

MOTS-CLÉS : APPAREILS PERSONNELS ÉLECTRONIQUES, DISTRACTION, SOURCES DE DISTRACTION, SALLE D'OPÉRATION.

DISTRACTION ÉLECTRONIQUE EN SALLE D'OPÉRATION : UN GRAVE PROBLÈME DE SÉCURITÉ

Auteurs : Jagroop S. Saran¹ M.D. et Peter J. Papadacos² M.D., F.C.C.P., F.C.C.M., F.A.A.R.C.

Affiliations : ¹Associé, médecine de soins intensifs, département d'anesthésiologie et de médecine périopératoire, Faculté de médecine et de dentisterie de l'Université de Rochester, Rochester, New York, É.-U.

²Professeur d'anesthésiologie et de médecine périopératoire, chirurgie, neurologie, neurochirurgie, Faculté de médecine et de dentisterie de l'Université de Rochester, Rochester, New York, É.-U.

Manuscrit original soumis en anglais et traduit vers le français par Jocelyne Demers-Owoka, Ideal Translation.

Une version de cet article a été présentée lors de la 25e Conférence nationale de l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AII SOC) qui a eu lieu du 30 avril au 4 mai 2017 à Niagara Falls, ON.

RÉSUMÉ

Au cours de la dernière décennie, nous avons constaté une augmentation de l'utilisation et de la disponibilité des appareils électroniques, notamment des ordinateurs et des appareils personnels électroniques, dans les milieux de soins de santé. Les hôpitaux ont considérablement investi dans des dossiers médicaux électroniques (DME) et se sont assurés de la disponibilité de réseaux Wi-Fi et cellulaire partout au sein de leur établissement. Il reste à voir si cette accessibilité accrue a entraîné une amélioration pour la sécurité des patients ou si elle a contribué à réduire les erreurs médicales. Par contre, elle a engendré un nouveau problème imprévu qui pourrait avoir des répercussions sur la sécurité des patients et le professionnalisme des employés.

La salle d'opération (SOP) est un environnement complexe qui évolue rapidement où s'effectuent une grande quantité de tâches cognitives nécessitant du travail d'équipe et de la communication entre les membres des équipes et la technologie. Les distractions,

aussi minimes soient-elles, peuvent provoquer des erreurs qui pourraient être nuisibles aux patients. Dans ce bref compte rendu, les auteurs discuteront des sources possibles de distractions en salle d'opération, ils examineront quelques méthodes pour aborder ce problème et souligneront des façons de réduire les distractions électroniques.

INTRODUCTION

La prestation de soins de santé modernes va de pair avec l'utilisation et l'acceptation de la toute dernière technologie. Des bureaux de médecins de première ligne, aux salles d'opération en passant par les services de soins intensifs les plus sophistiqués, on constate la prolifération des appareils électroniques, notamment des ordinateurs, des ordinateurs portatifs ou d'autres appareils mobiles sans fil. Les hôpitaux tout comme les cliniques de patients externes ont dépensé des milliards de dollars pour introduire les dossiers médicaux électroniques (DME) dans l'espoir de réduire les erreurs

La dernière décennie a observé une prolifération de ces appareils, comme les téléphones intelligents et les tablettes, au sein de notre société.

médicales et d'accroître la sécurité des patients. À l'origine, les DME étaient seulement disponibles sur les ordinateurs ou les ordinateurs portatifs, mais ils sont dorénavant disponibles sur les appareils personnels électroniques, comme les tablettes et les téléphones cellulaires. Il reste à voir si cette accessibilité accrue a entraîné une amélioration pour la sécurité des patients ou si elle a contribué à réduire les erreurs médicales. Par contre, elle a engendré un nouveau problème imprévu qui pourrait avoir des répercussions sur la sécurité des patients et le professionnalisme des employés.

Le terme « distracted doctoring » (distraction des médecins) a été inventé par Matt Richtel dans un article¹ qui a fait la manchette du New York Times en 2011 à la suite d'un éditorial paru plus tôt cette année-là dans *Anesthesiology News*. L'article a été largement couvert par les médias et a amené ce problème à l'avant-plan pour plusieurs. L'année suivante, l'organisme Emergency Care Research Institute (ECRI) a identifié pour la toute première fois les distractions provenant des téléphones intelligents et d'autres appareils mobiles parmi les 10 plus importants risques sanitaires liés à la technologie.²

La salle d'opération (SOP) est un environnement complexe qui évolue rapidement où s'effectuent une grande quantité de tâches cognitives nécessitant du travail d'équipe et de la communication entre les membres des équipes et la technologie. Les distractions, aussi minimes soient-elles, peuvent provoquer des erreurs qui pourraient être nuisibles aux patients.

