

Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 31, Issue 4 • Fall 2021
eISSN: 2368-8076



Canadian Association of Nurses in Oncology
Association canadienne des infirmières en oncologie

Évaluation systématique des chutes et du risque de chutes : Sondage sur l'attitude et les perceptions des infirmières cliniques en oncologie

par Schroder Sattar, Kristen R. Haase, Koen Milisen, Diane Campbell, Soo Jung Kim, Haji Chalchal, Cindy Kenis

RÉSUMÉ

Chez les personnes âgées atteintes de cancer, les chutes sont un problème souvent sous-estimé et peu rapporté. La présente étude visait à explorer la volonté des infirmières cliniques en oncologie à évaluer et à dépister systématiquement les chutes dans leur pratique; l'étude examinait également les obstacles perçus à l'évaluation et au dépistage systématique. Les infirmières ont donc été invitées à remplir un sondage en ligne. Les données ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives. La majorité des infirmières ayant répondu ont dit qu'elles accepteraient de poser systématiquement des questions sur les chutes (85,7 %) et de dépister les risques de chutes (73,5 %) chez les personnes âgées. Voici les principales raisons des réticences : conviction que les patients signalent les chutes d'eux-mêmes, manque de temps, pénurie de personnel de soutien. Selon

les résultats de l'étude, beaucoup d'infirmières en oncologie trouvent important d'évaluer et de dépister systématiquement les chutes, et sont d'accord pour l'intégrer à leur pratique bien que, d'habitude, les chutes ne fassent pas automatiquement l'objet de questions ou d'une évaluation. Étant donné les conséquences des chutes sur ces patients vulnérables, la recherche à venir devra explorer les stratégies permettant de surmonter les obstacles auxquels se butent les infirmières.

Mots-clés : chutes, évaluation des chutes, personnes âgées, cancer, infirmière en oncologie

CONTEXTE

Chez les personnes âgées atteintes de cancer, les chutes constituent un problème majeur; elles sont souvent la conséquence des effets de la maladie et des traitements, qui peuvent notamment entraîner une neuropathie périphérique (Jaggi et Singh, 2012; Tofthagen et al., 2012), de la fatigue (Balducci, 2010; Holley, 2002), de la déshydratation et des étourdissements (Hurria et al., 2011), ainsi que de l'ostéoporose causée par la thérapie hormonale (Bylow et al., 2008; Hadji, 2009; Hussain et al., 2010; Poulsen et al., 2019). Les personnes âgées qui tombent ont un risque de blessures de 45 %; un quart de cette proportion subit une fracture (Sattar et al., 2018; Ward et al., 2014). Il y a un retard ou abandon des traitements du cancer dans 1 cas sur 20 (Sattar et al., 2018). Les données probantes montrent aussi que les personnes âgées cancéreuses tombent plus souvent que les autres (Spoelstra et al., 2013); la recherche en sciences infirmières souligne également l'importance de dépister proactivement les risques de chute chez les personnes âgées vivant à domicile (Overcash et Beckstead, 2008; Spoelstra et al., 2010; Spoelstra et al., 2013). Les efforts déployés par les infirmières en oncologie pour évaluer les risques et prévenir les chutes sont mis en évidence dans la littérature (Vonnes et Wolf, 2017), de même que leurs perceptions de ce problème (Tucker et al., 2019); toutefois, ces études ne portent que sur les patients hospitalisés. Les dernières recherches recommandent d'interroger les patients âgés au sujet des chutes à chaque rendez-vous (NICE, 2017; Sattar et al., 2019). Cependant, dans les cliniques d'oncologie externes, ce problème est souvent sous-estimé et peu rapporté (Guerard et al., 2015; Sattar et al., 2018). Dépister systématiquement les chutes dans les cliniques d'oncologie, par exemple par des évaluations et des interventions multifactorielles, pourrait permettre de détecter les patients à risque et de réagir rapidement (AGS/BGS, 2010; NCCN, 2015; NICE, 2017; RNAO, 2018; Sattar et al., 2018; USPSTF, 2018 – voir Grossman et al., 2018).

AUTEURS

Schroder Sattar, inf. aut., Ph.D., Collège des sciences infirmières, Université de la Saskatchewan, Regina, SK

Kristen R. Haase, inf. aut., Ph.D., École des sciences infirmières, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, BC

Koen Milisen, inf. aut., Ph.D., Département de gériatrie, Hôpital universitaire de Louvain, Louvain, Belgique, et Département de santé publique et de soins primaires, Centre universitaire de sciences infirmières et de pratique sage-femme, KU Leuven, Louvain, Belgique

Diane Campbell, inf. aut., Ph.D., Collège des sciences infirmières, Université de la Saskatchewan, Regina, SK

Soo Jung Kim, IP, M.Sc.inf., Service de gériatrie, Centre de cancérologie Memorial Sloan Kettering, New York, États-Unis

Haji Chalchal, M.D., Collège de médecine, Université de la Saskatchewan, Agence du cancer de la Saskatchewan, Regina, SK

Cindy Kenis, inf. aut., Ph.D., Hôpital universitaire de Louvain, Louvain, Belgique

Auteure-ressource : Schroder Sattar, 4400, 4e avenue, bureau 108, Regina (Saskatchewan) S4T 0H8

Schroder.sattar@usask.ca

306-337-3817

Remerciements

L'équipe de recherche aimerait remercier le Dr David Rice d'avoir prêté à la présente étude son expertise en recherche et méthodologie.

Les travaux de Schroder Sattar sont financés par des fonds du Collège des sciences infirmières de l'Université de la Saskatchewan consacrés au recrutement et au maintien des effectifs.

Conflit d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer

DOI:10.5737/23688076314376385

Les outils de dépistage, comme le test chronométré du lever de chaise de Mathias (aussi appelé Timed Up and Go ou TUG) (Podsiadlo et Richardson, 1991), la vitesse de marche (Middleton et al., 2015; Studenski et al., 2011), le test de transfert assis à debout de 30 secondes (Cho et al., 2012; Ikeda et al., 1991; Jones et al., 1999) et la brève batterie de tests de condition physique (aussi appelée Short Physical Performance Battery ou SPPB) (Guralnik et al., 1994) comptent parmi les outils d'évaluation les plus étayés par la recherche (Kim et al., 2017; Lusardi et al., 2017; Middleton et al., 2015; Studenski et al., 2011; Veronese et al., 2014). Pour évaluer la mobilité fonctionnelle, il existe quelques bons outils rapides et simples à utiliser, dont le test de lever de chaise de Mathias (TUG), qui vérifie la mobilité, l'équilibre statique et dynamique, ainsi que les risques de chutes (Podsiadlo et Richardson, 1991), et la vitesse de marche, considérée comme un 6^e signe vital chez les personnes âgées (Middleton et al., 2015) (Guralnik, 2000; Sattar et al., 2019). D'autres outils, comme le test du lever de chaise enchaîné (aussi appelé 5-times Chair Stand) (Bohannon, 1995) et le test de transfert assis à debout de 30 secondes, sont des examens fonctionnels courants servant à détecter la faiblesse des jambes et les risques de chutes. De plus, la brève batterie de tests de condition physique (SPPB), qui combine plusieurs éléments, notamment la marche, l'équilibre et le lever de chaise, est aussi largement employée pour prédire les risques de chutes (Guralnik et al., 2000).

