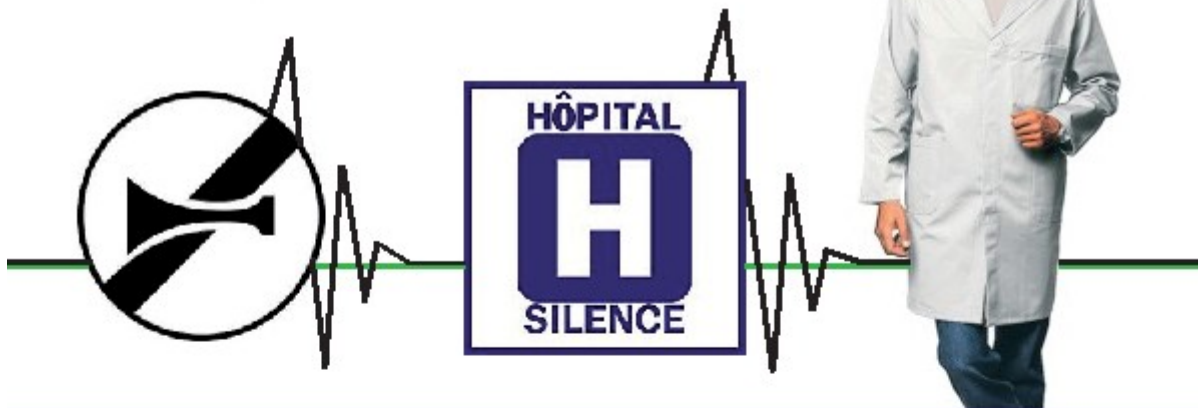


Les incidences du bruit à l'hôpital



TEFEISO



Charles-Eric Bodin

IFSanté – Université Catholique de Lille – 2008 – 2011

Soutenu à l'oral le 27/09/2011

SOMMAIRE

I. Situation de départ	1
A. Question de départ	1
B. Hypothèses	1
II. Les concepts	2
A. Le bruit à l'hôpital	3
1. Des notions de voisinage à l'hôpital comme à la maison	4
2. Une campagne de silence	4
B. Les bruits parasites, indésirables, pathogènes	5
1. Le problème du bruit du point de vue du patient	5
2. Le cinquième besoin fondamental de Virginia Henderson : Dormir, se reposer	6
3. Le rôle de l'infirmière dans la gestion du bruit	7
4. Le problème du bruit du point de vue du soignant	9
C. Les bruits utiles et nécessaires	10
1. La nécessité du bruit du point de vue du patient	10
2. La nécessité du bruit du point de vue du soignant	11
III. Analyse	12
A. Méthode de recherche	12
B. Analyse de la recherche	13
IV. Conclusion	21

I. Situation de départ :

Le sujet de ce travail est né à la suite des réflexions des formateurs de mon école qui, dès la première année, nous ont sensibilisés au fait d'être, d'une part, à l'écoute attentive de nos patients et, d'autre part, de tenter de répondre à leurs attentes en s'efforçant d'agir avec empathie. Cela, dans le but de prendre en compte les réels besoins, exprimés par les patients, et non spontanément perçus par les soignants, dans leur démarche professionnelle quotidienne.

Lors d'un stage de deuxième année, en service de rééducation, j'ai fait la rencontre de monsieur M, marié, 60 ans. Il avait été opéré quelques jours plus tôt et après avoir quitté le service de chirurgie, se réveillait de sa première nuit dans sa chambre. Visiblement encore épuisé, il m'a néanmoins fait part de la situation de bien être qu'il ressentait, en ayant passé une nuit au calme transformant son sommeil en vrai repos, à l'écart des bruits qui sonorisent habituellement les services hospitaliers.

Désireux de continuer à s'exprimer sur ce sujet, monsieur M. me détaille alors tout ce qui semble être à l'origine de sa gêne et qui se trouve énuméré sous la forme d'une longue liste de nuisances sonores. Il en aurait résulté, selon lui, un désagrément certain durant sa période post opératoire.

Il ajoute que ces nuisances subies ont affecté sa convalescence car elles étaient quasi-permanentes : lorsqu'il évoque les manies bruyantes de son voisin de chambre, et le bruit venant des pièces voisines, les conversations à haute voix, les différents signaux sonores du service, et parfois le bruit engendré par les équipes soignantes elles-mêmes...

Autant de récriminations, ajoutées à un état de fatigue évident, m'ont éveillé à l'analyse du point de vue de monsieur M. J'ai donc à mon tour tenté de relever, dans les services que j'ai traversés, les différentes sources de bruits et leurs récurrences. De ces constatations est apparue une suite de questionnements sur l'hôpital en tant que lieu de repos. Autour de discussions, j'ai donc soumis la notion de nuisances sonores aux différents patients et équipes soignantes que je rencontrais. J'ai été surpris de la spontanéité et de la régularité des constats allant dans le sens que les bruits parasites seraient bien présents à l'hôpital et qu'ils pourraient nuire à la fois aux patients et aux équipes soignantes. A contrario, mes observations m'ont mené à constater qu'il existe des situations où le bruit peut toutefois se révéler utile, voire indispensable.

Partant de là, un questionnement se met en place et peut revêtir plusieurs aspects : une limitation du bruit est elle possible ? Est-ce un objectif infirmier au même titre que le confort physique, et psychologique d'un patient hospitalisé?

Les bruits parasites ne sont ils pas également délétères pour le bien être et le travail des équipes soignantes ?

Que penser de l'aspect sécurisant des bruits chez les patients socialement isolés ?

Qu'elles sont les différentes ambiances sonores qu'une infirmière doit gérer au sein d'un service hospitalier ?

A. Question de départ :

En quoi la gestion des ambiances sonores au sein d'un service hospitalier permettrait d'une part l'amélioration de la prise en soins et la convalescence des patients et d'autre part serait profitable au travail des équipes soignantes ?

B. Hypothèses :

- 1- La prise de conscience des effets du bruit permettrait à l'infirmière de les adapter et améliorerait la prise en soins et la convalescence du patient.

- 2- La réduction des bruits parasites dans un service hospitalier aurait des effets positifs sur la pénibilité et serait profitable au travail des équipes soignantes.

II. Les concepts :

Le bruit se définit par « *l'ensemble des sons produits par des vibrations plus ou moins irrégulières ; tout phénomène perceptible par l'ouïe* »¹, ce sont donc des vibrations de l'air qui engendrent des variations de pressions qui provoqueront à leur tour une sensation auditive. Pour chaque bruit 3 caractéristiques aident à déterminer le phénomène :

1. La fréquence, « nombre de vibrations par seconde » est exprimée en Hertz(Hz).
2. Le niveau, « variation de la pression de l'air ambiant », se calcule en Pascal (Pa).
3. La durée de l'émission, celle-ci peut donc être longue ou courte, stable ou intermittente.

Il existe toutes sortes bruits, agréables ou non, et c'est pourquoi une distinction est précisée par l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité qui travaille pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles) attribuant de préférence le terme « son » aux sonorités agréables, musicales, à l'intensité de volume modéré, et le terme « bruit » aux sensations auditives gênantes ou agressives à l'oreille. L'évaluation de cette nuance est propre à chaque individu, et est variable selon les horaires de la journée, l'humeur, l'âge, la fatigue ou l'état de santé notamment. Ainsi, un son émis peut devenir une agression directe pour l'environnement proche. Il est courant que l'auteur d'un bruit ne soit pas conscient de la nuisance que ce dernier peut représenter pour son entourage.

Une nuisance dans sa définition est « *l'ensemble des facteurs qui pouvant constituer un préjudice, une gêne pour la santé, le bien-être, l'environnement* »². Une gêne « *est un état ou une sensation de malaise physique, de peine, de trouble, de difficulté éprouvés dans certaines actions ou fonctions. C'est un désagrément imposé par quelqu'un ou quelque chose* »³.

Les ambiances sonores se traduisent donc comme étant l'ensemble des contextes ayant un potentiel bruyant. Ces situations peuvent être ressenties positivement ou non.

Alors qu'il est très difficile à un individu sain de vivre dans un environnement chargé de nuisances sonores, nous verrons, dans un premier temps, l'importance de nous interroger sur les impacts par rapport à un patient hospitalisé, en souffrance, et déraciné de son milieu habituel et familial. Nous aborderons également les incidences que ces mêmes nuisances ont sur la pénibilité du travail infirmier.

1

Le Petit Larousse illustré, édition 2011.

² Le Petit Larousse illustré, édition 2011.

³ Le Petit Larousse illustré, édition 2011.

Force est de constater pourtant, qu'un hôpital ne peut vivre sans bruit. Au sein d'un service hospitalier, les sons sont souvent bien déterminés. Nous tenterons par la suite de justifier que leur présence se traduit par des rôles très précis envers les patients d'une part, et pour les soignants d'autre-part. Ils symbolisent la vie ou l'urgence et sont donc nécessaires au travail de l'infirmière.

Dans un second temps, nous détaillerons la méthode utilisée pour constituer cette recherche. En dernier lieu une analyse des données détaillera les informations collectées auprès de professionnels de santé et de patients hospitalisés. Ce travail sera le cheminement permettant enfin d'aboutir soit à la conformation soit à la réfutation des hypothèses émises.

A. Le bruit à l'hôpital

Un établissement de santé est un lieu d'accueil de personnes étant le plus souvent dans un état général fragilisé. Un séjour hospitalier, qu'il soit prévu ou non, s'accompagne régulièrement d'anxiété, de désorientation et de stress. L'ensemble du personnel de la structure partage, par son écoute et ses conseils, la mission commune de rassurer et d'accompagner les patients durant leur passage dans leur service. Pourtant, en 2007, l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris évalue par sondage auprès de patients hospitalisés que 34% des services hospitaliers français sont qualifiables de bruyants. Le problème n'est pas nouveau, les premières publications sur ce sujet remontent aux années 1960.

Le niveau de 0 décibel (dB) correspond au bruit le plus faible que l'oreille humaine peut capter, le niveau 130 dB correspond au seuil de douleur. Dans les services, les mesures se font à l'aide d'un analyseur de niveau sonore (sonomètre) (Annexe 1). En 2005, The Journal of the Acoustical Society of America a publié une étude réalisée par des chercheurs acousticiens de l'université américaine de Johns Hopkins. Cette recherche a mis en évidence l'évolution du niveau sonore depuis les cinquante dernières années au sein des hôpitaux, et conclue à la progression du bruit de 57 dB à 72 dB le jour, et de 42 dB à 60 dB la nuit. Pourtant, les recommandations de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) indiquent que la chambre d'un patient ne devrait pas dépasser un seuil de nocivité sonore égal à 35 dB pour le bruit de fond continu, et recommandent d'éviter les épisodes sonores ponctuels excédant une mesure de 45 dB. A ces données scientifiques, il faut ajouter que le seuil de tolérance au bruit est abstrait et subjectif et qu'il varie selon chaque individu en fonction de son âge, son histoire, ses habitudes de vie et son état de santé et de fatigue. De cette façon le caractère constant ou répétitif de bruits peu élevés en volume peut engendrer une véritable gêne, de même que les bruits soudains peuvent être à l'origine de décharges émotionnelles et anxiogènes.

La pollution sonore des hôpitaux a plusieurs origines :

- **Origine extérieure** : On peut relever la circulation routière, travaux en général, les hélicoptères...

- **Origine intérieure :**

- ✓ Les bruits provenant des alarmes et appareils électroniques
- ✓ Les bruits générés par le matériel
- ✓ Les bruits provoqués par les soins et les soignants
- ✓ Les bruits générés par les patients et les familles

Que ce soit dans l'intérêt des patients ou même des professionnels de santé, il est important de considérer qu'un confort acoustique au sein d'un service doit faire l'objet d'une attention constante.

Les directives architecturales suivant l'arrêté du 25 avril 2003 et relatives à la limitation du bruit dans les établissements de santé émanant du ministère de, l'écologie et du développement durable sortent du cadre du rôle infirmier et ne seront pas développées dans ce travail mais sont consultables en annexe 2.