L'étude des distractions dans le milieu des soins de santé, y compris en salle d'opération, s'est développée au cours des 10 à 15 dernières années. De nombreux enquêteurs provenant de divers milieux poursuivent actuellement leurs efforts de recherche pour examiner le rôle des distractions et mettre à l'essai des méthodes pour limiter leurs effets.

Dans ce bref compte rendu, nous discuterons des sources possibles de distractions en salle d'opération, nous

examinerons quelques méthodes pour aborder ce problème et nous terminerons avec des suggestions pour réduire les distractions électroniques.

Le besoin de se distraire

De nos jours, les professionnels de la santé sont surchargés de multiples demandes et n'ont souvent pas assez de temps pour y répondre. Ils subissent la pression constante de voir davantage de patients, de les voir plus rapidement et de documenter plus d'information dans les DME, ce qui peut prendre beaucoup de temps. Plusieurs études sociologiques ont examiné comment le fait de travailler au sein de tels environnements mène à une augmentation du stress et de l'inattention et surtout, à une distraction accrue.^{3,4}

La distraction devient un mécanisme d'adaptation comme conséquence du stress et finit par se développer en une dépendance.⁵ La nouvelle technologie sous forme d'appareils personnels électroniques, comme les téléphones intelligents et les tablettes, ont fourni des débouchés additionnels pour cette dépendance. Ces appareils sont facilement accessibles et servent d'exutoire à la distraction permettant aux utilisateurs d'évacuer leur stress – en vérifiant leurs courriels, messages textes, le tout dernier billet de blogue, les manchettes dans les médias ou le tout dernier tweet.

Les appareils personnels électroniques et les médias sociaux

Au cœur du problème lié à la distraction des médecins (distracted doctoring) se trouve l'engouement de notre société pour les appareils personnels électroniques. La dernière décennie a observé une prolifération de ces appareils, comme les téléphones intelligents et les tablettes, au sein de notre société. Ces derniers ont considérablement modifié notre façon de communiquer. Il s'est produit un changement important où la communication verbale face à face a été reléguée au second plan pour mettre de l'avant les interactions à l'aide d'appareils.

La distraction des médecins (distracted doctoring) est un phénomène reconnu relativement récent et de nouvelles recherches sont en cours dans ce domaine.

L'impact des appareils personnels électroniques et la capacité de l'Internet de tous nous connecter par le biais des médias sociaux peuvent s'observer dans tout ce qui nous entoure. On n'a qu'à regarder autour pour voir que la majorité des personnes en transport en commun, dans les centres commerciaux et dans tout endroit public tient un appareil personnel électronique. Les professionnels de la santé et les hôpitaux ne sont pas à l'abri de ce phénomène. En regardant dans les couloirs d'un hôpital, dans les unités de soins intensifs et dans les salles d'opération, vous verrez du personnel en train de consulter leur appareil personnel électronique.

Les sites de médias sociaux, comme Facebook, Instagram, Pinterest, LinkedIn et Twitter possèdent des millions d'utilisateurs. Un rapport de 2016 du Pew Research Center a signalé que jusqu'à 68 % des adultes américains sont sur Facebook, 28 % sont sur Instagram, 26 % utilisent Pinterest, 25 % sont sur LinkedIn et 21 % utilisent Twitter. Le lieu de travail n'a pas été épargné par les effets liés à la hausse de l'utilisation des médias sociaux. Jusqu'à 40 % des travailleurs américains mentionnent utiliser les médias sociaux pour des raisons personnelles au travail et ce pourcentage tombe à 30 % si les employeurs ont mis en place des politiques relativement à l'utilisation des médias sociaux. Parmi ces derniers, 34 % utilisent les médias sociaux pour prendre une pause mentale de leur travail et 27 % pour se connecter à leur famille et leurs amis durant leur travail.⁶