Les infirmières en oncologie sont bien placées pour poser des questions sur les chutes et mesurer la vitesse de marche et l'équilibre afin de dépister les patients à risque qui bénéficieraient d'une évaluation plus approfondie, d'interventions personnalisées ou d'un renvoi vers un spécialiste (Hoppe et al., 2013). En effet, les lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, ou RNAO), mises à jour en 2018, ont élargi leur portée et n'encadrent plus seulement les soins de longue durée et les soins aigus; elles s'étendent maintenant au milieu communautaire (RNAO, 2018). Notons que, pour réussir à mettre en place une évaluation systématique des chutes, il faut d'abord bien comprendre le point de vue des principaux intervenants. Les infirmières en oncologie jouent un rôle déterminant dans l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer; il est donc primordial de savoir comment elles perçoivent les chutes dans cette population, ainsi que les obstacles qui les empêchent d'accepter ou de réaliser les évaluations. C'est pourquoi la présente étude vise à : 1) comprendre l'attitude et les perceptions qu'entretiennent les infirmières en oncologie des cliniques externes au sujet des chutes dans ce groupe de patients; 2) sonder leur volonté d'évaluer les chutes et de dépister systématiquement les patients à l'aide d'outils mesurant la vitesse de marche et l'équilibre; 3) étudier les obstacles perçus à l'évaluation et au dépistage systématique.

MÉTHODOLOGIE

Devis de l'étude et échantillon

L'étude a été réalisée sous forme de sondage en ligne (fourni par l'établissement affilié de la première auteure et diffusé à

l'aide d'une plateforme sécurisée propulsée par SurveyMonkey.ca). Le sondage a été conçu à partir du consensus des experts de l'équipe de recherche. Étaient admissibles à l'étude les infirmières travaillant en clinique d'oncologie externe; celles-ci ont donc reçu une invitation à remplir le sondage.

Procédure de recrutement et consentement

Afin d'élargir la provenance géographique des réponses reçues, le lien du sondage a été envoyé à des organisations partenaires, dont l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO/CANO), la Société européenne de soins infirmiers en oncologie (EONS), l'International Society of Geriatric Oncology – Nursing and Allied Health Group (SIOG-NAH), Comprehensive Cancer Center Consortium for Quality Indicators (C4QI) et Cancer Centers' Collaborative Nurse Sensitive Indicators (C3NSI), afin qu'elles les distribuent à leurs membres (par bulletins d'information, courriels, médias sociaux ou autres). Une page d'information a aussi été créée pour nos collaborateurs et jointe au sondage pour expliquer le but de l'étude et l'utilisation prévue des données. Le fait de remplir et envoyer le sondage constituait un consentement explicite.

Collecte de données

Le sondage, composé de 23 questions, recueillait des données sur les caractéristiques démographiques des répondantes (pays de pratique, années d'expérience en clinique externe d'oncologie), leurs attitudes et croyances, leurs pratiques actuelles d'évaluation et de dépistage des chutes (pour mettre en contexte les réponses reçues), leur volonté d'évaluer et de dépister systématiquement les chutes, et les obstacles perçus à vérifier systématiquement la vitesse de marche et l'équilibre pendant les rendez-vous de suivi en clinique. Le contenu du sondage a été établi à partir de la littérature existante et du consensus des experts (American Geriatrics Society, 2010; Gillespie et al., 2012; Hong et al., 2016; Lusardi et al., 2017; Middleton et al., 2015; NICE, 2017; Podsiadlo et Richardson, 1991; Sattar et al., 2019). Onze questions portaient sur les attitudes et les perceptions à l'égard des chutes et du dépistage, notées sur une échelle de Likert en 5 points allant de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord ». Six questions (au format oui/non) concernaient les pratiques actuelles, la volonté des infirmières à évaluer et dépister systématiquement les chutes, et les obstacles les empêchant de le faire. Si elles répondaient non à la question, les participantes pouvaient donner une explication, notamment sous « Autres », dans l'espace libre permettant de rédiger une réponse ouverte).

Analyse des données

Les données sur les caractéristiques des répondantes et les autres réponses reçues ont été analysées directement dans le système de Survey Monkey à l'aide de statistiques descriptives (nombres et proportions). Les questions à réponse ouverte ont été regroupées par thèmes ou récupérées telles quelles.

Approbation du comité d'éthique

Le Conseil d'éthique de la recherche de l'établissement affilié de la première auteure a approuvé l'étude avant la collecte de données.

RÉSULTATS

Cent quarante-deux infirmières en oncologie ont pris part au sondage, qui a pris en moyenne 6 minutes à remplir. La majorité venait du Canada (57 %), suivi de la Belgique (28 %) et des États-Unis (13 %). Environ 40 % avaient plus de 10 ans d'expérience en oncologie (écart : entre 1 et 35 ans). Près de 75 % avaient pratiqué dans d'autres secteurs que l'oncologie, notamment, pour 52,3 %, dans un milieu où la majorité des patients étaient âgés.

Un peu plus de la moitié (52 %) des répondantes ne posaient pas systématiquement de questions sur les chutes; toutefois, 87 % étaient d'avis qu'il s'agissait d'un problème important chez les patients âgés atteints de cancer. Lorsqu'une chute est signalée, les mesures les plus courantes consistent à s'enquérir des circonstances (97,3 %) et à demander à la personne si elle utilisait un dispositif d'aide à la marche au moment de la chute (81,4 %), à informer l'oncologue de ce qui s'est passé (75,3 %), et à passer en revue la médication (61,8 %). Une très forte majorité pensait qu'il faudrait à chaque rendez-vous poser des questions sur les chutes aux patients âgés (82,9 %) et dépister les risques (70,2 %). De plus, la majorité disait qu'elle accepterait de poser systématiquement des questions aux patients âgés à ce sujet (85,7 %) et de dépister les risques de chutes (73,5 %). Les tableaux 1 et 2 présentent les perceptions à l'égard des chutes, des pratiques actuelles, et de l'évaluation et du dépistage.

