



La peur de tomber chez les aînés

Rédigé par Alan M. Jette, PhD, Physio
et directeur du Health and Disability
Research Institute de l'Université de Boston.
Boston, Massachusetts

INTRODUCTION ET CONTEXTE

L'expression « peur de tomber » (PDT) décrit une crainte exagérée de tomber, laquelle mène fréquemment à une restriction volontaire des activités. La personne âgée craintive restreint son univers, ce qui entraîne souvent un isolement social et un déclin marqué sur le plan physique, émotif et fonctionnel, et ce, jusqu'à ce que de simples gestes, comme prendre un bain ou marcher à la boîte aux lettres, deviennent des tâches insurmontables.

À de nombreux égards, la PDT correspond à une réaction rationnelle vis-à-vis un événement probablement et potentiellement dangereux. Une préoccupation prudente quant aux chutes pourrait sembler être la première étape d'une approche de prévention de celles-ci. Toutefois, une peur excessive peut compromettre le bien-être physique et mental de la personne âgée. Elle peut provoquer de sérieux effets négatifs. Pensons à la réduction de la fréquence et de l'intensité de l'activité physique chez l'aîné, ce qui peut conduire à un déconditionnement et, en fin de compte, à une augmentation du risque de chute. La peur de tomber peut également compromettre l'interaction sociale, entraînant de l'isolement, de la dépression et de l'anxiété.

La peur de tomber est un syndrome relativement nouveau. Les premiers

travaux de Murphy (1982) montrent qu'une vive anxiété se manifeste après une chute, ce qui nuit à la capacité d'une personne âgée de se tenir debout et de marcher sans soutien. Au début des années 1990, une recherche ultérieure portant sur le « syndrome post-chute » admet que certaines personnes développent une PDT même si elles n'ont pas fait de chute (Howland et al., 1993; Dowton et al., 1990; Maki et al., 1991). Depuis, les chercheurs ont établi un lien entre les changements psychologiques, physiques et fonctionnels chez les aînés et la PDT (Cumming, 2000). Ces changements ont un effet sur la réalisation des activités quotidiennes et entraînent une perte de confiance en ce qui a trait à l'équilibre et à la marche (Tinetti, 1990; Hill, 1996).

PRÉVALENCE ET INCIDENCE

Il est difficile d'estimer la prévalence de la peur de tomber parmi la population âgée. Elle pourrait même être sous-estimée puisque les personnes les plus craintives peuvent hésiter à participer aux études de recherche. Selon une recherche actuelle, de 26 à 55 % des personnes âgées vivant dans la collectivité ressentent la PDT (Arfken, 1994; Bruce, 2002; Howland, 1993, 1998; Murphy, 2002; Tinetti, 1994; Friedman, 2002). Chez les personnes ayant fait une chute, de 40 à 73 % déclarent avoir peur de tomber. Mais, le plus étonnant, c'est que parmi les

À de nombreux égards, la PDT correspond à une réaction rationnelle vis-à-vis un événement probablement et potentiellement dangereux. Toutefois, une peur excessive peut compromettre le bien-être physique.

.....
Chez les personnes ayant fait une chute, de 40 à 73 % déclarent avoir peur de tomber. Mais, le plus étonnant, c'est que parmi les personnes déclarant avoir peur de tomber.
.....

personnes déclarant avoir peur de tomber, environ la moitié n'a pas fait de chute. En 1993, dans le but de relativiser cette peur, les chercheurs ont répertorié les peurs courantes chez 196 personnes âgées vivant dans la collectivité. La peur de tomber s'est classée au premier rang à 47 %. Les autres peurs comprenaient, entre autres, celle de se faire voler dans la rue (17 %), d'oublier un rendez-vous important (8 %), d'avoir des difficultés financières (12 %) et de perdre un objet de valeur (5 %) (Howland, Peterson, Levin, Fried, Pardon et Bak, 1993).

La peur de tomber est plus fréquente chez les femmes que les hommes (Maki, 1991; McAuley, 1997; Vellas, 1997; Arfken, 1994). Lors de l'évaluation de base dans le cadre d'une étude s'étalant sur trois ans et portant sur plus de 1000 femmes vivant dans la collectivité, plus du tiers de l'échantillon a déclaré avoir peur de tomber. Après trois ans, cette proportion augmentait à 45 %. Cependant, les chercheurs nous avisent que la PDT pourrait être sous-estimée chez les hommes en raison de la stigmatisation liée au fait d'admettre les craintes et de demander de l'aide (Maki, 1991; McAuley, 1997; Organisation mondiale de la santé, 2007).