De même, un peu plus de 22 millions de Canadiens sont actifs sur les médias sociaux où 75 % d'entre eux utilisent Facebook et YouTube. Twitter compte 7,5 millions d'utilisateurs canadiens et Instagram en compte 8,5 millions. En 2016, les Canadiens ont passé en moyenne 107 minutes par jour à accéder aux réseaux sociaux.⁷

Des leçons tirées de la distraction au volant

La distraction des médecins (distracted doctoring) est un phénomène reconnu

relativement récent et de nouvelles recherches sont en cours dans ce domaine. Toutefois, une grande partie de cette recherche a été menée durant plusieurs décennies dans le domaine de la distraction au volant. Cette recherche s'applique de bien des façons au problème des distractions électroniques dans le milieu des soins de santé et nous pouvons en tirer beaucoup. La littérature sur la distraction au volant consigne quelques exemples remarquables des effets de la distraction au volant. Par exemple, une étude a comparé des conducteurs sobres utilisant un téléphone mains libres à des conducteurs aux facultés affaiblies par l'alcool ayant un taux d'alcoolémie près de la limite permise. Cette étude a conclu que les conducteurs qui étaient intoxiqués par l'alcool étaient plus attentifs à la route que les conducteurs utilisant un téléphone mains libres.⁸

D'autres chercheurs ont utilisé la neuroimagerie, comme l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf), afin d'évaluer le débit sanguin cérébral, qui est utilisé comme un indicateur de substitution de l'activité cérébrale. Just et ses collègues⁹ ont demandé à des participants de conduire un véhicule le long d'une route virtuelle sinueuse soit sans distraction soit en écoutant de phrases parlées qu'ils devaient juger comme étant vraies ou fausses. Ils ont découvert des variations du débit sanguin cérébral dans les zones du cerveau associées à la visualisation de la route et à la prise de décisions vers des zones associées à l'écoute et au parler lorsqu'un conducteur doit écouter et parler tout en conduisant. Ces conclusions démontrent que les ressources mentales s'éloignent de la conduite et que cela entraîne la détérioration de la performance de conduite même si le conducteur ne tient pas ou ne compose aucun numéro à l'aide d'un téléphone.

Ce n'est donc pas surprenant que le National Safety Council des États-Unis rapporte que l'utilisation du téléphone cellulaire en conduisant entraîne chaque année 1,1 million d'accidents et que près de 341 000 blessures surviennent chaque

année en raison d'accidents causés par les textes au volant.¹⁰ Dans le même ordre d'idées, l'Ontario a signalé qu'en 2013, une personne avait été blessée toutes les demi-heures en raison de collisions dues à de la distraction au volant et que les décès dus aux collisions causées par de la distraction au volant avaient doublés depuis 2000.¹¹

Les implications d'une décennie de recherche portant sur les distractions au volant sont évidentes et tout aussi préoccupantes lorsqu'on les applique au milieu des soins de santé. Si le fait de parler peut distraire une personne d'une tâche relativement simple et entraîner des conséquences possiblement fatales, des distractions semblables au sein d'un environnement à risque élevé et hautement complexe, comme la salle d'opération, ont une incidence importante sur la sécurité des patients et les résultats pour ces derniers.

Exemples de distractions

Il existe de nombreux exemples ayant des résultats quelque peu comiques de personnes distraites par leur téléphone cellulaire. En 2011, une femme aurait envoyé un message texte à son copain tout en marchant dans un centre commercial, lorsqu'elle aurait omis de voir une fontaine directement devant elle. Elle aurait trébuché par-dessus le mur de soutènement dans la fontaine.¹² Une vidéo de cet incident a été filmée par les caméras de sécurité et demeure tristement célèbre grâce à YouTube.¹³ De même, une autre femme qui marchait sur un quai à South Bend, en Indiana, est tombée dans l'eau en utilisant son téléphone pour texter. Son mari et un passant ont dû la repêcher.¹⁴

Les sources de distraction en SOP

Il existe plusieurs sources de distraction tant intrinsèques qu'extrinsèques en salle d'opération. Parmi les exemples de distractions intrinsèques, notons : les bruits et les alarmes provenant de l'équipement chirurgical et d'anesthésie, la communication nécessaire entre le personnel de la salle d'opération (chirurgiens, anesthésiologistes,

infirmières, techniciens, etc.) et les changements de quarts de travail du personnel. Les sources extrinsèques incluent les téléphones cellulaires, les téléavertisseurs, les ordinateurs, les appareils personnels électroniques, les appels de l'extérieur de la salle d'opération, la communication qui n'est pas pertinente au cas et les visiteurs et la circulation dans la salle d'opération.

