

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

**LE SENS ET LE PROCESSUS DE LA PEUR DE CHUTER CHEZ LES
PERSONNES ÂGÉES**

par

CARMEN-LUCIA CURCIO

Doctorat en gérontologie

Thèse présentée au Centre universitaire de formation en gérontologie
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en gérontologie

Sherbrooke, août 2010

I-2458



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-70631-2
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-70631-2

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

**LE SENS ET LE PROCESSUS DE LA PEUR DE CHUTER CHEZ LES
PERSONNES ÂGÉES**

par

CARMEN-LUCIA CURCIO

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Marie Beaulieu, co-directrice de recherche
Département de service social, Faculté des lettres et sciences humaines

Hélène Corriveau, co-directrice de recherche
École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé

Johanne Desrosiers, évaluatrice interne
Vice-doyenne à la réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé

Sylvain Bourdon, évaluateur interne
Département d'orientation professionnelle, Faculté d'éducation

Annie Rochette, évaluatrice externe
École de réadaptation, Faculté de médecine. Institut de réadaptation de Montréal

Doctorat en gérontologie
Centre universitaire de formation en gérontologie

À José Fernando Gómez

Chez moi !

AVANT-PROPOS

Cette thèse sur la peur de chuter chez les personnes âgées s'inscrit dans un parcours professionnel de près de 30 ans. Ergothérapeute depuis 1982, j'ai essentiellement œuvré d'abord en pratique, puis en recherche, auprès d'une clientèle de personnes âgées. De nombreuses thématiques m'ont interpellée dont celle des chutes et de la peur de chuter, qui constitue mon principal objet de recherche depuis une décennie.

Détentrice d'un poste de professeure à la Faculté des sciences de la santé, au département d'activité physique, à l'Université de Caldas à Manizales depuis 2000, j'enseigne la géronto-gériatrie à de futurs praticiens et à des chercheurs en devenir. En collaboration avec mon collègue José Fernando Gómez, nous y avons développé un programme de recherche en vieillissement. Je suis aussi engagée comme consultante dans une Clinique sur l'instabilité, les vertiges et les chutes, qui dispense des services d'évaluation et d'intervention aux personnes âgées, tout en offrant un cadre de recherche et de formation à des étudiants. Mon travail ne se limite pas au rôle plus « traditionnel » d'une ergothérapeute, car j'agis comme personne ressource au sein d'une équipe composée de divers professionnels du milieu de la santé. La collaboration interprofessionnelle, tout comme la réflexion interdisciplinaire, sont donc au cœur de ma pratique.

Tant pour mes études de maîtrise (gérontologie à Barcelone, Espagne) que de doctorat (gérontologie à Sherbrooke, Québec, Canada), j'ai opté pour des programmes à l'étranger pour ensuite faire du transfert de connaissance dans mon pays. Le choix particulier du programme de doctorat en gérontologie à l'Université de Sherbrooke a été fait en considérant à la fois sa visée de recherche et sa rigueur au plan académique. En ce sens, il m'apparaissait unique au monde.

En 2005, j'étais récipiendaire du prix national de recherche en géro-geriatrie en Colombie, à la suite d'une étude épidémiologique traitant de la détermination des facteurs de risque de la peur de chuter. Ces travaux m'ont permis de procéder à l'identification des groupes et des personnes à risque, puis de développer des programmes d'intervention. Deux questions générales ont commencé à émerger : Pourquoi les gens âgés ont peur de chuter, ou qu'est-ce que représente cette peur à leurs yeux? Comment comprendre pourquoi tant de gens âgés ont peur de chuter, qu'ils aient ou non chuté par le passé? Ce sont les réflexions qui m'ont guidée pour amorcer mes études doctorales en 2006. Ayant toujours travaillé dans une perspective quantitative, j'ai opté pour une autre posture épistémologique et méthodologique, ce qui m'a amené à maîtriser l'approche de la théorisation ancrée, afin de saisir le point de vue des principaux acteurs concernés; ce que ne me permettait pas mes travaux antérieurs. Les résultats de la thèse qui suit seront donc ramenés en Colombie afin de façonner de futures générations de praticiens et de chercheurs, de guider des pratiques et de permettre de nouveaux développements des connaissances.

RÉSUMÉ

Introduction

L'intérêt pour la peur de chuter s'est accru considérablement depuis les années 1990. La prévalence de la peur de chuter varie grandement, selon les études, allant de 20 à 92 %. À l'origine, la peur de chuter était reliée à la notion d'équilibre et était vue comme une conséquence des chutes. De nos jours, il est communément accepté que la peur de chuter soit indépendante des chutes et qu'elle soit à la fois plurifactorielle et multidimensionnelle. Il existe plusieurs définitions de la peur de chuter qui dérivent des modèles conceptuels presque toujours axés sur l'instabilité et la perte d'équilibre, ces définitions de la peur de chuter nomment celle-ci de différentes manières. Par ailleurs, on compte actuellement plus d'une douzaine d'outils qui visent à évaluer la peur de chuter.

Différents facteurs ont été associés par les chercheurs à la peur de chuter. Parmi les facteurs physiques, pour lesquels une relation avec la peur de chuter est plus évidente, on retrouve l'appartenance au sexe féminin, l'âge, les chutes, les problèmes en rapport avec l'équilibre et la démarche, la diminution de la fonctionnalité et une faible performance physique. Les facteurs psychologiques qui ont été reliés à la peur de chuter sont la dépression, l'anxiété et la perte de confiance en soi. Les facteurs sociaux qui sont en lien avec la peur de chuter sont la diminution de la participation sociale, un faible réseau de soutien social et le fait pour la personne concernée de vivre seule.

La peur de chuter s'accompagne de conséquences positives qui peuvent être résumées en quatre mots : protection, précaution, prudence et prévention. La peur de chuter peut aussi avoir des répercussions négatives sur les plans physique, psychologique et social, répercussions qui limitent progressivement les capacités fonctionnelles de la personne âgée et l'amènent à réduire ses activités. Ainsi, la prise en charge de la peur de chuter apparaît essentielle au maintien de l'autonomie de la personne âgée.

Très peu de recherches traitant de la peur de chuter chez les personnes âgées prennent en considération le point de vue des personnes âgées. Or, l'orientation biomédicale qui prévaut dans ces recherches laisse nécessairement de côté les aspects individuels et sociaux qui n'entrent pas dans les catégories préétablies. La presque totalité des recherches portant sur la peur de chuter, sauf très rares exceptions, ne tiennent compte ni des conditions socioculturelles, ni du point de vue des acteurs, en l'occurrence les personnes âgées.

Objectifs

L'objectif général que nous visons dans la présente recherche consiste à reconceptualiser la peur de chuter chez les personnes âgées. De manière plus spécifique, nous voulons comprendre la signification de la peur de chuter pour les personnes âgées, identifier les stratégies qui sont déployées par ces dernières pour gérer dans le quotidien leur peur de chuter et, enfin, répertorier les principales conséquences de la peur de chuter du point de vue des personnes âgées.

Méthodologie

Une approche qualitative misant sur la méthode de la théorisation ancrée a été retenue pour cette recherche. Un échantillonnage théorique par étapes a été utilisé afin que les concepts qui émergent de nos analyses de données atteignent la saturation. Les entrevues ont été effectuées auprès de 37 personnes âgées habitant trois villes de la région caféière de la Colombie. Le protocole d'entrevue a évolué en fonction des résultats des analyses, lesquelles se faisaient de manière itérative. Toutes les entrevues ont été enregistrées, retranscrites et anonymisées. Notre démarche d'analyse respecte les principes de base de la théorisation ancrée, à savoir l'utilisation de la codification ouverte et des mémos pour dégager les catégories et l'utilisation de la codification axiale et sélective et des mémos pour construire les modèles théoriques.

Résultats et discussion

La peur de chuter représente un concept difficile à définir, imprécis et ambigu. Pour le décrire, les personnes âgées qui composent notre échantillon utilisent d'autres mots (par

exemple, angoisse, crainte, frayeur) comme s'il s'agissait de synonymes. Il apparaît clairement que les personnes âgées ne ressentent pas une peur à l'état pur comme on en retrouve la description dans la littérature scientifique, elles évoquent une peur diffuse, sans objet précis et sans cause objective évidente, dont la menace est obscure et vague ayant une durée illimitée et s'accompagnant d'un sentiment d'impuissance. En somme, les personnes âgées parlent plutôt d'angoisse que de peur ; ce n'est pas la chute qui leur fait peur, mais plutôt ses conséquences. Ainsi, les peurs que craignent le plus les personnes âgées sont liées aux dommages corporels, à l'incapacité et à la perte de l'autonomie ou de l'autodétermination. De plus, selon les personnes âgées, il existe cinq aspects qui sont reliés à la peur de chuter, soit l'âge et le vieillissement, les chutes, certaines maladies, la perte d'équilibre et, enfin, la perte de confiance.

La gestion de la peur de chuter amène les participants à procéder à des ajustements biographiques et à une réorganisation de leur vie quotidienne. Dans leur quotidien, les personnes âgées gèrent la peur de chuter de trois façons, soit dans la continuité, dans la discontinuité et/ou dans la rupture. Elles déploient deux stratégies pour maîtriser cette peur, à savoir la précaution et l'évitement. La peur de chuter se contrôle au moyen d'un processus de routinisation. L'établissement et la maîtrise des routines au quotidien permettent aux personnes âgées de conserver une continuité dans leur biographie et une stabilité dans leur identité. Les personnes âgées maîtrisent leur environnement privé ; elles le modèlent et l'influencent. Par contre, elles perçoivent l'environnement public comme étant dangereux, non sécuritaire et incontrôlable.

Les changements qui se produisent dans la vie quotidienne des personnes âgées qui montrent une peur de chuter ne sont pas seulement individuels, ils sont aussi socialement construits et ils affectent le choix des solutions que les personnes âgées sont prêtes à envisager afin de prévenir les chutes. C'est par l'intermédiaire d'interactions prolongées qui prennent place dans différentes sphères de la vie sociale quotidienne que tous les acteurs de ces interactions façonnent la réalité de la peur de chuter. Ainsi, la gestion de la peur de chuter se situe toujours dans un contexte socioculturel. Elle consiste en un processus d'ajustement biographique mutuel puisque la manière de réorganiser la vie

dépend des relations qui s'instaurent entre la personne âgée et sa famille, ces relations s'inscrivant elles-mêmes dans une logique de prise de précautions et de protection.

