



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique xxx (2015) xxx-xxx

Revue d'Épidémiologie
et de Santé Publique

Epidemiology and Public Health

Revue générale

Facteurs facilitant et entravant la participation des personnes âgées à des programmes de prévention des chutes : une revue de la littérature

*Facilitators and barriers for older people to take part in fall prevention programs:
A review of literature*

S. Pin ^{a,*}, D. Spini ^{b,c}, J. Bodard ^d, P. Arwidson ^d

^a Direction des programmes, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 42, boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis, France

^b Institut des sciences sociales, université de Lausanne – Géopolis, 1000 Lausanne, Suisse

^c Pôle national de recherche LIVES « Surmonter les vulnérabilités : perspectives du parcours de vie », université de Lausanne, 1000 Lausanne, Suisse

^d Direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 42, boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis, France

Reçu le 22 décembre 2013 ; accepté le 22 octobre 2014

Abstract

Background. – Falling is the leading cause of accidental death after 65. Fall prevention programs are effective, but they involve few seniors. This article reviewed the literature on facilitators and barriers to participate in such programs.

Methods. – A literature review was conducted to identify documents in English, German and French published between 1990 and May 2012. Medline database, PsychInfo, Psychological and behavioral sciences and Francis were systematically searched, as were the bibliographies and some journals of public health, gerontology and social sciences. Of 462 documents found, 19 were selected and analyzed.

Results. – Of the 19 articles selected, 12 were on qualitative studies and 7 on literature reviews. Among the barriers to participation in falls prevention programs, documents highlighted the perception of fall as an inevitable event, the inadequate timing of prevention intervention and material difficulties. Conversely, being referred to prevention intervention by a professional, being convinced by the social benefits of interventions and the adequacy of interventions to the needs of beneficiaries were factors facilitating the participation and compliance of the elderly.

Conclusion. – This literature review identified three major issues to consider when implementing sustainable and acceptable fall prevention programs: choice of the referring agent, and social representations of falling.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Accidental falls; Prevention; Attitude to health; Motivation; Aged; Perception

Résumé

Position du problème. – La chute représente la première cause de décès par accident après 65 ans. Les programmes de prévention des chutes sont efficaces, mais ils concernent peu de personnes âgées. Cet article recense la littérature sur les facteurs facilitant et les facteurs entravant la participation à des programmes de prévention des chutes.

Méthodes. – Une revue de la littérature a été réalisée pour identifier les documents de langue anglaise, allemande et française publiés entre 1990 et mai 2012. La recherche a été menée sur les bases Medline, PsychInfo, Psychological and behavioral sciences et Francis, sur les bibliographies des articles identifiés et sur des revues de santé publique, de gérontologie et de sciences sociales. Sur 462 documents repérés, 19 ont été retenus et analysés.

Résultats. – Sur les 19 articles retenus, 12 portaient sur des études qualitatives et 7 étaient des revues de littérature. Parmi les barrières à la participation à des programmes de prévention des chutes, les documents mettent en avant la perception de la chute comme événement inévitable, le moment inadapté de l'intervention de prévention des chutes et des freins matériels. Au contraire, une présentation des programmes de prévention par un professionnel ou un proche, la mise en avant des bénéfices sociaux des interventions et l'adéquation des programmes avec les besoins des bénéficiaires constituent des facteurs facilitant la participation et l'adhésion des personnes âgées.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : spin@unil.ch (S. Pin), dario.spini@unil.ch (D. Spini), julie.bodard@inpes.sante.fr (J. Bodard), pierre.arwidson@inpes.sante.fr (P. Arwidson).

Conclusion. – Cette revue de littérature identifie trois enjeux majeurs à considérer pour implanter durablement et de façon acceptable des programmes de prévention des chutes : l'accessibilité ; le choix du référent ; et les représentations sociales de la chute.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Chutes ; Prévention ; Attitudes ; Motivation ; Personnes âgées ; Perception

1. Position du problème

En France, environ un quart des personnes âgées de 65 à 85 ans déclarent chuter chaque année [1]. La chute est la cause directe de problèmes majeurs de santé, parmi lesquels les fractures, les hospitalisations prolongées, le déclin fonctionnel, la fragilité, l'institutionnalisation [2,3]. Première cause de décès par accidents chez les plus de 65 ans, la chute cause environ 5000 morts par an sur le territoire français [4].

De plus en plus de données probantes rendent compte de l'efficacité de la prévention des chutes, mesurée surtout en termes de réduction de l'incidence des chutes [5–7] et plus rarement en termes d'amélioration de la qualité de vie [8]. Les programmes les plus efficaces ciblent des personnes présentant déjà des risques de chuter, soit parce qu'elles sont déjà tombées par le passé, soit parce qu'elles présentent des difficultés à conserver leur équilibre ou à se mouvoir. Ces programmes se composent d'une évaluation multidisciplinaire du risque de chute et d'interventions personnalisées ciblant les facteurs de risque identifiés. Si l'activité physique a été reconnue comme une stratégie efficace de prévention des chutes, même quand elle est proposée de façon isolée, les programmes abordent souvent plusieurs thématiques : gestion des médicaments, risques environnementaux, éducation pour la santé. Ils sont délivrés soit à des groupes de personnes âgées, soit de façon individuelle au domicile des personnes [7]. Suite à une évaluation précise du risque de chuter, ces interventions personnalisées proposent des séances d'exercice physique et peuvent comporter de l'éducation pour la santé. Les revues de la littérature ont montré que les interventions les plus efficaces présentent un certain nombre de caractéristiques : elles doivent être d'intensité modérée, ce qui correspond à des séances deux à trois séances par semaine, et s'étendre sur plusieurs mois [6,7].

Si ces programmes conduisent à une réduction significative du risque de chuter, ils sont peu prisés par les personnes âgées : leurs promoteurs relèvent ainsi de faibles taux d'adhésion et des difficultés à recruter, à motiver et à retenir sur la durée les bénéficiaires [6,9]. Pour comprendre cette réticence, il est utile de s'intéresser aux facteurs favorisant ou entravant la

participation à des programmes de prévention, en partant des perceptions et des propos des personnes âgées elles-mêmes. Depuis une dizaine d'années, la recherche en santé publique et en sciences sociales se développe sur cette thématique. Nous nous proposons, au moyen d'une revue systématique, de décrire ces facteurs et à partir de ce travail d'extraire des pistes pour implanter de façon plus acceptable et plus durable des programmes de prévention des chutes.

2. Méthode

Une recherche documentaire a été réalisée pour identifier les articles en anglais, français ou allemand comportant un résumé et publiés entre 1990 et mai 2012 dans les bases de données Medline, PsychInfo, SocIndex, Psychological and Behavioral Sciences Collection, et Francis. Nous avons utilisé les mots clés listés dans le **Tableau 1**, en utilisant les synonymes et les termes *medical subject heading* (MeSH) appropriés pour chaque base de données. Chaque base de données a été explorée séparément et les mots clés ont été cherchés dans la section « mots clés », « titre » et « résumé ».