Les appareils personnels électroniques utilisés pour faire des appels téléphoniques, envoyer des messages textes, consulter les médias sociaux, les courriels et d'autres formes de communication électronique constituent une source croissante de distraction. L'envie de vérifier constamment les appareils personnels électroniques commence maintenant à être reconnue comme une dépendance.¹⁵

L'utilisation des appareils personnels électroniques en milieu de soins de santé

En cette ère électronique, avec la disponibilité de réseaux Wi-Fi et cellulaire dans les hôpitaux, il n'existe plus aucune frontière ou limite physique entre les moments réservés au travail et à soi-même. Une étude alarmante a conclu que plus de la moitié (55,6 %) des perfusionnistes ont admis utiliser un téléphone intelligent à des fins personnelles lors de chirurgies de circulation extracorporelle. Parmi ceux ayant admis avoir utilisé leur téléphone, 49,2 % ont envoyé des messages textes, 21 % ont consulté leurs courriels, 15,1 % ont consulté l'Internet et 3,1 % ont fait des publications sur les sites Web de médias sociaux.^{16,17} Étonnamment, dans cette même étude, 78,3 % des perfusionnistes interrogés ont avoué être inquiets que l'utilisation des appareils personnels électroniques utilisés à des fins personnelles durant ce type d'intervention puisse présenter un risque potentiel important pour la sécurité des patients. Dans une autre étude, il s'est avéré que 54 % des résidents en anesthésie et des infirmières-anesthésistes certifiées accédaient à leur ordinateur en salle d'opération même s'ils se savaient observés.¹⁸

Tableau 1 : Questionnaire CAGE modifié de l'Université de Rochester

Question	Point
C Avez-vous déjà ressenti le besoin de réduire l'utilisation de votre appareil personnel électronique?	1
A Est-ce que des personnes vous ont agacé en critiquant votre utilisation de votre appareil personnel électronique?	1
G Vous êtes-vous déjà senti coupable de la surutilisation de votre appareil personnel électronique au travail?	1
E Est-ce votre appareil personnel électronique est la première chose que vous prenez le matin? (révélateur)	1

Le questionnaire CAGE (acronyme pour « Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener » ou réduire, agacé, coupable, révélateur) est un outil très validé, utilisé dans le domaine de l'alcoolisme.¹⁹ À l'Université de Rochester, les auteurs ont utilisé un questionnaire CAGE modifié dans lequel l'alcool était remplacé par les appareils personnels électroniques (voir Tableau 1)¹⁵ afin de sonder le public lors de réunions locales et nationales. Les résultats du sondage ont suggéré qu'une tendance générale se dégagait à savoir que les jeunes sont plus susceptibles d'obtenir un résultat plus élevé au questionnaire CAGE. Un résultat de 2 ou plus peut être utilisé pour identifier les professionnels de la santé qui pourraient bénéficier d'une aide supplémentaire quant à la prévention de la distraction provenant des appareils personnels électroniques de façon semblable à un résultat.

Lors d'un sondage récent, réalisé par l'entremise du serveur de liste des directeurs de programmes de base de l'Association d'anesthésiologie, comportant plus de 600 anesthésiologistes, résidents en anesthésiologie et infirmières autorisées certifiées en anesthésie aux États-Uni, les résultats du questionnaire CAGE modifié (Tableau 1) ont conclu que 21 % des répondants avaient un résultat de 2 ou plus.²⁰

Morbidité et mortalité

Des événements indésirables, notamment des décès, associés à l'utilisation des appareils personnels électroniques ont également été signalés. Un patient est resté partiellement paralysé après que le neurochirurgien ait répondu à des appels

personnels avec son casque d'écoute sans fil tout en l'opérant.¹⁸ De plus, un anesthésiologiste de Dallas, qui aurait été sur son téléphone ou son iPad, tout en gérant un patient sous anesthésie, aurait omis de remarquer que le taux d'oxygène dans le sang du patient était faible causant le décès de ce dernier.²¹ Ces exemples peuvent sembler extrêmes ou rares, mais ils illustrent les conséquences fatales de la distraction en milieu périopératoire.