Vingt-trois personnes ont précisé pourquoi elles hésitaient à poser systématiquement des questions sur les chutes : 1) elles avaient l'impression que les patients rapportaient les chutes d'eux-mêmes (21,7 %, $n = 5$); 2) elles manquaient de temps (65,2 %, $n = 7$); 3) il y avait pénurie de personnel de soutien (39,1 %, $n = 9$); 4) les chutes n'étaient pas considérées comme une priorité (8,7 %, $n = 2$); 5) elles considéraient que c'était aux oncologues de poser la question (8,7 %, $n = 2$). Voici également, en résumé, les réponses libres : il faut donner la priorité aux patients ayant déjà des problèmes de mobilité plutôt que de poser des questions à tout le monde; il n'y a pas de ressources pour agir si une chute est signalée; les chutes font déjà l'objet de questions dans d'autres évaluations usuelles; les infirmières en oncologie n'ont pas l'expertise pour faire le suivi et venir en aide aux patients si une chute est rapportée; les infirmières ne savent pas quoi faire avec les renseignements recueillis; on ne posait des questions que si des blessures évidentes (ex. un plâtre) étaient remarquées. Voir les figures 1 et 2.

En ce qui concerne la volonté d'évaluer systématiquement la vitesse de marche et l'équilibre des patients âgés à l'aide d'outils validés, 70 % ($n = 100$) accepteraient de le faire. Les refus ($n = 36$, 25 %) étaient expliqués par diverses raisons, principalement le manque de temps (66,7 %, $n = 28$) et de personnel de soutien (33,3 %, $n = 14$), l'impression de manquer de préparation pour le faire (33,3 %, $n = 14$) ou de mal connaître les outils de dépistage (28,57 %, $n = 12$). Il y avait aussi quelques autres réponses libres : « pas pour tous les patients, seulement si approprié »; « ce seraient aux médecins

Tableau 1	
<i>Perception des chutes, de l'évaluation des chutes et des pratiques actuelles</i>	
Question	Résultats
Perceptions et attitudes par rapport aux chutes	Tout à fait d'accord ou d'accord
Les chutes sont un problème de santé important chez les personnes âgées.	137 (96,5 %)
Les chutes sont un problème de santé important chez les personnes âgées atteintes de cancer.	122 (85,9 %)
Les patients âgés atteints de cancer sont plus à risque de chutes à cause des effets de la maladie et des traitements.	124 (87,3 %)
Les chutes et les blessures qui en découlent peuvent interférer avec le plan de traitement du cancer.	131 (92,3 %)
Il est possible de prévenir la plupart des chutes.	97 (68,3 %)
On peut réduire le nombre de chutes en réalisant des interventions multifactorielles.	133 (93,7 %)
L'évaluation des chutes est une part importante de la stratégie de prévention des chutes.	126 (88,7 %)
Le dépistage des risques de chutes doit se faire à chaque rendez-vous en clinique.	99 (69,7 %)
Il faut poser des questions aux patients âgés sur les chutes à chaque rendez-vous, comme on le fait pour les symptômes en lien avec le cancer et les traitements.	116 (81,7 %)
Les chutes sont peu rapportées par les patients âgés souffrant de cancer.	105 (73,9 %)
Pour dépister les patients qui bénéficieraient d'interventions ou d'exams plus poussés, il serait utile de demander à chaque rendez-vous aux patients s'ils sont tombés récemment.	129 (91,8 %)

de le faire »; et « je ne sais pas où diriger les patients si des problèmes sont constatés, car nous n'avons pas toujours accès à des professionnels de disciplines connexes ». Voir les figures 1 et 3.

Seulement 36 personnes ont répondu à la question portant sur les outils d'évaluation des risques de chutes qu'elles connaissaient déjà; 69,4 % ($n = 25$) connaissaient le test TUG, 22,2 % ($n = 8$) le test de la vitesse de marche, et 33,3 % ($n = 12$) le test du lever de chaise enchaîné. (La somme de ces nombres ne correspond pas au total, car certaines personnes connaissaient plus d'un outil.)

Tableau 2	
<i>Pratiques actuelles et volonté de dépister les chutes</i>	
Questions	Résultats
Demandez-vous systématiquement aux patients s'ils sont tombés récemment ou s'ils ont fait une chute depuis leur dernier rendez-vous à la clinique?	Oui : 67 (47,86 %) Non : 73 (52,14 %)
Si vous avez répondu « non », expliquez la raison (sélectionnez tous les éléments qui s'appliquent).	Les questions sur les chutes ne sont pas une priorité : 17 (22,97 %) Manque de temps : 35 (47,3 %) Manque de personnel de soutien : 12 (16,22 %) L'oncologue devrait le faire : 2 (2,7 %) Les patients aborderont le sujet eux-mêmes : 19 (25,68 %)
Utilisez-vous systématiquement les outils de mesure de la vitesse de marche et de l'équilibre pour dépister les risques de chutes chez les patients âgés?	Oui : 29 (20,71 %) Non : 111 (79,29 %)
Si vous avez répondu « non », expliquez la raison (sélectionnez tous les éléments qui s'appliquent).	Le dépistage des chutes n'est pas une priorité des évaluations en clinique d'oncologie : 17 (18,68 %) Manque de connaissances des outils de dépistage des chutes : 52 (57,14 %) Manque de préparation pour administrer les tests de vitesse de marche et d'équilibre : 30 (32,97 %) Manque de temps : 51 (56,04 %) Manque de personnel de soutien : 24 (26,37 %)
Lorsqu'un patient âgé rapporte une chute, quelles mesures prenez-vous normalement (sélectionnez tous les éléments qui s'appliquent).	Poser des questions sur les circonstances de la chute : 133 (97,08 %) Évaluer la pression orthostatique : 82 (59,85 %) Demander au patient s'il utilisait un dispositif d'aide à la marche au moment de sa chute (s'il en utilise un normalement) : 112 (81,75 %) Examiner les pieds et les chaussures : 74 (54,01 %) Revoir rapidement la médication du patient pour savoir s'il prend des médicaments fortement associés à des risques de chutes : 86 (62,77 %) Aviser l'oncologue : 103 (75,18 %)
Quels outils de mesure de la vitesse de marche et de l'équilibre connaissez-vous? (sélectionnez tous les éléments qui s'appliquent).	Test chronométré du lever de chaise de Mathias : 25 (69,44 %) Vitesse de marche : 8 (22,22 %) Lever de chaise enchaîné : 12 (33,33 %) *selon les réponses de 36 participantes
Accepteriez-vous d'évaluer systématiquement les chutes (c.-à-d. demander aux patients âgés s'ils sont tombés récemment ou s'ils ont fait une chute depuis leur dernier rendez-vous à la clinique)?	Oui : 120 (85,71 %) Non : 20 (14,29 %)
Si votre réponse est « non », expliquez pourquoi (sélectionnez tous les éléments qui s'appliquent).	Les questions sur les chutes ne sont pas une priorité des rendez-vous en oncologie : 2 (11,11 %) Manque de temps : 15 (83,33 %) Manque de personnel de soutien : 9 (50 %) L'oncologue devrait le faire : 2 (11,11 %) Les patients aborderont le sujet eux-mêmes : 5 (27,78 %)
Accepteriez-vous de vérifier systématiquement la vitesse de marche et l'équilibre des patients âgés à l'aide d'outils simples (ceux dont l'administration prend moins d'une minute)?	Oui : 100 (73,53 %) Non : 36 (26,47 %)
Si votre réponse est « non », veuillez expliquer pourquoi (sélectionnez tous les éléments qui s'appliquent).	Le dépistage des chutes n'est pas une priorité des évaluations en clinique d'oncologie : 3 (9,09 %) Manque de connaissances des outils de dépistage : 12 (36,36 %) Manque de préparation pour administrer les tests de marche et d'équilibre : 14 (42,42 %) Manque de temps : 28 (84,85 %) Manque de personnel de soutien : 14 (42,42 %)