Une fois la PDT installée, elle persistera en l'absence d'intervention. Une recherche effectuée par Austin (2007) montre

que, parmi les personnes manifestant cette peur dès le départ, un faible nombre réussissait à se débarrasser du symptôme durant le suivi d'une durée de trois ans.

QUI EST VULNÉRABLE À LA PEUR DE TOMBER?

Au cours des deux dernières décennies, la recherche a réfuté la théorie initiale voulant que la PDT se manifeste seulement après une chute. Néanmoins, les chercheurs croient qu'il existe une relation entre la PDT et les chutes. Plusieurs études (Lachman, 1998; Howland, 1998; Howland et al, 1993) indiquent que l'intensité de la PDT augmente en fonction de

la fréquence et de la gravité des chutes. En dépit du fait que la personne ait été ou non victime d'une chute, Myers et ses collaborateurs (1996) ont remarqué une proportion semblable de la PDT parmi les aînés ambulatoires et ceux vivant dans la collectivité.

À la question « Avez-vous peur de tomber? », cinquante-six pour cent des personnes ayant déclaré une chute ont répondu par l'affirmative, et ce pourcentage était de cinquante-huit chez celles qui n'étaient pas tombées.

Les études ont établi une corrélation entre la PDT et le déclin de l'état de santé et du fonctionnement, ce qui englobe une auto-évaluation de la santé plus faible et les antécédents

de chutes (Howland et al., 1993; Arfken, Lach, Birge et al, 1994; Tinetti, 1994; Howland, 1998). Elle est aussi liée à une déséquilibration, à l'incapacité de marcher ou à une démarche instable, ainsi qu'à l'utilisation d'aides à la marche (Arfken, 1994).

Les dernières recherches se concentrent sur le rôle de l'autoefficacité et de la PDT. Définie comme la profonde croyance d'une personne en elle-même et en ses capacités perçues, l'autoefficacité est apparue importante dans le maintien du niveau d'activité physique d'une personne et dans la prévention d'un déclin fonctionnel (Myers, 1998). En 2000, Cumming et ses collaborateurs ont étudié des aînés ayant bénéficié d'une intervention médicale (en milieu hospitalier, en consultation externe ou en soins de jour) durant une période de 12 mois. À l'aide de l'échelle Falls Efficacy Scale (FES), des données ont été recueillies sur les antécédents de chutes et sur l'autoefficacité liée aux chutes, ainsi que sur l'aide nécessaire pour effectuer dix tâches relatives aux activités de la vie quotidienne (AVQ). Selon les constatations, les gens ayant une faible autoefficacité liée aux chutes semblent être en moins bonne santé. Cela a été évalué par l'enquête sur la santé

Tableau 1

Les facteurs associés à la peur de tomber

Âge avancé (plus de 80 ans)
Femme
Dépression
Mobilité réduite
Diminution de la satisfaction à l'égard de la vie
Faible état de santé autodéclaré
Faible autoefficacité
Obésité
Utilisation d'aides à la marche
Démarche instable
Anxiété
Vie en solitaire et peu de contacts sociaux
Diminution de la qualité de vie
Réduction de l'activité physique
Évitement ou limitation des activités
Antécédents de chutes
Chutes exigeant une attention médicale
Démarche et équilibre déficient

Medical Outcome Study Short Form 36, un instrument de mesure de la qualité de vie liée à la santé. Un score plus faible sur l'échelle FES indiquait un plus grand déclin dans la capacité d'effectuer les AVQ. Ces résultats ont été cautionnés par Arfken et ses collaborateurs (1994) et

.....
Les fournisseurs de soins de santé doivent être au courant de la complexité de cette situation. Ils doivent aussi intégrer une évaluation exhaustive du risque lié à la PDT dans leur routine.
.....

Zijlstra (2007) qui ont constaté, chez plus de 4000 aînés, une association entre la PDT et les variables suivantes : âge supérieur à 80 ans, sexe féminin, état de santé générale perçue comme déficiente et antécédents de chutes. De plus, l'obésité et une mauvaise performance au test fonctionnel *Timed Up & Go* (essais chronométrés lever-marcher) ont permis de prédire l'incidence de la peur de tomber sur une période de trois ans (Austin, 2007).