Limiter les distractions en SOP

Énoncés de politique

Au cours des dernières années, plusieurs associations et sociétés ont fini par reconnaître le rôle que les appareils personnels électroniques peuvent avoir sur la distraction en salle d'opération et elles ont publié des énoncés de politique concernant leur utilisation.

Les Normes de l'AIISOC de 2017 stipulent que « les appareils personnels électroniques peuvent distraire l'équipe chirurgicale. Les établissements de soins de santé devraient avoir des politiques en place pour guider l'utilisation des appareils personnels électroniques lorsqu'ils sont nécessaires en salle d'opération (Putnam, 2015). »²² En 2014, l'Association of periOperative Registered Nurses (AORN) a mis à jour son énoncé de position sur la gestion des distractions et du bruit lors des soins périopératoires aux patients afin d'y inclure les appareils personnels électroniques.²³

En 2015, la Société américaine des anesthésiologistes (ASA) a émis un énoncé sur les distractions. Même si ce

dernier ne mentionne pas spécifiquement les appareils personnels électroniques, il rappelle aux anesthésiologistes qu'ils ont « ... une obligation professionnelle de minimiser le risque de distractions évitables ou inévitables qui pourraient détourner leur attention des soins qu'ils apportent à leurs patients. »²⁴

En 2016, l'American College of Surgeons (ACS) a publié une déclaration sur les distractions en salle d'opération qui reconnaissait les appareils personnels électroniques comme des sources de distractions et il a proposé des réflexions pour les utiliser de façon appropriée.²⁵ L'ACS a reconnu qu'une utilisation indisciplinée des téléphones intelligents en salle d'opération par les chirurgiens ou les autres membres de l'équipe chirurgicale pouvait constituer une distraction et compromettre les soins au patient. L'énoncé de politique incluait 10 considérations pour l'utilisation du téléphone intelligent en SOP qui comprenaient seulement les communications extérieures urgentes ou nouvelles lors d'une intervention, arrêter les sonneries, faire suivre les appels entrants au bureau de la SOP ou vers un téléphone câblé de la SOP.

Politiques des hôpitaux

Il n'existe que très peu d'informations lorsqu'il s'agit des politiques individuelles des hôpitaux concernant l'utilisation des téléphones intelligents. Les politiques des hôpitaux, si elles existent, sont souvent inconnues du personnel de salle d'opération ou encore leur application varie.

Poste de pilotage stérile

Il existe de nombreuses comparaisons qui ont été faites entre le monde de l'aviation et les soins de santé. L'une des stratégies empruntées à l'aviation a été le concept d'un « poste de pilotage stérile ». En aviation, ce protocole se réfère aux périodes critiques à risque élevé comportant une charge de travail mental élevée qui inclut la circulation au sol, le décollage, l'atterrissage et le vol sous les 10 000 pieds. Pendant cette période, toutes les communications dans le poste

de pilotage sont limitées à l'information seulement nécessaire pour piloter l'avion. Toute autre source de distraction, comme manger, consulter des documents écrits non pertinents ou toute autre activité qui pourrait distraire un membre de l'équipage est interdite.

Cependant, ce concept ne peut pas entièrement s'appliquer à la salle d'opération. En aviation, il existe des moments bien définis (décollage, atterrissage, circulation au sol, etc.) qui s'appliquent à n'importe quel appareil, plan de vol et équipage du poste de pilotage. En salle d'opération, il n'existe que quelques moments, comme l'étape pause au début d'une chirurgie ou le compte rendu post-opératoire, qui sont communs à toutes les interventions chirurgicales et qui s'appliquent aux professionnels de la santé en salle d'opération. Les moments critiques des différents membres de l'équipe (anesthésiologistes, chirurgiens et infirmières) ne coïncident peut-être pas entre eux. Par exemple, l'induction et le réveil de l'anesthésie générale constituent des moments critiques pour l'anesthésiologiste. Le chirurgien peut quant à lui considérer certaines étapes de la chirurgie comme critique alors que c'est le décompte des instruments qui peut sembler critique pour le personnel infirmier.