1. [Des notions de voisinage à l'hôpital comme à la maison](#)

Le confort des patients d'un service hospitalier est souvent la résultante d'une recherche d'efficacité de l'infirmière dans son travail. Notons toutefois que le bruit reste une notion subjective ! C'est une question de temps, de lieu et de personnalité. Le bruit ne peut donc, on le constate être défini que par le point de vue très personnel de celui qui le perçoit. Comme il est systématiquement spécifié à tous les patients qu'ils sont chez eux dans leur chambre d'hôpital, un rapide parallèle avec les dispositions légales de bon voisinage est envisageable. Les bruits de voisinage (hors circulation, transports et activités industrielles) sont désormais définis par le Code de la santé publique (articles R. 1334-30 et suivants, issus du décret n° 2006-1099 du 31 août 2006 et de l'arrêté du 5 décembre 2006) : « Aucun bruit particulier ne doit, par sa durée, sa répétition ou son intensité, porter atteinte à la tranquillité du voisinage. L'un de ces trois critères suffit à constituer un trouble, quelles que soient l'heure, les circonstances, la qualité d'isolation de l'habitation, l'existence ou non d'une faute avérée du bruiteur. »

2. [Une campagne de silence](#)

« *Le bruit, c'est celui que font les autres* »⁴

⁴ BURKE E., homme politique irlandais du XVIIIème siècle.

Pour tenter une prise de conscience de la présence des bruits inhérents au fonctionnement des hôpitaux, une démarche américaine a suggéré au personnel soignant une campagne de silence. Sachant que « le bruit entraîne le bruit » par un phénomène de surenchère, et cela par le fait que la gêne occasionnée est toujours moindre pour son émetteur que pour son environnement direct, ce projet a considéré qu'une partie de la solution au problème résidait dans la sensibilisation du personnel infirmier. Un milieu aussi bruyant que le service d'un hôpital oblige inconsciemment l'infirmier à couvrir le fond sonore quasiment omniprésent par un bruit plus fort pour pouvoir se faire entendre et correctement comprendre. Il a donc été demandé au personnel soignant de porter son attention sur des gestes simples : la modération du niveau de la voix en toutes circonstances, préférer l'utilisation de plateaux que de chariots lorsque cela est possible, le port de chaussures légères et peu sonores, déplacer délicatement les objets, veiller à ne pas claquer les portes des chambres.

De leur côté les patients étant également une source importante de bruit facilement identifiable, mais non maîtrisable, la mise à disposition de bouchons d'oreilles a été réalisée dans le but de majorer leur bien être.

Les effets de cette campagne de silence ont été constatés sur le confort de l'hospitalisation des patients et ont également profité à la diminution de la pénibilité de la réalisation du travail des infirmiers.

B. Les bruits parasites, indésirables, pathogènes

1. Le problème du bruit du point de vue du patient.

« Le bruit ne fait pas de bien, et le bien ne fait pas de bruit. »⁵

Les malades sont généralement plus sensibles aux **bruits que les bien-portants selon l'Agence Régionale de la Santé (ARS)**. « *En ce qui concerne les réactions végétatives dues au bruit, les patients ont un seuil de 11 à 30db plus bas que celui des personnes en bonne santé* »⁶.

Une hospitalisation est un évènement important et parfois brutal dans la vie d'un individu. La nécessité de faire le point se manifeste, bien souvent, par la volonté **temporaire de s'isoler. Le calme apportant un avantage propice à l'introspection, il est souvent recherché par les patients comme un réel besoin.**

Parallèlement, depuis plusieurs années, l'évaluation de la qualité de vie est de plus en plus considérée par les équipes soignantes dans la prise en charge globale du patient hospitalisé et les sources d'inconfort sont par conséquent quotidiennement proscrites.

Les bruits au sein d'un hôpital n'étant pas considérés comme intenses, ils n'entraînent pas de lésions ou conséquences auditives hormis des bourdonnements temporaires et occasionnels, et des modifications transitoires du seuil d'audibilité. Les différentes pathologies auditives lésionnelles ne seront par conséquent pas abordées. Cependant, quand elle n'est pas choisie, une exposition sonore continue ou répétée entraîne des effets néfastes sur la santé et le bien-être des patients. Cette nuisance s'ajoute aux autres facteurs d'inconfort intrinsèques directement liés à la pathologie du patient. On note principalement les réactions suivantes : stress, angoisse, hypertension, augmentation du rythme cardiaque, troubles du sommeil, réveils nocturnes, fatigue, céphalées, nervosité inhabituelle, agressivité et hyperacousie, isolement social... Ces troubles, à leur tour, engendreront une intolérance aux bruits et bien souvent engendreront une surconsommation de thérapeutiques réactionnelles tels les somnifères et les anxiolytiques. Selon le rapport "Bruit et santé en Ile-de-France"⁷, ce sont précisément les effets psychologiques causés par la nuisance sonore qui la rendent insupportable.

Les Anglo-Saxons traduisent les sources d'inconfort hospitaliers, telles le bruit, par le terme « stressors », ce qui laisse transparaître facilement la conséquence principale ces facteurs. Le stress se définit comme étant un « état réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque »⁸. Il se révèle avoir plusieurs incidences sur notre santé, l'université King's College de Londres indique que, par ses études, les blessures de tailles restreintes peuvent cicatriser jusqu'à deux fois plus vite en l'absence de stress. De la même façon, des troubles digestifs réactionnels, des tremblements et un accroissement de maladies psychiques (surtout névroses), une diminution de la résistance à la frustration, ainsi qu'une tendance à l'impatience avec augmentation de l'agressivité font leurs apparitions en cascade. La douleur, lorsqu'elle est déjà présente sous la forme de céphalées ou de migraine, peut elle même se trouver majorée. Des troubles cardio-vasculaires peuvent aussi apparaître par une augmentation de la tension

⁵ SAINT FRANCOIS DE SALES, évêque et écrivain français du XVIIème siècle.

⁶ PAILLARD M., Moins de bruit! Je dors!, Assistance publique des hôpitaux de Paris, 2007, P.54

⁷ Dr COHEN JM, Bruit et santé, 15 juillet 2007

⁸ Le Petit Larousse illustré, édition 2011.

artérielle et du rythme cardiaque lors de stimulations sonores rapprochées ou constantes et supérieures à 60db.

Ainsi, tel un cercle vicieux, le bruit augmente le stress qui à son tour amplifie la douleur et les autres facteurs d'inconfort et de nuisance. Un des troubles majeurs alors engendré est la perte de la continuité du sommeil et ses conséquences.

2. Le cinquième besoin fondamental de Virginia Henderson : Dormir, se reposer.

« *Le silence est la sieste du bruit.* »⁹

« *Le sommeil est une sorte de protection, si paradoxal que cela puisse paraître.* »¹⁰

Il est évident que, dans l'intérêt direct du patient, les visites régulières des soignants soient indispensables de jour comme de nuit, pouvant ainsi interrompre le sommeil des malades. A l'hôpital, il est d'usage que les patients soient alités dans un but premier de repos et de sommeil. L'individu hospitalisé a plus qu'un autre besoin de repos. Que sa fatigue soit d'origine physique (inconfort en lien avec la maladie, douleur, literie, lumière, bruits...) ou psychologique (peurs, changement d'environnement...), la seule réponse adaptée à sa situation reste un sommeil de qualité, qu'il soit nocturne et/ou diurne. Pourtant, une des plaintes des patients les plus souvent enregistrées à la suite d'une hospitalisation serait malgré tout le manque de sommeil. C'est ce que l'on peut lire dans le rapport de Madame RIVALEAU C., cadre de santé, du 12 juin 2003 intitulé « Le travail de nuit ». Le bruit est donc, quand il n'est pas choisi, une origine des troubles du sommeil en tant que phénomène aggravant d'une situation pénible pour le patient.

Une nuit de repos est caractérisée par la succession de cycles de sommeil composés de 4 phases chacun, et d'une durée d'environ 2 heures. Les deux premiers stades d'un cycle sont constitués par le sommeil lent permettant la récupération physique. Si des nuisances entraînant un réveil surviennent à ce moment, un risque apparaît dans la difficulté de retrouver le sommeil ainsi qu'une diminution de l'apparition de la seconde partie du cycle : le sommeil profond. Cette phase, considérée comme la plus propice à la récupération, est caractérisée par le sommeil paradoxal qui a pour rôle de récupérer de la fatigue nerveuse. Même sans réveils effectifs des bruits répétés entraînent une altération de la qualité du sommeil en provoquant une réactivité cardiovasculaire sous forme de vasoconstriction. « *Les bruits dans la journée perturbent aussi la qualité du sommeil. La phase de sommeil profond serait alors diminuée de deux minutes par décibels supplémentaires perçus dans la journée* »¹¹.

Outre un dérèglement déstructurant du cycle nyctéméral, et une élévation de la somnolence diurne, la privation d'un sommeil de qualité est un problème qui déstabilise l'activité métabolique des patients par l'augmentation notamment du taux de cortisol sanguin intervenant en réponse à un stress ressenti. De la présence non évacuée de cette hormone stéroïdienne en quantité, l'auteur S.Krachmann¹², met en évidence des conséquences au sommeil perturbé dans sa quantité ou sa continuité. Il en découle donc une perturbation de la réponse immunitaire et un déséquilibre diabétique par augmentation de l'insulinorésistance et plus généralement, un ralentissement du processus de guérison s'établissant par réduction significative des synthèses protéiques.

⁹ARTUR J., journaliste français contemporain.

¹⁰BECKETT S., écrivain, poète et dramaturge irlandais du XXème siècle.

¹¹ PAILLARD M., Moins de bruit! Je dors!, Assistance publique des hôpitaux de Paris, 2007, P.55

¹² Professeur KRACHMANN S., gastroentérologue américain, Bleeding duodenal lipoma, 1992.

L'équipe du docteur Muzet du centre d'études de physiologie appliquée du CNRS de Strasbourg (Centre National de la Recherche Scientifique), s'est intéressée à la physiologie du sommeil humain et à ses perturbations par les facteurs environnementaux. Les conclusions de ce travail mettent à jour le fait qu'à partir de quelques nuits passées dans un environnement bruyant, les patients ne mentionnent plus le bruit comme un facteur perturbant leur sommeil. Pourtant les enregistrements réalisés par ces chercheurs prouvent que les incidences sur l'organisme gardent la même amplitude mais que les patients n'identifient plus tout à fait l'origine du problème.

A chaque stimulation auditive le corps en sommeil stimule des reflexes de défense préparant l'individu à une éventuelle agression. Ces notions sont amplifiées par le désagrément lié à des réveils rapides voire brutaux et répétés. De telles conclusions donnent des informations sur la difficulté de la réalisation de l'exercice infirmier dans la surveillance du sommeil des patients.

3. Le rôle de l'infirmière dans la gestion du bruit :

« *On fait beaucoup de bruit pour obtenir le silence.* »¹³

« *La santé dépend plus des précautions que des médecins.* »¹⁴

Une solution simple et efficace à ce problème de bruit au sein des hôpitaux ne semble pas maîtrisable. Pourtant, on pourrait envisager que s'il appartient à une infirmière de prendre en charge le confort du patient dans son intégralité conformément à la charte de la personne hospitalisée et dans le cadre de la description de son rôle propre précisé aux articles R 4311-1 à R 4311-5 du code de la santé publique du 29 juillet 2004 : « *identifie les besoins de la personne, [...] formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue.* », il en découle une prise en charge de la qualité de son sommeil, et de son environnement sonore réalisée par l'élimination ou la diminution de toutes les sources de bruit qui se trouve sous leur contrôle total ou partagé.

Etre constamment surveillé par des infirmières provoque souvent du stress et du bruit pouvant parfois réveiller le patient, pourtant c'est un comportement indispensable pour la continuité des soins et pour la sécurité même des malades. Le professeur Kalfon des hôpitaux de Chartres émet l'idée que les membres des équipes soignantes les moins expérimentés, les stagiaires en formation et les jeunes diplômés, auraient tendance à vouloir privilégier les principes de sécurité au détriment notamment du confort du patient¹⁵.