QU'ARRIVE-T-IL AUX PERSONNES AYANT PEUR DE TOMBER?

Les études confirment une corrélation entre la PDT et une augmentation dans la limitation ou l'évitement d'activités (Zijlstra et al 2007; Lachman et al., 1998; Fletcher, 2004). Il arrive souvent que les personnes âgées évitent deux activités en particulier : tendre les bras au-dessus de la tête et aller à l'extérieur quand le sol est glissant (Lachman et al., 1998). D'autres chercheurs ont supposé que l'évitement d'activités en raison de la peur pourrait avoir des effets négatifs sur les capacités physiques et permettre de prédire d'autres chutes provoquées par une atrophie musculaire, une perte de conditionnement et un équilibre plus déficient (Maki, 1991; Vellas, 1997; Delbaere, 2004).

Les chercheurs ont remarqué que la croissance de la PDT coïncide avec

la diminution de la qualité de vie, incluant une réduction de l'interaction sociale. Par conséquent, la personne âgée s'isole, réduit ses contacts sociaux avec ses parents et amis, ce qui la rend dépressive et anxieuse (Murphy, 2002; Austin, 2007; Lachman et al., 1998; Howland et al., 1998; Howland et al., 1993).

IDENTIFIER LES PERSONNES VULNÉRABLES À LA PDT

Diverses approches ont servi à évaluer la peur de tomber. Certains chercheurs privilégient une approche directe consistant à demander à la personne âgée de déterminer l'intensité de sa peur (Arfken et al, 1994). La question simple exigeant la réponse « oui ou non » ou « j'ai peur ou je n'ai pas peur » peut permettre d'estimer rapidement la prévalence, mais elle pose des limites quant à la variabilité de l'intensité de la peur. La principale critique de cette approche réside dans le fait qu'elle sous-estime le nombre de personnes éprouvant une peur extrême. D'autres auteurs ont élargi les choix de réponse pour établir une hiérarchie (par exemple, « pas du tout craintif », « légèrement craintif », « assez craintif » et « très craintif ») qui déterminerait l'intensité de la peur.

Certains chercheurs se sont concentrés sur l'évaluation de la perte de confiance des personnes

.....

Les recherches actuelles indiquent qu'en elle-même, l'éducation n'éliminera pas la PDT (Rucker et al, 2006). Elles révèlent aussi qu'une approche multifactorielle est optimale en raison de la complexité du syndrome de la PDT.

.....

en ce qui a trait à l'équilibre et à la marche (Tinetti et al, 1990; Hill et al, 1996). Un des instruments les plus couramment utilisés est l'échelle *Falls Efficacy Scale* (FES) de Tinetti, laquelle correspond à la mesure autodéclarée de la crainte du participant. L'hypothèse sous-jacente veut que la PDT puisse se mesurer en analysant le niveau de confiance en soi d'une personne lors de la réalisation des activités quotidiennes, comme nettoyer la maison, s'habiller et magasiner sans tomber.

Dans cette approche, le clinicien lit chacun des énoncés au participant et remplit un questionnaire qui évalue l'intensité du sentiment de confiance de la personne âgée au moment où elle effectue diverses tâches fonctionnelles. Pour chacun des énoncés, la valeur zéro indique que la personne manque beaucoup de confiance en soi et la valeur dix indique qu'elle est totalement confiante. L'échelle comporte 14 questions

dont les choix de réponse vont de zéro à dix. Les valeurs des réponses sont ensuite cumulées pour une note globale maximale de 140. Voici les énoncés du questionnaire :

Tableau 2	
Questionnaire de la Falls Efficacy Scale (FES) Dans quelle mesure avez-vous confiance de pouvoir...	
1.	...vous habiller et vous déshabiller sans tomber?
2.	...préparer un repas simple sans tomber?
3.	...prendre un bain ou une douche sans tomber?
4.	...vous lever d'une chaise ou vous y asseoir sans tomber?
5.	...vous lever du lit ou vous y allonger sans tomber?
6.	...répondre à la porte ou au téléphone sans tomber?
7.	...vous déplacer dans la maison sans tomber?
8.	...prendre quelque chose dans une armoire ou un placard sans tomber?
9.	...réaliser de légères tâches ménagères sans tomber?
10.	...magasiner sans tomber?
11.	...utiliser les transports en commun sans tomber?
12.	...traverser les rues sans tomber?
13.	...faire un peu de jardinage ou étendre la lessive sans tomber?
14.	...utiliser l'escalier à l'avant ou à l'arrière de la maison sans tomber?

