

**EVALUER «LA PEUR DE TOMBER » CHEZ PERSONNES ÂGÉES  
À DOMICILE.**

**Un modèle qualitatif en "patterns" de la peur de tomber**

**Thérèse Cuttelod, MA**

**sous la direction de**

**Chantal Piot-Ziegler, MER**

**Psychologie de la santé, Institut de Psychologie, Faculté des Sciences  
Sociales et Politiques,  
recherche réalisée dans le contexte du projet IRIS 8A,  
Santé et Société  
Université de Lausanne, Suisse**

**Résumé:**

L'objectif de cet article est de développer un modèle permettant d'évaluer l'intensité de la peur de tomber chez des personnes âgées vivant à domicile sur la base de données qualitatives récoltées dans une première étude (Piot-Ziegler et al. 2007).

Dans cette étude qualitative précédente, 58 entretiens semi-structurés ont été réalisés chez des personnes âgées vivant à domicile. Les thèmes abordés par les personnes âgées montrent que la peur de tomber se définit transversalement à travers les conséquences fonctionnelles, sociales et psychologiques consécutives à leur(s) chute(s).

Afin d'explorer la possible existence de *patterns*, permettant de rendre compte de l'intensité de la peur de tomber, une méthode originale d'analyse qualitative (non informatisée) a été développée : la *QUAPA (QUAlitative Pattern Analysis)*.

Les résultats de cette analyse montrent l'existence d'une cohérence interne transversale (*patterns*) dans les trois dimensions définissant la peur de tomber (fonctionnelles, sociales et psychologiques) en fonction de l'intensité de la peur de tomber. Quatre *patterns* différents ont été mis en évidence. Ils débouchent sur une modélisation rendant compte des différents degrés d'intensité à laquelle la peur de tomber s'exprime chez les personnes âgées.

Ce modèle permet d'évaluer la peur de tomber ressentie par une personne âgée en fonction des conséquences fonctionnelles, sociales et psychologiques à long terme consécutives à une ou plusieurs chutes. Ce modèle devra être mis à l'épreuve sur un grand échantillon de personnes âgées vivant à domicile ou dans d'autres espaces de vie (institutions), mais il constitue une alternative originale aux questionnaires utilisés actuellement qui se basent principalement sur le concept d'efficacité personnelle.

**Mots-clés :** chute ; peur de tomber ; personne âgée ; domicile ; recherche ; approche compréhensive ; évaluation ; méthode qualitative ; pattern, QUAPA.

**Abstract:**

The purpose of this study is to develop a model grounded in the elderly people's experience allowing the development of an original instrument to evaluate FOF, based on data gathered in a previous qualitative research (Piot-Ziegler et al., 2007).

An original qualitative thematic *pattern* analysis (*QUALitative Pattern Analysis – QUAPA*), - without computer assistance - was developed and applied on 58 semi-structured interviews conducted in a previous research in community-dwelling elderly people.

The results of this analysis show an internal transversal coherence (*patterns*) across groups of elderly persons in the three dimensions defining *fear of falling* (on the functional, psychological and social level) according to the intensity of fear of falling experienced.

Four different *patterns* were recognizable after blind categorizing and inter judge confrontation. This analysis allows to formalizing a four level intensity fear of falling model.

The model presented in this article based on the experience of FOF as defined by elderly people differs from the commonly used construct of “self-efficacy”. It also gives a grounded and experiential description of the three dimensions constitutive of FOF and of their evolution as fear increases. It opens up to a new evaluation of FOF and its intensity.

**Keywords:** fall; fear of falling; older people; community dwelling; qualitative study; hermeneutical approach, evaluation.

## INTRODUCTION

La peur de tomber est fréquente chez les personnes âgées vivant à domicile. Elle apparaît insidieusement, sans que la personne âgée n'en fasse état et bien souvent sans que son entourage ne s'en aperçoive.

Pourtant, la peur de tomber entraîne la personne âgée vers un déclin progressif et parfois va accélérer son institutionnalisation. L'évaluation de la peur de tomber paraît donc essentielle pour pouvoir développer des actions préventives avant que la personne âgée ne soit entraînée dans le cercle vicieux du déclin schématisé dans la figure 1.