Conclusion

La présente recherche a permis de reconceptualiser la peur de chuter chez les personnes âgées. Ainsi, la peur de chuter est plus qu'une émotion ; en fait, elle renvoie à un sentiment plus profond, plus existentiel, plus ontologique. Chez les personnes âgées, la peur de chuter est plutôt une angoisse et sa gestion entraîne des ajustements biographiques et une réorganisation de la vie quotidienne qui se construisent à travers des interactions prolongées qui se déroulent dans différentes sphères de la vie sociale. Toutefois, d'autres recherches sont nécessaires pour approfondir les aspects spécifiques qui pourraient permettre d'identifier les actions qui sont susceptibles de favoriser l'appropriation des recommandations et les aspects à prendre en compte pour sensibiliser les personnes âgées et leur entourage vis-à-vis de la peur de chuter.

Mots clés : peur de chuter, angoisse, ajustement biographique, interaction, routinisation.

REMERCIEMENTS

En tout premier lieu, je tiens à exprimer ma profonde affection et ma reconnaissance à mes deux directrices de thèse, Marie Beaulieu et Hélène Corriveau, tant par leur présence exceptionnelle, leurs réflexions et conseils avisés, leur confiance et leur patience constante aussi que pour leur affection et leur amitié tout au long de cette aventure extraordinaire que fut ma formation doctorale.

Merci beaucoup, Marie, pour avoir partagé avec moi cette « aventure culturelle » et cette amitié tout au long de mon parcours au doctorat.

Des remerciements spéciaux doivent également être adressés à Suzanne Garon, qui a su remettre en perspective mon cheminement personnel et académique, qui m'a accueillie chez elle, m'a ouvert plusieurs portes et m'a accompagnée dans cette aventure culturelle.

Je suis également reconnaissante à Lise Gagnon et à sa famille, qui m'ont reçue chez eux et ont su me donner leur soutien et leur amitié avant même que je ne commence mes études de doctorat.

Un merci particulier à Mario Paris et à sa famille, qui m'ont accueillie chaleureusement et qui ont accepté de partager avec moi leurs pensées, certaines expériences de vie et beaucoup d'émotions. Merci encore.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude à l'égard de mes compagnons et compagnes du Centre de recherche sur le vieillissement pour les nombreuses discussions que nous avons eues ensemble et pour les encouragements qu'ils m'ont prodigués et qui ont agrémenté ma vie quotidienne. Toute ma reconnaissance à Lucy Duquette.

Je remercie, sans le citer, tous ceux dont l'amitié et l'affection m'ont été précieuses.

Je suis aussi reconnaissante envers certaines institutions pour le soutien financier qu'elles m'ont accordé, en particulier l'Université de Caldas, en Colombie, qui m'a soutenue, qui m'a permis de conserver mon poste pendant toutes ces années et qui va m'accueillir à mon retour au pays. Je remercie également l'Université de Sherbrooke, FormSav ainsi que le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement pour son appui financier.

Mes remerciements vont également aux personnes âgées qui ont accepté de prendre part à ma recherche, qui m'ont si gentiment accueillie chez elles et qui ont bien voulu partager leurs « angoisses » avec moi.

Enfin, cette liste ne saurait être complète sans que j'aie exprimé mon affection profonde et ma grande reconnaissance envers mon compagnon de tous les jours, pour son soutien indéfectible et son amour inconditionnel.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	iv
RÉSUMÉ	vi
REMERCIEMENTS	x
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	4
2.1 Objectifs	9
2.2 Pertinence et portée de l'étude	9
3. RECENSION DES ÉCRITS	12
3.1 Les chutes chez les personnes âgées.....	12
3.1.1 Définition.....	12
3.1.2 Épidémiologie.....	13
3.1.3 Facteurs de risque	14
3.2 La peur de chuter chez les personnes âgées	15
3.2.1 Modèles conceptuels pour expliquer les chutes et peur de chuter	16
3.2.2 Modèles conceptuels pour expliquer la peur de chuter.....	24
3.2.3 Définitions et construits de la peur de chuter.....	28
3.2.4 Épidémiologie.....	31
3.2.5 Évaluation de la peur de chuter.....	33
3.2.6 Facteurs reliés à la peur de chuter.....	52
3.2.7 Conséquences de la peur de chuter	67
3.2.8 Interventions pour réduire la peur de chuter	71
4. MÉTHODOLOGIE.....	74
4.1 Devis de recherche	74
4.2 L'échantillonnage théorique et la saturation	77
4.3 Le contexte de l'étude: la région caféière colombienne	78
4.4 Les participants à l'étude	80
4.5 Stratégies de recrutement	82
4.6 La collecte de données.....	83
4.7 L'analyse des données par théorisation ancrée.....	86
4.8 Considérations éthiques.....	92
4.9 Les critères de scientificité	93

4.9.1 La généralisation.....	94
4.9.2 La transférabilité (validité externe).....	94
4.9.3 La fiabilité.....	95
4.9.4 La crédibilité (validité interne).....	96
4.9.5 L'enracinement empirique de la recherche.....	97
5. ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	99
5.1 LE SENS DE LA PEUR DE CHUTER CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES	99
5.1.1 Définition de la peur	101
5.1.2 Définition de la peur de chuter	106
5.1.3 Peur de chuter et angoisse	108
5.1.4 La peur de chuter : une peur secondaire	116
5.1.5 Aspects reliés à la peur de chuter.....	120
5.2 LA PEUR DE CHUTER DANS LA VIE QUOTIDIENNE DES PERSONNES ÂGÉES	130
5.2.1 Dimension temporelle de la peur de chuter et réorganisation de la vie quotidienne	132
5.2.2 Ajustement biographique.....	139
5.2.3 Stratégies : précaution et évitement.....	146
5.2.4 Dimension spatiale de la peur de chuter : espace privé et espace public.....	154
5.3 CONTEXTE SOCIOCULTUREL	160
5.3.1 Contexte socio-familial : la culture familiale chez les personnes âgées de la région caféière de la Colombie.....	161
5.3.2 La peur de chuter est une expérience partagée	172
5.3.3 Les personnes âgées institutionnalisées.....	178
5.4 LES LIMITES DE L'ÉTUDE	181
6. CONCLUSIONS.....	184
ANNEXES	215

Figure 23. La gestion de la peur de chuter dans la vie quotidienne des
personnes âgées : contexte socioculturel

164

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1. Instruments de mesure de la peur de chuter	34
Tableau 2. Instruments mesurant le sentiment d'efficacité relative aux chutes	41
Tableau 3. Instruments mesurant la confiance en son équilibre	48
Tableau 4. Autres instruments de mesure de la peur de chuter	52
Tableau 5. Distribution des participants selon la présence de chutes et de la peur de chuter	83
Tableau 6. Caractéristiques de l'échantillon	84
Tableau 7. Différences entre la peur et l'angoisse	120

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1a. Renseignements aux participants	216
Annexe 1b. Información a los participantes	218
Annexe 2a. Guide d'entrevue initial (français)	220
Annexe 2b. Guía de entrevista inicial	222
Annexe 3. Segunda versión de la guía de entrevista modificada	224
Annexe 4. Tercera versión de la guía de entrevista modificada	226

1. INTRODUCTION

L'évolution de nos sociétés, soutenue par les conditions socio-économiques améliorées et le progrès scientifique, permet aujourd'hui aux personnes âgées d'avoir une vie plus active. Une des principales conséquences de ce phénomène est le fait que ce groupe de personnes accorde une grande importance à l'autonomie. Pour la personne âgée, le mot autonomie est souvent synonyme de qualité de vie et, surtout, de qualité de vie à domicile. Toutefois, comme le montrent les recherches, il peut suffire d'une seule chute pour que la personne âgée passe de la condition d'autonomie¹ à celle de dépendance. Les chutes représentent l'accident le plus courant (plus de 60%) pour ce groupe d'âge (Agence de la santé publique du Canada, 2005). En fait, les probabilités de vivre un tel accident sont l'âge avancé et le genre, soit le fait d'être une femme (Arfken, Lach, Birge, & Miller, 1994 ; Curcio, & Gómez, 2006a, Fessel, & Nevitt, 1997 ; Friedman, Munoz, West, Rubin, & Fried, 2002 ; Gómez, & Curcio, 2007 ; Howland, Walker, Levin, Fried, Pordon, & Bak, 1993 ; Ness, Gurney, Wall, Olsen, & Boergerhoff, 2004 ; Suzuki, Ohyama, Yamada, & Kanamori, 2002 ; Vellas, Wayne, Romero, Baumgartner, & Garry, 1997 ; Yardley, & Smith, 2002).

La peur de chuter est très répandue et a été rapportée comme étant la peur la plus courante chez les personnes âgées (Howland et al., 1993). Il s'agit d'un fait important à considérer, autant chez les personnes âgées qui développent une telle peur après une chute que chez les autres (Gagnon, & Flint, 2003). Les peurs spécifiques en lien avec la peur de chuter varient d'une personne âgée à l'autre, mais elles comprennent souvent la peur de chuter de nouveau, celle d'être blessée ou immobilisé, celle de ne pas être capable de se relever après une chute, celle de l'embarras social, celle de la perte

¹ Dans la présente thèse, l'autonomie est définie comme l'aptitude perçue à maîtriser, affronter et prendre des décisions personnelles relatives à sa vie quotidienne dans le respect de ses propres règles et préférences. L'indépendance est généralement définie comme la capacité de s'acquitter des tâches quotidiennes, c'est-à-dire à vivre de manière indépendante dans son environnement habituel sans aide extérieure ou avec une aide extérieure minimale. (Organisation mondiale de la santé, 2002)

d'indépendance et, enfin, celle d'être obligée de quitter son domicile en permanence (Ballinger, & Payne, 2002 ; Howland et al., 1993 ; Kong, 2002 ; Wright, Aizenstein, Vogler, Rowe, & Miller, 1990 ; Yardley, & Smith, 2002).

Bien que la peur puisse motiver positivement certaines personnes âgées à prendre certaines précautions contre les chutes et à procéder à des adaptations de leur démarche qui peuvent augmenter leur stabilité (Maki, 1997), elle peut également conduire à un cercle vicieux qui entraîne des conséquences physiques, psychologiques et sociales (Adkin, Frank, Carpenter, & Peysar, 2002 ; Delbaere, Crombez, Vanderstraeten, Willems, & Cambier, 2004 ; Vellas et al., 1997).

Les recherches portant sur la peur de chuter ont proliféré au cours des dernières années. Recherches et publications concernant la peur de chuter des personnes âgées s'inscrivant essentiellement dans une perspective médicale, en tant que maladie, se sont multipliées. Les connaissances à propos des caractéristiques de la peur de chuter, particulièrement les facteurs prédictifs, les facteurs de risque et les conséquences, se sont améliorées. Mais il n'en demeure pas moins que l'opérationnalisation, la conceptualisation et la mesure de la peur de chuter posent encore de nos jours de redoutables défis aux chercheurs et aux cliniciens qui s'intéressent à ces questions.