Source: Tinetti M, Richman D, Powell L. Falls efficacy as a measure of fear of falling. J Gerontol 1990; 45: P239-243.

D'autres instruments, comme le *Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly* (SAFFE), incluent l'évitement d'activités dans leur définition du syndrome (Howland et al, 1998; Lachman et al, 1998). Dans ce cas, l'hypothèse veut que les conséquences négatives de cette peur, comme la limitation des activités et la mauvaise qualité de vie, doivent être examinées. Ce questionnaire traite de onze activités de la vie quotidienne, de tâches exigeant de la mobilité et des

activités sociales. Ci-dessous, le tableau 3 montre les composants du SAFFE.

Les réponses sont évaluées sur une échelle de cinq points (allant de zéro à quatre) et le pointage est cumulé pour donner le score PDT. Dans l'étude de Lachman portant sur les aînés (1998), le SAFFE a démontré qu'il différenciait diverses intensités de peur, et il distingue les personnes qui limitent ou non leur niveau d'activité.

Tableau 3	
Questionnaire sur les activités et la peur de tomber chez les aînés (SAFFE)	Activités de la vie quotidienne évaluées
1. Actuellement, accomplissez-vous cette activité? (oui ou non)	Aller au magasin
2. Au moment où vous accomplissez cette activité, advenant que vous l'accomplissiez, dans quelle mesure êtes-vous préoccupé par le fait que vous pourriez tomber? (pas du tout, un peu, assez ou très préoccupé)	Visiter un ami ou un parent
3. Si vous ne faites pas cette activité, est-ce parce que vous être préoccupé par le fait que vous pourriez tomber? (pas du tout, un peu, assez ou très préoccupé)	Préparer des repas simples
4. Vous n'accomplissez cette activité en raison d'une préoccupation, mais y a-t-il d'autres raisons pour lesquelles vous ne l'accomplissez pas? (veuillez préciser)	Prendre quelque chose en levant les bras au-dessus de la tête
5. Si vous n'êtes pas préoccupé, pour quelles raisons n'accomplissez-vous pas cette activité? (veuillez préciser)	Prendre un bain
6. Par rapport à il y a cinq ans, diriez-vous que vous accomplissez l'activité davantage, autant qu'avant ou moins qu'avant?	Aller dans un endroit achalandé
	Sortir du lit
	Marcher à l'extérieur sur une distance équivalente à plusieurs pâtés de maisons
	Marcher en guise d'exercice
	Se pencher pour ramasser quelque chose
	Aller à l'extérieur lorsque c'est glissant

Adapté de : Lachman, ME, Howland, J., Tennstedt, S., Jette, A., Assman, S., & Peterson, E. Fear of falling and activity restriction: The Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 1998; 53B: P43-P50.

D'autres instruments, comme le test *Timed Up & Go* (TUG), évaluent les facteurs de risque tels que les difficultés liées à l'équilibre ou la performance physique. Le TUG mesure, en secondes, le temps que met une personne pour se lever d'un fauteuil ordinaire, marcher sur une courte distance, se retourner, revenir vers le fauteuil en marchant et se rasseoir. Aucun soutien physique n'est fourni, mais le participant peut utiliser un appareil fonctionnel, comme une canne ou une marchette durant le test; une information qui devrait être notée sur le formulaire de collecte de données.

PEUT-ON TRAITER LA PEUR DE TOMBER?

Quelle est l'intervention la plus efficace pour diminuer la PDT? Il n'existe pas de réponse précise à cette question. Les recherches actuelles indiquent qu'en elle-même, l'éducation n'éliminera pas la PDT (Rucker et al, 2006). Elles révèlent aussi qu'une approche multifactorielle est optimale en raison de la complexité du syndrome de la PDT (Gagnon, 2003). Par conséquent, la conception d'un programme d'intervention efficace doit comprendre certains, voire la totalité, des composants suivants :

Tableau 4

Timed Up & Go Test (TUG)

Directives :

La personne peut porter ses chaussures habituelles et se servir de son appareil fonctionnel habituel.

1. Faites asseoir la personne dans le fauteuil, le dos bien appuyer contre le dossier et les bras sur les accoudoirs.
2. Demander à la personne de se lever du fauteuil et de marcher sur une distance de 3 mètres (10 pieds).
3. Demander à la personne de se retourner, de marcher vers le fauteuil et de se rasseoir.