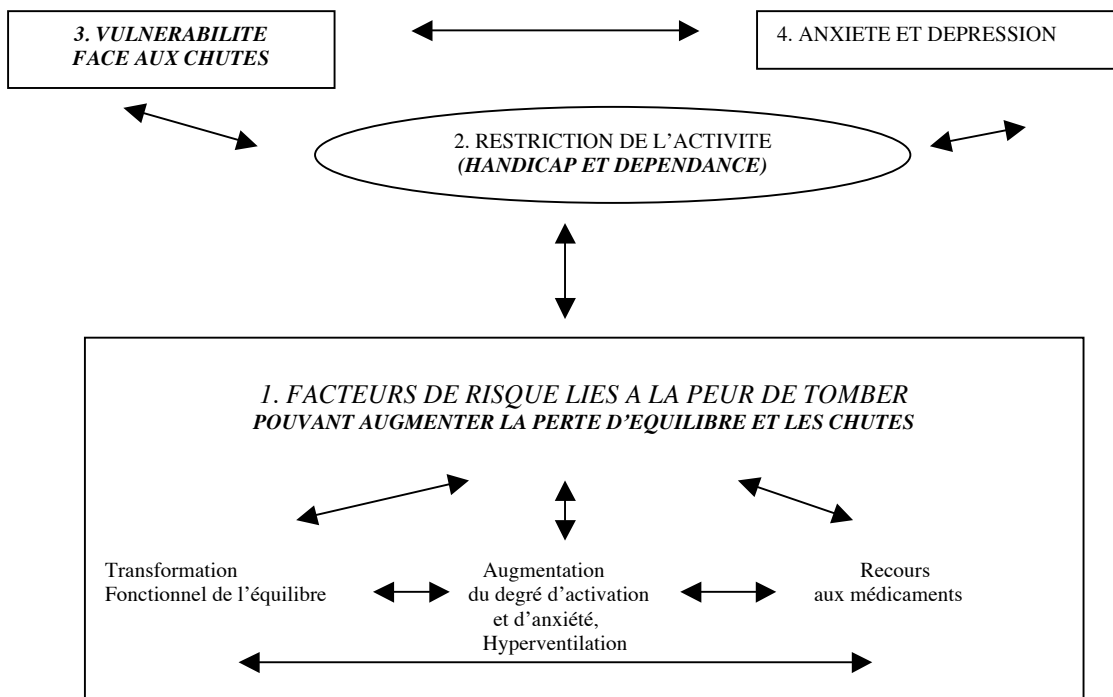


Figure 1 : Cycle du déclin liés à la peur de tomber (Piot-Ziegler, 2002)

Friedman et al. (2002) ont démontré qu'une question telle que « Avez-vous peur de tomber ? » est un très mauvais indicateur de la peur ressentie par la personne âgée (Yardley et Smith, 2002). Il a été également relevé que beaucoup de personnes âgées sont réticentes à admettre leurs peurs (Howland et al., 1998 ; Liddle et Gilleard, 1995).

Pour évaluer la peur de tomber, on utilise principalement une mesure indirecte : le *sentiment d'efficacité personnelle*, issu de la théorie de Bandura (1977). En effet, il a été démontré dans de nombreuses recherches que la peur de tomber était intimement liée à une diminution du sentiment d'efficacité personnelle et à une diminution de l'activité physique et une augmentation de la vulnérabilité (Seematter-Bagnoud et al. 2010). Ces recherches ont débouché sur l'élaboration de divers instruments de mesure de la peur de tomber (Dukyoo, 2008): par exemple la *Falls self-Efficacy Scale* – FES (Tinetti et al. 1990), ou l'*Activity-specific Balance Confidence scale* – ABC (Powell et Myers, 1995) ou encore la *SAFFE* (Lachman et al., 1998). Ces différents auteurs démontrent qu'il existe un lien entre un sentiment diminué d'efficacité personnelle dans diverses activités de la vie quotidienne et l'augmentation de la peur de tomber, encore que lien de causalité ne soit par défini. Arnstein (2000) met également en évidence une corrélation positive entre un sentiment d'efficacité personnelle diminué et la récurrence des chutes chez les personnes âgées. Si ces études approchent (indirectement) la peur de tomber et permettent une évaluation utile « avant/après » dans le cadre d'intervention de réhabilitation, la direction du lien de causalité entre efficacité personnelle, restriction de l'activité et peur de tomber n'est pas clarifiée. De plus, la peur de tomber reste peu documentée dans ses composantes et dans la manière dont elle est exprimée chez les personnes âgées (Legters, 2002 ; Piot-Ziegler, 2002; Piot-Ziegler et al. 2007; Dukyoo, 2008).

Dans notre pratique, nous avons observé que le FES (Tinetti et al., 1990) pose de nombreuses difficultés de passation:

- La première est une difficulté de *compréhension* des questions par la personne âgée. La formulation des questions est complexe pour la personne âgée peu habituée à une situation d'évaluation par questionnaire.

- Le second est un problème *d'ancrage dans la réalité* de certaines activités pour la personne âgée lorsqu'elle n'effectue plus l'activité évaluée.

- Les résultats de ces outils se centrent sur les activités de la vie quotidienne, alors que la peur de tomber fait référence à l'expérientiel, à l'émotionnel et au subjectif (Piot-Ziegler, Cuttelod et Santiago, 2007).

Le FES (Tinetti et al., 1990) et plus récemment sa version modifiée, le FES-I, développé dans le cadre du projet européen PROFANE par un groupe d'experts (psychologues, physiothérapeutes et professionnels engagés dans la réhabilitation post-chute ; Yardley et al., 2005) restent aujourd'hui les meilleurs outils disponibles pour évaluer la peur de tomber. Le FES-I inclut dans ses questions des items explorant les restrictions sociales liées à la peur de tomber, simplifie la formulation des questions en les centrant directement sur la préoccupation de tomber et les réponses à ces questions également. Des versions traduites en anglais, français, allemand, danois (entre autres) sont mises à disposition des professionnels sur le site PROFANE dont certaines ont déjà été validées (Kempen et al., 2006 ; Dias et al., 2006). Cependant, si le FES-I évalue les restrictions sociales et fonctionnelles, il n'intègre toujours pas des items portant sur l'impact psychologique des chutes. Il faut cependant admettre, comme nous l'avons souligné plus haut, qu'actuellement il n'existe pas d'alternative satisfaisante à ces instruments d'évaluation validés.