Les études psychométriques, les éditoriaux et les opinions d'experts ont été exclus. Les bibliographies des articles retenus ont été vérifiées et les sommaires de revues de sciences sociales et de gérontologie ont été examinés de manière systématique. Cette recherche documentaire a permis d'identifier 462 articles, dont 69 pertinents.

Parmi les articles pertinents, nous avons sélectionné prioritairement les revues de la littérature, puis les études originales, qualitatives ou quantitatives, non incluses dans des revues de la littérature. Nous avons écarté les articles portant sur des populations âgées de moins de 65 ans, présentant des pathologies spécifiques (maladie d'Alzheimer, Parkinson). Nous avons conservé uniquement les articles étudiant explicitement la perception des chutes ou des programmes de prévention des chutes ; les articles examinant la perception de l'autonomie ou de la fragilité, ou analysant les facteurs d'adhésion à d'autres types de programmes de prévention ont été écartés. Au total, 19 articles sur 69 remplissent les critères

Tableau 1
Mots clés utilisés pour la recherche documentaire.

Mots clés 1 – événement considéré	Mots clés 2 – variables psychosociales liées aux perceptions	Limites
Chutes accidentelles ; Chutes ; Traumatismes	Attitude par rapport à la santé ; Perception sociale ; Représentations sociales ; Croyances	Personnes âgées (<i>aged or older people or elderly</i>) ; 65 ans ou plus âgé ; 1990–2012 ; Articles de langue anglaise, française ou allemande ; Pas d'articles psychométriques ; Pas d'articles portant sur la satisfaction des patients

d'inclusion. La Fig. 1 reprend le processus de sélection des articles.

La qualité méthodologique de tous les documents a été systématiquement vérifiée par le premier auteur au moyen des outils élaborés par le *Critical appraisal skills programme* [10]. Cette phase a permis d'identifier les principales limites méthodologiques des documents. Les articles ont été synthétisés dans une grille *ad hoc* indiquant, pour chaque étude : (1) le cadre théorique ; (2) les objectifs ; (3) la méthode utilisée ; (4) les principaux résultats. Les résultats ont été considérés comme un matériel qualitatif et ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique ; le premier auteur a classé chacun des résultats dans les deux grandes catégories d'intérêt (facteurs favorisant et facteurs entravant) et identifié des sous-catégories en combinant les résultats similaires. L'occurrence de chaque sous-catégorie dans les différents documents a ensuite été vérifiée. Ce classement a finalement été discuté et validé avec les co-auteurs.

3. Résultats

3.1. Descriptif du corpus d'articles retenus

Le Tableau 2 fournit un descriptif des documents retenus. Douze documents sur 19 rapportent tout d'abord des résultats d'études qualitatives constituées d'entretiens semi-structurés (11/12) ou d'entretiens de groupe (1/12). Le nombre de participants inclus varie entre 5 et 333, avec une médiane de 17 personnes interrogées. L'âge des participants varie entre 75 et 84 ans. Il s'agit de personnes vivant à leur domicile, sans l'aide d'autrui. Dans 6 études sur 12, les auteurs mentionnent le niveau d'éducation ou l'emploi antérieur des personnes interrogées. Dans une étude, une attention particulière était portée à des groupes d'origine différente du pays où se déroulait l'étude. Sept articles concernent des revues de la littérature, cinq revues systématiques, une revue non systématique et une méta-ethnographie, qui correspond à une méthode de recherche

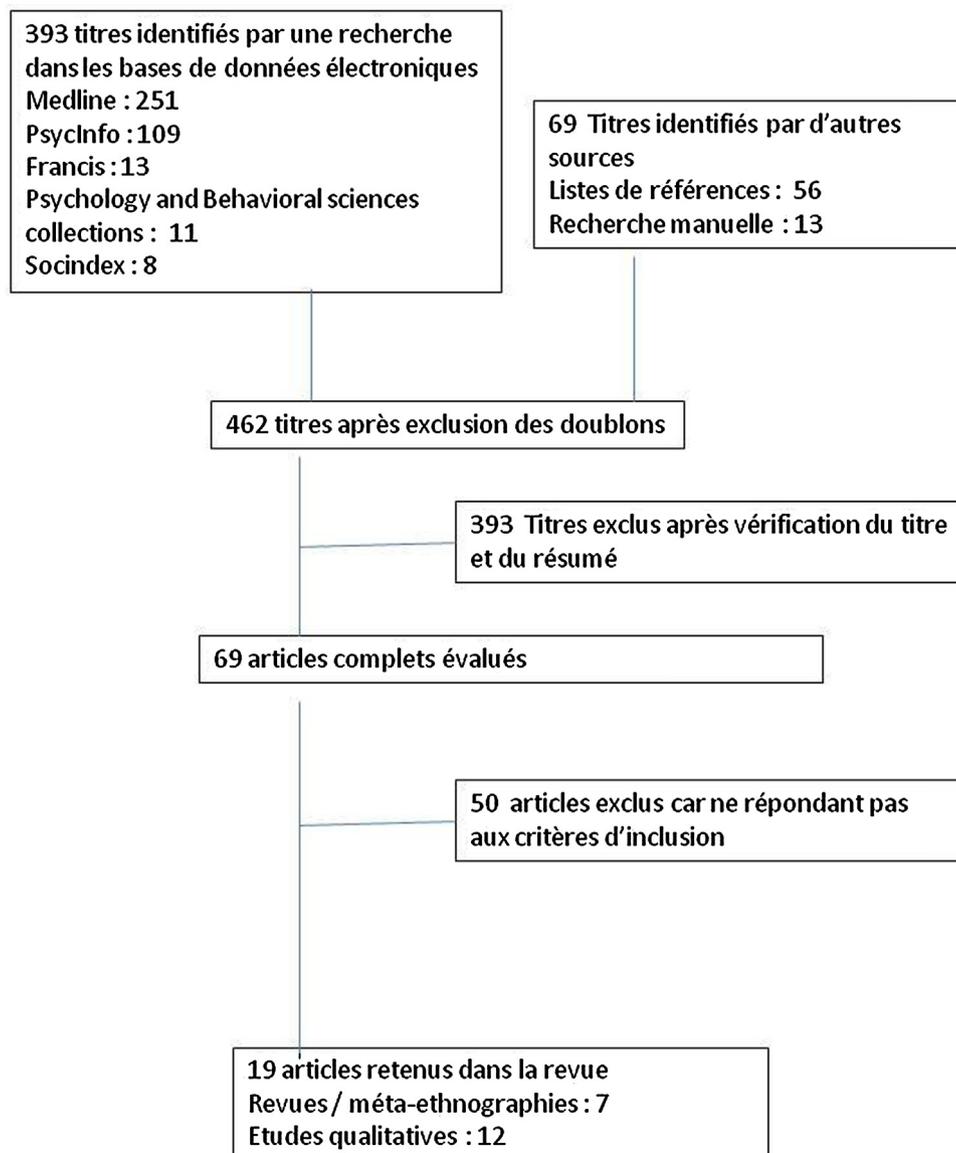


Fig. 1. Processus de sélection des articles pour la revue de littérature sur les perceptions des programmes de prévention de chutes.