Des études se sont penchées afin de déterminer les phases critiques selon le type d'intervention. Un exemple de ce type d'application est les chirurgies de circulation extracorporelle durant lesquelles des événements précis, plutôt que des intervalles de temps, ont été définis comme étant critiques. Les événements critiques qui s'appliquent aux chirurgies de circulation extracorporelle incluaient le fait de s'assurer que le temps de coagulation activé était adéquat, de vérifier le circuit de circulation extracorporelle, de lancer la circulation extracorporelle, de clamper la crosse aortique, d'administrer la cardioplégie, de retirer le clampage de la crosse aortique et d'arrêter la circulation extracorporelle. Cette étude a démontré que les problèmes de communication avaient diminué de 50 %.²⁶

Une étude semblable a examiné une chirurgie de reconstruction mammaire ayant recours à la technique du lambeau perforant de l'artère épigastrique inférieure profonde, où neuf événements critiques ont été identifiés. L'identification des phases, la répartition des tâches pour chaque membre de l'équipe et la normalisation des processus ont mené à des améliorations en matière de communication interdisciplinaire et d'efficacité accrue, ce qui en fin de compte, a engendré une réduction de la durée et des coûts liés aux interventions.²⁷ Cette approche est prometteuse.

Éducation

Des études officielles auprès d'une plus importante population de professionnels de la santé doivent être effectuées pour mieux comprendre et valider la hausse des distractions électroniques et leurs répercussions sur les soins et la sécurité des patients. Les auteurs croient toutefois que la clé pour limiter et modifier ce comportement réside dans l'éducation.

Les éducateurs en matière de soins de santé doivent élaborer un curriculum pour tous les domaines de soins de santé, ce qui comprend les professionnels de tous les secteurs de soins de santé, y compris, mais sans s'y limiter, les médecins, les infirmières, les inhalothérapeutes, les technologues et les perfusionnistes. Ce curriculum devrait être flexible, modifié et personnalisé en fonction de chaque environnement distinct de soins de santé, du bureau aux salles d'opération complexes. De plus, il devrait être axé sur l'identification et la reconnaissance des appareils personnels électroniques comme sources de distraction ayant le potentiel d'être nuisibles aux patients.

En 2012, les auteurs ont élaboré un curriculum au Centre Médical de l'Université de Rochester afin d'aborder le problème croissant de la distraction causée par les appareils personnels électroniques en mettant l'accent sur les avantages potentiels pour la sécurité des patients. Pour ce faire, on a utilisé une série de modules en ligne faisant partie du programme d'orientation de tout le nouveau personnel ayant des tâches

cliniques et des contacts avec les patients. De plus, ces modules font partie du programme annuel de formation en cours d'emploi qui est obligatoire pour que le personnel puisse renouveler ses privilèges cliniques.

CONCLUSION

La salle d'opération est un environnement à risque élevé, complexe et en constante évolution qui nécessite la plus grande attention et de la vigilance de la part du personnel tout en soignant les patients. La recherche a démontré que la distraction peut nuire de manière négative à la sécurité des patients. La prolifération des appareils personnels électroniques et la disponibilité des réseaux Wi-Fi et cellulaire en salles d'opération peuvent potentiellement constituer une forte source de distraction. Même si ces progrès permettent d'accéder rapidement à l'information médicale et clinique, ce qui peut améliorer les soins aux patients, ces mêmes appareils peuvent également servir d'intermédiaire pour accéder aux médias sociaux, lire les courriels personnels et d'autres comportements distrayants. De nombreuses sociétés et associations nationales ont commencé à évoquer ce problème et elles ont publié des énoncés de politique et des lignes directrices.

C'est un problème complexe nécessitant l'apport de tous les intervenants. Les hôpitaux, les établissements et les éducateurs doivent mettre en œuvre des méthodes et des programmes éducatifs afin de renforcer ces programmes à l'intention de tous les employés et étudiants. Grâce à cette éducation, nous espérons que les problèmes de professionnalisme et touchant la sécurité des patients seront abordés et que ce comportement sera modifié grâce aux connaissances et à une prise de conscience de soi-même.