Dans une recherche récente (Piot-Ziegler et al., 2007), nous avons montré que la peur de tomber se définit transversalement à travers les conséquences fonctionnelles, sociales et psychologiques des chutes. Nous avons également mis en évidence que la peur de tomber est empreinte de subjectivité et que, pour être appréhendée, il est nécessaire de partir du vécu de la personne âgée.

*L'objectif* de cet article est de montrer qu'en partant du discours de 58 personnes âgées vivant à domicile, peuvent émerger des *patterns* permettant de modéliser la *peur de tomber*. *Patterns*

qui, dans un deuxième temps permettent de déboucher sur un instrument original d'évaluation directe de cette peur (le FES ou le FES-I se basant tous deux sur une évaluation indirecte à travers le *concept* d'efficacité personnelle).

Dans le présent article, nous exposons un bref résumé des résultats issus de la première recherche qualitative portant sur 58 entretiens semi-structurés de personnes âgées vivant à domicile. Une deuxième partie développe l'analyse de ces résultats (Piot-Ziegler et al., 2007) à l'aide d'une méthode qualitative originale la *QUAPA – QUALitative Pattern Analysis* – que nous détaillerons plus bas. Dans une quatrième partie, nous présentons une modélisation des résultats de cette analyse. Enfin, nous discuterons des possibles applications de ce modèle dans l'évaluation de la peur de tomber.

## **1. RESUME DE LA RECHERCHE ET PRINCIPAUX RESULTATS**

58 personnes âgées vivant à domicile, âgées de 70 ans et plus, ayant été victimes d'une ou plusieurs chutes dans l'année précédente ont été interviewées<sup>1</sup>. L'âge moyen des 58 participants restants se situait entre 70 et 96 ans ( $m = 82.1$  ans,  $SD = 6.5$ ).

C'est à travers le récit libre d'événements de chutes passées, complété par un guide d'entretien semi-directif utilisé de manière souple que nous avons exploré ce vécu (Piot-Ziegler et al., 2007).

Sur la base *d'une analyse thématique de discours* portant sur la totalité du corpus (N=58), les résultats suivants ont été obtenus :

1. La peur de tomber est une expérience individuelle et subjective. Cette recherche donne une description détaillée du vécu de la peur de tomber chez des personnes âgées vivant à domicile, ancrée dans l'expérience de la chute. Elle rend compte du développement au cours du temps

---

<sup>1</sup> Les participants ont été recrutés par des étudiants en psychologie de l'Université de Lausanne (Suisse), associés à ce projet de recherche dans le cadre de leur cursus d'études (pratiques de terrain en psychologie de la santé).

de la peur de tomber. La chute a un impact immédiat (blessures, peur, etc.), mais aussi des conséquences à long terme, qui influenceront la personne âgée le reste de sa vie. Nous avons exploré le vécu quotidien de la peur de tomber, qui s'exprime à travers les conséquences psychologiques, fonctionnelles et sociales des chutes.

2. Les situations les plus anxiogènes rapportées par nos personnes âgées ne sont pas complètement superposables aux items du FES de Tinetti (1990 ;1994 ; cf. tableau I).<sup>2</sup>.

**Tableau I Activités les plus anxiogènes spontanément citées par les personnes âgées**

<i>Activités* induisant de la peur de tomber par fréquence décroissante*</i>
<b>1. <u>Sortir par mauvais temps</u> (<i>neige, pluie, vent, verglas</i>)</b>
<b>2. Monter et descendre les escaliers</b>
<b>3. Sortir</b> (N.B : cette peur est plus étendue que dans l'item du FES)
4. Trébucher sur un tapis
5. Monter et descendre d'un trottoir/Monter et descendre d'une chaise/ <b>Marcher</b>
<b>6. Prendre une douche ou un bain</b> / <u>Peur généralisée</u> quelque soit la situation
<b>7. Glisser sur le sol</b> , prendre le bus, le train/Aller dehors dans le jardin ( <i>sol inégal</i> )/Sortir du lit/ <b>Faire le ménage</b>

\* En gras et italique l'activité intégrée dans le FES-I (Yardley et al. 2005)

\*\* En gras les activités communes entre notre études et les items du FES de Tinetti

Les activités du FES de Tinetti ont été sélectionnées par des professionnels de la santé évaluent le degré de dépendance. Elles ne recouvrent cependant pas celles auxquelles les personnes âgées se réfèrent spontanément (Piot-Ziegler, 2002) Les activités à l'extérieur viennent en premier car elles sont plus contraignantes physiquement et la présence d'handicaps physiques, fonctionnels, ou cognitifs augmentent encore le risque de chuter

<sup>2</sup> Nos résultats sont comparables à ceux d'une autre étude portant sur un échantillon plus conséquent de personnes âgées (Vellozo et al., 2001).



(Reinsch et al., 1992 ; Rankin et al. 2000)<sup>3</sup>. Le Le FES-I (Yardley et al ; 2005) intègre des questions explorant des aspects relevés par les personnes âgées de notre étude simplifiée l'énoncé des questions et se centre sur les préoccupations plutôt que sur le sentiment d'efficacité personnelle. Ce questionnaire constitue actuellement le meilleur instrument validé d'évaluation de la peur de tomber (Kempen et al., 2007), mais il n'explore par contre pas les aspects psychologiques décrits dans cette recherche (capacité de résilience, dépression, isolement, etc.).