Tableau 2

Descriptif des articles retenus pour la revue de la littérature sur les perceptions des programmes de prévention des chutes.

Auteurs (date), pays	Type d'étude ; méthode	Forces ou limites méthodologiques	Objectifs	Caractéristiques de la population étudiée				
				Nombre	Lieu de vie	Âge et sexe	Statut par rapport à la chute	Autres caractéristiques
Bunn et al. (2008), Grande- Bretagne [15]	Revue de littérature systématique	Intègre des études publiées et non publiées	Identifier les barrières et les leviers qui influencent la participation et l'adhésion aux programmes et aux interventions de prévention des chutes Identifier les mesures pour promouvoir l'acceptation	24 études portant sur des échantillons de 8 à 99 personnes (études qualitatives) et de 19 à 1500 personnes (études quantitatives)	Tous lieux de vie 13 études portant sur des personnes vivant dans la communauté 1 étude portant à la fois sur des personnes vivant dans la communauté et dans des maisons médicalisées 3 études portant sur des personnes vivant dans des villages de retraités 2 études menées auprès de personnes hospitalisées	55 ans et plus Hommes et femmes	Ayant ou non une histoire antérieure de chute	3 études examinent les besoins de personnes ne parlant pas anglais Pas de mention du statut socioéconomique ou du niveau d'étude des participants aux études sélectionnées
Calhoun et al. (2011), États- Unis [26]	Étude qualitative	Pas de discussion sur les conditions de réalisation des entretiens Pas de valorisation de l'apport de l'étude par rapport aux études existantes	Étudier les facteurs de motivation et les barrières à la participation à une évaluation du risque de chuter et à un programme de gestion du risque	39 personnes participant ou non à un programme de prévention des chutes	Communauté	50 ans et plus Moyenne d'âge : 77 (± 10) ans pour les participants ; 76 (± 11) ans pour les non- participants 70 % de femmes chez les participants au programme ; 83 % chez les non- participants	Ayant une histoire de chute antérieure Participant ou non à un programme de prévention des chutes	Personnes parlant anglais, possédant les capacités cognitives leur permettant de comprendre la décision de participer à l'étude 26 % des participants au programme de prévention des chutes et 29 % des non-participants ont un revenu < 15 000 \$

Tableau 2 (Suite)

Auteurs (date), pays	Type d'étude ; méthode	Forces ou limites méthodologiques	Objectifs	Caractéristiques de la population étudiée				
				Nombre	Lieu de vie	Âge et sexe	Statut par rapport à la chute	Autres caractéristiques
Dickinson et al. (2011), Grande- Bretagne [28]	Étude qualitative Focus groups et entretiens semi- structurés	Pas de discussion sur les conditions de réalisation des entretiens Méthodes de recrutement et d'analyse des entretiens peu claires Pas de discussion des limites de l'étude	Explorer les vues, préférences et expériences des personnes âgées en relation avec la prévention des chutes Identifier les leviers et les barrières à la participation à des interventions de prévention des chutes	187 personnes	Communauté	60 à 95 ans Moyenne d'âge : 75 ans 73 % de femmes	Ayant ou n'ayant pas une histoire antérieure de chute Participant ou ayant participé à une intervention de prévention des chutes	Parmi les participants, 30 personnes chinoises et 32 personnes d'Asie du Sud Pas de mention du statut socioéconomique ou du niveau d'éducation des participants
Dollard et al. (2012), Australie [16]	Étude qualitative Entretiens semi- structurés	Pas de discussion sur les conditions de réalisation des entretiens Méthode de recrutement peu claire Échantillon de petite taille	Comprendre les perceptions des personnes âgées sur leur propre risque de chuter et sur celui d'autres personnes âgées Comprendre pourquoi les personnes âgées croient que les chutes ne les concernent pas	9 personnes	Communauté	65–85 ans 6 femmes et 3 hommes	Ayant ou non une histoire antérieure de chute	5 femmes sur 6 vivent seules et les 3 hommes vivent avec leur époux Pas de mention du statut socioéconomique ou du niveau d'éducation des participants
Faes et al. (2010), Pays-Bas [17]	Étude qualitative	Pas de discussion les conditions de réalisation des entretiens Échantillon de petite taille	Explorer les vues, expériences, émotions et besoins concernant la chute chez des personnes fragiles avec ou sans troubles cognitifs et chez leur aidant proche principal	10 personnes et 10 aidants principaux	Communauté	Pour les personnes âgées : Moyenne d'âge : 78,5 ans 60 % de femmes Pour les aidants : Moyenne d'âge : 66,5 ans 50 % de femmes	Ayant une histoire antérieure de chute : ayant chuté au moins une fois durant le mois précédant l'entretien	Anciens patients d'une clinique de la chute 7 personnes âgées sur 10 sont mariées 5 personnes âgées sur 10 ont un niveau d'éducation intermédiaire ; 3 sur 10 ont un niveau d'éducation bas
Hanson (2010), Canada [25]	Revue narrative de la littérature et études expérimentales	Pas de présentation de la méthode d'identification, de sélection et d'analyse des articles Pas de description des articles	Examiner la littérature sur le stigmate et ses applications à l'étude des chutes Discuter la faisabilité de considérer la chute comme un événement stigmatisant et les implications pour la recherche de la stigmatisation par la chute	32 articles	Tous lieux de vie	Non mentionné	Ayant ou non une histoire antérieure de chute	Pas d'autre caractéristique mentionnée

Tableau 2 (Suite)