Agir pour diminuer ces pollutions sonores n'est pas chose aisée et les soignants n'ont pas toujours la possibilité d'agir directement sur la cause originelle du bruit. Pourtant, il semble réalisable de modérer le niveau sonore général de l'environnement du patient par des gestes simples. Il est envisageable de modérer l'amplitude, conçue pour être variable, des alarmes des matériels de surveillances hémodynamiques ou de soins, en fonction des besoins propres de chaque patient. Une planification des soins est alors idéale lorsque les seringues autopulsées et les machines d'injection sont renouvelées chaque fois que nécessaire en anticipation de la mise en marche des alarmes. De la même façon un réglage adapté des alarmes évite le déclenchement d'alertes imprévisibles.

Tout cela induit l'importance de l'information, l'infirmière doit bien préciser aux patients les habitudes de travail et les principaux horaires, potentiellement bruyants, rythmant la vie du service. Le patient ainsi prévenu sera moins soumis au facteur anxigène provoqué par la présence de sons qui ne lui sont pas familiers. De la même façon, l'infirmière doit systématiquement prévenir le patient en cas de présence dans la chambre d'un matériel disposant d'une alarme, en considérant que le manque d'information à ce sujet est un facteur

¹³ BOURRINO L., poète chilien, XIX^{ème} siècle.

¹⁴ BOSSUET, prédicateur et écrivain français XVIII^{ème} siècle.

¹⁵ KALFON P., Sources de nuisances et d'inconforts en réanimation, Elsevier Masson, mars 2010.

de stress important, le déclenchement des alarmes étant souvent interprété par le malade comme révélatrice d'un problème pouvant être grave. Ainsi, une alarme qui se déclenche est une priorité pour les soignants.

Une infirmière se doit de modérer au maximum son propre niveau sonore, son équipement doit notamment être adapté.

L'activité de soignant est génératrice de bruits, de part la réalisation des gestes d'urgence, des soins techniques, des soins de nursing, déplacements dans les couloirs, conversations bruyantes et rires, claquements de portes, passages réguliers de surveillance.

Les chaussures sont très souvent accusées de pollution sonore par les patients. Elles peuvent être anxiogènes, annoncent des soins douloureux, et peuvent suffire à perturber le sommeil. Selon une étude de l'INRS une infirmière parcourt une distance pouvant atteindre 18 kilomètres par poste de travail, ce que permet une rapide évaluation de la pollution sonore engagée. (Annexe 3)

Une autre origine du bruit vient de l'utilisation du matériel comme les chariots de soins et de médicaments, les brancards, les lits, les chariots de linge et d'entretien, les manipulations des ustensiles et les chariots liés au service des repas, les pieds à perfusions, les laves bassins, les machines de stérilisation.

Lorsque la source de bruit est le patient lui-même, l'infirmière réagit en tant que modérateur dans l'intérêt du maintien du calme du service et pour que les autres chambres ne soient pas importunées. Le bruit généré est proportionnel au nombre de patients regroupés dans un même service. L'utilisation de la télévision et de la radio sont souvent la cause de mécontentement de la part des patients voisins. Ce phénomène est d'autant plus accru dans les situations imposées par la cohabitation en chambres doubles et est bien régulièrement générateur de tensions. L'infirmière est tant que négociateur doit alors intervenir dans l'intérêt réciproque des patients en engageant leur respect mutuel. On note que ce cas particulier des chambres doubles représente très souvent une épreuve supplémentaire lors d'une hospitalisation car cela contraint les patients à devoir tolérer les bruits liés aux habitudes de vie, et aux éventuels ronflements de leur voisin. Cette situation nécessite des qualités d'adaptation partagées et soumettent les patients à la multiplication des situations aux potentiels bruyants. Le nombre de patient dans une même chambre majore donc les nuisances, que ce soit par le temps de présence en chambre du personnel infirmier et médical, la multiplication des soins, le nombre de visite, de visiteurs, et de conversations téléphoniques.

On observe facilement dans les services que ces nuisances sont reconnues et participent à la disparition progressive des chambres doubles.

A ces situations, l'infirmière peut répondre dans le cadre de son rôle propre et proposer, dans la mesure du possible, des solutions d'adaptation en fonction du service et de l'état de santé du patient. *Le nombre de visiteurs en chambre peut être limité dans l'intérêt du patient s'il est délétère, il est aussi possible de proposer la réalisation des visites en salle de repos si le service en dispose et si la santé des patients le permet. Dans la mesure du possible, les patients sensibles, ou bruyants peuvent être, de préférence, installés en chambre simple ou de façon pertinente dans les chambres du service. Les patients désorientés doivent faire l'objet d'une surveillance sonore accrue, car les cris sont à la fois un signe d'appel, révélateur bien souvent d'un besoin ou d'une souffrance, qui sont aussi ressentis par les autres patients du service comme des troubles anxiogènes importants et une peur de la souffrance.*

4. Le problème du bruit du point de vue du soignant

« Il ne faut pas le bruit d'un canon pour empêcher ses pensées. »¹⁶

En France, plus d'un tiers des actifs se disent gênés par le bruit sur leur lieu de travail selon un sondage Ipsos pour l'AFP (Agence France Presse) du 10/03/2011 et à l'occasion de la 14^{ème} Journée nationale de l'audition (JNA). Comme pour la situation précédemment développée, le bruit d'un service n'affecte pas directement le système auditif des équipes hospitalières, les traumatismes sonores sont donc écartés de l'étude. Les dispositions légales régissant la pollution sonore sur le lieu de travail se retrouvent dans la directive [2003/10/CE](#) du Parlement Européen et du Conseil, du 6 février 2003, concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques.

Dans le cas traité, les conséquences d'une exposition prolongée à un environnement bruyant sont psychologiques et donc difficiles à mesurer. Dans un environnement assimilable à un service hospitalier, le Professeur Christian Gélis, biophysicien et professeur à l'université de Montpellier établit que les conséquences des nuisances sonores sont principalement la fatigue, le stress, l'irritabilité pouvant aller jusqu'à l'agressivité et à une dégradation des relations professionnelles, des migraines, et une nette perturbation de l'attention. Selon l'association JNA, le bruit accroît de 24% le risque d'accident avec arrêt de travail et 39 % des actifs se disent dérangés par le bruit sur leur lieu de travail. Dans un contexte professionnel en lien avec de lourdes responsabilités, un milieu bruyant génère donc des troubles de la vigilance qui obligent le soignant à produire des efforts supplémentaires de concentration dans le but de conserver son niveau de performance. Cette pénibilité s'additionne à la complexité quotidienne d'un travail ayant pour base la mémorisation d'informations.

La charge cognitive est « *un état de mobilisation globale de l'opérateur humain résultant de l'accomplissement d'une tâche mettant en jeu le traitement d'informations. Elle symbolise le coût de ce type de travail pour l'opérateur* »¹⁷. Cette caractéristique s'applique particulièrement au métier d'infirmier par l'indispensable organisation des soins, la complexité de réalisation de soins techniques de qualité, la gestion pertinente des données des patients dans un travail d'équipe, la prise en charge des familles. Cette charge cognitive est augmentée proportionnellement à la difficulté de concentration liée à la gêne sonore rencontrée dans les services. (Annexe 4)

Un geste infirmier est souvent un acte complexe nécessitant une continuité mentale, il est même bien souvent le fractionnement de plusieurs actes. La gêne ressentie par la perturbation fatigante des bruits agressifs représente donc un invisible surcroît de travail que l'infirmier doit accomplir à chaque acte pour en conserver la qualité. Cet environnement parasitaire se révèle par l'omniprésence du téléphone, des transmissions impromptues des autres membres de l'équipe, les patients eux-mêmes, ainsi que de tous les bruits précédemment évoqués et subits par les patients. Ces derniers pouvant aussi bien se révéler comme des sources de nuisances pour les soignants. Ces situations lorsqu'elles sont

¹⁶ PASCAL B. [mathématicien](#), [physicien](#), [philosophe](#), [moraliste](#) et [théologien français](#) du XVII^{ème} siècle.

¹⁷ INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Nationale) - contrat de recherche AP n°858011

phoniquement parasitées deviennent très inconfortables entraînant une augmentation de la charge cognitive. Des tâches simples deviennent alors complexes. Ainsi répétées, les interruptions des actes obligent à une reprise ultérieure de l'acte initial rendant plus complexe la mémorisation ainsi qu'une reconsidération mentale des priorités.

On peut alors déduire de cette pénibilité que des erreurs potentielles graves et dangereuses peuvent en théorie survenir, d'où la génération de stress et d'efforts supplémentaires de vérifications des actes par le personnel. Ceci représente ainsi des pertes conséquentes d'énergie et de temps. Il est à noter que l'effet est amplifié concernant les étudiants en soins infirmiers dont la formation pratique se déroule au sein de ces conditions et qui n'ont ni l'assurance, ni l'expérience des infirmiers diplômés.

Le sommeil des infirmiers peut, dans certains cas, être la victime de l'environnement professionnel. Car comme précédemment développé le bruit subit durant la journée peut avoir des incidences sur la qualité du sommeil. Un repos perturbé peut donc également accentuer la charge cognitive des équipes infirmières.

C. Les bruits utiles et nécessaires

1. La nécessité du bruit du point de vue du patient.

« Pour celui qui est très seul, le bruit est déjà une consolation. »¹⁸

« Le bruit fait taire la peine ... ! »¹⁹

Dans un but de se protéger et de s'isoler d'un environnement qu'il connaît mal, il est constaté qu'un patient va tenter de recréer autour de lui un environnement plus familier en générant son propre fond sonore, qui sera moins nuisible pour lui que les bruits du service ou de ses voisins. Ce mécanisme de défense passe par l'utilisation de la télévision ou de la radio par exemple en choisissant un volume suffisant pour créer une ambiance protectrice couvrant, au moins partiellement, les autres bruits environnants.

Le bruit c'est le mouvement, la vie ! Mais il a aussi une fonction d'information, de communication, c'est à dire «de mettre en relation, en liaison, en contact, des choses ou des individus»²⁰. Il est nécessaire, rassurant et tout autant recherché. Il démontre aux patients la présence proche du personnel soignant qui pourra répondre à leurs appels en cas de besoin, il rompt l'isolement et assure parfois une distraction. Un grand nombre de patients aime que leur porte de chambre reste ouverte de jour et parfois aussi de nuit, ou encore émettent le souhait de résider en chambre double dans le but de ressentir une forme de sécurité. Le bruit rassure autant que le silence est anxiogène et isolant. Durant leur hospitalisation, de nombreux patients trouvent même que certains bruits familiers leur manquent comme les bruits de leur maison et des animaux. Pour les personnes hospitalisées et socialement isolées, le bruit est un réconfort, une ouverture sur le monde.

Il est important de savoir reconnaître les bruits pour appréhender son environnement, et cela dans le but de se familiariser avec le milieu et de se sentir plus en confiance. Les malades ont ainsi un besoin des repères temporels sonores qu'offre le service, tels les bruits des repas, des visites médicales, des soins, des visiteurs... qui rythment la progression d'une journée

¹⁸ NIETZSCHE F., philosophe et poète allemand du XIXème siècle.

¹⁹ MAHEUX-FORCIER L., écrivaine québécoise du XXème siècle.

²⁰ Le Petit Larousse illustré, édition 2011.

d'hospitalisation. Le début d'après-midi, par exemple, étant un moment plus creux dans l'activité des patients pendant lequel les manies sonores refont surface. C'est le moment souvent constaté de mises en marche des postes de télévision. Toutefois ce fond sonore se retrouve, non pas dans un but d'information ou de distraction, mais bien souvent dans le but de simuler une présence sans y consacrer d'oreille attentive.

