résultat d'une combinaison de conversations (entre patients, proches et personnel), d'alarmes de moniteur, de sonneries de téléphone et de bruit ambiant. Après l'introduction du PRB, il y a eu une diminution significative du niveau de bruit moyen pendant la journée et la nuit. En résumé, il y a eu une diminution significative de 77,5 dB ($\pm 7,91$) à 63,7 dB ($\pm 3,72$) pendant la journée et de 70,5 dB ($\pm 5,01$) à 59,7 dB ($\pm 6,99$) pendant la nuit (Fig. 1).

Satisfaction du patient et capacité de récupération:

Avant le PRB, environ la moitié des patients ont déclaré qu'ils étaient satisfaits du niveau de bruit en salle de réveil et de la possibilité de récupérer ou de dormir (52%). Deux semaines après l'introduction du PRB, on a constaté une augmentation significative de la satisfaction des patients avec le niveau de bruit en SR (72 %, Fig. 2).

Avant la mise en œuvre du programme, moins de la moitié des patients ont déclaré qu'ils pouvaient récupérer avec le niveau de bruit actuel en SR (40 %). Deux semaines après l'introduction du PRB, une augmentation significative de la capacité de récupération (66%, Fig. 3) était relevée.

Discussion

Les principaux résultats de cette étude sont les suivants:

1. Le niveau de bruit élevé durant la journée en salle de réveil.
2. Seulement 40 % des patients ont déclaré qu'ils pouvaient récupérer avant le PRB.
3. Un PRB ciblé a considérablement réduit le niveau de bruit.
4. La réduction du bruit a conduit à une amélioration significative de la satisfaction des patients et de leur capacité de récupération.

Les résultats de cette étude montrent que la formation du personnel en salle de réveil et des changements mineurs de

comportement réduisent considérablement le niveau de bruit. La satisfaction des patients est également augmentée sans avoir à apporter des modifications structurelles coûteuses à la SR. D'autres recherches ont également montré que l'implémentation de mesures de réduction du bruit par le personnel avait des avantages, par ex. aux soins intensifs pour adultes et dans un service d'orthopédie [11,12]. Ces études appuient les résultats de l'étude discutée dans cet article selon lesquels des ajustements environnementaux peu coûteux et la formation du personnel réduisent efficacement les niveaux de bruit tout en augmentant la satisfaction des patients.

L'étude montre également des limites: par exemple, le PRB n'a pas pu réduire le bruit en deçà de la valeur maximale de la recommandation de l'OMS (40 dB). Les patients n'ont pas été randomisés et aucune donnée de suivi de longue durée n'a été collectée pour déterminer un effet à long terme de la PRB.

Conclusion

L'étude discutée ici montre que la mise en œuvre de la réduction du bruit par le personnel augmente la capacité de récupération et de satisfaction des patients. Étant donné que le bruit à l'hôpital peut être réduit grâce à des stratégies simples et économiques, pensez-y lors de votre prochain jour de travail. Les patients vous remercieront.

Sammeln Sie e-log-Punkte

Fragen zu diesem Artikel auf www.siga-fsia.ch/fragen

Collectez des points e-log

Questions sur www.siga-fsia.ch/fr/questions



Literaturverzeichnis

1. Sarkar, M., Rock, P., Rowen, L., & Hong, C. (2021). Increased Patient Satisfaction in the Postanesthesia Care Unit with the Implementation of a Controlled Noise Reduction Program. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, (2021); 36(1), 3–7.
2. Choiniere, D. The effects of hospital noise. *Nurs Adm Q* (2010); 34(4), 327–333.
3. Gabor, J., Cooper, A., & Hanly, P. Sleep disruption in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care*, (2001); 7(1), 21–27.
4. Pilkington, S. Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalized patients. *Nurs Stand*, (2013); 27(49), 35–42.
5. WHO Regional Office for Europe. Night Noise Guidelines for Europe. World Health Organization. (2009).
6. Yoder, J., Staisiunas, P., Meltzer, D., Knutson, K., & Arora, V. Noise and sleep among adult medical inpatients: Far from a quiet night. *Arch Intern Med*, (2012); 172(1), 68–70.
7. Allaouchiche, B., Duflou, F., Debon, R., Bergeret, A., & Chassard, D. Noise in the postanesthesia care unit. *Br J Anaesth*, (2002); 88(3), 369–373.
8. Xie, H., Kang, J., & Mills, G. Clinical review: The impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care units. *Crit Care*, (2009); 13(2), 208.
9. Richardson, A., Thompson, A., Coghill, E., Chambers, I., & Turnock, C. Development and implementation of a noise reduction intervention programme: A pre- and postaudit of three hospital wards. *J Clin Nurs*, (2009), 18(23), 3316–3324.
10. Cabrera, I., & Lee, M. Reducing noise pollution in the hospital setting by establishing a department of sound: A survey of recent research on the effects of noise and music in health care. *Prev Med*, (2000); 30(4), 339–345.
11. Kol, E., Demircan, A., Erdogan, A., Gencer, Z., & Erengin, H. The effectiveness of measures aimed at noise reduction in an intensive care unit. *Workplace Health Saf*, (2015); 63(3), 539–545.
12. Gardner, G., Collins, C., Osborne, S., Henderson, A., & Eastwood, M. Creating a therapeutic environment: A non-randomised controlled trial of a quiet time intervention for patients in acute care. *Int J Nurs Stud*, (2009); 46(6), 778–786.

Contact

Elena Camenzind
Pflegeexpertin MScN, INSELSPITAL,
Universitätsspital Bern
Universitätsklinik für Anästhesiologie
und Schmerztherapie (KAS)
Freiburgstrasse
3010 Bern