Auteurs (date), pays	Type d'étude ; méthode	Forces ou limites méthodologiques	Objectifs	Caractéristiques de la population étudiée				
				Nombre	Lieu de vie	Âge et sexe	Statut par rapport à la chute	Autres caractéristiques
Hill et al. (2011), Australie [41]	Étude qualitative	Appui sur le modèle des croyances en santé (Health Belief Model) Présentation claire de la méthode d'analyse de contenu	Identifier et décrire les stratégies émises par les personnes âgées comme pouvant réduire leur risque de chute durant la période suivant l'hospitalisation Comparer ces stratégies aux recommandations fondées sur des preuves scientifiques	333 personnes	Communauté	60 ans et plus Moyenne d'âge : 79,2 ans 62 % de femmes	Ayant ou non une histoire antérieure de chute	Admis à l'hôpital et participant à un essai randomisé contrôlé Pas de mention du statut socioéconomique ou du niveau d'éducation des participants
Horton (2007), Grande- Bretagne [15]	Étude qualitative	Appui sur les approches théoriques socioculturelles du risque et le paradigme du parcours de vie Méthode de recrutement peu claire Pas de discussion sur les conditions de réalisation des entretiens Discussion peu étayée	Explorer l'influence du genre sur les perceptions des personnes âgées de leur risque de chuter et leurs actions pour prévenir de futures chutes Explorer la construction sociale de la signification du risque de chuter	40 personnes	Communauté	64 à 95 ans Moyenne d'âge : non mentionnée 50 % de femmes	Ayant une histoire antérieure de chute (ayant chuté au moins à deux reprises au cours des douze derniers mois)	Les participants sont des « Anglais blancs », ce qui reflète la démographie du territoire géographique où s'est déroulée l'étude
Host et al. (2011), Danemark [29]	Étude qualitative	Pas de valorisation de l'apport de l'étude par rapport aux études existantes Pas de discussion sur les conditions de réalisation des entretiens Échantillon de petite taille	Étudier les perceptions et le coping vis-à-vis de la chute des personnes âgées, ainsi que leurs motivations à participer à des programmes de prévention des chutes	14 personnes	Communauté	65 ans et plus Moyenne d'âge : 77 ans 9 femmes et 5 hommes	Ayant une histoire antérieure de chute	Patients d'un service d'urgence suite à une chute Personnes parlant le danois, n'ayant pas de problème cognitif et ne souffrant pas d'autres maladies physiques ou mentales 9 personnes sur 14 vivent seules Pas de mention du statut socioéconomique ou du niveau d'éducation des participants

Tableau 2 (Suite)

Auteurs (date), pays	Type d'étude ; méthode	Forces ou limites méthodologiques	Objectifs	Caractéristiques de la population étudiée				
				Nombre	Lieu de vie	Âge et sexe	Statut par rapport à la chute	Autres caractéristiques
Kwok (2008), Chine [21]	Revue systématique de la littérature	Objectifs de la revue peu clairs Critères d'exclusion peu clairs	Explorer les perceptions des personnes âgées sur l'acceptabilité des interventions de prévention des chutes Explorer les perspectives des personnes âgées sur les peurs et leurs expériences des chutes	14 articles	Tous lieux de vie	60 ans et plus	Ayant ou non une histoire antérieure de chute	Pas d'autre caractéristique mentionnée
Lee et al. (2008), Australie [12]	Étude qualitative	Pas de discussion les conditions de réalisation des entretiens Méthode d'analyse peu claire Échantillon de petite taille	Explorer les vues des personnes âgées sur la peur de chuter, incluant leurs perceptions des chutes qu'ils ont vécues	9 personnes	Communauté	73 à 82 ans Moyenne d'âge : 77,9 ans 8 femmes et 1 homme	Ayant une histoire antérieure de chute	Participant à un programme de prévention des chutes et ayant rapporté un niveau élevé ou modéré de peur de chuter Pas de mention du statut socioéconomique ou du niveau d'éducation des participants
Mahler et Sarvimaki (2011), Danemark et Finlande [13]	Étude qualitative	Pas de valorisation de l'apport de l'étude par rapport aux études existantes Pas de discussion sur les conditions de réalisation des entretiens Méthode de constitution de l'échantillon peu claire Discussion peu étayée	Mettre en évidence l'expérience et la signification de la peur de chuter dans un contexte quotidien	5 personnes	Communauté	81 à 94 ans Femmes	Statut par rapport à la chute peu clair	Participant à des sessions de prévention des chutes Exclusion des personnes malades à un stade terminal et souffrant de démence sévère Les participantes vivent seules au moment de l'étude Elles vivent dans le même quartier socialement diversifié, dans une grande ville

Tableau 2 (Suite)

Auteurs (date), pays	Type d'étude ; méthode	Forces ou limites méthodologiques	Objectifs	Caractéristiques de la population étudiée				
				Nombre	Lieu de vie	Âge et sexe	Statut par rapport à la chute	Autres caractéristiques
Mahler et Sarvimaki (2010), Danemark [22]	Étude qualitative	Pas de valorisation de l'apport de l'étude par rapport aux études existantes Indications sur le contexte des entretiens Méthode de constitution de l'échantillon (peu claire) Discussion peu étayée	Mettre en évidence la signification de la chute pour des personnes âgées dans un contexte quotidien	6 personnes	Communauté	80 à 94 ans 4 femmes et 2 hommes	Ayant ou non une histoire antérieure de chute	Inscrits sur des bulletins d'enregistrement des chutes ou participant à un programme de prévention des chutes Exclusion de personnes malades à un stade terminal et souffrant de démence sévère Les participants vivent seuls au moment de l'étude Ils vivent dans le même quartier, socialement diversifié, dans une grande ville
McInnes et al. (2011), Australie et Grande-Bretagne [19]	Meta-ethnographie	Méthode d'identification, de sélection et d'analyse des articles clairement présentée Appui sur une méthodologie référencée de méta-ethnographie	Analyser et décrire les vues et les expériences des personnes âgées par rapport au risque de chute et au besoin d'intervention de prévention Comprendre les facteurs qui peuvent faciliter ou entraver l'acceptation du statut de risque et les interventions nécessaires	11 articles	Tous lieux de vie	60 ans et plus	Ayant ou non une histoire antérieure de chute	Les participants aux études habitent dans des zones urbaines ou rurales Pas de mention du statut socioéconomique ou du niveau d'éducation des participants aux études
McInnes et Askie (2004), Grande-Bretagne et Australie [27]	Revue systématique de la littérature	Méthode d'identification, de sélection et d'analyse des articles clairement présentée Pas de prise en compte de la littérature grise et pas de recherche manuelle dans certains journaux-clé	Synthétiser les études qualitatives et quantitatives qui se centrent sur les vues des personnes âgées et leur expérience de la prévention des chutes	24 articles 10 études qualitatives 1 revue systématique 3 revues narratives 3 études avant/après 4 études transversales	Tous lieux de vie 19 études portant sur des personnes vivant dans la communauté 1 étude portant sur des personnes résidant en maison médicalisée 4 études portant sur des personnes hospitalisées	Pour les études qualitatives : 60–88 ans Pour les études quantitatives : 50–97 ans	Ayant ou non une histoire antérieure de chute	Pas d'autre caractéristique mentionnée

Tableau 2 (Suite)