3. Ce sont les conséquences à long terme de la chute qui sont déterminantes dans la définition de la peur de tomber. Celles-ci s'expriment à travers trois dimensions : fonctionnelles, sociales et psychologiques.

## **2. MODELISATION DE LA PEUR DE TOMBER**

Nous avons repris les données récoltées dans la recherche précédente, après avoir remarqué que la peur de tomber s'exprimait à différents degrés d'intensité d'une personne à l'autre et qu'il semblait exister une cohérence intra-individuelle entre ces trois dimensions (Piot-Ziegler, Cuttelod et Santiago, 2007). Nous avons alors examiné une nouvelle fois l'ensemble du corpus et l'avons analysé à l'aide d'une méthode d'analyse originale en *patterns* : la *QUAPA* (*QUALitative Pattern Analysis*). Cette méthode (non-assistée par ordinateur) a permis de tenir compte des particularités de chaque personne interviewée indépendamment de la fréquence des énoncés, tenant compte de la valeur heuristique et de la cohérence des discours (*pattern*). Elle a permis de regrouper certaines personnes âgées selon un *pattern* spécifique de conséquences ou de réactions post-chutes.

---

<sup>3</sup> Certaines abandonneront toute activité physique ou pourront même être atteints de *fallaphobie* (Tideiksaar, 1986). Bergland et al. (2002) soulignent qu'un risque de morbidité accrue est corrélé avec les chutes à domicile. Les chutes à l'intérieur sont également corrélés avec une plus grande fragilité (O'Loughlin et al. 1994 ; Bath et al., 1999).

### 3. ANALYSE DES PATTERNS

Les 58 entretiens ont été ré-analysés et répartis en différents groupes de personnes âgées en fonction de leurs ressemblances inter-individuelles – *patterns* –, l'existence d'une ressemblance entre les trois types de conséquences post-chutes (psychologiques, fonctionnelles et sociales). Après regroupement indépendant des différents entretiens par les deux chercheurs (CPZ et TC), quatre groupes de répondants ont été obtenus :

- le groupe des personnes âgées qui n'ont *pas peur* (*PP*)
- le groupe des personnes âgées qui ont une *peur modérée* de tomber (*PM*)
- le groupe des personnes âgées qui ont constamment peur (*PC*)
- et enfin le groupe des personnes âgées qui souffrent d'une peur intense voire paralysante (*PI*).

Chacun de ces groupes représente un degré d'intensité de peur de tomber et un *pattern* cohérent de conséquences fonctionnelles, sociales et psychologiques.

#### Les quatre niveaux d'intensité de la peur de tomber

- *Pas peur (PP)*

Les personnes âgées de ce groupe parlent d'*inhibitions temporaires* consécutivement à leur(s) chute(s). Ces inhibitions diminuent avec le temps nécessaire à la récupération physique. Leur *vie sociale et leur statut fonctionnel* sont *inchangés*. Parfois elles relatent des *conséquences positives* après leur(s) chute(s), comme le fait de bénéficier de plus d'attention de leur environnement social (proches, famille, voisins) ou encore de la fierté d'avoir pu se relever tout seuls après être tombées:

*Lorsque j'ai ouvert les yeux, à l'hôpital, tous ont été très gentils avec moi. J'ai aussi reçu des tas de coups de téléphone, de la part de personnes qui étaient inquiètes pour moi. (32, 2, 5)*

La résilience et la satisfaction d'avoir pu se rétablir sont aussi mentionnées, ainsi que la force de caractère (volonté) :

*Je suis un battant ! Même si je me dis demain tout peut être terminé, ou le jour suivant, on ne peut jamais savoir, mais je me battraï jusqu'au bout ! (18, 5, 14)*

Cet homme parle ouvertement du risque de tomber, mais cela ne le préoccupe pas. Il en parle naturellement comme d'une éventualité, qui ne génère pas de sentiment négatif.

*Je n'ai pas peur de tomber bien que je sache que cela peut arriver, car je vis dans un pays qui sera bientôt couvert de neige et que les routes vont être verglacées ; ça c'est juste mon souci (...) mais ce n'est pas une peur, je sais juste que je dois être préparé. (43, 3, 44)*

- **Peur modérée (PM)**

Les personnes âgées de ce groupe ont une réelle conscience du danger de chuter. Le fait d'être tombées les a rendues plus attentives et plus prudentes dans leurs déplacements en général:

*Et maintenant c'est fini, je ne sens plus rien, mais ça ne fait rien... La prudence reste. Vous être conscient qu'un accident peut arriver d'un moment à l'autre. (15, 2, 42)*

Au niveau social, les sorties sont souvent plus limitées et au niveau fonctionnel les personnes âgées décrivent la manière dont les années qui passent pèsent sur leurs capacités physiques:

*C'est difficile, parce que jusqu'à maintenant j'ai toujours couru d'un coin à l'autre, alors que maintenant je dois ralentir, ce n'est pas facile (à accepter). (12, 3, 36)*

Elles mentionnent également qu'elles ont dû commencer à recourir à des aides de marche, ou à des moyens auxiliaires (par exemple une canne) pour se sentir plus en sécurité, spécialement

à l'extérieur. Mais ce n'est pas une obligation et la personne âgée peut encore selon ses activités se déplacer de manière autonome et sans appui:

*(La canne) c'est très utile. Spécialement, spécialement maintenant que j'ai un peu peur de tomber, c'est vraiment utile (...) Vous savez, je ne sortirais jamais sans ma canne (...) Mais pas quand je vais faire les commissions au village. Seulement quand je vais me promener.*  
(44, 3, 27)

- **Peur constante (PC)**

Pour ce groupe de répondants, la peur de tomber les accompagne au quotidien. Elle est un véritable handicap, un frein à pouvoir mener une vie normale. Une femme de 84 ans nous décrit sa peur:

*Oh oui ! J'ai toujours peur, même quand je fais très attention. Je ne sais pas pourquoi... J'espère que je vais mourir avant de devoir déménager dans une institution de personnes âgées. J'ai peur de me casser quelque chose, bien que j'aie de la chance, je n'ai pas d'ostéoporose !* (25, 1, 48)

Les personnes souffrant de peur constante ne sortent qu'accompagnées. Elles développent une grande dépendance envers leur environnement social (par exemple, la famille ou les voisins).

*(Je marche) très lentement ! Je dois constamment m'arrêter... Je continue, mais très lentement. Et maintenant, je ne vais plus au village tout seul.* (58, 2, 44)

Des solutions sont parfois trouvées pour pallier aux difficultés fonctionnelles. Une aide et un support social présent, attentif permettent à la personne âgée de conserver un peu d'indépendance. Une femme de 75 ans raconte:

*(les chutes) ont changé beaucoup de choses pour moi. Je me suis toujours jurée que je ne retomberai plus jamais et que j'aurais la force de rester en contrôle. Je m'assure de pouvoir*

*prendre soin de moi pour ne pas être obligée de vivre dans cet état constant d'angoisse et avec la peur qu'un jour je ne serai plus capable de me relever. (04, 3, 24)*

Enfin au niveau psychologique, les personnes âgées rapportent une baisse de moral, un sentiment de solitude en lien avec les limitations fonctionnelles et sociales. Le soutien des proches et leur regard encourageant sont déterminants dans le maintien d'une image positive:

*Tout ce que je demande, c'est que moralement... Personne ne peut m'empêcher de tomber. Je crois que c'est un problème personnel. La seule chose que je demande (à ma famille) c'est de ne pas me laisser tomber. De cette manière, je ne tomberai pas (physiquement et moralement). (04, 4, 2)*

- **Peur intense (PI)**

Les répondants de ce groupe sont dépendants de leur environnement social. Ils ne peuvent pas faire un pas sans soutien physique et sans accompagnement. Ils sont hantés par la peur à l'extérieur. A ce stade, celle-ci est également présente dans les déplacements à leur domicile.

*Je regarde toujours par terre. Par ce que maintenant dès que je perds l'équilibre, je tombe (...) C'est pourquoi je suis si prudente (...) J'ai même peur à l'intérieur. (30,1,42) (...) Je m'agrippe aux meubles. Oui, je me tiens à tout. (08, 2, 5)*

Un homme de 84 ans explique qu'il est devenu dépendant : « *Je dépends beaucoup plus de ma femme pour toutes les activités que je faisais seul auparavant. Des petites choses, comme le fait de m'habiller par exemple.* » (23, 2 12). Les activités sociales et physiques sont restreintes, voire impossibles et à ce stade, le risque de dépression est élevé.

*Je pleure souvent, pour un oui ou un non, par ce que je suis obligé de rester à la maison (33,1,16)*

Un sentiment de grande fragilité et de précarité de l'état physique modifie la représentation que les personnes âgées ont d'elles-mêmes :

*Maintenant j'ai peur de tomber et de me blesser vraiment gravement. Comme j'ai de l'arthrose dans les genoux, les pieds et les mains, je suis cassable comme du verre. (30, 2, 17)*

#### **4. PEUR DE TOMBER : LE MODELE**

L'analyse effectuée à l'aide de la méthode *QUAPA* a permis de déboucher sur un tableau synthétique comprenant quatre *patterns* différents, chacun définissant un degré d'intensité de peur : chaque niveau étant défini transversalement par les conséquences psychologiques, fonctionnelles et sociales (cf. Tableau II).

Les pourcentages représentent la proportion de personnes âgées qui se situent à chaque degré d'intensité de peur dans notre population.

**Tableau II Modèle à quatre niveaux de la peur de tomber**

N =58	Conséquences sociales	Conséquences fonctionnelles	Conséquences psychologiques
<b>1. PAS PEUR</b> <b>46.6%</b> <b>DES</b> <b>REPONDANTS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conséquences sociales positives, ou pas de conséquences sociales.</li> <li>- Vie sociale maintenue, parfois même augmentée (visites de l'entourage, de proches).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Changements temporaires après la chute, ou pas de changements dans les activités physiques.</li> <li>- Mobilité maintenue, pas de modifications posturales.</li> <li>- Seules les conditions extrêmes rendent prudent, mais la personne âgée a encore de nombreuses ressources (physiques et adaptative) pour répondre aux exigences de l'environnement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de changements psychologiques.</li> <li>- La chute est même parfois considérée comme une expérience de vie positive, l'occasion d'apprendre à mieux se connaître (résilience).</li> <li>- La chute est une éventualité (dans des conditions extrêmes, verglas) mais elle ne génère pas de pensées négatives.</li> </ul>
<b>1. PEUR MODEREE</b> <b>31%</b> <b>DES</b> <b>REPONDANTS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vie sociale toujours présente, mais diminuée.</li> <li>- Renoncement à certaines activités (rencontres, participations à des réunions).</li> <li>- Ajustements nécessaires pour le maintien de certaines d'entres-elles (se faire conduire, accompagner).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités physiques en général maintenues, avec la volonté de compenser les déficits.</li> <li>- Développement d'une attention accrue dans les déplacements.</li> <li>- Marche est modifiée avec concentration sur l'environnement (obstacles, dangers).</li> <li>- Début de dépendance, parfois utilisation d'aides de marche (moyens auxiliaires : canne par ex.) surtout à</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise de conscience parfois brusque du risque de tomber au niveau cognitif et affectif.</li> <li>- Prise de conscience d'une certaine fragilité.</li> <li>- Maintien d'une vie active qui nécessite de monopoliser des ressources cognitives et personnelles importantes.</li> <li>- La chute est un révélateur de fragilité et est perçue comme un réel danger.</li> </ul>