Figure 1

Volonté de poser systématiquement des questions sur les chutes et de dépister les risques

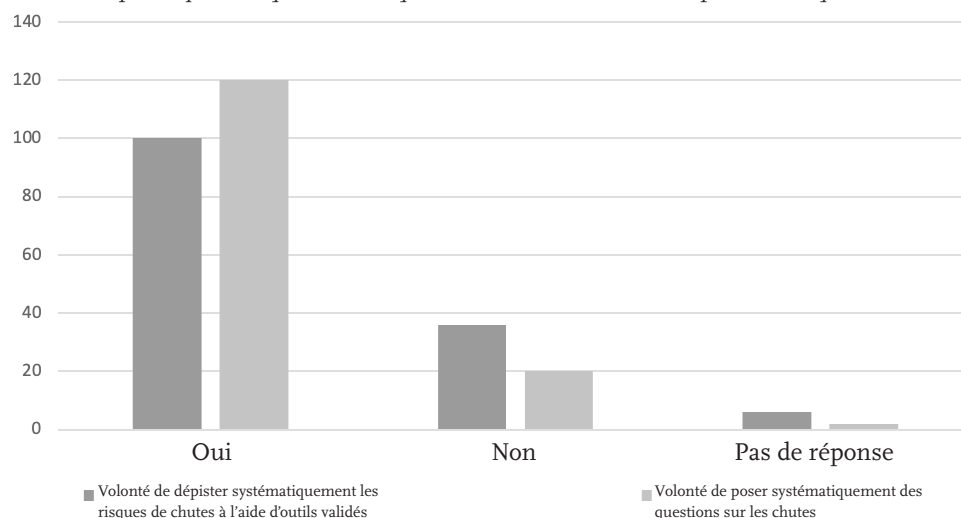
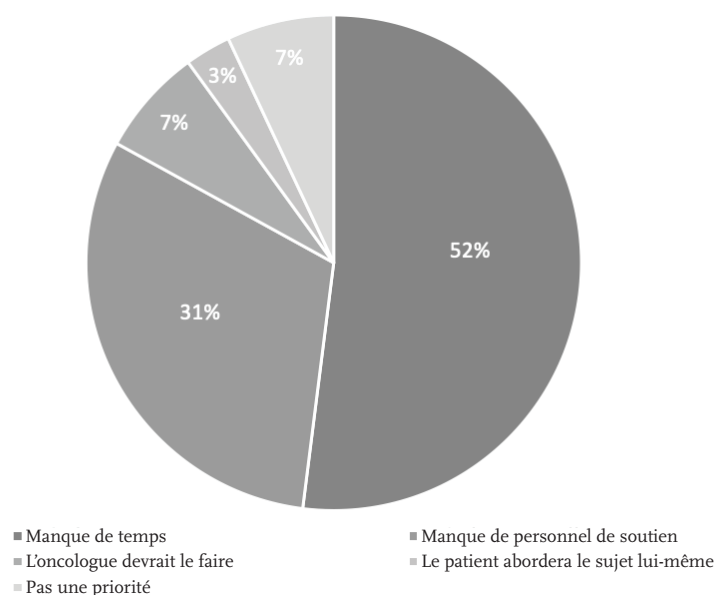


Figure 2

Réticences à poser systématiquement des questions sur les chutes (*selon les 23 personnes ayant répondu à cette question)



DISCUSSION

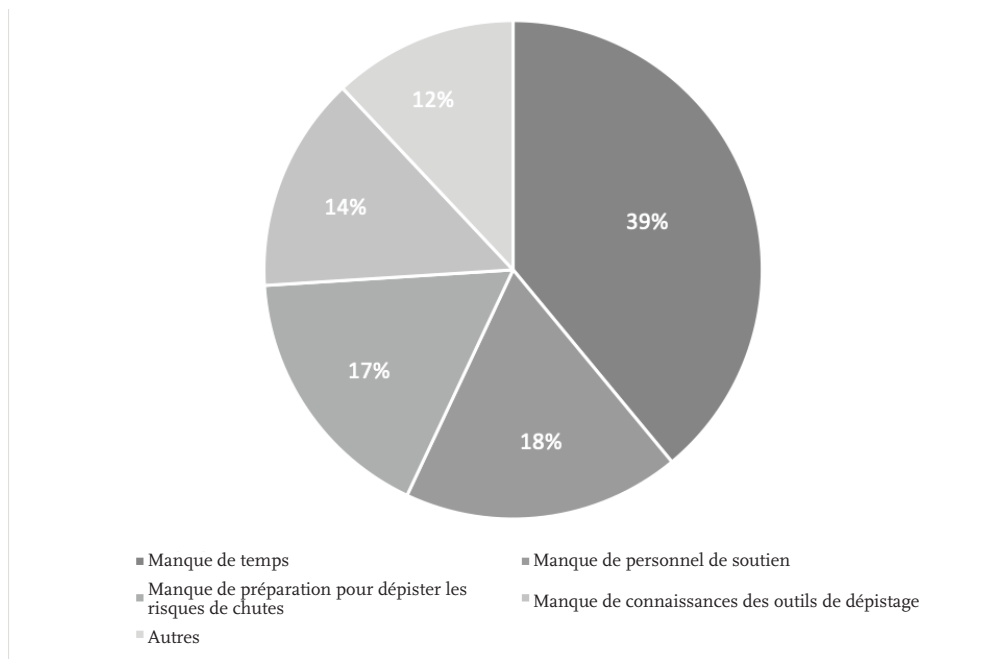
Les résultats de l'étude montrent que de nombreuses infirmières en oncologie croient en l'importance d'évaluer et de dépister systématiquement les chutes et accepteraient de le faire. Toutefois, certains obstacles (structure, attitudes, connaissances) nuisent à leur capacité de procéder à l'évaluation et au dépistage; on remarque en effet dans les résultats que plus de la moitié des répondantes ne posent pas systématiquement de questions sur les chutes et ne connaissent pas les outils de dépistage les plus courants.