Auteurs (date), pays	Type d'étude ; méthode	Forces ou limites méthodologiques	Objectifs	Caractéristiques de la population étudiée				
				Nombre	Lieu de vie	Âge et sexe	Statut par rapport à la chute	Autres caractéristiques
McMahon et al. (2011), États-Unis [23]	Revue systématique de la littérature	Appui sur le modèle socio-écologique pour l'analyse et la présentation de leurs résultats Pas de précision quant aux bases documentaires utilisées	Comprendre les vues des personnes âgées sur le risque de chuter et identifier les barrières et facilitateurs à participer à des programmes de prévention des chutes	19 articles 11 études qualitatives 7 études quantitatives 1 étude utilisant des méthodes mixtes	Communauté	65 ans et plus	Ayant ou non une histoire antérieure de chute : 10 études portent sur des personnes identifiées comme « à risque » de chute	Très peu d'études mentionnent la race, l'origine ethnique ou les caractéristiques socioéconomiques des participants
Nyman (2011), Grande-Bretagne [18]	Revue narrative de la littérature	Appui sur la théorie du comportement planifié pour présenter leurs résultats Pas de présentation de la méthode d'identification, de sélection et d'analyse des articles Pas de description des articles retenus	Fournir une vue d'ensemble des facteurs psychosociaux ayant une influence sur la participation aux interventions concernant l'activité physique et visant la prévention des chutes	Non mentionné	Non mentionné	Non mentionné	Non mentionné	Pas d'autre caractéristique mentionnée
Piot-Ziegler et al. (2007), Suisse [14]	Étude qualitative Entretiens semi-structurés	Appui sur des approches théoriques en psychologie de la santé pour analyser et présenter leurs résultats Pas de discussion sur les conditions de réalisation des entretiens	Explorer l'expérience des chutes par les personnes âgées	58 personnes	Communauté	70 à 96 ans Moyenne d'âge : 82,1 ans 82,8 % de femmes	Ayant une histoire antérieure de chute	Exclusion de personnes ayant des troubles cognitifs 10 personnes sur 58 sont mariées Pas de mention du statut socioéconomique ou du niveau d'éducation des participants
Stewart et McVittie (2011), Grande-Bretagne [24]	Étude qualitative	Méthode de constitution l'échantillon peu claire Pas de discussion sur les conditions de réalisation des entretiens Échantillon de petite taille	Examiner l'expérience de la chute chez des personnes âgées confinées à leur domicile	8 personnes	Communauté	67 à 89 ans Moyenne d'âge : 84 ans 7 femmes et 1 homme	Ayant une histoire antérieure de chute	Participant à un programme de prévention des chutes multi-professionnel 6 participants sur 7 sont veufs, 1 participant est célibataire et 1 est divorcé Écossais (Européens) vivant dans un quartier socioéconomiquement défavorisé dans une ville de l'Est de l'Ecosse

et d'analyse systématique d'études qualitatives [11]. Ces recherches synthétisent 125 études différentes, qu'il s'agisse d'études qualitatives, d'enquêtes quantitatives transversales ou prospectives, ou d'évaluations d'intervention. Les populations interrogées dans les études originales sont majoritairement âgées de 65 ans et plus et vivent à leur domicile ; elles peuvent ou non avoir chuté ou avoir participé à un programme de prévention des chutes. Leur statut socioéconomique n'est que très rarement mentionné, que ce soit par les auteurs des revues ou dans les études originales.

Pour les études qualitatives, les principales limites méthodologiques portent d'abord sur l'absence d'explication quant à la taille, souvent réduite, de l'échantillon interrogé. À l'exception de deux études [12,13], les auteurs ne mentionnent pas non plus les conditions dans lesquelles les entretiens se sont déroulés ni les interactions entre le chercheur et les participants. Les revues de la littérature systématiques ainsi que la méta-ethnographie présentent un haut niveau de qualité. Ce n'est pas le cas pour les revues narratives, qui ne mentionnent pas la méthode d'identification, de sélection et d'analyse des documents retenus, ce qui ne permet pas de juger de l'exhaustivité des informations présentées ni de leur justesse.

L'analyse de contenu des articles retenus fait apparaître quatre types de facteurs favorisant et quatre types de facteurs entravant la participation à des programmes de prévention des chutes ; ces facteurs sont synthétisés dans le Tableau 3 et détaillés dans les paragraphes suivants.

3.2. Les facteurs entravant la participation

3.2.1. La chute, un événement inévitable et stressant

La chute est perçue par les personnes âgées interrogées dans les études retenues comme un événement soudain, surprenant,

lié à la perte de contrôle ou à un sentiment d'impuissance [14]. Les attitudes sont fatalistes par rapport à la chute : elle est perçue comme ne pouvant être prévenue [15-19] et est appréhendée comme le résultat d'un « accident ». Ces perceptions tendent à être partagées par les aidants de personnes âgées fragiles [17]. Par ailleurs, les définitions épidémiologiques de la chute, celles des professionnels de santé et celles des personnes âgées ne correspondent pas ; ainsi, pour les personnes âgées, le terme « chute » peut évoquer seulement des accidents traumatiques [18].

Hanson précise que les chutes peuvent provoquer une expérience de stigmatisation pour les personnes âgées [15] ; en attribuant la chute à des causes dont les personnes peuvent s'éloigner ou qu'elles peuvent mettre à distance, elles peuvent se prémunir contre un étiquetage de « chuteur ». Les chutes sont en effet souvent associées à des modifications identitaires importantes ; elles renvoient à une image de la vieillesse perçue comme une période de dégradation et de perte d'autonomie [14-16,19-25]. Les revues de littérature de de Nyman et al. [18] et McInnes et al. [19] insistent en particulier sur le fait qu'accepter une intervention de prévention des chutes revient à renoncer à certains aspects d'une vie indépendante et à son identité de personne compétente et indépendante.

3.2.2. Des conseils adaptés pour d'autres

Le terme « prévention des chutes » n'est pas familier aux participants des études [15,18]. Les personnes âgées reconnaissent la pertinence des conseils, mais estiment qu'ils sont plus adaptés à d'autres qu'à elles-mêmes [15,17,23,25]. Les raisons de cette inadaptation sont nombreuses : pour certaines personnes, la santé n'est pas une priorité dans leurs besoins immédiats, le déclin des capacités physiques avec l'âge

Tableau 3
Synthèse des facteurs facilitant ou entravant la participation à des programmes de prévention des chutes.

Auteurs (date)	Facteurs favorisant				Facteurs entravant			
	Chute inévitable et source de stigmatisation	Intervention inadaptée	Moment inadapté	Obstacle matériel	Garder le contrôle	Intervention adaptée	Lien social	Levier matériel
Bunn et al. (2008) [15]	x	x						
Calhoun et al. (2011) [26]	x			x	x	x		
Dickinson et al. (2011) [28]			x				x	x
Dollard et al. (2011) [16]	x				x			
Faes et al. (2010) [17]	x	x			x			
Hanson (2010) [25]	x	x						
Hill et al. (2011) [41]		x			x			
Horton (2007), Grande-Bretagne [15]	x	x			x			
Host et al. (2011) [29]	x	x		x	x		x	x
Kwok (2008) [21]	x				x		x	
Lee et al. (2008) [12]	x	x			x	x	x	
Mahler et Sarvimaki (2011) [13]	x	x			x			
Mahler et Sarvimaki (2010) [22]	x	x			x		x	
McInnes et al., (2011) [19]	x	x			x			
McInnes et Askie (2004) [27]	x	x			x	x	x	x
McMahon et al. (2011) [23]	x				x	x	x	x
Nyman (2011) [18]						x	x	
Piot-Ziegler et al. (2007) [14]	x							
Stewart et McVittie (2011) [24]	x							