Le bruit sous la forme de discussion ou de diversion est très souvent utilisé durant les soins par les patients. Que ce soit pour limiter une gêne, une pudeur, ou une douleur, il est fréquent de constater que lorsqu'un soin débute les patients choisissent d'entamer une conversation dans le but de détourner leur propre attention. Nous noterons que l'initiative peut souvent être prise par le soignant, dans l'intérêt du patient.

2. La nécessité du bruit du point de vue du soignant

Il existe de nombreux modes de communication dans un service hospitalier comme l'écrit, l'informatique, les alarmes sonores, la parole, le téléphone... ils ont tous comme dessein la transmission d'un message. Une communication efficace ou de qualité est traduite par la réception, par un destinataire, de l'intégralité des informations émises. Elle se traduit alors par une incidence observable sur le comportement de ce même destinataire. L'émission claire d'un message n'est pas suffisante, cette action doit être précédée par une interpellation de l'interlocuteur dans le but de fixer correctement son attention, et donc d'assurer la réception des informations. Le métier d'infirmier prenant sa base dans la collecte et la gestion des informations, il est plus qu'indispensable que ces informations soient fiables et collectées dans de bonnes conditions. (Annexe 5)

De tous les modes de communications connus dans un service hospitalier, le mode sonore est à la fois le plus simple, le plus rapide, le plus répandu, et le plus efficace. Il est donc le plus fréquemment utilisé. C'est la raison pour laquelle il est traditionnel dans un service hospitalier de doubler les transmissions écrites par des transmissions orales à chaque début de poste. Cela augmente considérablement la vitesse de transmission et d'assimilation des données.

Chaque bruit a un sens précis et nous donne une information nécessaire. Il est parfois le signe de l'urgence ou de l'arrivée d'un événement important, voire dangereux. De même l'absence de bruit peut être une indication riche de sens, traduisant une situation anormale.

Ainsi, le silence ou l'absence de manifestation d'un patient durant une période prolongée fera l'objet d'une visite de contrôle de la part de l'infirmière.

Comme nous l'avons vu, tous ces bruits sont une source de stress pour le personnel infirmier de part leurs aspects soudains et imprévisibles, mais qu'ils soient alarmes, sonneries ou autres « bip » ils sont indispensables à la sécurité et à la prise en soins des patients. Etant les garants du maintien de la santé des patients hospitalisés, les infirmiers se doivent de connaître les sons et bruits de leur service, de manière à pouvoir les identifier de façon presque immédiate. Pour cela, leur niveau sonore doit être suffisant pour pouvoir être perceptible et interpeller l'infirmière n'importe où dans le service de manière à optimiser la réactivité des professionnels

en poste. Plus le son est fort et plus l'urgence est grande. Le son dans un service est donc aussi une méthode élémentaire de transmission d'une information réduite sous sa forme la plus simple. C'est un moyen efficace de protection ou de prise en soins des patients. La sonnette est un moyen de communication utilisé par le patient. Il est un avertisseur, révélateur d'un besoin d'aide grave ou non. Un appel est donc toujours suspecté comme étant un problème potentiellement grave.

L'ouïe d'une infirmière doit toujours être en éveil, ce sens lui permet éviter les dangers potentiels de son environnement, et est le premier récepteur de l'analyse et de l'évaluation d'une urgence.

III. Analyse

A. Méthode de recherche

La recherche et la rédaction du cadre conceptuel m'ont apporté les connaissances pour mieux cibler les origines et les réelles conséquences du problème lié à la difficulté de l'adaptation des ambiances sonores à l'échelle d'un service hospitalier. Il m'a également permis de découvrir que le sujet avait fait l'objet de nombreuses études sérieuses qui m'ont éveillé à plus d'attention lors de ma pratique professionnelle. Afin de répondre à mes hypothèses, il m'a semblé important de confronter ces notions scientifiques et théoriques auprès de professionnels de santé en activité, mais également auprès de patients en cours d'hospitalisation.

Pour préparer ma confrontation avec les équipes soignantes, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs me permettant à la fois de les guider vers le sujet sans le leur exprimer directement. Ceci dans le but d'apporter un regard technique et concret sur la place de l'infirmière au sein du problème posé, tout en ayant l'avantage de laisser mes interlocuteurs libres d'évoquer des notions adjacentes ou complémentaires à la problématique. (Annexe 6) Ces entretiens étaient constitués de 5 questions principales auxquelles s'ajoutaient des questions de relance. Les questions sont volontairement progressives.

Mon questionnement étant à bivariable, il me fallait également étudier le point de vue des patients. Dans ce but, j'ai choisi de réaliser une grille de questionnaire plus précise, les questions sont plus descriptives et moins techniques. (Annexe 7).

Les services de réanimation et des urgences semblaient être traditionnellement connus comme étant les plus soumis aux nuisances sonores, pourtant les difficultés liées à l'état de santé des malades ne me permettaient pas de concrétiser ce choix. En effet, je souhaitais pouvoir mettre en confrontation les témoignages des soignants et des patients séjournant dans les mêmes services. J'ai donc commencé par prospecter auprès de services nécessitant une hospitalisation de durée minimale pour que les patients puissent avoir eu le temps d'analyser leur environnement. Ce sont des services de cancérologie et de cardiologie d'hôpitaux différents qui ont accepté de me recevoir. Ces spécialités m'offraient la possibilité d'un lien direct avec ma situation de départ, mais aussi d'entrer en contact avec des patients aux motifs d'entrée programmés ou non, hospitalisés pour des durées d'au moins quelques jours, soumis à une surveillance par matériel électronique, aux traitements par matériels d'injection. Les patients étaient en chambre simple ou double, et les questionnaires ont été proposés à l'intégralité des personnes hospitalisées sans distinction et délivrés à tous ceux qui l'acceptait.

J'ai donc eu l'opportunité de réaliser 7 entretiens, 1 aide-soignante, 5 infirmières (dont une infirmière de nuit) et 1 cadre de santé ont accepté de répondre à mes entretiens. Afin, d'en analyser le contenu, je les ai retranscrit intégralement me donnant ainsi accès à des données d'ordre qualitatif.

Parallèlement, j'avais prévu proposer 25 questionnaires, ils ont tous été acceptés, et 20 ont été récupérés. L'étude de ces témoignages m'a permis de réaliser des données chiffrées sous forme de pourcentages.

Personnellement, je me présentais toujours de la façon suivante, disant ceci : « Je suis étudiant en soins infirmiers 3^{ème} année, je réalise mon travail de fin d'études sur « l'incidence du bruit à l'hôpital ». Dans le cadre de ce travail, je vous suis très reconnaissant de bien vouloir répondre à quelques questions qui me permettront de compléter mes recherches. »

B. Analyse de la recherche

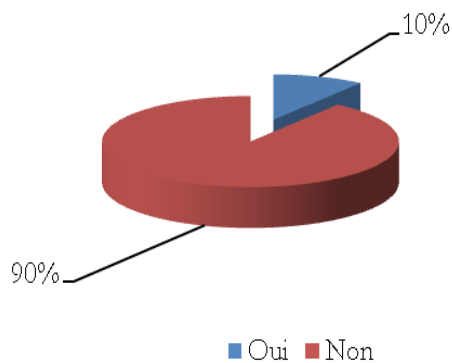
1- Pourriez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

- Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ?

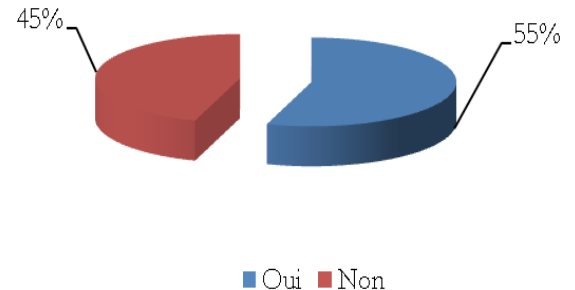
Cette première question a pour but d'engager la conversation avec les membres du personnel, elle permet aussi une présentation rapide de l'interlocuteur. De cette façon il est possible d'évaluer l'expérience et le recul des professionnelles sondées. Le panel est très ouvert, 4 infirmières (dont la cadre de santé qui a spontanément proposé sa participation) et une aide-soignante sont diplômées depuis plus de 15 ans et ont travaillé dans des services très différents durant leur carrière que ce soit au niveau de leur spécialité (pneumologie, rhumatologie, chirurgie digestive, pathologie digestive, dermatologie, psychiatrie, oncologie et hématologie, urgences, gynécologie, cardiologie, urologie, gériatrie, EMR (équipe mobile de remplacement), qu'au niveau de la structure (établissements hospitaliers publics et privés, hôpitaux de jour, EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), bloc opératoire). 2 Infirmières sont jeunes diplômées de moins de deux ans et ont toujours travaillé dans le même service qu'aujourd'hui.

Les questions 1, 2 et 3 du questionnaire destiné aux patients, permettent également de dresser le profil des individus sondés, et de ce fait tester la pertinence de leurs remarques.

Est-ce votre première hospitalisation?



Etes-vous habituellement sensibles aux bruits qui vous entourent?



Ainsi, les professionnelles participants à ce travail pourront m'apporter un point de vue fiable et un regard très étendu sur la situation de part leurs parcours professionnels très diversifiés et complémentaires.

Leur témoignages m'ont permis de tester si le problème ciblé est généralisé ou uniquement propre à certains services spécifiques.

La différence d'expérience et d'âge sera utile pour apporter des regards différents sur la présence ou la gestion des ambiances sonores.

L'entretien avec l'infirmier de nuit m'a donné l'occasion de mettre en évidence quelques différences dans la pratique du métier durant la nuit.

D'autre part, on peut relever de l'enquête par questionnaire que la majorité des patients sondés connaît suffisamment le monde hospitalier (pour y avoir passé une durée minimale de 4 jours), ce qui permet de penser que leurs remarques et suggestions seront données en connaissance de cause.

La question portant sur la sensibilité aux bruits, dans un contexte non hospitalier, est une introduction du sujet. Elle est sensée rappeler les habitudes de vie de chacun des questionnés, dans le but de pouvoir faire une comparaison avec ce qu'ils vivent en milieu hospitalier. A ce stade, il semble ressortir, qu'à titre privé, il existe déjà une relative sensibilité au problème du bruit.

2- Connaissez-vous les incidences des ambiances sonores au cours de l'hospitalisation des patients? (La définition du terme « ambiance sonore » a été systématiquement donnée à chaque entretien)

- Pensez-vous que l'hôpital soit un lieu de repos favorisant le rétablissement des patients?

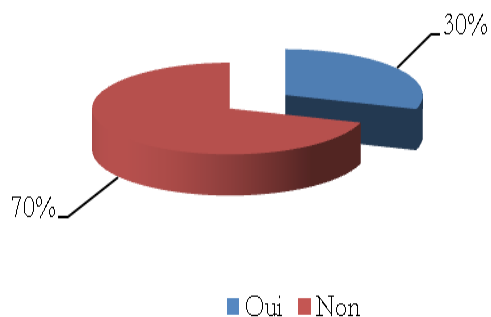
Je cherche à réaliser, par cet enchaînement des questions, s'il existe une prise de conscience des effets des bruits parasites subis par les patients. Ceci me permettra de répondre partiellement à l'hypothèse n°1.

Les professionnelles répondent à cette question en tentant de se mettre à la place du patient et traduisent par « *énervant* » le fait d'être « *toujours* » soumis à des bruits notamment dans le couloir, « *ça doit être fatiguant* ». Elles accusent, comme responsable de cette fatigue, l'addition d'un ensemble de facteurs sonores ou liés à la prise en soins qui entrecoupent le sommeil. Un état de fatigue est régulièrement constaté chez les patients, mais est considéré logique compte tenu de l'état de santé fragile des patients et des traitements souvent lourds et parfois chirurgicaux qui leur sont appliqués. Les bruits subis lors de l'hospitalisation ont des effets néfastes sur le sommeil, mais sont « *un mal pour un bien dans la priorisation des risques encourus par le patient* ». Certaines personnes interrogées ajoutent que ce sommeil perturbé est aussi dû à d'autres formes de nuisances comme : « *la pathologie elle-même* », « *le stress : la peur de la douleur, des soins, des opérations chirurgicales* », « *l'obligation de surveillance, et les multiples passages en chambre de jour comme de nuit* », « *la présence de monitorages dans les chambres* », l'ensemble laissant les patients constamment sur le « *qui-vive* ». Des traitements médicaux sont souvent prescrits pour pallier à ce problème de sommeil perturbé. Les personnes désorientées ont aussi tendance à réagir aux ambiances bruyantes « *ça les énervent* » et nécessitent dans ces moments une présence et une attention particulière pour les rassurer.