N =58	Conséquences sociales	Conséquences fonctionnelles	Conséquences psychologiques
		l'extérieur.	
<b>3. PEUR CONSTANTE 13.8% DES REPONDANTS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vie sociale raréfiée.</li> <li>- Augmentation de la dépendance aux autres (famille, voisin) pour maintenir une vie sociale très limitée, surtout à l'extérieur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide d'une autre personne (appui physique) nécessaire à l'extérieur.</li> <li>- Ralentissement de la marche, nécessité de faire des pauses.</li> <li>- Adaptation de l'environnement familial (planche de bain, siège de toilette rehaussé, barre d'appui à la salle de bain, etc.).</li> <li>- Renoncement à certaines activités physiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment de dépendance.</li> <li>- Tristesse liée à la prise de conscience du danger imminent de chuter.</li> <li>- Sentiment de solitude.</li> <li>- Etat d'alerte (peur) constant, lors de la marche.</li> <li>- Continuer à se déplacer demande de plus en plus d'effort, il faut se « forcer » à aller de l'avant (moralement et physiquement).</li> <li>- Peur de la déchéance.</li> <li>- Peur de l'institutionnalisation</li> </ul>
<b>4. PEUR INTENSE 8.6% DES REPONDANTS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vie sociale indépendante est impossible,</li> <li>- Nécessité d'avoir de l'aide pour toutes les activités de la vie quotidienne et pour se déplacer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modification de la posture et de la manière de marcher.</li> <li>- L'environnement extérieur et même familial devient imprévisible, menaçant (obstacles).</li> <li>- Supports environnementaux nécessaires dans tous les déplacements (personne qui donne le bras, rampes, murs, meubles).</li> <li>- Confinement à l'intérieur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peur ressentie de manière explicite.</li> <li>- Sentiment de fragilité extrême (comme du verre).</li> <li>- Prise de conscience de la proximité de la fin de vie.</li> <li>- Résignation</li> <li>- Impuissance</li> <li>- Dépression.</li> <li>- Fatalisme (négatif)</li> </ul>

## 5. DISCUSSION DES RESULTATS

Les chutes marquent un tournant décisif dans la vie de la personne âgée. Cette recherche débouche sur une définition originale de la peur de tomber, qui se distancie fondamentalement du concept d'efficacité personnelle, une définition ancrée dans le vécu, l'expérientiel. Le modèle à quatre niveaux, issu de la méthode *QUAPA*, rend compte des modifications transversales rapportées dans trois dimensions constitutives de la peur de tomber (fonctionnelles, sociales et psychologiques). Il permet de situer une personne âgée en

fonctions des conséquences vécues suite à une ou plusieurs chute(s) et constitue un pas supplémentaire dans la définition de la peur de tomber et son évaluation.

Des recherches futures devront explorer la pertinence de nos résultats, valider ce modèle sur un plus grand échantillon de personnes âgées à domicile et avec d'autres personnes âgées non-chuteuses ou des personnes âgées institutionnalisées, ou encore comparer la sensibilité de ce modèle en regard d'autres questionnaires actuellement utilisés (FES de Tinetti; FES-I, Yardley et al. 2005; ou l'adaptation du FES, Büla et al., 2008) basés sur le concept d'efficacité personnelle perçue, ou encore de sa pertinence en regard de modifications de certains paramètres physiques de la marche (Rochat et al, 2010).

© C. Piot-Ziegler et T. Cuttelod, septembre 2006. Les références mises à jour en juillet 2010 sont précédés de \* dans la bibliographie.

## **REFERENCES**

- Adkin, A. L., Frank, J. S., Carpenter, M. G., & Peysar, G. W. (2002). Fear of falling modifies anticipatory postural control. *Experimental Brain Research, 143*, 160-170.
- Adkin, A. L. (2003). Fear of falling and postural control in Parkinsons' disease. *Movement Disorders, 18*, 496.
- Arnstein, P. (2000). The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disability and Rehabilitation, 22*, 704-801.
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B., & Due, P. (2004). Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 38*, 85-89.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Engelwood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Bath, P. A., & Morgan, K. (1999). Differential risk factors profiles for indoor and outdoor falls in older people living at home in Nottingham, UK. *European Journal of Epidemiology, 15*, 65-73.