La présente thèse trouve son origine dans les difficultés liées à la définition de la peur de chuter et aux modèles théoriques qui sont associés à ces définitions et dans la nécessité pour la communauté scientifique d'avoir à sa disposition un modèle qui permet d'établir les fondements de ce concept. A cet effet, les résultats exposés dans le présent document nous permettront d'introduire deux nouveaux modèles théoriques, qui rendent compte respectivement de la définition de la peur de chuter pour les personnes âgées et de la gestion dans le quotidienne de cette peur.

Afin de répondre aux objectifs que nous nous sommes fixés, soit de comprendre la signification de la peur de chuter pour les personnes âgées, identifier les stratégies qui sont déployées par ces dernières pour gérer leur peur de chuter et, enfin, répertorier les

principales conséquences de la peur de chuter du point de vue des personnes âgées, cette thèse se compose de cinq parties. Premièrement, nous donnons un aperçu de la problématique, des objectifs et de la pertinence de la recherche pour permettre au lecteur de situer clairement la peur de chuter chez les personnes âgées. Deuxièmement, nous présentons la recension des écrits afin de faire le point sur l'avancement des connaissances sur ce sujet, notamment la définition de la peur de chuter, la prévalence, les instruments de mesure, les facteurs reliées à la peur de chuter et, enfin, un bref aperçu des interventions visant la réduction de la peur de chuter. Troisièmement, la méthodologie que nous avons utilisée, y compris les divers critères de scientificité, sera exposée de manière détaillée. Quatrièmement, les résultats des analyses que nous avons effectuées seront présentés puis discutés dans le même chapitre pour expliquer les deux modèles conceptuels que nous avons élaborés. Pour chaque partie, nous avons développé un modèle théorique qui s'ancre dans les données et l'analyse consiste essentiellement en des comparaisons théoriques entre les résultats que nous avons obtenus et les données de la littérature scientifique. En guise de conclusion, nous nous pencherons sur les principales contributions de cette étude et nous donnerons quelques pistes d'intervention et de recherche.

2. PROBLÉMATIQUE

Les chutes apparaissent comme étant un syndrome très commun parmi les personnes âgées (Gillespie et al., 2009 ; Inouye, Studensky, Tinetti, & Kuchel, 2007). Plus d'un tiers des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile chutent au cours d'une période d'une année, la moitié d'entre elles de façon répétée (Gillespie et al., 2009 ; Hauer, Lamb, Jorstad, Todd, & Becker, 2006). Au-delà de 80 ans, c'est plus de 50 % des personnes vivant à domicile qui chutent au moins une fois durant l'année (Büla, Rochat, & Dunand, 2006). Cependant, les conséquences des chutes sont multiples. Si 2 % seulement des chutes provoquent un décès, une chute sur dix entraîne des blessures graves (fracture, traumatisme crânien, blessure nécessitant une prise en charge médicale, etc.) pour la personne âgée concernée. Les chutes comportent aussi d'autres conséquences très importantes pour la personne âgée, dont le risque de perdre son indépendance (Blake et al., 1988 ; Gillespie et al., 2009 ; O'Loughlin, Robitaille, Boivin, & Suissa, 1993 ; Tinetti & Williams, 1997).

Depuis les années 1980, les chercheurs ont mis en évidence plusieurs facteurs de risque de chute. Ainsi, la chute résulte souvent d'une interaction complexe entre des facteurs de risque liés aux caractéristiques de l'individu (facteurs intrinsèques), à ses comportements et à son environnement (Scott, Dukeshire, Gallagher, & Scanlan, 2001). Tout indique que les causes et les circonstances des chutes diffèrent en fonction de l'âge, de l'état de santé et du niveau d'indépendance de la personne (Gillespie et al., 2009 ; Lilley, Arie, & Chilvers, 1995 ; Myers et al., 1996 ; Rubenstein & Josephson, 2002). L'ampleur prise au cours des dernières années par le problème des chutes chez les personnes âgées se traduit par une hausse de quelque 300 % du nombre de publications qui abordent cette question entre 1985 et 2005 (Close, 2005).

La littérature scientifique portant sur la prévention des chutes range la peur de chuter au nombre des facteurs de risque de chute (Gagnon & Flint, 2003 ; Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, 2005). La peur de chuter

s'avère très répandue chez les personnes âgées, même chez celles qui ne sont jamais tombées (Friedman et al., 2002). La prévalence de la peur de chuter présente des variations importantes, allant de 29 à 92 % chez les personnes âgées ayant déjà chuté et vivant dans la communauté. Du côté des non-chuteurs, la prévalence varie de 12 à 65 % et elle s'avère plus élevée chez les femmes (Arfken et al., 1994; Jorstad, Hauer, Becker, & Lamb, 2005 ; Vellas et al., 1997). La peur de chuter peut avoir un effet sur la performance motrice, par exemple en amenant une modification du patron de marche de la personne (Maki, 1997). Par ailleurs, un grand nombre de personnes âgées admettent avoir réduit leurs activités à cause de leur peur de chuter (Howland et al., 1998 ; Murphy, Williams, & Gill, 2002 ; Tinetti, Mendes de Leon, Doucette, & Baker, 1994b). A son tour la sédentarité peut provoquer le déconditionnement progressif des capacités de la personne qui se manifeste notamment par une diminution de ses capacités fonctionnelles et l'apparition de troubles d'équilibre et de la marche. Ce déconditionnement augmente chez les aînés le risque de faire une nouvelle chute et entraîne l'isolement social, un désengagement dans les activités, la dépression, les fractures, l'institutionnalisation, et même, dans certains cas, le décès (Lord, & Castell, 1994). Ces situations ont des répercussions importantes sur les services de santé. Ainsi, la prise en charge de la personne âgée apparaît essentielle au maintien de son indépendance. En fait, la peur de chuter est maintenant reconnue comme étant un important problème de santé publique (Lach, 2005).

L'intérêt pour la peur de chuter a augmenté à partir des années 1990. Au début, la peur de chuter, qui était vue comme une conséquence psychologique des chutes, était appelée syndrome postchute (Murphy, & Isaacs, 1982). Il existe plusieurs modèles conceptuels qui présentent la peur de chuter comme une conséquence psychologique des chutes. De plus, la peur de chuter a toujours été conceptualisée autour des notions d'instabilité et de perte d'équilibre, tout en étant nommée de différentes manières : peur de chuter, diminution de l'auto-efficacité, diminution du sentiment d'efficacité relative aux chutes, préoccupation de chuter, inquiétude ou anxiété de tomber, crainte de chuter, contrôle perçu sur les chutes ou bien syndrome de la peur de chuter. Ces différentes appellations donnent un bon aperçu des nombreux concepts qui existent en rapport avec la peur de

chuter. Cependant, la définition la plus utilisée est celle du sentiment d'efficacité relative aux chutes (traduction française de l'expression anglaise *falls efficacy*), cette définition trouvant son fondement dans la théorie cognitive sociale qui a été élaborée par Bandura (1986).

Par ailleurs, les différents construits de la peur de chuter sont fréquemment utilisés de manière interchangeable (Jorstad et al., 2005), les chercheurs employant différents mots comme s'il s'agissait du même construit. Ainsi, les chercheurs parlent du sentiment d'efficacité relative aux chutes comme si c'était la peur de chuter; ou encore ils font référence à deux construits séparés comme s'ils avaient affaire au même. Par exemple, nous retrouvons dans la littérature des textes qui parlent du sentiment d'efficacité relative aux chutes comme s'il s'agissait de la peur de chuter. Nous remarquons aussi qu'il y a confusion entre la notion d'auto-efficacité et celle de confiance en soi. En dépit du fait que la peur de chuter, la confiance en son équilibre et le sentiment d'efficacité relative aux chutes représentent des construits qui sont associés, ils ne sont pas pour autant isomorphes (Jorstad et al., 2005 ; Li et al., 2002). En effet, il est possible pour une personne qui se dit confiante en sa capacité d'éviter les chutes d'afficher quand même une peur de chuter si elle craint certaines des conséquences pouvant découler d'une chute (par exemple, la perte de son indépendance ou la possibilité d'être placée en institution). En somme, nous avons relevé un certain nombre d'ambiguïtés dans plusieurs recherches et nous avons constaté l'existence de plusieurs difficultés en rapport avec la définition de la peur de chuter.

Comme nous venons de le voir, la peur de chuter constitue un concept plutôt imprécis. La peur de chuter renvoie à l'éventualité d'un événement futur. Dans ce sens, elle diffère de la confiance en sa capacité de maintenir son équilibre ou du sentiment d'efficacité relative aux chutes, lesquels font référence à des perceptions en lien avec les capacités actuelles de la personne. Quand une personne donne son appréciation de sa confiance en son équilibre, elle réfère à une évaluation de son équilibre et pas nécessairement à la peur de chuter. En ce qui concerne la confiance en sa capacité d'éviter les chutes, il est probable que, avant de donner sa réponse, la personne fasse appel non seulement à une

évaluation de son équilibre, mais aussi à une appréciation de sa capacité à utiliser un vaste répertoire de stratégies pour éviter de chuter (par exemple, ralentir le rythme de sa marche, montrer une plus grande vigilance en présence d'obstacles sur son chemin, et utiliser une canne). Ceci pourrait expliquer le fait que le concept d'efficacité relative aux chutes soit davantage associé au fonctionnement quotidien que la peur de chuter (Tinetti et al., 1994a). À la lumière de ces considérations, la peur de chuter, la confiance en son équilibre et le sentiment d'efficacité relative aux chutes apparaissent comme trois construits qui sont bien distincts tout en étant reliés entre eux.

Malgré la diversité de points de vue dans la communauté scientifique, il semble exister un consensus à l'effet que la peur de chuter constitue un concept multidimensionnel. Il semble y avoir un accord autour du fait que la peur de chuter soit une entité distincte des chutes et qu'elle n'en est pas seulement sa conséquence. D'ailleurs, la majeure partie de la littérature scientifique et la majorité des recherches sur la peur de chuter sont encadrées par un paradigme épidémiologique, plus précisément par le paradigme biomédical (maladies, étiologie, facteurs de risque, interventions). Elles sont axées sur la fonctionnalité et l'indépendance car presque toutes les définitions de la peur de chuter sont fondées sur l'instabilité. Toutefois, l'orientation biomédicale qui prédomine dans ces recherches laisse nécessairement de côté les aspects individuels et sociaux qui n'entrent pas dans les catégories préétablies.