RÉFÉRENCES

1. <http://www.nytimes.com/2011/12/15/health/as-doctors-use-more-devices-potential-for-distraction-grows.html>, consulté le 20 novembre 2017

2. ECRI Institute. Top 10 health technology hazards for 2013. Health Devices Alerts 2012.
3. Charlton BG. The busy shall inherit the earth: the evolution from “hard work” to busyness in modern science and society. *Med Hypotheses*. 2006;67(5):1003–5.
4. Bryan L, Warner-Smith P, Brown P, Fray L. Managing the work-life roller coaster: private stress or public health issue? *Soc Sci Med*. 2007;65(6):1142–53.
5. Brown S. Speed: facing our addiction to fast and faster – and overcoming our fear of slowing down. New York: Berkley Books; 2014. p. 336.
6. <http://www.pewinternet.org/fact-sheet/social-media/>, consulté le 26 novembre 2017
7. <https://www.statista.com/topics/2729/social-networking-in-canada/>, consulté le 26 novembre 2017
8. Strayer D, Drews F, Crouch D. A comparison of the cell phone driver and the drunk driver. *Hum Factors*. 2006;48(2):381.
9. Just MA, Keller TA, Cynkar J. A decrease in brain activation associated with driving when listening to someone speak. *Brain Res*. 2008;1205:70–80.
10. <http://www.nsc.org/DistractedDrivingDocuments/Attributable-Risk-Estimate.pdf>, consulté le 26 novembre 2017
11. <https://www.ontario.ca/page/distracted-driving>, consulté le 26 novembre 2017
12. Revealed: The ‘mortified’ texting shopper who fell in mall fountain... and now she’s suing the security guards who laughed at her. Daily Mail. Peut être consulté à : <http://www.dailymail.co.uk/news/article-1348923/Texting-shopper-fell-mall-fountain-sues-security-guards-laughing.html>.
13. Woman falls into mall while texting. YouTube. Peut être consulté à : <https://www.youtube.com/watch?v=2PrD8sUluVo>.
14. Texting while walking claims another victim: woman falls off pier. Yahoo News. Peut être consulté à : <http://news.yahoo.com/texting-while-walking-claims-another-victim-woman-falls-041406079.html>.
15. Papadakos PJ. The rise of electronic distraction in health care is addiction to devices contributing. *J Anesthe Clinic Res*. 2013; 4:e112
16. Smith T, Darling E, Searles B. 2010 survey on cell phone use while performing cardiopulmonary bypass. *Perfusion*. 2011;26(5):375–80.
17. Smith T (presenter). Commentary on: 2010 survey of cell phone use during cardiopulmonary bypass. *Perfusion*. 2011;26(6):381–382.
18. Papadakos PJ. Electronic distraction: an unmeasured variable in modern medicine. *Anesthesiology News*. 2011;10:37(11).
19. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984;252(14):1905-1907.
20. Soto RG, Neves SE, Papadakos PJ, Shapiro FE. Personal electronic device use in the operating room: A survey of usage patterns, risks and benefits. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*. 2017 Apr 1;34(4):246-7.
21. Nicholson E. Dallas anesthesiologist being sued over deadly surgery admits to texting, reading iPad during procedures. Dallas Observer. 2014. Peut être consulté à : <http://www.dallasobserver.com/news/dallas-anesthesiologist-being-sued-over-deadly-surgery-admits-to-textingreading-ipad-during-procedures-7134970>
22. Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AISOC), Normes de l'AISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires (13e édition avril 2017) section 4 p. 392 norme 4.3.7.
23. Association of periOperative Registered Nurses (AORN). Managing distractions and noise during perioperative patient care. Peut être consulté à : www.aorn.org/-/media/aorn/guidelines/position-statements/posstat-safety-distractions-and-noise.pdf.
24. American Society of Anesthesiologists Committee on Quality Management and Departmental Administration. Statement on Distractions 2015. Peut être consulté à : <http://www.asahq.org/~/-/media/sites/asahq/files/public/resources/standards-guidelines/statement-on-distractions.pdf#search=%22distractions%22>.
25. College’s Committee on Perioperative Care. Statement on distractions in the operating room. *Bull Am Coll Surg*. 2016;101(10): 42–4. 2016 Oct 1. Peut être consulté à : <http://bulletin.facs.org/2016/10/statement-on-distractions-in-the-operating-room/>.
26. Wadhwa RK, Parker SH, Burkhart HM, et al. Is the “sterile cockpit” concept applicable to cardiovascular surgery critical intervals or critical events? The impact of protocol-driven communication during cardiopulmonary bypass. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2010;139(2): 312–9.
27. Lee BT, Tobias AM, Yueh JH, et al. Design and impact of an intraoperative pathway: a new operating room model for team-based practice. *J Am Coll Surg*. 2008;207(6):865–73. 🌸