Démarrer le chronométrage quand la personne commence à se lever du fauteuil et l'arrêter quand elle se rasseoit dans le fauteuil au retour.

La personne devrait faire un essai pour pratiquer et trois essais évalués. Le chronométrage final correspondra à la moyenne des chronométrages des trois essais.

Résultats prédictifs

Secondes	Évaluation
< 10	Se déplace librement
< 20	Essentiellement autonome
20 `a 29	Mobilité variable
> 20	Mobilité limitée

Source : Podsiadlo, D, Richardson, S. The timed "Up & Go": a Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1991; 39: 142-148.

Dépistage : Une méthode générale de dépistage identifie les personnes dont le risque de chute est élevé, en particulier les femmes âgées ayant des antécédents de chutes multiples, un équilibre et une démarche instables, un faible état de santé autodéclaré et un faible soutien social. Le test *Timed Up & Go*, qui s'emploie aisément dans un contexte clinique, peut aider à déceler les personnes très vulnérables à la PDT. Dans l'échantillon d'Austin (2007), un temps de 10 secondes et plus prédisait une future PDT.

Exercice : Plusieurs approches d'intervention basées sur l'exercice ont été efficaces lors d'essais cliniques. Quinze semaines de pratique du Tai Chi semblent réduire la PDT et le risque de chute (Wolf, 1996). Les résultats de l'étude de Sattin (2005) montrent qu'une intervention impliquant 48 semaines de Tai Chi a réduit de façon importante la PDT.

Fonctionnel : Une évaluation fonctionnelle et un traitement, incluant une évaluation de la démarche, une thérapie, des exercices pour améliorer l'équilibre et la force musculaire ou des interventions avec appareil fonctionnel, peuvent être recommandés pour les personnes ayant une peur intense de tomber. Ces interventions peuvent s'avérer très efficaces lorsqu'elles visent à traiter les problèmes d'équilibre et de mobilité, lesquels doivent être

décelés tôt, avant que d'autres facteurs de risque deviennent importants (Austin, 2007).

Social : Le soutien des parents, amis, professionnels ainsi que des organismes sociaux peut atténuer la peur et servir de rempart contre les possibles effets débilissants de la PDT (Organisation mondiale de la santé, 2007). Les personnes qui comptent sur des amis et qui parlent de leurs peurs étaient les moins susceptibles de signaler une limitation de leurs activités (Howland et al, 1998).

Psychologique : Les programmes d'intervention visant à gérer la PDT ne doivent pas se concentrer uniquement sur la santé physique. Ils doivent également tenir compte des différences individuelles relativement à la personnalité. Mann (2006) souligne que les différences de personnalité sous-jacentes peuvent être un facteur expliquant la PDT. Un de ces traits de personnalité a été déterminé et étudié. Il s'agit du névrosisme, qui est associé à l'anxiété perçue, l'inquiétude et un sentiment de tension (Patton et al., 1993; McCrae, 1992; Mann, 2006).

Multidimensionnel : Ces interventions tiennent compte du fait que les patients qui présentent une PDT élevée et continue réagissent mieux aux programmes multifactoriels qui traitent les facteurs psychologiques, sociaux et fonctionnels (Tennstedt 1998). Un de ces programmes d'intervention

SOMMAIRE

Les fournisseurs de soins de santé doivent être au courant de la complexité de cette situation. Ils doivent aussi intégrer une évaluation exhaustive du risque lié à la PDT dans leur routine de dépistage chez les aînés. Une fois établie, la PDT doit être traitée sur plusieurs plans, ce qui consiste, entre autres, à fournir un programme d'exercices, à effectuer des évaluations fonctionnelles et un traitement, à répondre aux besoins sociaux et de soutien et à traiter l'anxiété ou la dépression. Cette approche multifactorielle aidera les personnes âgées à rester actives, impliquées sur le plan social et productives toute leur vie durant.

efficaces s'intitule *A Matter of Balance: Fear of Falling* (MOB). Il comprend un entraînement basé sur l'exercice et l'équilibre, une intervention cognitive du comportement et un soutien social. Ce programme de huit séances comporte ces éléments spécifiques :

1. Répondre la perspective selon laquelle les chutes et la peur de tomber sont contrôlables;
2. Établir des objectifs réalistes pour accroître les activités;
3. Modifier l'environnement pour réduire le risque de chute;
4. Promouvoir l'activité physique pour accroître la force et l'équilibre.