En effet, la presque totalité de la recherche sur la peur de chuter, sauf rares exceptions, ne tient compte ni des conditions socioculturelles, ni du point de vue des acteurs. Or, la peur constitue une expérience pour la personne qui la ressent – subjective –, tandis que, pour la plupart des chercheurs, la peur peut être une maladie, un symptôme ou un syndrome – objectif –. Dans la plupart des recherches portant sur la peur de chuter chez les personnes âgées, les attentes étaient fondées sur une épistémologie qui réduisait l'expérience du sujet – la peur de chuter – à sa cause sous-jacente et aux facteurs de risque. De plus, l'étiologie réfléchit en termes d'entités séparées (lesquelles peuvent être soit somatiques, soit psychiques, soit sociales), lesquelles induisent l'une sur l'autre des rapports de cause à effet. On ne raisonne pas en se demandant ce qu'est la peur de

chuter, mais en se disant que les chutes sont la cause de la peur de chuter ou en s'interrogeant sur la cause de cette peur. Les recherches sur la peur de chuter ont favorisé la mise en place d'une vision à la fois unidimensionnelle et unidirectionnelle de la réalité. Par conséquent, les contextes ou les systèmes de référence sur lesquels les chercheurs et les personnes âgées s'appuient quand ils thématisent la peur de chuter montrent des divergences profondes.

Une autre problématique de pointe concerne la grande variabilité entourant la prévalence de la peur de chuter. On peut penser que cette situation est attribuable à deux causes, soit à la diversité des définitions (ce dont nous avons déjà parlé) et aux instruments de mesure utilisés par les chercheurs pour établir la prévalence de la peur de chuter, ce dernier point nous conduisant à un autre aspect de la peur de chuter qui pose problème, en l'occurrence l'évaluation et les instruments de mesure.

L'absence de consensus autour de l'opérationnalisation du concept de peur de chuter fait qu'il existe plusieurs instruments de mesure. Comme nous l'avons dit précédemment, les chercheurs se servent de différents termes afin de mesurer un même construit. D'où l'existence d'une certaine tendance parmi les chercheurs à utiliser un instrument pour mesurer un autre construit; par exemple, les chercheurs vont employer un instrument axé sur l'auto-efficacité pour mesurer la peur de chuter.

Un autre aspect doit être souligné au sujet de l'évaluation de la peur de chuter. Les instruments mesurant la peur de chuter quantifient la peur de chuter et identifient les activités de la vie quotidienne pour lesquelles la personne âgée est considérée comme étant la plus vulnérable ; de cette manière, la peur de chuter devient synonyme de degré de dépendance. Sur ce point, comme nous l'avons remarqué à propos des définitions de la peur de chuter, les évaluations et les instruments de mesure de la peur de chuter se situent toujours dans le même paradigme épidémiologique et ils sont axés sur la fonctionnalité et l'indépendance des personnes âgées. La plupart de ces évaluations sont centrées sur l'auto-efficacité et la confiance en sa performance dans les activités de la vie quotidienne et il existe peu d'instruments de mesure qui incluent des aspects sociaux.

En bref, la problématique de la peur de chuter rassemble tous les ingrédients qui sont nécessaires – une incidence élevée, des conséquences à la fois importantes, nombreuses et coûteuses, une absence de consensus sur sa définition et, enfin, une absence de connaissance sur la signification qu'elle revêt pour les personnes âgées – pour attirer l'attention des chercheurs et susciter la mise en œuvre d'actions concrètes.

2.1 Objectifs

La présente recherche vise à conceptualiser la peur de chuter chez les personnes âgées et d'en dégager le processus sous-jacent. Plus précisément, notre thèse poursuit les trois objectifs spécifiques suivants:

1. Saisir la signification de la peur de chuter pour les personnes âgées.
2. Établir les stratégies déployées par les personnes âgées pour gérer la peur de chuter dans le quotidien.
3. Établir les principales conséquences de la peur de chuter selon le point de vue des personnes âgées.

2.2 Pertinence et portée de l'étude

La problématique de la peur de chuter représente une préoccupation majeure pour les personnes âgées et pour les intervenants de la santé œuvrant auprès de ces dernières, que ce soit les médecins, les infirmières, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Les ramifications des conséquences de la peur de chuter, qu'elles soient cliniques, sociales, psychologiques ou épidémiologiques, en font un élément marquant dans le tableau de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des personnes âgées. Au-delà du bien-être de la personne, la peur de chuter constitue un véritable problème de santé, qui peut amener à plus ou moins long terme un placement prématuré en institution (Tinetti, & Williams, 1997) et une restriction de sa participation à certaines activités (Howland et al., 1993 ;

Murphy, Williams, & Gill, 2002). La recension des écrits montrera qu'il n'existe pas de consensus ni sur la définition de la peur de chuter, ni sur la signification de la peur de chuter parmi les personnes âgées. Par conséquent, les possibilités d'intervention et de prévention butent sur cette lacune et se concentrent presque exclusivement sur des problèmes physiques (par exemple, l'instabilité et les problèmes d'équilibre) ou sur la perte de la confiance en soi dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne.

À notre avis, les efforts consentis par les recherches sur la peur de chuter devraient en premier lieu conduire à une clarification du concept de la peur de chuter chez les personnes âgées. L'étude des significations que les personnes âgées attribuent à la peur de chuter permettra de reconceptualiser la peur de chuter et de mieux comprendre les attentes et les besoins des personnes âgées à cet égard. Des recherches effectuées récemment laissent voir que les personnes âgées qui craignent de tomber n'ont pas tant peur de chuter ou de se blesser que de se voir forcées de perdre leur autonomie et d'être obligées d'aller vivre dans un établissement de santé. La recension des écrits indique aussi qu'un grand nombre de personnes âgées hésitent à révéler leur peur à leur médecin ou à leurs proches parce qu'elles ne veulent pas être vues comme étant frêles et incapables de s'occuper d'elles-mêmes (Ballinger & Payne, 2002 ; Kong, 2002 ; Wright et al., 1990 ; Yardley & Smith, 2002).

Une meilleure compréhension de la peur de chuter chez les personnes âgées devrait permettre d'identifier de manière plus précoce celles qui présentent non seulement un risque élevé de chute, mais aussi un risque important de déclin fonctionnel. Cette compréhension pourrait aussi permettre d'identifier les actions qui sont susceptibles de favoriser l'appropriation des recommandations et les éléments qu'il faut prendre en compte pour sensibiliser les personnes âgées et leur entourage à la peur de chuter.

Cette reconceptualisation pourrait contribuer à l'élaboration de programmes de soins et de services qui seraient mieux adaptés aux besoins des personnes âgées et plus accessibles et de programmes d'enseignement s'adressant à elles et à leur famille. Enfin,

les résultats pourraient favoriser la conception d'instruments de mesure et identifier les mesures à privilégier pour vérifier l'efficacité des interventions.

3. RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits comprend deux grandes sections. La première, plus générale, traite de la problématique des chutes chez les personnes âgées. La seconde, plus spécifique, porte sur la peur de chuter. Dans un premier temps, nous présenterons les principaux constats à propos des modèles conceptuels existants et quelques définitions pour préciser le sujet. En second lieu, nous décrirons certains éléments en lien avec la peur de chuter soit la prévalence, les instruments de mesure, les facteurs associés et les conséquences.

3.1 Les chutes chez les personnes âgées

Les chutes apparaissent comme étant un syndrome très commun chez les personnes âgées (Inouye et al., 2007). En tant que syndrome, elles présentent des caractéristiques bien précises. Tout d'abord, elles ont une haute prévalence ; elles ont plusieurs causes et, de ce fait, requièrent une analyse diagnostique spécifique ; elles sont multifactorielles ; elles sont associées à la morbidité et au handicap ; et elles affectent la qualité de vie des personnes âgées. Enfin, le traitement des chutes intègre non seulement la composante biologique, mais également les aspects psychologiques, environnementaux, physiques et sociaux.

3.1.1 Définition

La définition qu'on rencontre le plus souvent dans la littérature est celle qui a été développée en 1987 par le Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly et qui fut adoptée par la suite par l'Organisation mondiale de la santé (World Health Organization [WHO], 1989 : 16) : Événement au cours duquel une personne se retrouve par inadvertance au sol ou à un niveau inférieur et pour une raison autre que les suivantes : vent violent, perte de conscience, paralysie soudaine, crise

d'épilepsie. Par ailleurs, on retrouve quelques variantes de cette définition qui incluent certaines précisions supplémentaires, par exemple chuter contre les murs, chuter contre des meubles ou chuter contre d'autres structures (Buchner et al., 1993).

En fait, la chute est souvent définie comme étant la conséquence d'un déséquilibre entre les capacités de la personne et les contraintes extérieures à cette dernière, auxquelles s'ajoute un facteur précipitant. En somme, la chute est rarement attribuable à une cause précise et unique (Buchner et al., 1993 ; OMS, 2007).

D'après Hauer et al. (2006), la plupart des définitions de la chute combinent des éléments topographiques, biomécaniques et comportementaux. Un élément commun à toutes les définitions de la chute est le fait que la personne doit descendre de façon non contrôlée à un niveau plus bas. Cependant, la description de ce niveau plus bas varie d'une étude à l'autre. Dans la même ligne de pensée, quelques chercheurs prétendent qu'on peut parler de chute seulement quand le corps de la personne qui tombe entre en contact avec le sol ou le plancher. Dans une perspective comportementale, la chute a été définie comme étant involontaire, accidentelle ou attribuable à la négligence. D'un point de vue médical, la chute est causée par des problèmes médicaux aigus, par exemple une syncope. Certaines recherches vont, selon les cas, inclure ou exclure les chutes qui sont provoquées par des dangers présents dans l'environnement, par des maladies ou par des forces externes. En bref, nous pouvons retrouver plusieurs définitions de la chute dans la littérature spécialisée, mais de nos jours, la plus répandue est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (2007: 1), « Falls are commonly defined as “inadvertently coming to rest on the ground, floor or other lower level, excluding intentional change in position to rest in furniture, wall or other objects ».

3.1.2 Épidémiologie

En raison de leur fréquence et de la gravité probable de leurs conséquences, les chutes chez les personnes âgées représentent un problème de santé publique important dans tous les pays. Sur une période d'une année, plus du tiers des personnes âgées de 65 ans

vivant à domicile ont fait une chute et la moitié d'entre elles chutent de manière répétée. Chez les personnes ayant plus de 80 ans qui ne sont pas institutionnalisées, plus de la moitié chuteront au moins une fois pendant l'année (Hauer et al., 2006).

Au Canada, après les collisions impliquant des véhicules motorisés, les chutes représentent la deuxième cause la plus importante des hospitalisations attribuables à des blessures. Pour tous les groupes d'âge confondus, les chutes sont responsables de 29 % des admissions à l'hôpital pour cause de blessure. Chez les personnes âgées, cette proportion grimpe à près de 62 % (Institut canadien d'information sur la santé, 2004).