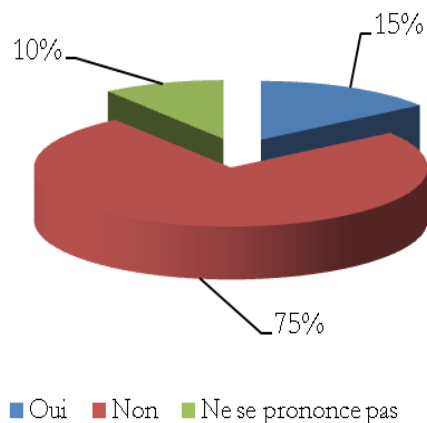
Concernant l'hôpital en tant que lieu de repos, 4 professionnels s'accordent pour déterminer que cette notion « *dépend des services et donc des équipes* », mais que selon leurs expériences, ce n'était pas le cas. Les 3 autres considèrent aussi que l'hôpital n'est pas un lieu de repos car ce n'est pas sa fonction. Les professionnelles sondées ont été claires en précisant que le repos n'était selon eux qu'un « *objectif secondaire au cours de l'hospitalisation des patients* » et que leur motif d'entrée prévalait. Des lieux comme le domicile, ou plus spécialisés comme les « *maisons de repos* », EHPAD, et les services de réadaptation ont été cités comme plus spécifiques à la récupération et à un repos réparateur.

Parallèlement, les patients seront interrogés sur les mêmes notions par les questions 4, 5, 8 et 9.

L'hôpital est-il, selon vous, un lieu propice au repos et à la convalescence ?

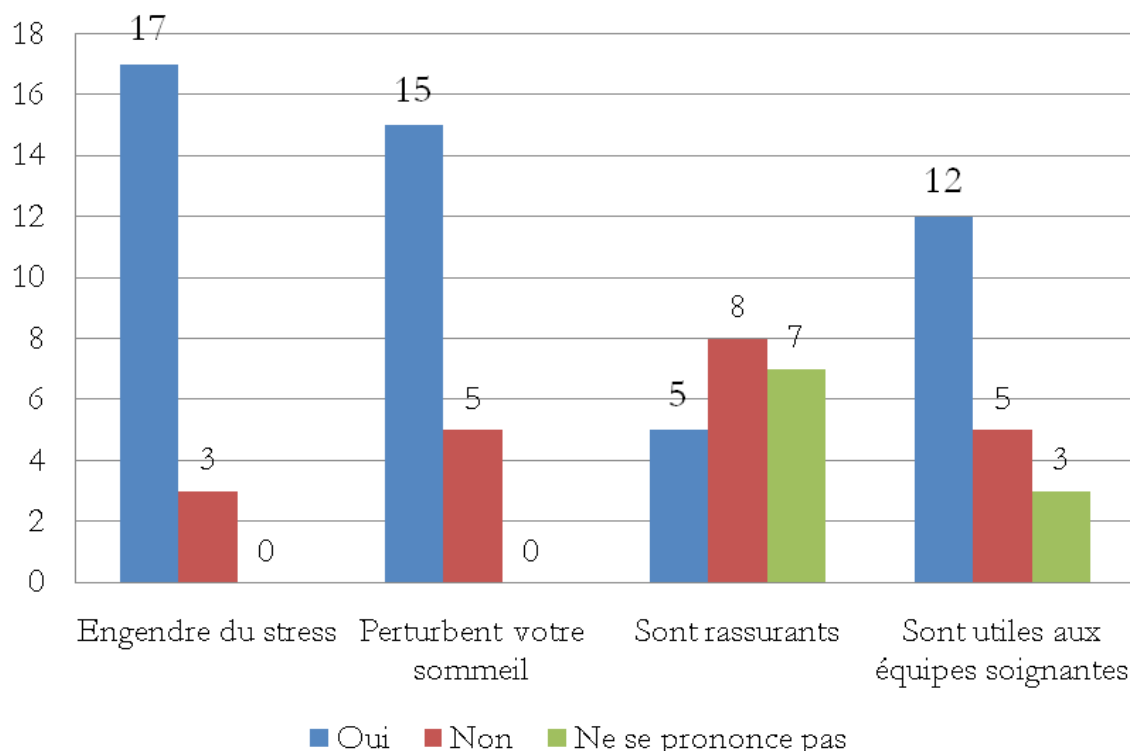


Pensez-vous que ces bruits nuisent à votre santé ?



75% des patients interrogés trouvent qu'il y a du bruit dans leur service.

Trouvez-vous que ces bruits



On constate rapidement que les réponses données par les professionnels s'orientent presque immédiatement sur un problème lié à la fatigue des patients en lien avec un sommeil régulièrement interrompu. Mais que les autres conséquences physiologiques causées par un environnement aux ambiances sonores inadaptées ne sont pas citées. Les patients ne ressentent pas d'effets de ces nuisances à long terme mais on tendance à les justifier comme répondant aux exigences du métier de soignant. Toutefois, l'ensemble de ces témoignages nous confirment qu'il existe bien une véritable présence sonore reconnue. On constate aussi, à l'analyse de ces entretiens que seuls les bruits à titre de nuisances ont été abordés et décrits par

les professionnelles malgré le caractère ouvert de la question, alors qu'un quart des patients trouve un intérêt à l'existence de ces bruits.

Enfin, les professionnelles autant que les patients s'accordent pour déterminer que l'hôpital n'est pas assimilable à un lieu propice au repos de part sa nature ou son fonctionnement, mais plutôt un lieu réservé aux soins. D'autres structures moins orientées sur les soins curatifs seraient plus appropriés à tenir cette qualification.

3- Quels sont, selon vous, les moments de la journée les plus bruyants à l'hôpital ?

- Selon vous est-ce que ces moments sont les mêmes pour les soignants et les patients ?

Par cette question, je souhaite compléter les différentes situations bruyantes identifiées dans mes constats, et confronter ensuite ces données aux réponses des patients. L'ensemble me permettra de répondre partiellement à l'hypothèse n°1.

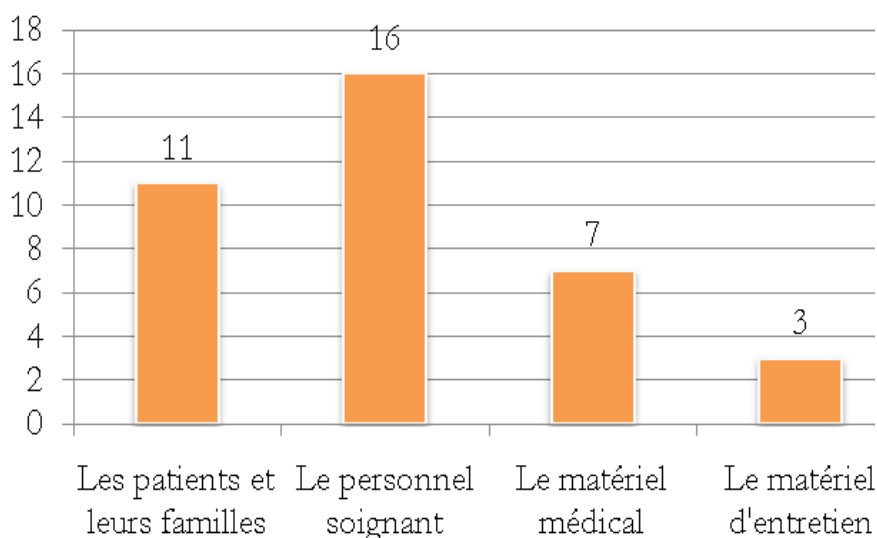
Unaniment et sans véritable hésitation, l'ensemble des professionnelles interrogées ont ciblé le matin comme réponse à cette question sans préciser de moment plus particulier. Plusieurs justifications sont données à cela : « *tout simplement, le premier travail, le matin, c'est de réveiller les patients* ». Il y a aussi « *les visites médicales accompagnées d'étudiants nombreux* », « *les soins* », « *les passages incessants dans le couloir ou dans les chambres de l'ensemble du personnel qui se succèdent* », « *l'installation et le retrait des plateaux repas* ». Les professionnelles interrogées reconnaissent que les activités infirmières et aides-soignantes se passent souvent dans les chambres, à proximité des patients, mais qu'elles ne représentent qu'un « *un bruit de passage* ». Par conséquent, la gêne ressentie par les personnes soignées est plutôt « *en lien avec les soins prescrits, et le devoir infirmier de surveillance* ». A l'exception d'une infirmière récemment diplômée, toutes les professionnelles interrogées déclarent que les équipes soignantes ne représentent pas une « *réelle source de bruit* » significative. Elles accusent par contre « *chaque élément, individu ou matériel, participant au bruit de fond toujours présent dans un service* ».

D'autres notions de bruit sont évoquées sur l'ensemble de la journée : le problème du téléphone professionnel est soulevé, lors de chaque entretien, par les infirmières comme étant une nuisance pour le personnel, mais qui ne dérange pas les patients, c'est très « *agaçant, irritant, et ça déconcentre énormément* ». Il en va de même pour les « *bippers* » des infirmières en cardiologie indiquant les anomalies enregistrées par les télémétries des patients, ou même ceux retransmettant les numéros des chambres ayant activés leur sonnette. « *Au delà de l'intérêt que ces signaux indiquent, c'est une véritable nuisance* », « *il y a énormément de fausses alertes* ». La cadre de santé ajoute aussi à la liste des nuisances sonores subies : la ventilation, l'architecture du service, la présence d'ascenseurs, l'insonorisation des locaux en général.

Les patients ont pu s'exprimer sur cette même question ouverte (question 7 du questionnaire) ainsi que via les questions 6 et 14.

90% d'entre eux répondent, également, que le matin est le moment le plus propice aux bruits.

Quelles sources de bruits avez-vous constatées depuis votre entrée dans le service ?



Le principe des questions ouvertes du questionnaire ont permis aux patients de détailler leurs idées résumées dans ce graphique. Concernant le personnel soignant, les chaussures bruyantes sont accusées régulièrement. Les volumes sonores des soignants, par leurs rires ou leurs conversations, sont également cités, et parfois accompagnés d'exemples explicatifs : « *les infirmières se donnent des informations d'un bout à l'autre du couloir, quand elles ne veulent pas se déplacer* », l'entrée en tapant aux portes des chambres avec un franc et sonore « *Bonjour monsieur* » qui s'entend d'une chambre à l'autre, « *elles discutent entre elles pendant les soins* », « *pour se retrouver, les infirmières crient, parfois, le nom de leurs collègues dans le couloir* ». Concernant les patients et leurs familles, les patients incriminent « *le manque de respect* », les conversations, les appels téléphoniques et les sonneries, le volume de télévisions et les enfants agités.

L'ambiance sonore du matin est donc partagée à la fois par les équipes et par les patients comme étant la plus bruyante. Mais, 3 professionnelles interrogées pensent que le moment des transmissions est aussi « *un moment assez bruyant, mais souvent dans les bon sens du terme, car on rit beaucoup entre collègues [...] mais cela n'affecte pas la tranquillité des patients, la porte de la salle de soins étant toujours fermée* ».

Les sources des bruits testées par le questionnaire sont celles recensées dans les concepts. Selon les patients hospitalisés, les principales nuisances restent celles où le facteur humain est

engagé : équipes médicales, patients, familles. On peut donc rapprocher le fait que le bruit d'un service est en lien avec son activité.