apparaissant comme inéluctable [15,17,23,24]. Pour d'autres, les programmes ou informations ne leur correspondent pas : les participants se déclarent en bonne santé et capables de gérer seuls les risques liés à la santé [15,24]. Dans ce cas, les programmes de prévention semblent davantage convenir à des « personnes âgées » ou « fragiles », et la stigmatisation liée à l'âge les empêche de s'identifier à cette terminologie et, par voie de conséquence, de s'approprier les programmes de prévention des chutes [15,19,21,23,25,26]. Cette tendance vaut également pour les personnes qui présentent le plus haut risque de chuter et constituent donc le public cible des programmes de prévention. Deux revues de la littérature [15,21] citent le travail de Yardley et al. [9] qui recommandent d'utiliser des images médiatiques positives en référence au concept du vieillissement en santé (*healthy ageing*), et de se fonder sur des pairs afin d'augmenter l'acceptabilité sociale et la participation aux interventions de réduction des chutes. Même les personnes ayant suivi des programmes de prévention des chutes ne les trouvent pas forcément adaptés pour prévenir les effets délétères de la chute sur l'identité et la perte d'autonomie ; elles attribuent alors les chutes à des facteurs qui se trouvent au-delà de leur contrôle. Cela ne signifie pas qu'elles ne suivent pas certaines recommandations (faire de l'exercice par exemple), mais elles ne les relient pas forcément aux chutes [24].

Selon une étude citée par Bunn et al. [15], certains programmes, à l'instar de ceux proposant une évaluation du domicile ou des protecteurs de hanche, sont jugés trop intrusifs. Pour les personnes fragilisées par la maladie et traumatisées par des chutes répétées, le domicile devient le centre de la vie, qui intègre la mémoire et les images du temps passé [13,22] ; tout changement dans l'environnement domiciliaire devient un changement de vie. La plupart des répondants rechignent, par conséquent, à modifier leur environnement [15,19].

Les recommandations, notamment en termes de quantité d'exercice, ne sont pas connues des personnes âgées, qui pensent qu'elles font suffisamment d'efforts pour en percevoir les bénéfices [18]. Ce manque de conscience est à relier avec la croyance partagée par de nombreuses personnes que l'activité physique augmente le risque de chute [3].

3.2.3. *Un moment inadapté*

Les personnes présentant des incapacités ou se sentant en mauvaise santé participent peu à ce type de programme, arguant qu'elles ne sont pas suffisamment en forme pour y prendre part [27]. D'autres facteurs personnels augmentent la non-adhésion aux interventions, notamment quand elles s'appuient sur la pratique d'exercice physique : un âge élevé, le fait d'être une femme, une conscience aiguë de son déclin fonctionnel, un déni du risque de chute, l'idée de manquer de compétences, la peur de chuter, la peur de la fatigue ou de la douleur [15,27]. Les personnes de faible niveau socioéconomique sont plus enclines à accepter des modifications du logement et à s'engager dans des exercices à la maison, mais assistent moins à des programmes de groupe [23]. Dans l'étude de Calhoun et al., les personnes n'ayant pas participé au programme de prévention expliquent qu'elles n'en avaient pas encore besoin, qu'elles n'avaient pas atteint le point où une intervention

extérieure est nécessaire, qu'elles pouvaient encore agir elles-mêmes pour prévenir les chutes [26]. Le manque de temps est également un argument souvent évoqué par les personnes n'ayant pas participé à des programmes de prévention des chutes et ne souhaitant pas y participer [28]. Le désir de relâcher ses activités, de prendre soin de soi en cette période de vie est aussi parfois évoqué. Les personnes ont alors conscience et connaissance des bénéfices potentiels de programmes de prévention des chutes, mais elles ne trouvent pas de motivation suffisante pour y prendre part [29].

3.2.4. *Les obstacles matériels*

L'hôpital ne semble pas un lieu adéquat pour les personnes âgées, qui préfèrent des endroits plus conviviaux et moins connotés [28]. La langue peut aussi être un obstacle à participer à des programmes de prévention pour celles et ceux qui ne maîtrisent pas la langue du pays de résidence [21,27].

3.3. *Les facteurs favorisant la participation*

3.3.1. *Garder le contrôle sur sa vie et son autonomie*

Parmi les facteurs favorisant la participation à des programmes de prévention qui sont, pour une grande majorité, fondés sur de l'exercice physique, la pratique antérieure d'une activité physique et un fort sentiment personnel d'efficacité vis-à-vis de l'exercice physique sont déterminants [15,27]. En accord avec la théorie sociale cognitive [30], les personnes qui perçoivent les bénéfices de l'exercice physique et qui se sentent en capacité d'en pratiquer sont ainsi celles qui participent le plus volontiers aux programmes de prévention ; à l'inverse, les personnes se sentant moins aptes à la pratique d'activités montrent davantage de résistance à l'égard de la prévention des chutes.

3.3.2. *L'adéquation du programme aux besoins et aux capacités des personnes*

Les personnes qui ont chuté récemment ont davantage tendance à participer à des interventions de prévention des chutes, à accepter des modifications du logement et à s'engager dans de l'exercice physique à domicile ou en groupe [23]. Le programme, en particulier d'exercice physique, doit être adapté aux capacités et aux besoins des participants [15,18,23,27,28]. L'adéquation aux besoins est un thème récurrent [18,23] : les personnes sont plus enclines à participer à des activités si elles sont persuadées que celles-ci vont maintenir ou améliorer leur santé et prévenir efficacement les chutes.

3.3.3. *Le lien social*

La dimension sociale du programme de prévention est un facteur d'adhésion relevé par plusieurs études ou revues de la littérature [15,27,28]. Le bénéfice social ou émotionnel des programmes est noté par la plupart des participants ; et ceux qui n'ont pas participé à de tels programmes sont en attente de résultats en termes de lien social. Le format du groupe est majoritairement préféré [28,29], même si, dans la revue systématique de McInnes et Askie [27], ce sont les

interventions individualisées, délivrées par un professionnel de santé, de préférence au domicile de la personne, que privilégient les personnes âgées plutôt que des programmes collectifs. Les personnes ayant entendu parler d'un programme par un ami, un proche ou un voisin sont plus susceptibles d'y participer elles-mêmes [18,23,28]. Dickinson et al. [28], qui ont intégré dans leur étude des personnes d'origine asiatique, notent que le poids communautaire est important et que ces personnes sont plus sensibles que les autres au bouche à oreille et aux documents d'information placés localement. À l'inverse, les personnes qui se déclarent elles-mêmes isolées choisissent davantage que les autres de ne pas participer à des programmes de prévention [21], ou tendent à privilégier des programmes à domicile [27].