Le programme d'intervention *A Matter of Balance* a été grandement diffusé aux États-Unis et il a été mis en valeur par le *National Council on Aging* et *l'Administration on Aging* qui, actuellement, diffusent la version volontaire du programme à l'échelle nationale. Pour en savoir plus, visitez le site Web du *Health and Disability Research Institute* de l'Université de Boston au <http://www.bu.edu/hdr/products/balance/index.html>.

Le programme d'intervention *A Matter of Balance* a été grandement diffusé aux États-Unis et il a été mis en valeur par le *National Council on Aging* et *l'Administration on Aging* qui, actuellement, diffusent la version volontaire du programme à l'échelle nationale.

RÉFÉRENCES

- Anders J, Dapp U, Laub S, von Rentein-Kruse W. Impact of fall risk and fear of falling on mobility of independently living senior citizens transitioning to frailty: Screening results concerning fall prevention in the community. *Z Gerontol Geriatr*. 2007 Aug; 40(4): 255-67.
- Andresen EM, Wolinsky FD, Miller JP. Cross-sectional and longitudinal risk factors for falls, fear of falling, and falls efficacy in a cohort of middle-aged African Americans. *The Gerontologist*. 2006; 46 (2): 249-257.
- Arfken CL, Lach HW, Birge SJ, et al. The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community. *Am J Public Health*. 1994; 84: 565-70.
- Austin N, Devine A, Dick, I, et al. Fear of falling in older women: A longitudinal study of incidence, persistence, and predictors. 2007. *JAGS*. 55 (10):1598-1603.
- Bertera EM, Bertera RL. Fear of falling and activity avoidance in a national sample of older adults in the United States. *Health Soc Work*. 2008 Feb; 33(1): 54-62.
- Bruce DG, Devine A & Prince RL. Recreational physical activity levels in healthy older women: The importance of fear of falling. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2002, 50 (1), 84-89.
- Burker, EJ, Wong H, Sloane PD, et al. Predictors of fear of falling in dizzy and non-dizzy elderly. *Psychol Aging*. 1995 Mar; 10 (1): 104-10.
- Cumming, RG, Salkeld G, Thomas M, et al. Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *J of Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000; 55: M299-305.
- Delbaere K, Crombez G, Vanderstraeten G, et al. Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age and Ageing* 2004; 33: 368-373.
- Deshpande N, Metter EJ, Laurentani F, Bandinelli S, Guralnik J, Ferrucci L. Activity restriction induced by fear of falling and objective and subjective measures of physical function: A prospective cohort study. *J Am Geriatr Soc*. 2008 Apr; 56(4):615-20.
- Dowton JH, Andrews K. Postural disturbance and psychological symptoms amongst elderly people living at home. *J Geriatr Psychiatry*. 1990;5:93-8.
- Fletcher P, Hirdes J. Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. *Age and Ageing* 2004; 33: 273-279.
- Friedman, SM, Munoz B, West SK, et al. 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* 2002; 50: 1329-1335.
- Fuller G. Falls in the Elderly. *American Academy of Family Physicians*. 2000. 11 pp.
- Gagnon N, Flint A. Fear of falling in the elderly. *Geriatrics and Aging*. 2003 (July/August). 6(7): 15-17.
- Hill KD, Schwartz JA, Kalogeropoulos AJ, et al. Fear of falling revisited. *Arch Phys Med Rehabil*. 1996; 77:1025-1029.
- Howland J, Peterson EW, Levin WC, et al. Fear of falling among the community-dwelling elderly. *J Aging Health*. 1993; 5: 229-243.
- Howland, J, Lachman ME, Peterson EW, et al. Covariates of fear of falling and associated activity curtailment. *Gerontologist*. 1998; 38:549-55.
- Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim S. The abbreviated mental test: Its use and validity. *Age Ageing* 1991; 20: 332-336.
- Lach, HW. Incidence and risk factors for developing fear of falling in older adults. *Public Health Nursing*. 2005; 22 (1): 45-52.
- Lachman, ME, Howland, J, Tennstedt, S, Jette, A, et al. (1998). Fear of falling and activity restriction: the Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1998; 53:P43-P50.
- Legters K. Fear of Falling. *Physical Therapy*, 2002; 82: 264-272.
- Li F, Fisher KJ, Harmer P, McCauley E & Wilson NL. Fear of falling in elderly persons: association with falls, functional ability and quality of life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003. Sept; 58(5): P 283-90.