Mais il ressort surtout une différence d'opinion importante concernant le bruit réel provoqué par l'activité infirmière. Les patients déclarent que les professionnelles sont la première source de bruit du service, alors qu'à contrario les équipes ne s'imaginent être qu'une forme de bruit sporadique au sein d'un environnement bruyant. Cela peut s'expliquer facilement grâce à la question 13 du questionnaire qui révèle qu'uniquement 10% des patients font part d'un problème de bruit auprès des infirmières.

S'il est vrai que les visites des familles participent au rétablissement des malades visités, elles peuvent se révéler être une gêne importante par leur présence ou leur manque de discrétion.

- 4- Vous sentez-vous impliqué(e) au quotidien dans la prise en charge des ambiances sonores à l'hôpital ?
- Est-ce que les patients vous demandent souvent de laisser leur porte ouverte, par exemple ?
 - Quelles actions vous est-il possible de mettre en œuvre quotidiennement ?

Il est important pour mon analyse, de connaître les différentes actions mises en œuvre par le personnel dans le cadre du rôle propre de l'infirmière, ainsi que dans la préservation des conditions de travail. Les informations obtenues me permettront de répondre partiellement à l'hypothèse n°1.

A cette nouvelle question, les professionnelles se sont à nouveau retrouvées sur l'idée que l'infirmière avait un rôle à jouer dans la régulation des événements à portées sonores (surtout la nuit) et qu'il lui était possible d'agir sur certains phénomènes. Elles ajoutent toutefois que « *c'est également du rôle du médecin, et de l'aide-soignante* ». De même, il n'est pas toujours facile de contrôler en permanence son propre volume sonore compte tenu de toute l'activité que remplit une journée de travail et tous les échanges d'informations.

Les patients ne demandent pas systématiquement que leur porte de chambre soit laissée ouverte selon le personnel soignant. Mais ces derniers précisent aussi qu'en général il y a toujours au moins une à deux personnes dans le service qui en font la demande. « *Ce sont souvent les personnes qui n'ont pas ou peu de visite, ou encore qui ont peur de rester seule dans une pièce* », « *des patients ont besoin d'entendre les bruits du service pour rythmer leur journée. Certains ont peur que nous ne soyons pas toujours là dans le service, ils surveillent donc notre présence en nous entendant travailler dans le couloir* ». On note que les patients ont déclaré aimer que leur porte soit laissée ouverte dans 10% des cas, conformément aux dires des professionnelles, mais n'ont pas justifié leur choix.

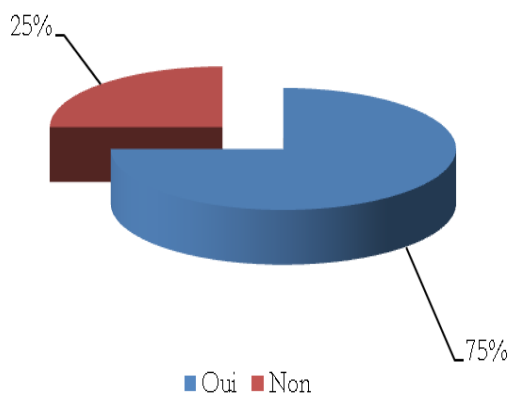
Certaines actions simples peuvent être réalisées pour prendre en charge ces ambiances sonores (surtout de nuit) : la négociation de la limitation du volume des télévisions des patients, « *les portes qui se referment trop vite et qu'il faut avoir le réflexe d'accompagner* », les discussions dans le couloir doivent plutôt se faire « *porte fermée et à voix basse* ». Proposer aux patients de se munir de bouchons d'oreille s'avère être une pratique qui se développe progressivement, précise l'infirmière de nuit. Les familles et les visites sont souvent des facteurs de bruit qui doivent être recadrés. « *Les familles ne respectent pas toujours les horaires de visite et ça fatigue les patients quand c'est trop long* ». Selon les cultures, il est traditionnel d'entourer au maximum le malade ou le défunt d'où « *une présence parfois massive de visiteurs dans une même chambre ou attendant dans le couloir* ». Les enfants de moins de 15 ans ne sont normalement pas autorisés dans le service, « *leur présence doit faire l'objet d'une prescription médicale* ». Les professionnels sondés m'expliquent que ce n'est pas toujours facile d'intervenir dans ce genre de cas, et que les commentaires ne sont pas toujours suivis de faits.

Au cours de l'entretien, la cadre de santé précise qu'à son niveau elle a pu négocier le passage journaliers des entreprises de nettoyage équipées de machines à 14 heures plutôt qu'initialement prévu à 8 heures du matin pour ménager le plus possible le réveil des patients: « *c'est horrible le bruit qu'ils font, c'est très agressif, on ne peut plus parler quand elles sont là* ».

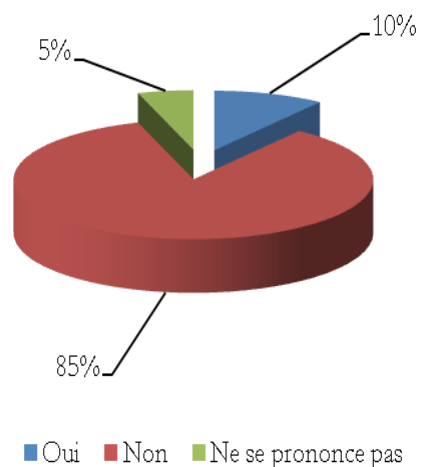
Le maintien d'un environnement calme serait donc équivalent à un soin de confort réalisable par l'infirmière. En de nombreuses actions simples et concrètes, les professionnelles agissent donc quotidiennement sur le contrôle des nuisances sonores. Aucune distinction n'est notée entre la pratique des infirmières récemment diplômées et celles qui ont plus d'expérience. Dans le même cadre que l'hygiène ou le confort, la gestion des ambiances sonores s'avère être un soin délivré aux patients. Les habitudes de vie et le contexte psychologique de l'hospitalisation font partie du recueil de données du patient, il en va donc de même pour la reconnaissance des bienfaits que les bruits positifs ont sur leur tranquillité et leur bien être.

5- Par le biais du questionnaire, j'ai voulu proposer aux patients de s'évaluer eux-mêmes, dans le but de tester s'il se sentait également acteurs dans ce problème de contexte sonore. Questions 11 à 13 du questionnaire.

Utilisez-vous, vous-même une source de bruit régulière (téléphone, télévision, radio) ?



Pensez-vous être vous-même une source de bruit pour votre entourage actuel ?



Les résultats de cette études sont assez révélateurs. La plus grande majorité des patients déclare à la fois utiliser des sources sonores, mais estime, dans le même temps, ne pas être une source de nuisance pour les autres. On peut donc imaginer qu'il est difficile de se rendre compte de la gêne que l'on produit lorsque l'on est à l'origine d'un bruit, ce qui justifie ce paradoxe. Cette mise en évidence pourrait aussi expliquer pourquoi les infirmières sont citées comme source de bruit sans qu'elles ne le constatent elles-mêmes.

Il est aussi important de souligner que la sensibilité au problème du bruit n'est pas réparti de façon homogène auprès de patients. Un petit nombre ne se trouve absolument pas concerné et ne ressent aucune gêne spécifique, alors que la plus grande majorité traite le sujet avec un intérêt. Enfin, quelques individus se sont trouvés très prolixes et aussi très accusateurs. Le bruit est donc bien un sujet subjectif faisant appel à la sensibilité des individus.

6- Pensez-vous que les nuisances sonores influent sur votre travail au quotidien ?

- Etes-vous souvent dérangé(e) pendant vos soins ?

Par ce questionnement, je souhaite mettre en évidence les conséquences professionnelles éventuelles d'un environnement bruyant lors de la préparation et de la réalisation des soins et ainsi partiellement répondre à mon hypothèse n°2.

Plusieurs sources sonores ont alors été évoquées par les professionnelles, comme le téléphone, les sonnettes, les collègues de travail, les stagiaires, les familles, les médecins... L'adverbe « *constamment* » a été utilisé à chaque entretien pour décrire la fréquence de ces nuisances. A cela, des conséquences assez diversifiées ont été citées « *j'ai tendance à m'énerver quand il y a trop de monde ou trop de bruits* », « *travailler avec des collègues bruyants, c'est plus fatiguant* », « *pendant que l'on travaille, à coté de collègues qui discutent, ça déconcentre, bien souvent la conversation attire*

l'oreille ». Par contre toutes les personnes sondées ont affirmé que ces dérangements n'influaient pas sur la qualité de leur travail car elles sont « *toujours concentrées au maximum* », mais que l'ensemble causait des complications supplémentaires. Alors, dans un environnement plus calme « *le travail ne serait pas plus facile techniquement mais mentalement* ». Aussi, il n'est pas toujours possible d'interrompre un soin pour répondre à une sollicitation, mais la rapidité d'exécution doit alors être augmentée.

Les témoignages se révèlent être tous très ressemblant, et émettent à chaque fois les mêmes concepts et les mêmes conclusions. Ainsi certains bruits ne peuvent être anticipés dans l'organisation des soins, et qui ont été évoqués comme étant à l'origine de distractions. Mais certains soins techniques ou longs ne peuvent être interrompus, ce qui nécessite que les professionnels fassent des choix stratégiques de réorganisation à chaque sollicitation. Ainsi, si les différents bruits n'influent pas directement sur le travail des équipes, c'est par ce que les professionnelles développent la faculté de concentration nécessaire pour conserver la qualité de leurs soins. On peut en déduire que les nuisances sonores sont alors une gêne contrôlable, mais constituant une pénibilité.

7- Vous arrive-t-il d'entendre les bruits des alarmes du service alors que vous êtes chez vous ?

- Etes-vous sujet aux migraines, ou à des troubles du sommeil ?

Cette question complète la précédente dans l'analyse de la seconde hypothèse. Elle me permet d'évaluer les incidences des nuisances sonores et la pénibilité du travail infirmier en milieu bruyant.

Durant les entretiens, les professionnelles interrogées, à l'exception d'une, ne se sont pas montrées très sensible au problème du bruit une fois de retour à leur domicile. Ainsi, la plus grande majorité déclare qu'une fois « *le seuil du service passé, on relâche la pression et on se libère du poids de la journée, ce qui inclus le bruit* ». Les membres du personnel ne ressentent donc pas significativement les incidences du bruit directement. Elles traduisent plutôt cela de la façon suivante : « *les bruits du service engendrent du stress qui se transforme automatiquement en fatigue à la sortie du service* », « *c'est une ambiance à laquelle on est habitué et qui est devenue supportable* ». Pourtant, quelques unes déclarent « *entendre encore les bruits des sonnettes quand je suis chez moi* » mais jugent que le problème est mineur « *c'est juste agaçant* ».

Pour une seule personne donc, le témoignage est différent : « *Actuellement je rentre de vacances depuis deux jours et j'ai une barre de fatigue au milieu du front.* », « *c'est fatiguant l'ambiance dans laquelle on travaille dans les services* », « *je suis un traitement pour mes migraines* ». Cette personne me confie également avoir une santé assez fragile et me précise que ses symptômes ne sont pas récents. Il n'est donc pas évident de conclure que ces troubles soient générés par son contexte professionnel, mais il est plutôt envisageable que ces problèmes de santé soient entretenus par les conditions de travail.

IV. Conclusion

Le but de mes recherches était de déterminer s'il existait de réelles incidences à la présence de bruits à l'hôpital et s'il était possible d'accentuer ma prise en soins des patients sur ce fait. J'ai, tout d'abord, été sensibilisé par l'ensemble des témoignages des patients sur ce sujet. La partie théorique de mon travail a élargi ma vision de départ, en y ajoutant des notions que je méconnaissais sur les incidences réelles, physiologiques, et psychologiques à la fois pour les patients et pour les soignants. A titre personnel, j'ai beaucoup apprécié travailler ce sujet, car il s'est avéré être applicable à une grande majorité de services. Cela m'a aussi conduit à mettre en valeur l'aspect positif et nécessaire que ces ambiances sonores apportaient à chaque protagoniste.