- Becker, C. S. (1992). *Living and relating: An introduction to phenomenology*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Bergland, A., Jarnlo, G. B., & Laake, K. (2002). Predictors of falls in the elderly by location. *Aging Clinical and Experimental Research, 15*(1), 43-50.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brisette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millenium. *Social Science and Medicine, 51*, 843-857.
- Brouwer, B. J., Walker, C., Rydahl, S. J., & Culham, E. G. (2003). Reducing fear of falling in seniors through education and activity programs: A randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*, 829-834.
- Bruce, D., Devine, A., & Prince, R. (2002). Recreational physical activity levels in healthy older women: The importance of fear of falling. *Journal of the American Geriatrics Society, 50*, 84-89.
- \*Büla, C. J., Martin, E., Rochat, S., Piot-Ziegler, C. (2008). Validation of the Falls Efficacy Scale in Older Rehabilitation Patients, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 89*(2), 291-296.
- Burker, E. J., Wong, H., Sloane, P. D., Mattingly, D., Preisser, J., & Mitchell, M. (1995). Predictors of fear of falling in dizzy and nondizzy elderly. *Psychology and Aging, 10*(1), 104-110.
- Carpenter, M. G., Frank, J. S., Silcher, C. P., & Peysar, G. W. (2001). The influence of postural threat on the control of upright stance. *Experimental Brain Research, 138*, 210-218.
- Chamberlain, K., Camic, P. & Yardley, L. (2004). Qualitative analysis of experience: Grounded theory and cases studies. In D.F. Marks & L. Yardley, *Research methods for clinical and health psychology*, London: Sage (Ch.5, pp. 69-89).

- Csordas, T. (Ed.). (1994). *Embodiment and experience: The existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cumming, R. G., Salkeld, G., Thomas, M., & Szonyi, G. (2000). Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 55A, 299-305.
- Drozdzick, L., & Edelstein, B. (2001). Correlates of fear of falling in older adults who have experienced a fall. *Journal of Clinical Geropsychology*, 7(1), 1-13.
- \*Dakyoo, J. (2008). Fear of falling in older adults: Comprehensive review. *Asian Nursing Research*, Dec. 2(4), 214-222.
- Friedman, S., Munoz, B., West, S., Rubin, G., & Fried, L. (2002). Falls and fear of falling: Which comes first? A longitudinal prediction model suggests strategies for primary and secondary prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1329-1335.
- Giorgi, A & Giorgi, B. (2003). Phenomenology. In J. Smith, (Ed.), 2003. *Qualitative Psychology : A Practical Guide to Research Methods*. London : Sage Publications, (pp. 25-50).
- Gubrium, J. F., & Holstein, J. A., (Eds.). (2003). *Postmodern Interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hatch, J., Gill-Body, K. M., & Portney, L. G. (2003). Determinants of balance confidence in community-dwelling elderly people. *Physical Therapy*, 83(12), 1072-1079.
- Herman, J. (1983). *Les langages de la sociologie*. Paris, PUF, Que sais-je .
- Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (Eds.). (2003). *Inside Interviewing: New Lenses, New Concerns*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Howland, J., Lachman, M., Peterson, E., Cote, J., Kasten, L., & Jette, A. (1998). Covariates of fear of falling and associated activity curtailment. *The Gerontologist*, 38(5), 549-555.

- \*Kempen G., Todd C., Van Haastregt J., Zijlstra R., Beyer N., Freiberger E., Hauer K., Piot-Ziegler C., & Yardley L. (2007). Cross-national validation of the Falls Efficacy Scale International (FES-I) in older people: Results from Germany, the Netherlands and the UK were satisfactory. *Disability and Rehabilitation*, 29(2), 155-162.
- Kvale, S. (1983). The qualitative research interview: A phenomenological and hermeneutical mode of understanding. *Journal of Phenomenological Psychology*, 14(2), 171-196.
- Kvale, S. (1996). *Interviews*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Legters, K. (2002). Fear of falling. *Physical Therapy*, 82(3), 264-272.
- Liddle, J., & Gilleard, C. (1995). The emotional consequences of falls for older people and their families. *Clinical Rehabilitation*, 9, 110-114.
- Maki, B. (1997). Gait changes in older adults: Predictors of falls of indicators of fear. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 313-330.
- Maki, B. E., Holliday, P. J., & Topper, A. K. (1991). Fear of falling and postural performance in the elderly. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 46, 23-31.
- McKee, K. J., Orbell, S., & Radley, K. A. (1999). Predicting perceived recovered activity in older people after a fall. *Disability and Rehabilitation*, 21(12), 555-562.
- McKee, K. J., Orbell, S., Austin, C. A., Bettridge, R., Liddle, B. J., Morgan, K., & Radley, K. (2002). Fear of falling, falls efficacy, and health outcomes in older people following hip fracture. *Disability and Rehabilitation*, 24 (6), 327-333.
- Murphy, J., & Isaacs, B. (1982). The post-fall syndrome: A study of 36 elderly patients. *Gerontology*, 28, 265-270.
- Murphy, S., Williams, C. S., & Gill, T. M. (2002). Characteristics associated with fear of falling and activity restriction in community-living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 5516-5520.