Les professionnels de santé qui adressent leurs patients âgés à un programme de prévention des chutes jouent un rôle de facilitateur efficace [18,23,28]. Les professionnels devraient toutefois et au préalable connaître ce que veulent leurs patients pour adapter leurs conseils en conséquence [27].

3.3.4. Les leviers matériels

Certaines caractéristiques du programme facilitent également la participation des personnes âgées : selon les personnes interrogées, les programmes devraient être proposés de façon régulière, à un rythme hebdomadaire, voire bi-hebdomadaire [27] ; ils devraient être de durée modérée [15,27]. Le lieu où se déroule le programme devrait être accessible pour tous, y compris pour les personnes les plus isolées ou ne disposant pas d'un véhicule, ou alors un moyen de transport doit être prévu [15,23,26,28,29]. Ces éléments constituent le minimum requis pour prendre part à ce type d'activité.

La qualité de l'équipe d'animation est également un facteur de motivation, sinon à participer, tout du moins à poursuivre le programme de prévention : les personnes ayant suivi un programme apprécient en particulier que les animateurs soient sensibles à leurs besoins et les considèrent comme des acteurs à part entière du programme [28]. La gratuité constitue un levier d'adhésion extrêmement efficace [23,28,29].

Enfin, une information claire et précise sur le contenu du programme, sur les bénéfices attendus et sur les attentes à l'égard des participants est indispensable [28].

4. Discussion et conclusion

Afin d'identifier les principaux facteurs favorisant ou entravant la participation à des programmes de prévention des chutes, une revue de la littérature a été réalisée sur les documents publiés pendant une vingtaine d'années dans les publications de langue française, anglaise et allemande. Les travaux réalisés s'appuient majoritairement sur des méthodes qualitatives. Trois lignes de force se dégagent des thèmes abordés dans ces études : l'argument matériel ; le choix du référent ; et les enjeux psychosociaux de la chute.

Les facteurs favorisant ou entravant la participation à des interventions de prévention de chutes peuvent être d'ordre matériel, même s'ils ne sont pas cités dans la majorité des études. L'accessibilité financière et physique aux interventions

de prévention semble une condition sine qua non à leur participation. Ceci se retrouve également pour d'autres interventions de prévention ou d'autres publics [31-33], et n'est donc pas spécifique de la prévention des chutes ni des personnes âgées. Cette accessibilité est toutefois cruciale quand il s'agit de personnes souffrant de difficultés pour marcher ou qui se trouvent dans des situations socioéconomiques défavorables. Les initiatives garantissant un moyen de transport aux personnes âgées ou veillant à ce que l'accès aux locaux ne présente pas d'obstacles majeurs sont à développer. L'argument financier est toutefois à mettre en perspective avec le contexte d'implantation des programmes d'intervention : selon les pays, les programmes peuvent être ou non remboursés, leur accès peut être gratuit ou leur coût modéré ; les organisations qui les proposent peuvent être très différentes, publiques ou privées, sanitaires ou médico-sociales. À notre connaissance, l'analyse des conditions d'implantation et de délivrance des programmes d'intervention des chutes n'a pas encore été faite ; elle permettrait pourtant d'approfondir la simple description des facteurs favorisant ou entravant la participation à ces programmes et d'ajuster les recommandations aux spécificités culturelles, politiques et organisationnelles des différents pays.

De manière plus uniforme, au travers des études recensées, plusieurs autres critères concernent le crédit apporté à la ou aux personnes qui présentent le programme de prévention des chutes et qui proposent aux personnes âgées d'y participer. L'adhésion est plus élevée quand le programme est présenté par quelqu'un en qui les personnes âgées ont confiance. Le professionnel de santé occupe alors une place de choix : les médecins généralistes ou les infirmières sont les professionnels qui disposent du plus grand crédit au près des personnes âgées. Pour autant, le pourcentage de personnes âgées ayant chuté qui en parlent spontanément à leur médecin est faible [34,35]. Cela incite à une attitude plus proactive de la part des professionnels de santé, qui doivent se doter d'outils de repérage du risque de chute et connaître les ressources locales vers lesquelles orienter leur patientèle âgée présentant des risques de chuter. De tels outils existent en France, à l'instar du *Référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes* édité par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé [7]. Une adaptation de ces instruments à la pratique spécifique des différents professionnels de santé pourrait faciliter leur appropriation et leur utilisation.

Enfin, nous avons identifié plusieurs enjeux psychosociaux qui concernent plus spécifiquement la chute et la manière dont celle-ci est perçue et vécue par les personnes âgées. La chute apparaissant comme un événement inévitable, sa prévention est perçue comme inadaptée dans le meilleur des cas, inutile le plus souvent. Il ne s'agit pas seulement d'une question d'informations insuffisantes ou de croyances erronées auxquelles répondrait un renforcement des actions de communication sur les chutes, ses risques, ou ses stratégies de prévention. La manière dont la personne âgée perçoit son efficacité personnelle à réduire le risque de chute est une donnée importante qui détermine largement sa peur de chuter [36,37]. On dispose à ce propos de quelques essais randomisés contrôlés montrant l'intérêt d'agir sur la peur de chuter elle-même, au travers

d'actions éducatives ou d'exercice physique, comme première étape dans la prévention de la chute [38]. Une autre dimension importante ressort de notre revue et concerne l'adéquation du programme aux besoins et aux attentes des personnes âgées : le programme doit être proposé au bon moment, avec des termes adéquats et avec une insistance sur les bénéfices à court et à moyen terme pour les participants. Cela impose, pour les professionnels qui développent ces programmes, une phase préalable d'identification des besoins des publics qui devrait porter autant sur les contenus que sur les modalités pratiques (lieu, durée, fréquence). Cela suppose également l'élaboration d'une stratégie de valorisation et de communication s'appuyant sur les modèles de changements de comportement développés par la psychologie de la santé. En effet, notre revue montre que la participation à un programme de prévention des chutes peut être perçue comme un risque identitaire pour la personne âgée. Les représentations sociales de la chute, et plus largement de la vieillesse, sont alors en jeu. Les stratégies d'interventions pour modifier ces représentations sont d'ampleur plus large et comportent de la communication, de la formation des professionnels, de l'éducation à la santé [39,40]. Finalement, cette revue plaide également pour une évaluation a posteriori de l'implantation et de l'adhésion aux programmes de prévention mis en place ; nous n'avons recensé qu'un seul document francophone décrivant les résultats d'une étude menée en Suisse. Afin de documenter les conditions d'acceptabilité des programmes de prévention des chutes dans des contextes autres qu'anglo-saxons, il semble indispensable de promouvoir un travail conjoint entre épidémiologistes et chercheurs en sciences sociales lors de la mise en place d'études d'évaluation.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Richard J-B, Thélot B, Beck F. Les accidents en France : évolution et facteurs associés. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2013;61(3):205–12.
- [2] Dargent P, Bréart G. Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1995;43(1):72–83.
- [3] Ricard C, Thélot B. Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France. *Bull Epidemiol Hebd* 2007;37–8:322–4.
- [4] Barry Y, Lasbeur L, Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000–2008. *Bull Epidemiol Hebd* 2011;29–30:328–31.
- [5] Société française de documentation et de recherche en médecine générale. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgées. Recommandations. Saint-Denis: Haute Autorité de santé; 2005.
- [6] Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12(9):CD007146.
- [7] Bourdessol H, Pin S. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Saint-Denis: Éditions Inpes; 2005.
- [8] Vaapio SS, Salminen MJ, Ojanlatva A, Kivela SL. Quality of life as an outcome of fall prevention interventions among the aged: a systematic review. *Eur J Public Health* 2009;19(1):7–15.