La première constatation de mon analyse a été l'intérêt porté à mon étude, que se soit de la part des soignants ou des soignés. L'accueil reçu a été aussi positif qu'enrichissant, ce qui traduit une véritable sensibilité vis-à-vis de ce sujet. Les résultats ressortant de ce travail sur le terrain me permettent de conclure que la première piste d'amélioration de la situation passe principalement par une meilleure prise en compte du problème en tant que tel. Il me semble pour cela que les campagnes d'informations sur les méfaits du bruit pourraient avoir une importance majeure dans la sensibilisation des professionnels.

Même si les patients et les professionnels de santé ne se sentent pas affectés de la même façon par la problématique, il est envisageable d'y reconnaître un véritable enjeu de santé publique. Ainsi, au vu des informations qu'apportent mes recherches théoriques et pratiques, il est possible de valider les deux hypothèses.

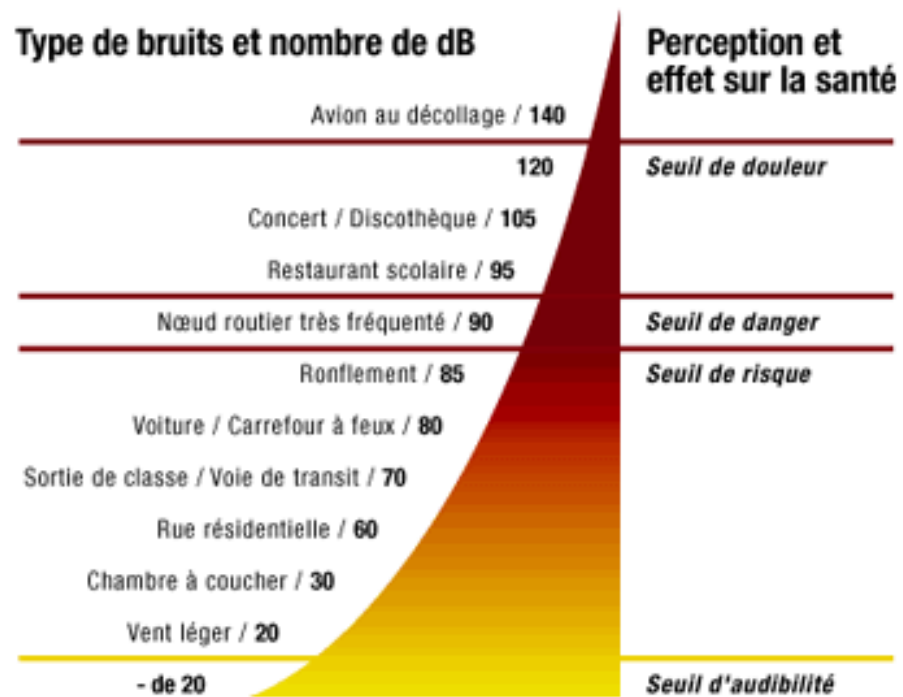
Lors d'une autre étude, on pourrait imaginer que puisque la protection des patients contre le bruit est définie comme étant soin, il est possible d'envisager que son application à grande échelle pourrait avoir des effets significatifs sur la consommation de traitements tels les anxiolytiques et hypnotiques.

Des réponses économiques qui dépassent le rôle infirmier pourraient être ajoutées à la liste des solutions pour restreindre les nuisances sonores : l'architecture et le choix des matériaux isolants lors de la construction ou la rénovation d'un hôpital jouent sur la propagation du bruit en son sein. Les surfaces murales lisses favorisent la réverbération des sons, les faibles épaisseurs des murs permettent le passage des bruits d'une chambre à l'autre...

L'avenir du sujet abordé dans ce mémoire passe par une décision de la Haute Autorité de Santé (HAS), qui donne, depuis le 21 janvier 2011, une autre dimension au problème en qualifiant de maltraitance « ordinaire » les comportements professionnels en lien avec une pollution sonore. L'HAS a d'ores et déjà pris en compte ces notions dans le cadre de la nouvelle procédure de certification des établissements de santé (certification V2010).

Annexes :

Annexe 1:



Annexe 2:

Arrêté du 25 avril 2003 relatif à la limitation du bruit dans les établissements de santé.

NOR: DEVP0320067A

Version consolidée au 28 mai 2003

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer, la ministre de l'écologie et du développement durable et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu la directive 98/34/CE du Parlement européen et du Conseil du 22 juin 1998 prévoyant une procédure d'information dans le domaine des normes et réglementations techniques et des règles relatives aux services de la société de l'information, et notamment la notification n° 2001/523/F ;

Vu le code de la construction et de l'habitat, et notamment ses articles R. 111-23-1, R. 111-23-2 et R. 111-23-3 ;

Vu le code de l'urbanisme, et notamment son article L. 147-3 ;

Vu le code du travail, et notamment son article R. 235-2-11 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'environnement, et notamment ses articles L. 571-1 à L. 571-25 ;

Vu le décret n° 95-20 du 9 janvier 1995 pris pour l'application de l'article L. 111-11-1 du code de la construction et de l'habitation et relatif aux caractéristiques acoustiques de certains bâtiments autres que d'habitation et de leurs équipements ;

Vu le décret n° 95-408 du 18 avril 1995 relatif à la lutte contre les bruits de voisinage ;

Vu l'arrêté du 30 mai 1996 relatif au classement des infrastructures de transports terrestres et à l'isolement acoustique des bâtiments d'habitation dans les secteurs affectés par le bruit ;

Vu l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France en date du 20 novembre 2001 ;

Vu l'avis du Conseil national du bruit en date du 25 mai 2000 et du 17 avril 2003

Article 1

Conformément aux dispositions des articles R. 111-23-2 du code de la construction et de l'habitation et L. 147-3 du code de l'urbanisme, le présent arrêté fixe les seuils de bruit et les exigences techniques applicables aux établissements de santé régis par le livre Ier de la partie VI du code de la santé publique Il s'applique aux bâtiments neufs ou parties nouvelles de bâtiments existants.

Article 2

L'isolement acoustique standardisé pondéré, $D_{nT,A}$, exprimé en dB, entre les différents types de locaux doit être égal ou supérieur aux valeurs indiquées dans le tableau ci-après.

(Tableau non reproduit, voir JO du 28/05/2003 page 9105).

La porte entre les cabines de déshabillage et les cabinets de consultation devra avoir un indice d'affaiblissement acoustique pondéré $RA = R_w + C$ supérieur ou égal à 35 dB.

Article 3

La constitution des parois horizontales, y compris les revêtements de sol, et des parois verticales, doit être telle que le niveau de pression pondéré du bruit de choc standardisé,

L'nT,w, du bruit perçu dans un local autre qu'une circulation, un local technique, une cuisine, un sanitaire ou une buanderie ne dépasse pas 60 dB lorsque des chocs sont produits sur le sol des locaux extérieurs à ce local, à l'exception des locaux techniques, par la machine à chocs normalisée.

Article 4

Le niveau de pression acoustique normalisé, L_{nAT}, du bruit engendré dans un local d'hébergement par un équipement du bâtiment extérieur à ce local ne doit pas dépasser 30 dB(A) en général et 35 dB(A) pour les équipements hydrauliques et sanitaires des locaux d'hébergement voisins.

Le niveau de pression acoustique normalisé, L_{nAT}, du bruit transmis par le fonctionnement d'un équipement collectif du bâtiment ne doit pas dépasser les valeurs suivantes :

- dans les salles d'examens et de consultations, les bureaux médicaux et soignants, les salles d'attente : 35 dB(A) ;
- dans les locaux de soins : 40 dB(A) ;
- dans les salles d'opérations, d'obstétrique et les salles de travail : 40 dB(A).

Article 5

Les valeurs des durées de réverbération, exprimées en seconde, à respecter dans les locaux sont données dans le tableau ci-après. Elles correspondent à la moyenne arithmétique des durées de réverbération dans les intervalles d'octave centrés sur 500, 1 000, et 2 000 Hz. Ces valeurs s'entendent pour des locaux normalement meublés et non occupés.

(Tableau non reproduit, voir JO du 28/05/2003 page 9105).

Article 6

L'aire d'absorption équivalente des revêtements absorbants dans les circulations communes intérieures des secteurs d'hébergement et de soins doit représenter au moins le tiers de la surface au sol de ces circulations. L'aire d'absorption équivalente A d'un revêtement absorbant est donnée par la formule : $A = S \times \alpha_w$ où S désigne la surface du revêtement absorbant et α_w son indice d'évaluation de l'absorption.

Article 7

L'isolement acoustique standardisé pondéré contre les bruits de l'espace extérieur, D_{nT,A,tr}, des locaux d'hébergement et de soins vis-à-vis des bruits extérieurs ne doit pas être inférieur à 30 dB. En outre, la valeur de l'isolement acoustique standardisé pondéré D_{nT,A,tr} des locaux d'hébergement et de soins vis-à-vis des bruits des infrastructures de transports terrestres est la même que celle imposée aux bâtiments d'habitation aux articles 5, 6, 7 et 8 de l'arrêté du 30 mai 1996 susvisé. Dans les zones définies par le plan d'exposition aux bruits des aéroports, au sens de l'article L. 147-3 du code de l'urbanisme, l'isolement acoustique standardisé pondéré D_{nT,A} des locaux d'hébergement et de soins est le suivant :

- en zone A : 47 dB ;
- en zone B : 40 dB ;

- en zone C : 35 dB.

Article 8

Les limites énoncées dans les articles 2, 3, 4 et 7 s'entendent pour des locaux de réception ayant une durée de réverbération de référence de 0,5 seconde à toutes les fréquences.

L'isolement acoustique standardisé pondéré au bruit aérien $D_{nT,A}$ entre deux locaux est évalué selon la norme NF EN ISO 717-1 (indice de classement S 31-032-1) comme étant égal à la somme de l'isolement acoustique standardisé pondéré $D_{nT,w}$ et du terme d'adaptation C.

L'isolement acoustique standardisé pondéré, $D_{nT,A,tr}$, contre les bruits de l'espace extérieur est évalué selon la norme NF EN ISO 717-1 (indice de classement S 31-032-1) comme étant égal à la somme de l'isolement acoustique standardisé pondéré, $D_{nT,w}$, et du terme d'adaptation Ctr. Le niveau de pression pondéré du bruit de choc standardisé, $L'_{nT,w}$, est évalué selon la norme NF EN ISO 717-2 (indice de classement S 31-032-2).

En ce qui concerne les bruits d'équipement, le niveau de pression acoustique normalisé, L_{nAT} , est évalué selon la norme NF S 31-057. L'indice d'évaluation de l'absorption, α_w , d'un revêtement absorbant est défini dans la norme NF EN ISO 11654 (indice de classement S 31-064) portant sur l'évaluation de l'absorption acoustique des matériaux utilisés dans le bâtiment. La durée de réverbération d'un local, T_r , est mesurée selon la norme NF S 31-057.

Article 9

Les dispositions du présent arrêté sont applicables à tout établissement de santé ayant fait l'objet d'une demande de permis de construire ou d'une déclaration de travaux relatifs aux surélévations de bâtiments d'établissements de santé existants et aux additions à de tels bâtiments, déposée à compter de six mois après la publication au Journal officiel de la République française du présent arrêté.

Article 10

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, le directeur général de la santé, le directeur général des collectivités locales, le directeur général de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction et le directeur de la prévention des pollutions et des risques sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

La ministre de l'écologie et du développement durable, pour la ministre et par délégation : Le directeur de la prévention des pollutions et des risques, P. Vesseron. Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales. Pour le ministre et par délégation : Le directeur général des collectivités locales, D. Bur. Le ministre de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer. Pour le ministre et par délégation : Le directeur général de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction, F. Delarue. Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Pour le ministre et par délégation : Le directeur du cabinet, L.-C. Viossat.