En Colombie, parmi la population âgée de 60 ans et plus, les chutes représentent une proportion importante des maladies causées par un traumatisme, 52% parmi les femmes et 23% chez les hommes (Ministerio de Salud, 1994). Quelques recherches effectuées auprès de personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile dans la région caféière de la Colombie (Gómez, & Curcio, 1998, 2004, 2005, 2007 ; Curcio, & Gómez, 2006a, 2006b) ont permis d'établir la prévalence des chutes. Ainsi, le pourcentage de personnes âgées de plus de 60 ans qui vivent à domicile et qui ont fait au moins une chute au cours de l'année précédente se situe entre 33 et 37 %. Chez ces personnes, la prévalence des chutes à répétition (deux chutes ou plus durant l'année) atteint environ 50 %. Cette prévalence se compare à celles qu'on peut observer en Europe et en Amérique du Nord (O'Loughlin et al., 1993 ; OMS, 2007).

3.1.3 Facteurs de risque

De nombreux facteurs de risque de chute chez les personnes âgées ont été identifiés par les chercheurs. Par ailleurs, dans la grande majorité des cas de chutes parmi la population âgée, plusieurs facteurs sont en cause. En outre, le risque de chute augmente en proportion avec le nombre de facteurs de risque (Tinetti, Speechley, & Ginter, 1998). Au cours des vingt dernières années, les chercheurs ont évalué les facteurs de risque et les ont classés de diverses façons afin, d'une part, de faciliter les comparaisons entre les différentes recherches et, d'autre part, d'améliorer les interventions. En règle générale,

les facteurs de risque ont été regroupés en deux grandes catégories : les facteurs intrinsèques, qui sont liés aux personnes et qui comprennent les facteurs de santé et les facteurs démographiques, et les facteurs extrinsèques, qui concernent l'environnement physique et l'environnement socio-économique de la personne. Dans une perspective de prévention, il convient, lors de l'évaluation, de faire la distinction entre les facteurs qui sont modifiables et ceux qui le sont pas. Par ailleurs, un modèle de classification des facteurs de risque permet de mieux comprendre les relations entre les comportements de la personne et les autres facteurs de risque (Agence de santé publique du Canada, 2005 ; OMS, 2007). Ce modèle répartit les facteurs de risque en quatre grandes catégories : (a) les facteurs biologiques et médicaux (couvrant une vaste gamme de situations, allant du vieillissement en santé au vieillissement pathologique); (b) les facteurs comportementaux (par exemples, la peur de chuter, les comportements à risque, la polypharmacologie, l'inactivité.); (c) les facteurs environnementaux (incluant l'environnement physique); et (d) les facteurs socioéconomiques (par exemples, le niveau de revenu, l'analphabétisme, les conditions de vie, l'existence d'un réseau de soutien, l'absence d'interactions sociales).

Donc, la peur de chuter n'est pas seulement une conséquence des chutes, elle constitue aussi un facteur de risque. Cette notion sera abordée et élaborée dans la section suivante.

3.2 La peur de chuter chez les personnes âgées

La peur de chuter est vue comme un élément important dans la santé et l'évaluation des soins dispensés aux personnes âgées depuis que Murphy et Isaacs (1982), dans une étude considérée désormais comme un classique, ont décrit le syndrome postchute. Ces deux chercheurs affirment que les personnes âgées qui ont fait une chute montrent une grande anxiété quand vient le temps de se tenir debout et de marcher. À l'époque où ont eu lieu les travaux de Murphy et Isaacs, les chercheurs croyaient que la peur de chuter n'était pas indépendante des chutes, qu'elle en était la conséquence et que les chutes étaient la manifestation de l'instabilité physique de la personne.

Dans la conception classique, la peur de chuter correspond à une instabilité perçue, qui s'accompagne ou non de chutes. Elle peut être considérée comme une conséquence des chutes et/ou une manifestation d'instabilité chez la personne (Studensky & Rigler, 1996). Chez les personnes concernées, la peur de chuter peut provoquer la dépression et entraîner une réduction des activités, une diminution de la condition physique et une détérioration du fonctionnement social de la personne. La peur de chuter était alors vue à la fois comme une conséquence des chutes et comme une manifestation d'instabilité. De nos jours, les chercheurs considèrent que si la peur de chuter est en rapport avec les chutes, elle n'en est pas nécessairement la conséquence. La peur de chuter, qui est à la fois plurifactorielle et multidimensionnelle, s'accompagne elle aussi d'une diminution des activités, d'une perte d'indépendance et d'une réduction des capacités.

Dans ce contexte, les chercheurs ont commencé à étudier la peur de chuter surtout dans l'intention d'expliquer ses causes. Pour ce faire, ils ont élaboré plusieurs modèles conceptuels. Dans le but de mieux comprendre ces modèles, nous les avons répartis entre deux groupes : le premier groupe inclut les modèles conceptuels qui expliquent les chutes et la peur de chuter, alors que le second groupe comprend les modèles qui expliquent la peur de chuter tout seule. Tous ces modèles seront présentés dans les sections suivantes.

3.2.1 Modèles conceptuels pour expliquer les chutes et peur de chuter

Afin d'expliquer les chutes chez les personnes âgées, les chercheurs ont élaboré plusieurs modèles conceptuels, notamment le modèle physiopathologique, le modèle biomédical, le modèle biomécanique, le modèle fonctionnel, le modèle étiopathogénique, le modèle écologique et le modèle intégral, qui sont fondés principalement sur l'instabilité et la perte de contrôle postural. Les paragraphes suivants décrivent brièvement chacun de ces modèles.

3.2.1.1 Modèle physiopathologique (Studensky & Rigler, 1996)

Ce modèle avance que les chutes sont la conséquence de modifications survenues dans le fonctionnement de certains organes ou de certains systèmes du corps humain. Ces modifications peuvent être la résultante du processus normal du vieillissement ou d'une détérioration de l'organisme du fait de l'inactivité ou de la présence d'une maladie. Il peut s'agir de modifications qui détériorent le contrôle postural, d'insuffisances qui affectent certains systèmes (exemples : système neurologique, système cardiorespiratoire, systèmes sensoriels etc.) ou de déficiences qui entraînent une diminution de la force physique et de la flexibilité chez la personne, contribuant ainsi à l'instabilité et aux chutes.

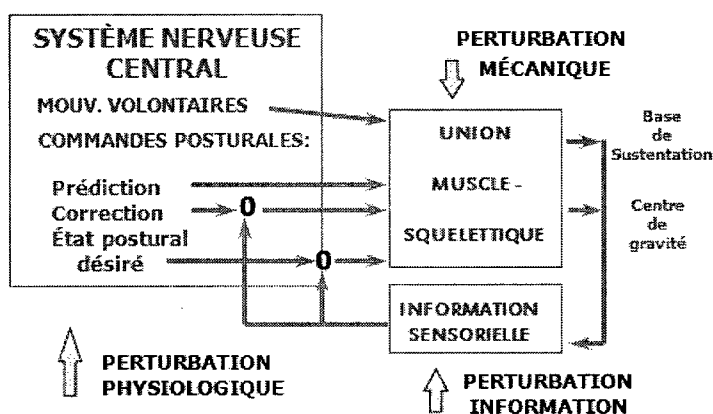
3.2.1.2 Modèle biomédical (Studensky & Rigler, 1996)

Selon ce modèle, la maladie - aiguë ou chronique - est responsable des chutes et de ses conséquences. La majorité des chutes qui ne sont pas accidentelles se produisent chez les personnes aux prises avec plusieurs problèmes de santé chroniques. Pour les personnes âgées de 75 ans et plus, un épisode de chute peut indiquer une aggravation d'une maladie déjà présente chez elle ou l'apparition d'une nouvelle maladie. Par ailleurs, l'étiologie de la chute se révèle très difficile à déterminer à cause de la multiplicité des facteurs impliqués. Les situations problématiques qui sont le plus souvent responsables des chutes sont la syncope, l'hypotension orthostatique, les étourdissements et le vertige, les troubles cérébelleux, la maladie de Parkinson, l'accident vasculaire cérébral, les neuropathies, la démence, les maladies musculaires, les infections, la déshydratation, les problèmes visuels, la consommation d'alcool et les effets secondaires indésirables de certains médicaments.

3.2.1.3 Modèle biomécanique (Maki & McIlroy, 1996)

S'appuyant sur la théorie du contrôle des mouvements, ce modèle postule que les chutes sont la conséquence la plus importante de la modification de l'équilibre chez une personne âgée. Les chutes sont produites par des modifications survenues dans la ligne de gravité ou dans la base d'appui ou par des perturbations mécaniques qui ne sont pas évidentes. Toutefois, il convient de préciser que même si les chutes sont le résultat de

l'échec du corps à se maintenir en position verticale, elles ne représentent pas pour autant un changement dans l'intégrité du système postural. Par conséquent, une personne âgée en santé pourrait faire une chute s'il se produit chez elle des perturbations mécaniques, des perturbations physiologiques ou des perturbations au niveau de l'information sensorielle (voir la figure 1).



Adapté de : Maki et McIlroy, 1996

Figure 1. Modèle biomécanique des chutes

3.2.1.4 Modèle fonctionnel (Studensky & Rigler, 1996)

Dans ce modèle axé sur la performance, la chute est le résultat des interactions entre l'activité effectuée, l'environnement dans lequel se déroule cette activité et la qualité des réponses compensatoires ou protectrices apportées par la personne qui chute (voire la figure 2). Ces réponses dépendent de trois facteurs, soit de la force des extrémités, du temps de réaction et de l'équilibre. La présence de ces facteurs permet à la personne de saisir des objets, de marcher et de se servir de la force de ses jambes pour atténuer l'impact de la chute ou diminuer le risque de fracture. Le modèle fonctionnel admet que, dans une perspective médicale ou pathophysiologique, des personnes âgées qui

présentent les mêmes diagnostics médicaux peuvent avoir une fonctionnalité² complètement différente.

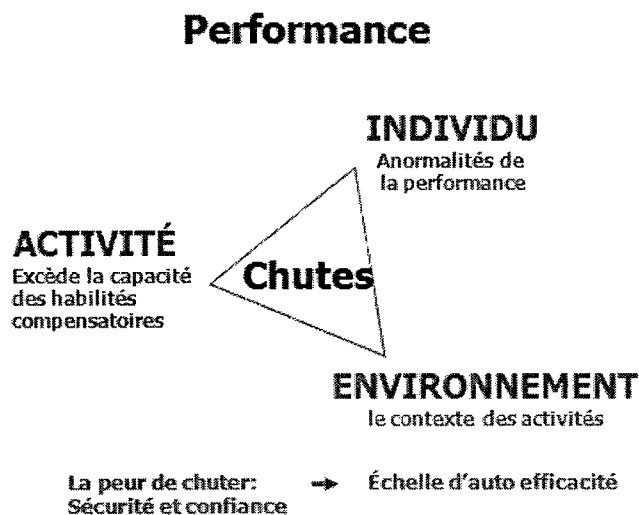


Figure 2. Modèle fonctionnel des chutes

Le modèle fonctionnel avance que tant pour la réalisation de l'activité que pour le milieu dans lequel a lieu cette activité, les chutes et la peur de chuter sont directement en lien avec la sécurité et la confiance de la personne, c'est-à-dire avec le niveau de confiance en soi de l'individu.