- Myers, A. M., Powell, L. E., Maki, B. E., Holliday, P. J., Brawley, L. R., & Sherk, W. (1996). Psychological indicators for balance confidence: Relationship to actual and perceived abilities. *Journal of Gerontology: Medical Sciences, 51A(1)*, 37-43.
- Office fédéral de la statistique. Statistiques de l'état annuel de la population (ESPOP) 2004. Retrieved May 3, 2005, from <http://www.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html>
- O'Loughlin, J. L., Boivin, J. F., Robitaille, Y., & Suissa, S. (1994). Falls among the elderly: distinguishing indoor and outdoor risk factors in Canada. *Journal of Epidemiology and Community Health, 48*, 488-491.
- Pijnappels, M., Bobbert, M. F., & Van Dieën, J. H. (2001). Changes in walking pattern caused by the possibility of a tripping reaction. *Gait and posture, 14*, 11-18.
- \*Piot-Ziegler, C, Cuttelod, T et Santiago, M. (2007). Définir la peur de tomber chez des personnes âgées à domicile: Une étude qualitative. *Bulletin de Psychologie, 60(6)*, 515-525.
- Piot-Ziegler, C. (2002). La peur de tomber: comment l'évaluer ? In M. Grossen (Series Ed.) & C. Piot-Ziegler, (Vol. Ed.), *Actualités Psychologiques: Vol. 12. Les chutes chez les personnes âgées: une approche interdisciplinaire* (pp. 81-120). Lausanne, Switzerland: University of Lausanne.
- Rankin, J. K., Woollacott, M. H., Shumway-Cook, A., & Brown, L. A. (2000). Cognitive influence on postural stability: A neuromuscular analysis in young and older adults. *Journal of Gerontology, 55*, M112-119.
- Reinsch, S., MacRae, P., Lachenbruch, P. A., & Tobis, J. S. (1992). Attempts to prevent falls and injury: A prospective community study. *Gerontologist, 32*, 450-456.
- \*Rochat, S., Büla, CJ, Martin, E., Seemater-Bagnoud, L., Karmaniola, A., Aminian, K., Piot-Ziegler, C., Santos-Eggimann B. (2010). What is the relationship between fear of

- falling and gait in well- functioning older persons aged 65 to 70 years. *Arch Phys Med Rehab* 91(6), June, 879-884.
- Salkeld, G., Cameron, I., Cumming, R., Easter, S., Seymour, J., Kurrle, S., & Quine, S. (2000). Quality of life related to fear of falling and hip fracture in older women: a time trade off study. *British Medical Journal*, 320, 341-346.
- Santiago-Delefosse, M. (2002). *Psychologie de la santé: perspectives qualitatives et cliniques*. Sprimont, Belgium: Mardaga.
- \*Seematter-Bagnoud, L., Santos-Eggimann, B., Rochat, S., Martin, E., Karmaniola, A., Aminian, K., Piot-Ziegler, C., et Büla, CJ (2010). Vulnerability in high functioning persons aged 65 to 70 years: the importance of the fear factor. *Aging Clinical and Experimental Research*, 22(2), 1-7.
- Siu-wai, K., Fung-kam, L., Mackenzie, A., & Lee, D. (2002). Psychosocial consequences of falling: The perspective of older Hong Kong Chinese who had experienced recent falls. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 234-242.
- Smith, J. (Ed.). (2003). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage Publications.
- Smith, J. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1, 39-54.
- Suzuki, M., Ohyama, N., Yamada, K., & Kanamori, M. (2002). The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. *Nursing and Health Sciences*, 4, 155-161.
- Tennstedt, S., Howland, J., Lachman, M., Perterson, E., Kasten, L., & Jette, A. (1998). A randomized, controlled trial of a group intervention to reduce fear of falling and

- associated activity restriction in older adults. *Journal of Gerontology*, 53B(6), 384-392.
- Tideiksaar, R. (1986). Preventing falls: Home hazards checklist to help older patients protect themselves. *Geriatrics*, 41, 26-29.
- Tinetti, M. E., Mendes de Leon, C. F., Doucette, J. T., & Baker, D. I. (1994). Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 49(3), 140-147.
- Tinetti, M. E., & Powell, L. (1993). Fear of falling and low self-efficacy: A cause of dependence in elderly persons [Special issue]. *Journal of Gerontology*, 42, 35-38.
- Tinetti, M. E., Richman, D., & Powell, L. (1990). Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of Gerontology*, 45(86), P239-P243.
- Tinetti, M. E., & Williams, C. S. (1998). The effect of falls and fall injuries on functioning in community-dwelling older persons. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 53A(2), 112-119.
- Velozo, C. A., & Peterson, E. W. (2001). Developing meaningful fear of falling measures for community dwelling elderly. *American Journal of Physical and Medical Rehabilitation*, 80(9), 662-672.
- Yardley, L. (1998). Fear of imbalance and falling. *Review in Clinical Gerontology*, 8, 23-29.
- Yardley, L. (1999). Understanding embodied experience. In M. Murray & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology: Theories and Methods* (pp. 31-46). London, Sage.
- Yardley, L., & Redfern, M. S. (2001). Psychological factors influencing recovery from balance disorders. *Anxiety Disorders*, 15, 107-119.

Yardley, L., & Smith, H. (2002). A prospective study of the relationship between feared consequences of falling and avoidance of activity in community-living older people.

*The Gerontologist*, 42(1), 17-23.

Yardley, L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G., Piot-Ziegler, C. & Todd, C. (2005).

Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale International (FES-I).

*Age and Aging*, 34, 1-6.