TABLEAU III

**Distances parcourues par les infirmières
pour un poste en fonction de la longueur
des services, des trajets principaux et de l'horaire**

	Médecine	Pneumologie	Réanimation pédiatrique	Gériatrie	Orthopédie	Réanimation cardiologique	Urgences	Cardiologie	Hématologie	Rhumatologie
Longueur fonctionnelle à l'intérieur du service (en m)	?	109	31	129	115	44 pharm.	45	73	92	49
Trajet poste infirmier-chambre (en m)	42	16	0	25	29	10	16	24	16	41
Distance parcourue (en km) par l'infirmière :										
du matin	6		2,5	7	5	6	6,5*	7*	4	18
de l'après-midi	9*	6* en 3 ^h	5	6*	4	5 en 5 ^h	6	6,5	5	7
de nuit	6	6	7		4		3	3	4	4

* existence de trajets hors service.

Annexe 4 :

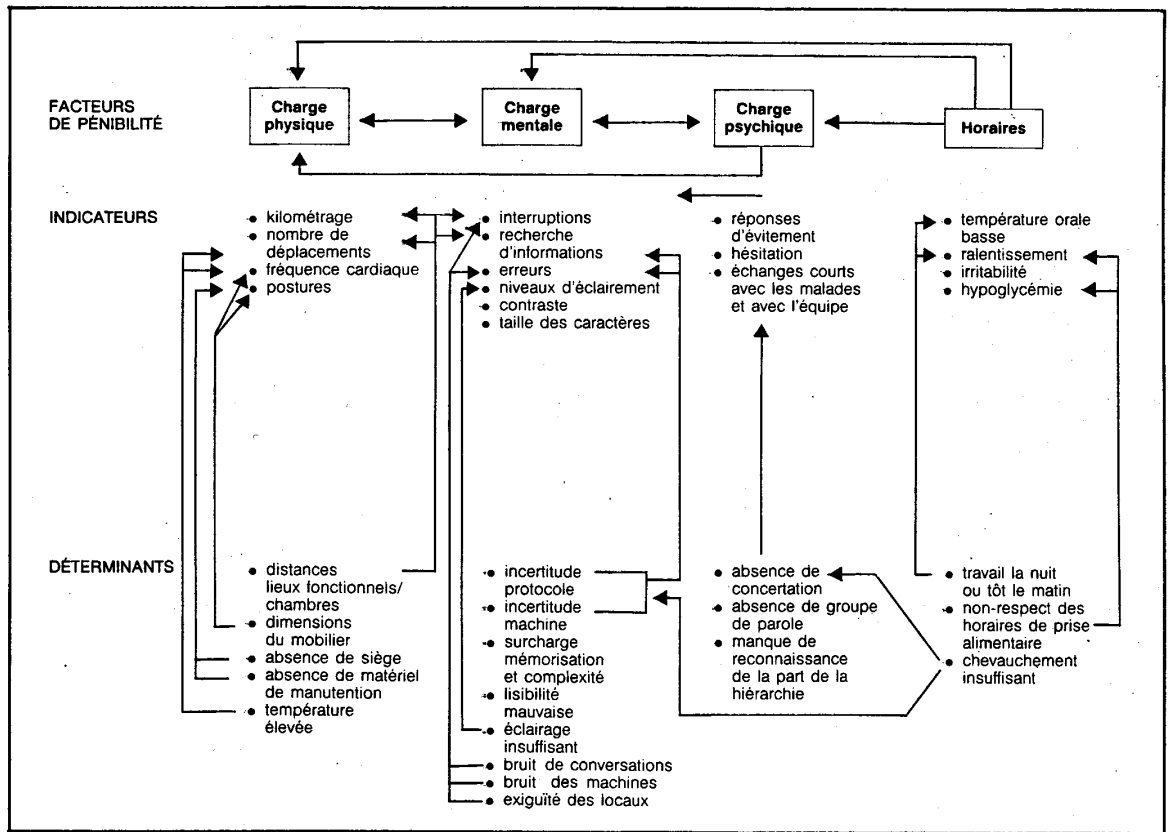
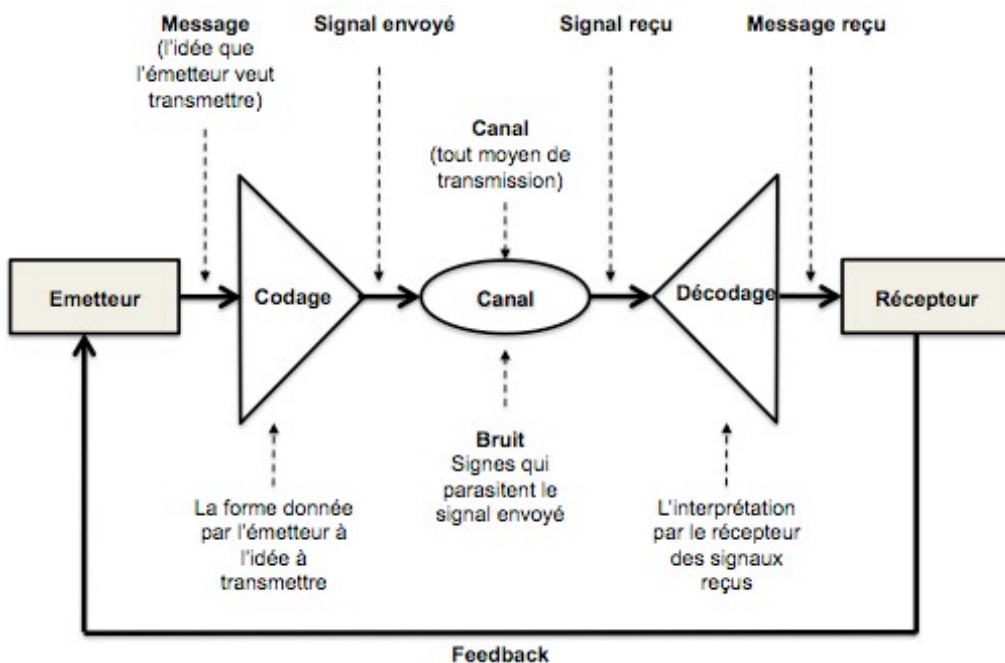


Fig. 1. Interrelations de la charge physique et de l'ensemble des contraintes du travail du personnel soignant.

Annexe 5 :



Annexe 6 :

Grille d'entretiens semi-directifs à l'attention des membres du personnel d'un service hospitalier

Remarques lues en préambule de tous les entretiens :

Je suis étudiant infirmier en troisième année. Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je réalise une recherche théorique nécessitant une confrontation avec les réalités de l'exercice de la profession infirmière. Dans ce but, je vous propose un entretien semi directif d'une durée d'environ 20 minutes, me permettant d'exploiter votre ressenti ainsi que votre vécu professionnel. Le contenu de cet entretien sera enregistré avec votre accord mais restera anonyme et confidentiel. Il sera exploité uniquement dans le cadre de mes recherches. Je vous remercie de votre participation à mon travail.

- 1- Pourriez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
 - Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ?

- 2- Connaissez-vous les incidences des nuisances sonores sur la convalescence des patients?
 - Pensez-vous que l'hôpital soit un lieu de repos favorisant le rétablissement des patients?

- 3- Quels sont, selon vous, les moments de la journée les plus bruyants à l'hôpital ?
 - Selon vous est-ce que ces moments sont les mêmes pour les soignants et les patients ?

- 4- Vous sentez-vous impliqué(e) au quotidien dans la prise en charge des ambiances sonores à l'hôpital ?
 - Est-ce que les patients vous demandent souvent de laisser leur porte ouverte, par exemple ?
 - Quelles actions vous est il possible de mettre en œuvre quotidiennement ?

5- Pensez-vous que les nuisances sonores influent sur votre travail au quotidien ?

- Êtes-vous souvent dérangé(e) pendant vos soins ?
- Vous arrive-t-il d'entendre les bruits des alarmes du service alors que vous êtes chez vous ?
- Êtes-vous sujet aux migraines, ou à des troubles du sommeil ?

Annexe 7 :

Madame, Monsieur,

Je suis étudiant en soins infirmiers 3^{ème} année, je réalise mon travail de fin d'études **sur « l'incidence des bruits à l'hôpital »**. Dans le cadre de ce travail, je vous suis très reconnaissant de bien vouloir répondre à ce questionnaire qui me permettra de compléter mes recherches.

Ce questionnaire respecte l'anonymat.

Vous êtes : un homme une femme

Quel est votre âge ?.....

1. Est-ce votre première hospitalisation ? Oui Non
 2. Depuis combien de jours êtes-vous hospitalisé(e) dans ce service ?
.....
.....
 3. Etes-vous habituellement sensible aux bruits qui vous entourent ? Oui Non
 4. L'hôpital est il, selon vous, un lieu propice au repos et à la convalescence ? Oui Non
 5. Trouvez-vous qu'il y ait beaucoup de bruits dans le service où vous êtes hospitalisé(e) ? Oui Non
 6. Quelles sources de bruits avez-vous constatées depuis votre entrée dans le service ?
 - Les patients et leurs familles
 - Le personnel soignant
 - Le matériel médical (alarmes, appareils électroniques...)
 - Le matériel d'entretien
 7. Quel est selon vous le ou les horaire(s) le(s) plus bruyant(s) ?.....
.....
.....
 8. Pensez vous que ces bruits nuisent au rétablissement de votre santé ? Oui Non
 9. Trouvez-vous que ces bruits :
 - Engendrent du stress ? Oui Non
 - Perturbent votre sommeil ? Oui Non
 - Sont rassurants ? Oui Non
 - Sont utiles aux équipes soignantes ? Oui Non
 10. Souhaitez-vous régulièrement que votre porte de chambre reste ouverte ? Oui Non
- Commentaires :.....

.....
11. Utilisez-vous vous-même une source de bruit régulière (téléphone, télévision, radio) ? Oui

Non

12. Pensez-vous être vous-même une source de bruit pour votre entourage actuel ? Oui Non

13. Avez-vous déjà fait part d'un problème de bruits auprès d'un membre du personnel ? Oui

Non

14. Quelles propositions feriez-vous pour permettre de limiter les bruits à l'hôpital ?

.....
.....
.....
.....

Bibliographie

- L'aide-soignante N°58 de juin 2004 – « le bruit dans tous ses états ».
- Le Monde « des effets psychologiques réels mais difficiles à mesurer »– 02 mars 2011.
- C'est pas sorcier « le bruit » - Le magazine de la découverte et de la science – France3 production.
- Soins en Gérontologie N°57 Janvier/février 2006 l'altération des cinq sens « De l'écoute de l'hôpital » à sa gestion sonore.
- PasseportSanté.net Jean-Benoît LEGAULT « Top bruyants les hôpitaux ? ».
- Moins de bruit ! Je dors Michaëla PAILLARD cadre de santé, dermatologie Hôpital Ambroise Paré Paris- Th 704 – Juillet-Août 2007.
- La privation de sommeil et ses conséquences métaboliques.
- INRS : « Etude de la charge physique du personnel soignant » M.Estryn-Behar et JP Fouillot.
- INRS : « Etude de la charge mentale et approche de la charge psychique du personnel soignant » M.Estryn-Behar et JP Fouillot.
- [LIFE](#) - Mardi 26 avril 2011- Hôpital : le bruit facteur d'erreurs médicales ?
- CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique) N°204 Janvier 2007 « Halte au bruit ».
- Le Robert, [Dictionnaire des citations du monde entier](#), [Montreynaud](#) F., 2009
- Ma santé naturelle.com « Le rôle du stress dans la douleur ».
- Le site de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : <http://www.who.int/fr/>
- www.wikipedia.com
- <http://www.larousse.fr/>
- http://www.id2sorties.com/sorties/765821_les-mefaits-du-bruit.aspx
- <http://www.dossierfamilial.com/logement/droits-demarches/reagir-face-a-un-voisin-trop-bruyant,2288>
- <http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Nouvelles/Fiche.aspx?doc=2005011202>
- www.sante.gouv.fr
- www.has-sante.fr