3.2.1.5 Modèle étiopathogénique (Studensky, 1991)

D'après ce modèle, les chutes sont la conséquence des interactions qui se font entre quatre domaines différents (voire la figure 3). Le domaine de la mobilité fait référence à

² Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le fonctionnement est un terme générique qui « rapporte à toutes les fonctions organiques, aux activités de la personne et à la participation au sein de la société » (Organisation mondiale de la santé, 2001 : 1). Dans les domaines de la gériatrie et de la gérontologie, le terme « fonctionnalité » est utilisé dans un sens large. En effet, un document du National Institute of Health [NIH] Consensus Development Conference Panel (2003: 1492) précise ce qui suit: « The term "functional" is used here in a narrow sense: It means the ability to function in the arena of everyday living ». Dans ce contexte, le mot « fonctionnement » renvoie à la réalisation des activités de la vie quotidienne et des activités de la vie domestique.

la capacité d'une personne de rester debout pendant qu'elle accomplit une série de tâches dont le niveau de difficulté va en augmentant. Le domaine de l'environnement rend compte des risques et des dangers pour la sécurité que l'on retrouve dans l'espace physique (exemples : éclairage, présence d'obstacles ou d'escaliers). Le domaine de l'attitude face au risque renvoie à la manière dont la personne résout les conflits opposant l'indépendance et la sécurité. Enfin, le domaine du soutien social subjectif reflète la perception que la personne a du soutien social qu'elle reçoit.

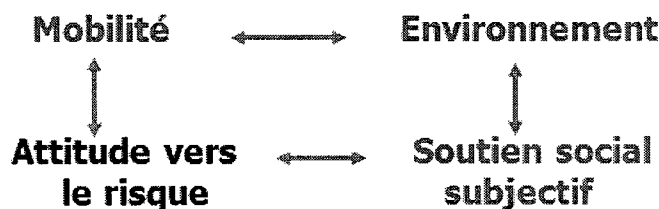


Figure 3. Modèle étiopathogénique des chutes

Ce modèle est le premier qui voit le soutien social comme étant un des principaux facteurs qui sont à l'origine des chutes et de la peur de chuter chez les personnes âgées. À cet égard, il énonce que, devant l'éventualité d'une chute, il se produit un changement dans les relations entre la personne qui chute, les membres de sa famille et les soignants. Naissent alors des conflits en lien avec la dépendance versus l'indépendance, avec la soumission versus la domination ou avec l'impotence. Les capacités respectives de la personne, des membres de sa famille et des soignants à s'adapter aux conséquences de la chute dépendent de plusieurs facteurs, notamment des patrons de communication présents avant la chute, du degré d'ambivalence existant dans les relations entre ces personnes et, enfin, des problèmes de mobilité de la personne qui chute. En règle

générale, la famille et les soignants tendent à restreindre la réalisation des activités de la personne qui tombe afin de prévenir de futurs accidents, ce qui a pour effet de nuire à l'estime de soi et à la confiance en soi de cette même personne.

3.2.1.6 Modèle écologique (Studensky & Rigler, 1996)

Ce modèle reprend quelques éléments des modèles précédents et regroupe les causes de chutes en deux grands groupes, à savoir les causes intrinsèques, autrement dit les conditions qui sont reliées à la personne (causes fonctionnelles, causes biomécaniques, causes médicales), et les causes extrinsèques, c'est-à-dire les conditions en rapport avec l'environnement (voire la figure 4). Selon le modèle écologique, les chutes et leurs conséquences, et plus particulièrement la peur de chuter, sont attribuables aux interactions entre les deux grands groupes de causes. La peur de chuter peut être plus forte dans un environnement non familier quand la personne éprouve des difficultés à compenser son instabilité réelle ou perçue.

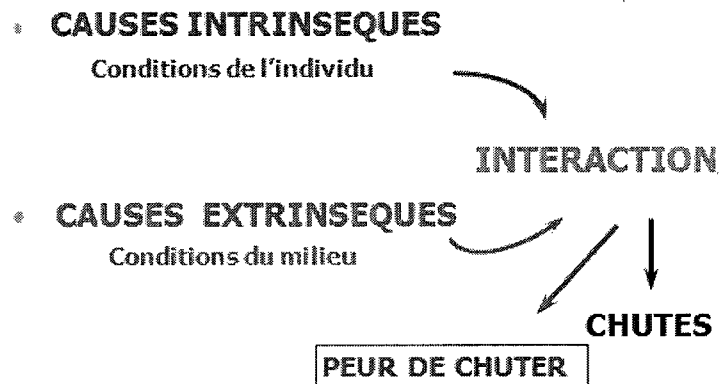


Figure 4. Modelé écologique des chutes

3.2.1.7 Modèle intégral (biocomportemental et environnemental)

Les chutes sont le résultat des interactions qui prennent place entre la structure physique de la personne, son niveau de fonctionnement, son comportement et l'environnement dans lequel elle évolue.

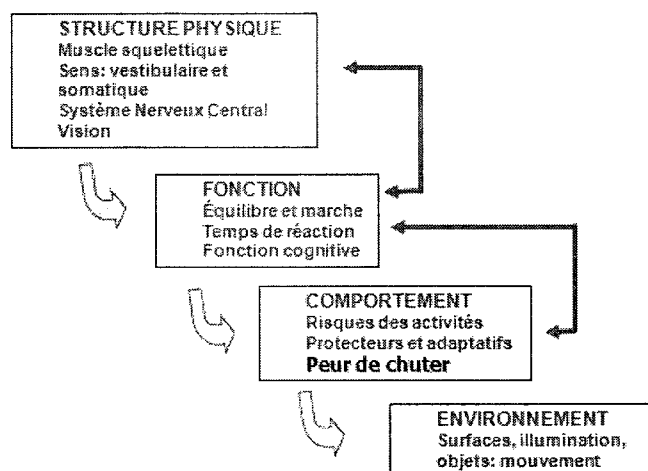


Figure 5. Modèle intégral des chutes

Pour ce qui est de la structure physique du corps, les changements normaux qui vont se produire dans certains systèmes (exemple : système musculo-squelettique, système neurologique, systèmes sensoriels) peuvent amener pour la personne âgée des difficultés dans la réalisation de ses activités courantes ou nuire à sa capacité de trouver et d'utiliser des réponses protectrices devant une chute imminente (voir la figure 5).

En ce qui a trait à la fonction, les changements en rapport avec les mécanismes de l'équilibre et de la marche peuvent contribuer aux chutes, en particulier lorsque la personne âgée marche sur une surface irrégulière ou mouillée. Puisque l'intégration de l'information servant à orienter le corps dans l'espace décline avec l'âge et que le temps de réaction augmente, le temps nécessaire à la personne pour reconnaître et identifier le risque et trouver la réponse subséquente pour éviter ce risque augmente, ce qui conduit inévitablement la personne à chuter. Les modifications cognitives causées par la démence, la dépression ou l'anxiété peuvent aussi entraîner une diminution de l'état d'alerte de la personne et à une perte de sa capacité de réponse devant le risque d'une chute.

Par rapport au comportement, les chutes peuvent être associées au fait que la personne nie les limitations physiques qui lui sont imposées par le processus du vieillissement. Les personnes qui maintiennent une image d'elles-mêmes comme étant capables tendent à exécuter les mêmes activités avec la même intensité que lorsqu'elles étaient plus jeunes. Cette situation les conduit à s'engager dans des activités très risquées, à refuser l'aide qui leur est offerte quand elles en ont besoin ou à n'apporter aucun changement dans leur environnement. Ceci correspond à un mécanisme de défense auquel la personne a recours pour éviter de se voir comme étant fragile. En revanche, certaines personnes qui ne se trouvent pas dans une situation à risque et qui continuent de se livrer à des activités qu'elles ont toujours été capables de faire éprouvent quand même la peur de chute.

Pour ce qui est de l'environnement (exemples : éclairage, présence ou absence d'objets ou d'obstacles, état des surfaces, etc.), la situation se présente de la façon suivante. En milieu institutionnel, la majorité des chutes se produisent lors des transferts de la personne du lit au fauteuil et durant la première semaine d'hospitalisation parce qu'une personne qui n'a pas encore eu le temps de s'habituer aux caractéristiques et aux conditions qui prévalent dans son nouvel environnement présente un plus grand risque de chute (Boucher, 1999; Lund, & Sheafor, 1985; Sehested, & Severin-Nielson, 1977). Chez les personnes âgées qui vivent à domicile, lesquelles représentent la majorité de la population âgée, les chutes se produisent pendant l'exécution des activités normales et au domicile, sans que ce dernier présente des dangers clairement liés aux chutes (Campbell, Borrie, Spears, Jackson, Brown, & Fitzgerald, 1990).

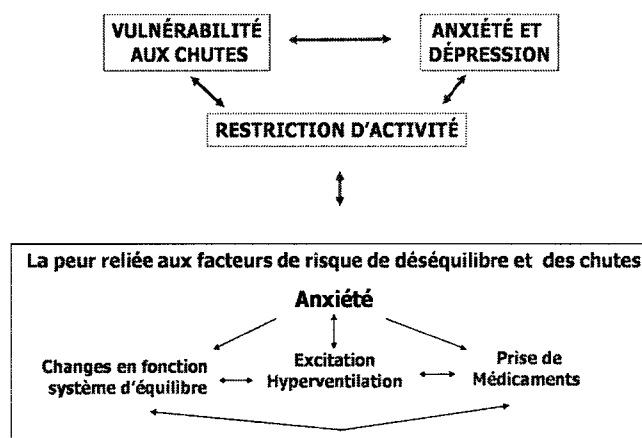
Selon le modèle intégral, les chutes isolées peuvent être accidentelles et avoir différents facteurs de risque; mais les chutes récurrentes (deux ou plus pendant une période d'une année) sont plus importantes et plus suggestives car elles sont associées à la maladie, à l'invalidité fonctionnelle et aux maladies chroniques.

3.2.2 Modèles conceptuels pour expliquer la peur de chuter

Il existe trois modèles qui expliquent la peur de chuter, le modèle de la peur du déséquilibre et des chutes, le modèle de la tension dynamique entre deux forces opposées: faire preuve de prudence et lutter pour conserver l'indépendance et le modèle du processus dynamique de gestion de la peur de chuter.