Bien qu'aucune recherche n'ait encore été menée directement en oncologie gériatrique, les conclusions de la présente étude semblent faire écho aux travaux de Koh et al. (2008), qui ont examiné les obstacles, de l'avis des infirmières, à la

mise en œuvre de lignes directrices cliniques sur la prévention des chutes dans le milieu des soins aigus non oncologiques; ces travaux ont mis au jour plusieurs obstacles, dont les connaissances et la motivation, la formation et la disponibilité du personnel de soutien (Koh et al., 2008). Selon une autre étude (qui ne visait pas exclusivement les soins infirmiers), la mentalité des professionnels de la santé et les changements de pratiques constituent des obstacles de taille au dépistage des chutes chez les patients âgés qui viennent à l'hôpital (Barmentloo et al., 2020). Notre étude ne s'est pas penchée sur ces deux éléments, mais le manque de temps et la pénurie de personnel de soutien pourraient être apparentés à la difficulté à effectuer des changements de pratiques; ces problèmes compliquent en effet le changement des pratiques

Figure 3

Réticences à dépister systématiquement les risques de chutes (*selon les 42 personnes ayant répondu à cette question)



pour les infirmières, dont les charges de travail quotidiennes sont souvent lourdes (Koropchak et al., 2006; Neufeld et al., 1993; Schenker et al., 2015; Walling et al., 2017).

Avoir déjà fait une chute est le facteur de risque le plus courant pour les chutes chez les personnes âgées atteintes de cancer (Sattar et al., 2019). Il est donc important de leur demander si elles sont tombées récemment. Les intervalles suggérés entre les évaluations varient dans la littérature; toutefois, en oncologie ambulatoire, il est préférable de poser des questions sur les chutes à *chaque* rendez-vous en clinique, étant donné que l'état fonctionnel des personnes âgées peut se détériorer rapidement à cause de la progression du cancer ou de son exacerbation à cause des effets concomitants des traitements (Sattar et al., 2019) (Sattar et al., 2019). Jusqu'à ce que la recherche trouve un moyen fiable d'évaluer les risques de chutes, il est possible, pour des raisons pratiques, d'utiliser dans les cliniques d'oncologie achalandées des outils simples et rapides comme le test TUG (Ganz et al., 2007; Podsiadlo et Richardson, 1991; Shumway-Cook et al., 2000) ou la vitesse de marche (Middleton et al., 2015; Studenski et al., 2011; Guralnik et al., 2000) pour évaluer les risques de chutes. Il faut toujours garder à l'esprit la sécurité du patient âgé (ex. en restant près de lui pendant le test, car il peut perdre l'équilibre) (Sattar et al., 2019).

Pour ce qui est du manque de temps et de soutien pour évaluer les chutes et dépister les risques, une solution est d'incorporer l'évaluation et le dépistage aux pratiques usuelles, comme au moment de conduire le patient dans les corridors entre la salle d'attente et la salle d'examen, ou une fois qu'il est installé dans la salle d'examen. En outre, la plupart des outils de dépistage nécessitent peu d'installations particulières et peuvent être administrés en moins d'une minute; ils sont donc

réalisables dans une clinique occupée. De plus, la plupart de ces tests peuvent être délégués en toute sécurité au personnel auxiliaire (Mir et al., 2014) pour alléger un peu la pression sur les infirmières cliniques. Malgré tout, les personnes ayant participé à l'étude considéraient la pénurie de personnel de soutien comme un problème.

Il convient de noter que, selon les recherches récentes, les personnes âgées sont souvent peu enclines à rapporter les chutes, contrairement à ce que croient plusieurs des infirmières ayant répondu au sondage (Sattar et al., 2018). Par conséquent, le fait de poser systématiquement des questions sur les chutes (c.-à-d. à chaque rendez-vous en clinique) permet de ne pas passer à côté d'information essentielle sur la mobilité et l'état fonctionnel des patients. Du point de vue organisationnel, il faut également sensibiliser le personnel à l'importance et aux conséquences des chutes dans ce groupe de patients.

Pour contrer le manque de préparation ou de connaissances des outils de dépistage, la formation du personnel, la tenue de séances d'information et l'organisation d'une formation en cours d'emploi constituent de bons points de départ. De plus, il serait bénéfique pour les infirmières en oncologie de pouvoir se familiariser avec les outils de dépistage, ex. par l'intermédiaire de leurs réseaux professionnels, en assistant à des webinaires ou à des ateliers pendant les congrès d'oncologie ou de soins infirmiers, par l'intermédiaire d'organisations nationales et régionales regroupant des infirmières en oncologie, ou par d'autres réseaux du secteur de l'oncologie. Il pourrait également être utile de préparer des vidéos en ligne expliquant les tests et leur mode d'administration.

Le Nursing and Allied Health Group et le Young SIOG Research Group, deux organes importants de l'International

Society of Geriatric Oncology (SIOG), ont joint leurs efforts pour organiser un atelier d'évaluation gériatrique lors de la dernière assemblée générale annuelle de la SIOG en 2019. Cet atelier couvrait tous les aspects de l'évaluation gériatrique, par exemple en démontrant les évaluations fonctionnelles, comme le test de vitesse de marche et le test TUG (Battisti et al., 2019). Ce format d'apprentissage pourrait potentiellement s'adapter à d'autres milieux de différentes échelles, par exemple des formations en cours d'emploi pour le personnel des centres de cancérologie, des séances éducatives ou des réunions d'études de cas. Idéalement, les enseignants et les gestionnaires cliniques devraient donner aux infirmières l'occasion de s'entraîner à l'utilisation de ces outils et les encourager à le faire tout en insistant sur l'importance de l'évaluation et du dépistage des chutes. Néanmoins, les ressources disponibles varient d'un établissement à l'autre et, dans tous les milieux de soins, les contraintes de temps et de ressources sont souvent des difficultés avouées (Bastable, 2017).