- [9] Yardley L, Donovan-Hall M, Francis K, Todd C. Older people's views of advice about falls prevention: a qualitative study. *Health Educ Res* 2006;21(4):508–17.
- [10] Critical Appraisal Skills Programmes. Critical appraisal skills programmes: making sense of evidence about clinical effectiveness. Oxford: CASP UK; 2010.
- [11] Britten N, Campbell R, Pope C, Donovan J, Morgan M, Pill R. Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. *J Health Serv Res Policy* 2002;7(4):209–15.
- [12] Lee F, Mackenzie L, James C. Perceptions of older people living in the community about their fear of falling. *Disabil Rehabil* 2008;30(23):1803–11.
- [13] Mahler M, Sarvimaki A. Fear of falling from a daily life perspective; narratives from later life. *Scand J Caring Sci* 2011;26(1):38–44.
- [14] Piot-Ziegler C, Cuttelod T, Santiago M. Définir la peur de chuter chez des personnes âgées vivant à leur domicile : une étude qualitative (French) [To define the fear of falling in elderly people living at their private house: a qualitative study (English)]. *Bull Psychol* 2007;60(492):515–25.
- [15] Bunn F, Dickinson A, Barnett-Page E, McInnes E, Horton K. A systematic review of older people's perceptions of facilitators and barriers to participation in falls-prevention interventions. *Ageing Soc* 2008;28(4):449–72.
- [16] Dollard J, Barton C, Newbury J, Turnbull D. Falls in old age: a threat to identity. *J Clin Nurs* 2012;21(17-18):2617–25.
- [17] Faes MC, Reelick MF, Joosten-Weyn Banningh LW, de Gier M, Esselink RA, Rikkert MGO. Qualitative study on the impact of falling in frail older persons and family caregivers: foundations for an intervention to prevent falls. *Aging Ment Health* 2010;14(7):834–42.
- [18] Nyman SR. Psychosocial issues in engaging older people with physical activity interventions for the prevention of falls. *Can J Aging* 2011;1:1–11.
- [19] McInnes E, Seers K, Tutton L. Older people's views in relation to risk of falling and need for intervention: a meta-ethnography. *J Adv Nurs* 2011;67(12):2525–36.
- [20] Horton K. Gender and the risk of falling: a sociological approach. *J Adv Nurs* 2007;57(1):69–76.
- [21] Kwok LH. A systematic review of qualitative studies on old people's psycho-social experiences of falls and their prevention. Hong Kong: University of Hong Kong; 2008.
- [22] Mahler M, Sarvimaki A. Indispensable chairs and comforting cushions – falls and the meaning of falls in six older persons lives. *J Aging Studies* 2010;24(2):88–95.
- [23] McMahon S, Talley KM, Wyman JF. Older people's perspectives on fall risk and fall prevention programs: a literature review. *Int J Older People Nurs* 2011;6(4):289–98.
- [24] Stewart J, McVittie C. Living with falls: house-bound older people's experiences of health and community care. *Eur J Ageing* 2011;8(4):271–9.
- [25] Hanson HM. Fall-related stigma in older adulthood: a mixed methods approach to understanding the influence of stigma on older adult's reported attitudes and behaviours regarding falls. London (Ontario): University of Western Ontario; 2010.
- [26] Calhoun R, Meischke H, Hammerback K, Bohl A, Poe P, Williams B, et al. Older adults' perceptions of clinical fall prevention programs: a qualitative study. *J Aging Res* 2011;2011:867341.
- [27] McInnes E, Askie L. Evidence review on older people's views and experiences of falls prevention strategies. *Worldviews Evidence Based Nursing* 2004;1(1):20–37.
- [28] Dickinson A, Machen I, Horton K, Jain D, Maddex T, Cove J. Fall prevention in the community: what older people say they need. *Br J Community Nurs* 2011;16(4):174–80.
- [29] Host D, Hendriksen C, Borup I. Older people's perception of and coping with falling, and their motivation for fall-prevention programmes. *Scand J Public Health* 2011;39(7):742–8.
- [30] Bandura A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs: NJ Prentice Hall; 1986.
- [31] Pascal J, Abbey-Huguenin H, Lombrail P. Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? *Lien Soc Politique* 2006;55:115–24.
- [32] Bedos C, Brodeur JM, Benigeri M, Olivier M. Inégalités sociales dans le recours aux soins dentaires. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2004;52(3): 261–70.

- [33] Chung PJ, Lee TC, Morrison JL, Schuster MA. Preventive care for children in the United States: quality and barriers. *Annu Rev Public Health* 2006;27:491–515.
- [34] Cummings SR, Nevitt MC, et al. Forgetting falls. The limited accuracy of recall of falls in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1988;36(7):613–6.
- [35] Wolinsky FD, Robert JJ, Fitzgerald JF. Falling, health status, and the use of health services by older adults. *Med Care* 1992;30(7):587–97.
- [36] Friedman SM, Munoz B, West SK, Rubin GS, Fried LP. Falls and fear of falling: which comes first? A longitudinal prediction model suggests strategies for primary and secondary prevention. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(8):1329–35.
- [37] Tinetti ME, Richman D, Powell L. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *J Gerontol* 1990;45(6):239–43.
- [38] Jung D, Lee J, Lee SM. A meta-analysis of fear of falling treatment programs for the elderly. *West J Nursing Res* 2010;31(1):6–16.
- [39] Liu JH, Sibley CG. Attitudes and behavior in social space: public good interventions based on shared representations and environmental influences. *J Environ Psychol* 2004;24:373–84.
- [40] Vincent I. La prise en compte des représentations sociales dans les interventions d'éducation au patient. In: Hass V, editor. *Les savoirs du quotidien. Transmissions, appropriations, représentations*. Rennes: Presses universitaires; 2006. p. 197–210.
- [41] Hill AM, Hoffmann T, Beer C, McPhail S, Hill KD, Oliver D, et al. Falls after discharge from hospital: is there a gap between older peoples' knowledge about falls prevention strategies and the research evidence? *Gerontologist* 2011;51(5):653–62.