- Maki BE, Holliday PJ, Topper AK. Fear of Falling and postural performance in the elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1991; 46: M123-31.
- Mann R, Birks Y, et al. Exploring the relationship between fear of falling and neuroticism: A cross-sectional study in community-dwelling women over 70. *Age and Ageing*. 2006; 35: 143-147.
- McAuley EM, Mihalko SL, Rosengren K. Self-efficacy and balance correlates of fear of falling in the elderly. *J Aging Phys Activity* 1997; 5: 329-340.
- McCrae R, John O. An introduction to the five factor model and its applications. *J Pers* 1992; 60: 175-215.
- Murphy, J, Isaacs B. The post-fall Syndrome: A study of 36 elderly patients. *Gerontology*. 1982; 28:265-70.
- Murphy J, Williams CS & Gill TM. Characteristics associated with fear of falling and activity restriction in community-living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2002, 50, 516-520.
- Myers AM, Powell LE, Maki BE et al. Psychological indicators of balance confidence: relationship to actual and perceived abilities. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1996; 51: M37-M43.
- Myers AM, Fletcher PC, Myers AH, Sherk W. Discriminative and evaluative properties of the Activities-Specific Balance Confidence (ABC) Scale. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1998; 53: M 287-M294.
- Patton D, Barnes GE, Murray RP. Personality characteristics of smokers and ex-smokers. *Pers Individ Dif* 1993; 15: 653-64.
- Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 142-148.
- Rucker D, Rowe BH, Johnson JA, et al. Educational intervention to reduce falls and fear of falling in patients after fragility fracture: results of a controlled pilot study. *Prev Med*. 2006 Apr; 42 (4): 316-9.
- Sattin R, Easley K, Wolf S et al. Reduction in fear of falling through intense Tai Chi exercise training in older, transitionally frail adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005; 53 (7): 1168-1178.
- Talley K, Wyman J, Gross C. Psychometric properties of the Activities-Specific Balance confidence Scale and the Survey of Activities and Fear of Falling in Older Women. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008; 56 (2): 328-333.
- Tennstedt S, Howland J, Lachman M et al. A randomized, controlled trial of a group intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998; 56B:P384-P392.
- Tennstedt S, Peterson E, Howland, J, & Lachman, M. A Matter of Balance: Managing Concerns About Falls. Roybal Center Consortium, Trustees of Boston University, 1998, PP 140.
- Tinetti ME, Richman D, Powell L. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *J Gerontol A B Psychol Sci Soc Sci*. 1990; 45: P239-43.
- Tinetti ME, Mendes de Leon CF, Doucette JT et al. Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1994; 49: M140-7.
- Tinetti ME, Baker DL, McAvay G, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *New England Journal of Medicine*. 1994; 331: 821-827.
- Van Haastregt JC, Zijlstra GA, van Rossum E, van Eijk JT, Kempen GI. Feelings of anxiety and symptoms of depression in community-living older persons who avoid activity for fear of falling. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008 Mar; 16 (3): 186-93.
- Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ, Baumgartner RN & Garry PJ. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age Ageing* 1997; 26: 189-93.
- Wijlhuizen GJ, Chorus AM, Hopman-Rock M. Fragility, fear of falling, physical activity and falls among older persons: Some theoretical considerations to interpret mediation. *Prev Med*. 2008 Feb 9. (Epub ahead of print)
- Wolf SI, Barnhart HX, Kutner, NG, et al. Reducing frailty and falls in older persons: An investigation of Tai Chi and computerized balance training. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2006, 44, 489-497.
- World Health Organization. *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. 2007. 47 pp.
- Zijlstra GAR, Van Haastregt JCM, Van Eijk JTM, Van Rossum E et al. Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age and Ageing* 2007; 36: 304-309.



Philips Lifeline Canada
95 Barber Greene Road, Suite 105
Toronto, Ontario M3C3E9
Tel: 1.800.387.8120
www.lifeline.ca

Philips Lifeline
774, boul. Décarie, bur. 100
Saint-Laurent (Québec) H4L 3L5
1-888-517-3387
www.lifeline.ca

99122

©2008. Tous droits réservés. La portée du signal du bouton d'aide peut varier selon les facteurs environnants.