3.2.2.1 Modèle de la peur du déséquilibre et des chutes (Yardley, 1998)

Le présent modèle définit la peur de chuter comme étant un type particulier d'anxiété qui est éprouvée par une personne et dirigée vers un facteur déclencheur bien spécifique, en l'occurrence la chute. Dans cette perspective, la peur de chuter peut être considérée comme un cas particulier de l'anxiété. Pour sa part, l'anxiété constitue un terme générique qui est communément employé pour décrire des réactions dans lesquelles la peur est présente (voir la figure 6).



Adapté de Yardley, 1998.

Figure 6. Peur du déséquilibre et des chutes

Dans la peur de chuter, l'anxiété se divise en trois éléments distincts. Le premier élément est la réponse motrice, qui amène la personne à l'immobilité ou à l'évitement de

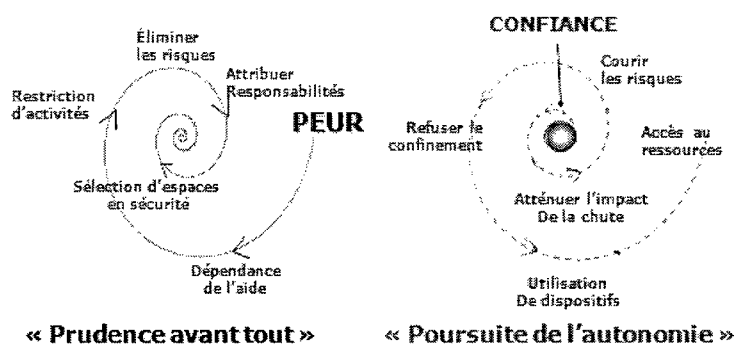
certaines activités à cause de l'anxiété qu'elle éprouve. Le deuxième élément se manifeste par un état psychophysiologique particulier, caractérisé par une intensification de l'état d'attention, c'est-à-dire par une élévation de l'activité du système nerveux autonome, laquelle a pour effet de faciliter la réponse de la personne face à la peur. Le troisième élément est constitué par la dimension cognitive, qui fait référence à la prise de conscience faite par la personne âgée des peurs et des pensées qui provoquent l'anxiété chez elle. Par ailleurs, selon Yardley (1998), ces trois éléments sont partiellement indépendants. Par exemple, il est possible pour une personne d'être plus attentive à la situation sans éprouver une peur consciente.

3.2.2.2 Tension dynamique entre deux forces opposées: faire preuve de prudence et lutter pour conserver l'indépendance (Ward-Griffin et al., 2005)

Ce modèle est le premier qui rende compte du point de vue des personnes âgées. Il est le résultat d'une étude phénoménologique qui fut réalisée afin d'explorer le vécu quotidien de neuf femmes âgées demeurant dans la communauté, plus particulièrement la perception qu'elles ont de leur sécurité, de leur peur de chuter, de leur niveau d'indépendance et de leur qualité de vie. Le thème central qui ressort de cette recherche est la tension dynamique entre deux forces opposées : faire preuve de prudence (dimension axée sur la peur) et lutter pour l'indépendance (dimension axée sur la confiance) (voire la figure 7). Pour chaque force, les personnes âgées appliquent cinq stratégies. S'agissant de la prudence, les stratégies utilisées sont celles-ci : choisir des espaces sécuritaires, attribuer des responsabilités, éviter les obstacles et les situations à risque, limiter ses activités et accepter l'aide offerte. Pour ce qui est de la lutte pour conserver l'indépendance, les stratégies employées sont les suivantes : minimiser l'impact des chutes, accepter de courir certains risques, refuser d'être confiné dans son logement, utiliser des dispositifs d'aide et avoir accès aux ressources disponibles.

De plus, certains facteurs internes et externes, notamment le sentiment d'embarras, les chutes récentes, le climat inclément et les préoccupations familiales, influent sur le type de stratégies dont se sert la personne. Dans sa tentative d'équilibrer le désir d'indépendance et la peur de chuter, la prudence prédomine, ce qui a pour effet de

limiter l'engagement de la personne dans le monde parce que les stratégies de prévention des chutes contribuent par inadvertance à l'isoler sur le plan social. En outre, les membres de la famille s'engagent dans certains comportements protecteurs qui tendent à amener la passivité chez la personne âgée et à miner son indépendance.

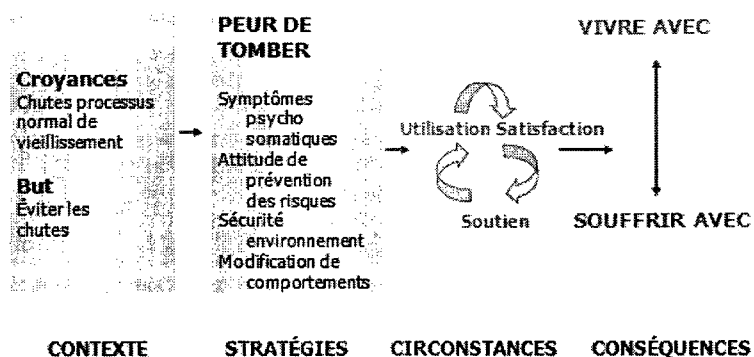


Adapté de Ward-Griffin et al., 2005

Figure 7. Tension dynamique entre deux forces opposées : faire preuve de prudence et lutter pour l'autonomie

3.2.2.3 Processus dynamique de gestion de la peur de chuter (Huang, 2005)

Il s'agit ici du deuxième modèle qui résulte d'une étude qualitative et qui prend en compte le point de vue des personnes âgées. Le but poursuivi par Huang (2005) dans sa recherche consistait à explorer le cadre théorique sous-jacent à la peur de chuter chez des personnes âgées vivant dans la communauté à Taiwan. Le premier point digne de mention qui ressort de cette recherche était la croyance des participants à l'effet que la peur de chuter constitue un aspect normal du processus de vieillissement.



Adapté de Huang, 2005

Figure 8. Processus dynamique de gestion de la peur de chuter

Ce modèle, illustré à la figure 8, propose quatre grandes stratégies pour gérer la peur de chuter : la première consiste à développer des symptômes psychosomatiques, ce qui inclut, d'une part, des symptômes physiques comme les réactions du système nerveux autonome (ex : les palpitations, la transpiration, la chair de poule), des perturbations du sommeil, des maux de tête et des dérèglements de l'appétit et, d'autre part, des réactions émotionnelles comme le manque de concentration, lequel peut affecter la capacité décisionnelle de la personne ; la deuxième stratégie est d'adopter une attitude de prévention des risques, ce qui signifie montrer une plus grande vigilance, faire davantage attention à ses mouvements, se présenter plus tôt aux rendez-vous, marcher à petits pas et lentement, faire plus attention aux conditions qui règnent dans l'environnement et, enfin, être prêt en cas d'urgence ; la troisième stratégie consiste à porter une plus grande attention à la sécurité qui prévaut dans l'environnement, ce qui implique de gérer les changements qui se produisent dans l'environnement et d'utiliser les mesures de sécurité ; enfin, la quatrième stratégie sert à modifier ses comportements, une stratégie qui consiste à ajuster ses actions ou à modifier ses conduites pour éliminer les situations qui peuvent occasionner une chute. Puisque les personnes âgées ne peuvent pas faire leurs mouvements à la même vitesse qu'au temps où elles étaient plus jeunes,

elles vont se montrer moins confiantes pour s'engager dans des activités qui peuvent les amener à faire des chutes, de sorte qu'elles en viennent par elles-mêmes à restreindre leurs activités, ce qui entraîne un changement dans les patrons de leurs interactions avec le monde extérieur.

Toutes ces stratégies sont intégrées au style de vie de la personne âgée et sont appuyées ou tolérées par la famille, mais les personnes qui bénéficient du soutien approprié pour discuter de leur peur de chuter et des stratégies qu'elles utilisent pour ne pas tomber sont moins enclines à restreindre leurs activités et restent actives plus longtemps. De plus, les conséquences découlant de l'utilisation des stratégies, vivre avec ou souffrir avec la peur de chuter, sont influencées par le niveau de satisfaction de la personne à l'égard de ces stratégies et par le soutien donné à la personne âgée par sa famille.

3.2.3 Définitions et construits de la peur de chuter

Plusieurs appellations apparaissent dans la littérature : peur de chuter, diminution de l'auto-efficacité, diminution de l'efficacité relative aux chutes, confiance en son équilibre (Jorstad et al., 2005), préoccupations face à la chute, inquiétude ou anxiété face à la chute (Baloh, Jacobson, Socotch, Spain, & Bell, 1996), crainte de chuter (Fessel, & Nevitt, 1997), contrôle perçu sur les chutes (Lawrence, Tennstedt, Kasten, Shih, Howland, & Jette, 1998) ou syndrome de la peur de chuter (Friedman et al., 2002 ; Wilson et al., 2005).

Comme nous l'avons mentionné plus haut, Murphy et Isaacs ont publié en 1982 leur article désormais classique sur le syndrome post-chute, dans lequel ils affirment que les personnes âgées ayant déjà fait une chute développent une forte anxiété lorsque vient le temps de se tenir debout et de marcher. Avec l'accroissement des connaissances scientifiques dans ce domaine, nous retrouvons dans la littérature spécialisée plusieurs définitions de la peur de chuter qui dérivent presque toutes des modèles conceptuels qui postulent que la peur de chuter constitue une conséquence psychologique des chutes.

La définition sans doute la plus connue et la plus utilisée est celle qui a été proposée par Tinetti, Richman et Powell (1990) qui prétendent que la peur de chuter représente une conséquence psychologique des chutes. Plus spécifiquement, ces auteurs parlent du sentiment d'efficacité relative aux chutes, qu'ils définissent comme étant la perte de la confiance en soi pour éviter les chutes pendant des activités essentielles et relativement non dangereuses conduisant un individu à éviter les activités qu'il est capable de faire. Ce construit correspond à la confiance de la personne en sa capacité d'éviter une chute et s'appuie sur la théorie de l'auto-efficacité qui a été développée par Bandura, selon laquelle le sentiment d'efficacité personnelle est un facteur prédictif du comportement (Bandura, 1997; 2003). Ainsi, une personne affichant une grande confiance en sa capacité d'éviter une chute lors de certaines activités quotidiennes sera davantage portée à s'engager dans ces activités.

Cumming, Salkeld, Thomas et Szonyi (2000: M300) affirment que la peur de chuter est un concept plutôt général : « We use fear of falling as a general term to describe both low fall-related self-efficacy and being afraid of falling ». Pour Buchner et al. (1993) qui effectuaient des interventions avec plusieurs groupes des personnes âgées dans le but de réduire leur fragilité et de diminuer le nombre de lésions provoquées par les chutes, la peur de chuter représente aussi une conséquence psychologique des chutes. Il s'agit d'une préoccupation face à la chute qui conduit la personne à éviter des activités qu'elle est capable d'accomplir.