L'évaluation des chutes doit s'accompagner de stratégies d'intervention appropriées, sinon elle aura très peu de valeur (Samson, 2016). Les mesures adoptées, comme poser des questions sur les circonstances de la chute et passer en revue la médication, semblent être conformes aux recommandations des lignes directrices sur l'évaluation des chutes de l'American Geriatric Society/British Geriatric Society (American Geriatrics Society, 2010). Fait intéressant, aucun répondant du sondage n'a dit avoir aiguillé les patients vers un programme d'exercice, ce que recommandent pourtant les lignes directrices sur la prévention et la gestion des chutes (Sattar et al., 2019). Selon les procédures en vigueur dans chaque établissement, ce sont peut-être les médecins qui devront mettre les patients en lien avec les spécialistes de l'exercice, les cliniques d'activité physique ou les cliniques spécialisées dans les chutes, etc.

Dans le sondage, certains ont signalé ne pas savoir quoi faire avec les résultats de l'évaluation ou vers quel endroit diriger les patients. Lorsque des risques de chutes sont détectés ou que le patient est tombé, cette information doit être relayée au médecin traitant ou au médecin de famille afin que le patient subisse d'autres tests et bénéficie des interventions appropriées (ex. consultation pour évaluation de la sécurité du domicile, physiothérapie ou ergothérapie, programmes d'exercices, etc.) le plus rapidement possible (American Geriatrics Society, 2010; RNAO, 2018; Sattar et al., 2019).

Chaque établissement et organisme éprouve des problèmes qui lui sont propres en termes de structure et de ressources, dont le nombre de gériatres, l'existence d'une clinique spécialisée dans les chutes ou l'accès à des services de physiothérapie ou d'ergothérapie en externe. Les besoins à combler pour offrir le soutien nécessaire à l'évaluation des chutes varient donc d'un endroit à l'autre. De plus, le soutien organisationnel et administratif joue un rôle clé dans la capacité des infirmières cliniques en oncologie à évaluer systématiquement les chutes et à dépister les risques; par conséquent, dans la mesure du possible, les ressources (ex. personnel de soutien) devraient être allouées aux efforts de dépistage des risques de chutes

pour assurer le succès de la mise en œuvre tout en réduisant au minimum la pression sur les infirmières. Il serait également bénéfique d'offrir des programmes de formation et de formation en cours d'emploi, notamment pour présenter les différents types d'outils de dépistage des risques de chutes et leurs modes d'administration. De plus, les infirmières administratrices ou les infirmières cadres peuvent clarifier les voies d'aiguillage lorsqu'une chute est rapportée ou que les patients sont considérés comme étant à risque de chutes pour qu'ils reçoivent rapidement le soutien et les interventions nécessaires. De plus, on pourrait améliorer l'accès aux services dont ils ont besoin en établissant un partenariat avec des intervenants communautaires afin de dresser la liste des ressources disponibles pour les patients âgés atteints de cancer.

Du point de vue de la recherche, il faudra explorer plus en détail les attitudes, les perceptions, les obstacles perçus et la volonté des infirmières en oncologie pour recueillir des données probantes qui permettront de guider et de peaufiner les interventions d'enseignement et la mise en œuvre de l'évaluation des chutes et du dépistage des risques.

Limites

Étant donné la distribution géographique des participantes et la faible taille de l'échantillon, il est difficile de généraliser les résultats de la présente étude à toutes les infirmières en oncologie. À noter que le sondage ne mentionne pas non plus tous les outils existants de dépistage des risques de chutes; par conséquent, l'étude n'a pas recueilli d'information sur les connaissances relativement aux outils non inclus dans le sondage. De plus, nous voulions que le sondage soit bref pour que les infirmières y répondant n'aient pas à y consacrer trop de temps. Toutefois, en contrepartie, il a été impossible d'approfondir la question des attitudes, des perceptions, des obstacles perçus et de la volonté des infirmières. De plus, le sondage a été conçu à partir du consensus des experts de l'équipe de recherche; ainsi, à part la validité apparente établie par l'équipe de recherche, la fiabilité et la validité de l'outil n'ont pas été établies, ce qui constitue une limite de la présente étude.

CONCLUSION

Tant pour les patients âgés que pour les cliniciens, les chutes sont un problème de plus en plus important puisque le nombre de personnes âgées touchées par le cancer continue de croître. L'évaluation des chutes et des risques de chutes chez les patients de ce groupe constitue un premier pas important pour détecter ceux qui auraient besoin d'un suivi et leur offrir les interventions appropriées. Les infirmières en oncologie jouent un rôle essentiel pour réduire les risques de chutes dans cette population. Beaucoup croient en l'importance d'évaluer et de dépister systématiquement les chutes et accepteraient de le faire. Étant donné les conséquences des chutes pour ces patients vulnérables, les recherches à venir devront explorer les stratégies à mettre en place pour surmonter les obstacles à l'adoption de cette pratique.

RÉFÉRENCES

- American Geriatrics Society, B. G. S. (2010). *AGS/BGS Clinical Practice Guideline: Prevention of Falls in Older Persons*. American Geriatrics Society.
- Balducci, L. (2010). Anemia, fatigue and aging. *Transfusion Clinique et Biologique*, 17(5–6), 375–381.
- Barmantloo, L. M., Dontje, M. L., Koopman, M. Y., Olij, B. F., Oudshoorn, C., Mackenbach, J. P., Polinder, S., & Erasmus, V. (2020). Barriers and facilitators for screening older adults on fall risk in a hospital setting: Perspectives from patients and healthcare professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1461.
- Bastable, S. B. (2017). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice*. Jones & Bartlett Learning.
- Battisti, N. M. L., Gomes, F., Haase, K., Kenis, C., Liposits, G., Loh, K. P. M., Magnuson, A., Neuendorff, N. R., Nightingale, G., & Pergolotti, M. (2019). Geriatric Evaluation Workshop. *Journal of Geriatric Oncology*, 10(6), S4.
- Bohannon, R. W. (1995). Sit-to-stand test for measuring performance of lower extremity muscles. *Perceptual and Motor Skills*, 80(1), 163–166.
- Bylow, K., Dale, W., Mustian, K., & Stadler, W. M. (2008). Falls and physical performance deficits in older patients with prostate cancer Undergoing Androgen Deprivation Therapy. *Urology*, 72(2), 422–427. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2008.03.032>
- Cho, K. H., Bok, S. K., Kim, Y.-J., & Hwang, S. L. (2012). Effect of lower limb strength on falls and balance of the elderly. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 36(3), 386.
- Ganz, D. A., Bao, Y., Shekelle, P. G., & Rubenstein, L. Z. (2007). Will my patient fall? *JAMA*, 297(1), 77.
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., & Sherrington, C. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD007146.
- Grossman, D. C., Curry, S. J., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., Doubeni, C. A., Epling, J. W., Kemper, A. R., & Krist, A. H. (2018). Interventions to prevent falls in community-dwelling older adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*, 319(16), 1696–1704.
- Guerard, E. J., Deal, A. M., Williams, G. R., Jolly, T. A., Nyrop, K. A., & Muss, H. B. (2015). Falls in older adults with cancer: Evaluation by oncology providers. *Journal of Oncology Practice*, JOP–2014.
- Guralnik, J. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Glynn, R. J., Berkman, L. F., Blazer, D. G., Scherr, P. A., & Wallace, R. B. (1994). A short physical performance battery assessing lower extremity function: Association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology*, 49(2), M85–M94.
- Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Pieper, C. F., Leveille, S. G., Markides, K. S., Ostir, G. V., Studenski, S., Berkman, L. F., & Wallace, R. B. (2000). Lower extremity function and subsequent disability: Consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(4), M221–M231.
- Hadji, P. (2009). Aromatase inhibitor-associated bone loss in breast cancer patients is distinct from postmenopausal osteoporosis. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 69(1), 73–82.
- Holley, S. (2002). A look at the problem of falls among people with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6(4), 193.
- Hong, C., Won, C. W., Kim, B.-S., Choi, H., Kim, S., Choi, S.-E., & Hong, S. (2016). Gait speed cut-off point as a predictor of fall in community-dwelling older adults: Three-year prospective finding from living profiles of elderly people surveys in Korea. *Korean Journal of Family Practice*, 6(2), 105–110.
- Hurria, A., Togawa, K., Mohile, S. G., Owusu, C., Klepin, H. D., Gross, C. P., Lichtman, S. M., Gajra, A., Bhatia, S., & Katheria, V. (2011). Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: A prospective multicenter study. *Journal of Clinical Oncology*, 29(25), 3457.
- Hurria, A., Wildes, T., & Baumgartner, J. (n.d.). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Older Adult Oncology. Version 2.2015*.
- Hussain, S., Breunis, H., Timilshina, N., & Alibhai, S. M. H. (2010). Falls in men on androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Journal of Geriatric Oncology*, 1(1), 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2010.03.004>
- Ikeda, E. R., Schenkman, M. L., Riley, P. O., & Hodge, W. A. (1991). Influence of age on dynamics of rising from a chair. *Physical Therapy*, 71(6), 473–481.
- Jones, C. J., Rikli, R. E., & Beam, W. C. (1999). A 30-s chair-stand test as a measure of lower body strength in community-residing older adults. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 70(2), 113–119.
- Jaggi, A. S., & Singh, N. (2012). Mechanisms in cancer-chemotherapeutic drugs-induced peripheral neuropathy. *Toxicology*, 291(1–3), 1–9.
- Kim, J. C., Chon, J., Kim, H. S., Lee, J. H., Yoo, S. D., Kim, D. H., Lee, S. A., Han, Y. J., Lee, H. S., & Lee, B. Y. (2017). The association between fall history and physical performance tests in the community-dwelling elderly: A cross-sectional analysis. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 41(2), 239.
- Koh, S. S., Manias, E., Hutchinson, A. M., Donath, S., & Johnston, L. (2008). Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. *BMC Health Services Research*, 8(1), 105.
- Koropchak, C. M., Pollak, K. I., Arnold, R. M., Alexander, S. C., Skinner, C. S., Olsen, M. K., Jeffreys, A. S., Rodriguez, K. L., Abernethy, A. P., & Tulskey, J. A. (2006). Studying communication in oncologist-patient encounters: The SCOPE Trial. *Palliative Medicine*, 20(8), 813–819.
- Lusardi, M. M., Fritz, S., Middleton, A., Allison, L., Wingood, M., Phillips, E., Criss, M., Verma, S., Osborne, J., & Chui, K. K. (2017). Determining risk of falls in community dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis using posttest probability. *Journal of Geriatric Physical Therapy* (2001), 40(1), 1–36. <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000099>
- Middleton, A., Fritz, S. L., & Lusardi, M. (2015). Walking speed: The functional vital sign. *Journal of Aging and Physical Activity*, 23(2), 314–322.
- Mir, F., Zafar, F., & Rodin, M. B. (2014). Falls in older adults with cancer. *Current Geriatrics Reports*, 3(3), 175–181. <https://doi.org/10.1007/s13670-014-0090-9>
- Neufeld, K. R., Degner, L. F., & Dick, J. A. (1993). A nursing intervention strategy to foster patient involvement in treatment decisions. *Oncology Nursing Forum*, 20(4), 631–635.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Overview | Falls in older people | Quality standards* <https://www.nice.org.uk/guidance/qs86>
- Overcash, J. A., & Beckstead, J. (2008). Predicting falls in older patients using components of a comprehensive geriatric assessment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(6), 941.

- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142–148.
- Poulsen, M. H., Frost, M., Abrahamsen, B., Gerke, O., Walter, S., & Lund, L. (2019). Osteoporosis and prostate cancer; A 24-month prospective observational study during androgen deprivation therapy. *Scandinavian Journal of Urology*, 53(1), 34–39.
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). (2018). *RNAO Fall Prevention Guideline 2018*. https://www.google.com/search?q=rnao+fall+prevention+guideline+2018&rlz=1C1GGRV_enCA812CA812&oq=rnao+fall+prevention+guideline+2018&aqs=chrome.69i57.6143j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- Samson, K. (2016). *Word to oncologists: Do more to report and prevent falls in older patients*. LWW.
- Sattar, S., Alibhai, S. M. H., Spoelstra, S. L., & Puts, M. T. E. (2018). The assessment, management, and reporting of falls, and the impact of falls on cancer treatment in community-dwelling older patients receiving cancer treatment: Results from a mixed-methods study. *Journal of Geriatric Oncology*. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2018.08.006>
- Sattar, S., Kenis, C., Haase, K., Burhenn, P., Stolz-Baskett, P., Milisen, K., Ayala, A. P., & Puts, M. T. E. (2019). Falls in older patients with cancer: Nursing and Allied Health Group of International Society of Geriatric Oncology review paper. *Journal of Geriatric Oncology*. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.03.020>
- Schenker, Y., White, D., Rosenzweig, M., Chu, E., Moore, C., Ellis, P., Nikolajski, P., Ford, C., Tiver, G., & McCarthy, L. (2015). Care management by oncology nurses to address palliative care needs: A pilot trial to assess feasibility, acceptability, and perceived effectiveness of the CONNECT intervention. *Journal of Palliative Medicine*, 18(3), 232–240.
- Shumway-Cook, A., Brauer, S., & Woollacott, M. (2000). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Physical Therapy*, 80(9), 896–903.
- Spoelstra, S., Given, B., Eye, A. von, & Given, C. (2010). Falls in the community-dwelling elderly with a history of cancer. *Cancer Nursing*, 33(2), 149.
- Spoelstra, S. L., Given, B. A., Schutte, D. L., & Sikorskii, A. (2013). Do older adults with cancer fall more often? A comparative analysis of falls in those with and without cancer. *Oncology Nursing Forum*, 40(2), E69.
- Studenski, S., Perera, S., Patel, K., Rosano, C., Faulkner, K., Inzitari, M., Brach, J., Chandler, J., Cawthon, P., & Connor, E. B. (2011). Gait speed and survival in older adults. *Jama*, 305(1), 50–58.
- Toftthagen, C., Overcash, J., & Kip, K. (2012). Falls in persons with chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Supportive Care in Cancer*, 20(3), 583–589. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1127-7>
- Tucker, S., Sheikholeslami, D., Farrington, M., Picone, D., Johnson, J., Matthews, G., Evans, R., Gould, R., Bohlken, D., & Comried, L. (2019). Patient, nurse, and organizational factors that influence evidence-based fall prevention for hospitalized oncology patients: An exploratory study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(2), 111–120.
- Veronese, N., Bolzetta, F., Toffanello, E. D., Zambon, S., De Rui, M., Perissinotto, E., Coin, A., Corti, M.-C., Baggio, G., & Crepaldi, G. (2014). Association between short physical performance battery and falls in older people: The Progetto Veneto Anziani study. *Rejuvenation Research*, 17(3), 276–284.
- Vonnes, C., & Wolf, D. (2017). Fall risk and prevention agreement: Engaging patients and families with a partnership for patient safety. *BMJ Open Qual*, 6(2), e000038.
- Walling, A. M., D'Ambruoso, S. F., Malin, J. L., Hurvitz, S., Zisser, A., Coscarelli, A., Clarke, R., Hackbarth, A., Pietras, C., & Watts, F. (2017). Effect and efficiency of an embedded palliative care nurse practitioner in an oncology clinic. *Journal of Oncology Practice*, 13(9), e792–e799.
- Ward, P. R., Wong, M. D., Moore, R., & Naeim, A. (2014). Fall-related injuries in elderly cancer patients treated with neurotoxic chemotherapy: A retrospective cohort study. *Journal of Geriatric Oncology*, 5(1), 57.

ÉVALUATION DES CHUTES ET RISQUES DE CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE CANCER

COMMENT ÉVALUER LES CHUTES DANS VOTRE PRATIQUE



1. Posez des questions sur les chutes à CHAQUE rendez-vous.
2. Intégrez le dépistage des risques de chutes à vos pratiques. Un bon moment pour le faire est lorsque vous accompagnez la personne de la salle d'attente à la salle d'examen.
3. Consignez vos observations et communiquez-les à l'équipe multidisciplinaire.

OUTILS DE DÉPISTAGE SIMPLES

Il n'y a pas d'outil unique idéal pour évaluer les risques de chutes. Les trois outils suivants sont valides, brefs et applicables dans une clinique à l'horaire chargé.

VITESSE DE MARCHÉ

- Marquez une distance de 4 mètres en plaçant un ruban à mesurer sur le sol du corridor de la clinique ou de tout autre espace libre.
- Demandez à la personne de marcher à vitesse normale du début à la fin sans ralentir lorsqu'elle arrive à la marque de 4 mètres. Au besoin, elle peut utiliser un dispositif d'aide à la marche.
- Chronométrez le temps qu'elle met à parcourir la distance de 4 mètres.
- Divisez la distance de 4 mètres par le temps pour obtenir la vitesse en mètres par seconde.
- Si la vitesse de marche est inférieure à 0,8 m/s (ce qui signifie que la personne a mis plus de 5 s à marcher 4 m), la fragilité et le risque de chutes sont plus grands; une évaluation plus poussée serait de mise.



Middleton et al., 2015; Studenski et al., 2011



Podsiadlo et Richardson, 1991

TEST CHRONOMÉTRÉ DU LEVER DE CHAISE DE MATHIAS

- Commencez le test en demandant au patient de s'asseoir sur une chaise et de s'y adosser.
- Expliquez le test. Lorsque vous direz GO, la personne devra se lever, marcher à vitesse normale jusqu'à une borne (ou une marque sur le sol), la contourner puis revenir s'asseoir.
- Déclenchez le chronomètre lorsque la personne commence à se lever et arrêtez-le lorsque ses fesses touchent de nouveau la chaise à la fin.
- La personne peut utiliser un dispositif d'aide à la marche au besoin.
- Si le score est supérieur à 9–10 secondes, le patient présente un risque de chutes.

TEST DE TRANSFERT ASSIS À DEBOUT DE 30 SECONDES

- Demandez à la personne de s'asseoir au milieu d'une chaise, les mains posées sur l'épaule opposée et croisées au niveau des poignets.
- Expliquez le test. Il s'agit de se lever et se rasseoir à répétition le plus rapidement possible pendant 30 secondes, sans s'arrêter.
- Faites une démonstration pour que ce soit bien clair, puis demandez à la personne si elle est prête.
- Démarrez le chronomètre lorsqu'elle se penche vers l'avant à partir des hanches. Comptez à haute voix le nombre de fois où elle se rasseoit.
- Arrêtez le chronomètre dès qu'elle se rasseoit à la fin de la période de 30 secondes (ou qu'elle commence à utiliser ses bras).
- Notez le nombre de répétitions effectuées et s'il y a eu des déséquilibres.

Scores sous la moyenne
du test de transfert assis à
debout en fonction du sexe
et de l'âge

ÂGE	HOMME	FEMME
60-64	<14	<12
65-69	<12	<11
70-74	<12	<10
75-79	<11	<10
80-84	<10	<9
85-89	<8	<8
90-94	<7	<4



Ikeda et al., 1991; Jones et al., 1999

IMPRIMEZ CETTE FICHE ET ACCROCHEZ-LA DANS VOTRE CLINIQUE.
TEXTE INTÉGRAL DISPONIBLE ICI : <http://doi:>