Selon Arfken et al. (1994), la peur de chuter est un traumatisme psychologique qui peut amener la personne à rester chez elle et à restreindre ses activités, ce qui la conduit à dépérir physiquement. Par la suite, ce concept a été repris par Chandler, Duncan, Sander et Studensky (1996), qui prétendent que la peur de chuter augmente la dépendance et qu'elle peut être un symptôme de fragilité. Selon Howland et al. (1998), on a affaire à une peur anormale qui se caractérise par une diminution des activités.

Pour sa part, Yardley (1998) considère que la peur de chuter est une forme d'anxiété spécifique éprouvée par une personne et dirigée vers un facteur déclencheur particulier,

à savoir la chute. Mais, selon Jorstad et al. (2005), seule la forme la plus grave de la peur de chuter est décrite comme étant une expression de l'anxiété.

Dans une autre étude (Tennstedt et al., 1998), quelques personnes âgées se décrivent elles-mêmes comme étant non pas peureuses, mais inquiètes. Par ailleurs, une recherche qualitative récente révèle que, pour les personnes âgées, la peur de chuter constitue une dimension particulière du processus de vieillissement (Huang, 2005).

En résumé, certains auteurs mettent l'accent sur la peur (Arfken et al., 1994 ; Howland et al., 1993), alors que d'autres insistent sur la perte de confiance en la capacité de maintenir son équilibre et de marcher (Brouwer, Musselman, & Culham, 2004 ; Jorstad et al., 2005 ; Lachman et al., 1998 ; Tinetti et al., 1990) ou sur le contrôle perçu sur les chutes (Lawrence et al., 1998). De même, quelques auteurs parlent plutôt de préoccupations ou de craintes (Baloh et al., 1996 ; Lawrence et al., 1998). Finalement, d'autres auteurs incluent dans leur définition une diminution des activités à cause de la peur de chuter (Cumming et al., 2000 ; Howland et al., 1998 ; Vellas et al., 1997).

Ces différentes manières de désigner la peur de chuter donnent une idée des différentes définitions et des différents concepts qui sont liés à cette dernière d'une façon ou d'une autre. Comme nous l'avons déjà mentionné, les plus utilisés et les plus connus de ces concepts sont le sentiment d'efficacité relative aux chutes, la perte de la confiance en soi, la préoccupation de tomber et la confiance en son équilibre, qui sont des construits distincts bien que reliés entre eux.

Même si la peur de chuter, la confiance en son équilibre et le sentiment d'efficacité relative aux chutes sont des construits associés, ils ne sont pas pour autant isomorphes (Jorstad et al., 2005 ; Li, et al, 2002). En effet, il est possible pour une personne qui se dit confiante en sa capacité d'éviter les chutes de présenter une peur de chuter si elle craint certaines des conséquences que pourrait entraîner une chute (par exemple, la perte de son autonomie et son entrée en milieu institutionnel). Toutefois, la recension des

écrits révèle que les différents construits en rapport avec la peur de chuter sont souvent utilisés de manière interchangeable (Jorstad et al., 2005).

Quelques éléments permettent toutefois de mieux distinguer ces trois construits. Comme nous l'avons vu précédemment, la peur de chuter est un concept plutôt large, pouvant regrouper différentes formes de peurs plus spécifiques (par exemple, la peur de la douleur, la peur de ne pas pouvoir se relever après une chute, la peur de l'embarras social, la peur de perdre son indépendance, la peur d'être hospitalisé, la peur d'être institutionnalisé). En ce qui concerne le concept d'efficacité relative aux chutes et le concept de confiance en son équilibre, tels qu'ils sont mesurés par le FES (Falls Efficacy Scale) et l'échelle ABC (Activities-specific Balance Confidence Scale), ils réfèrent à des situations spécifiques, plus précisément à des activités ou à des tâches de la vie quotidienne. Ceci pourrait expliquer pourquoi le concept d'efficacité relative aux chutes est davantage associé au fonctionnement quotidien que la peur de chuter (Tinetti et al., 1994a). De plus, la peur de chuter réfère à l'éventualité d'un événement futur. Dans ce sens, elle diffère de la confiance en sa capacité de maintenir son équilibre ou du sentiment d'efficacité relative aux chutes, qui renvoient plutôt à des perceptions qui sont reliées aux capacités actuelles de la personne (Filiatrault, 2008).

3.2.4 Épidémiologie

Dans la littérature scientifique mondiale traitant de la prévalence de la peur de chuter, une révision systématique des écrits indique que la prévalence de la peur de chuter parmi les personnes âgées vivant dans la communauté varie grandement, allant de 20 à 85% (Scheffer, Schuurmans, van Dijk, van der Hooft, & de Rooij, 2008). Parmi les chuteurs, la prévalence de la peur de chuter varie aussi, allant de 29 % à 92 %. Parmi les non-chuteurs, la prévalence va de 12 à 65 % et s'avère plus élevée chez les femmes que chez leurs homologues masculins (Jorstad et al., 2005). Il existe peu de recherches portant sur la peur de chuter chez les personnes âgées qui sont institutionnalisées, mais les prévalences qui sont rapportées dans ces recherches se situent entre 50 % et 65 %

(Franzoni, Rozzini, Boffelli, Frisoni, & Trabucchi, 1994 ; Gillespie, & Friedman, 2007; Kressig , et al., 2001).

Quelques études qui ont effectuées auprès de personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile dans la région caféière de la Colombie (Curcio & Gómez, 2006a, Curcio, Gómez & Reyes-Ortiz, 2009 ; Gómez & Curcio, 1998, 2004, 2005, 2007) ont permis de déterminer que la prévalence de la peur de chuter varie de 45 à 83,3 % (voir Fig. 9). Ces chiffres sont comparables à ceux qu'on peut observer ailleurs dans le monde

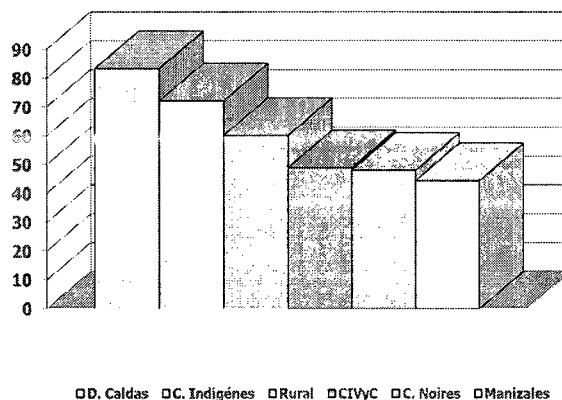


Figure 9. Pourcentage de peur de chuter chez différents groupes de personnes âgées de la région caféière colombienne

Le premier groupe se compose de personnes vivant dans la communauté en quatre villes du Département de Caldas (n=1890). Le deuxième groupe représente une communauté de personnes âgées indigènes (n=68). Le troisième groupe correspond à une communauté des personnes âgées vivant dans un milieu rural (n=310). Le quatrième groupe comprend des personnes qui présentent des problèmes d'instabilité, de vertiges ou de chutes et qui reçoivent une consultation médicale et de soins de réhabilitation spécialisés (n=150). Le cinquième groupe est constitué par une communauté de

personnes âgées noires (n=350). Le sixième et dernier groupe se rapporte à la population urbaine de la ville de Manizales (n=250).

3.2.5 Évaluation de la peur de chuter

L'absence de consensus sur la définition et l'opérationnalisation du concept de la peur de chuter fait qu'il existe pour la mesurer de nombreux instruments, lesquels sont souvent élaborés par les chercheurs pour répondre aux besoins de leurs propres questions de recherche. De plus, plusieurs de ces instruments présentent certaines limites sur le plan métrologique. En fait, la fidélité et la validité de ces instruments sont tantôt faibles, tantôt inconnues (Jorstad et al., 2005).

La recension des écrits montre qu'il existe plus d'une douzaine d'instruments qui sont conçus pour évaluer la peur de chuter. Si on classe ces instruments en fonction des construits à mesurer, on se retrouve avec quatre grands groupes : les outils mesurant la peur de chuter proprement dite, ceux qui mesurent l'efficacité relative aux chutes, les outils mesurant la confiance en équilibre et, enfin, quelques outils qu'on ne peut entrer dans aucune des trois groupes précédents. Une description de chacun des instruments, incluant ses forces et ses faiblesses, suit.

3.2.5.1 Instruments de mesure de la peur de chuter

On constate qu'il existe des instruments à un seul item et des instruments comprenant plusieurs items (voir tableau 1).

La façon qui est à la fois le plus connu et le plus employé pour mesurer la peur de chuter consiste en une simple question : « Avez-vous peur de chuter ? ». Dans la revue de la littérature, on peut retrouver au moins six versions, légèrement différentes, de cette question et de son échelle de cotation (Boyd & Stevens, 2009 ; Cameron et al., 2000 ; Howland et al., 1993 ; Lachman et al., 1998 ; Lawrence et al., 1998 ; Tinetti et al., 1990 ; Yardley & Smith, 2002) ; en voici un exemple : « *On a scale of 1 to 5, how would you*

rate your fear of falling ? » (Boyd & Stevens, 2009 : 424). Il existe de légères variations d'un outil à l'autre dans les types de réponses possibles (échelle dichotomique oui/non ; échelle de Likert à 4 points).

Tableau 1. Instruments de mesure de la peur de chuter

Instrument	Construit mesuré	Référence
Item simple	Peur de chuter	Tinetti et al., 1990 Cameron et al., 2000 Howland et al., 1993 Lawrence et al., 1998 Boyd & Stevens, 2009
Survey of Activities and Fear of Falling In the Elderly (SAFFE ou SAFE)	Peur de chuter Restriction d'activité	Lachman et al., 1998
mSAFFE	Peur de chuter Restriction d'activité	Yardley & Smith, 2002
mSAFFE Dutch version	Peur de chuter Restriction d'activité	Delbaere et al., 2004
University of Illinois at Chicago Fear of Falling Measure (UIC FFM)	Peur de chuter	Veloza & Peterson, 2001
Geriatric Fear of Falling Measure (GFFM)	Signification perçue de la peur de chuter	Huang, 2006

Cette question, avez-vous peur de chuter, a été utilisée surtout auprès des populations des personnes âgées vivant dans la communauté. Ces forces peuvent être résumées en quatre points : (a) sa fiabilité est établie (Tinetti et al., 1990 ; Yardley & Smith, 2002) ; (b) sa validité de critère a elle aussi été établie (Lachman et al., 1998 ; Resnick, 1998) ; (c) il préserve l'image de soi et la confiance en soi de la personne car cette dernière peut répondre à la question sans peur d'être jugée (Tinetti et al., 1990) ; et (d) l'outil permet d'évaluer la prévalence de la peur de chuter (Gagnon, Flint, Naglie & Devins, 2005).

Cependant, plusieurs critiques ont été émises par les chercheurs à propos de cet outil. Ainsi, selon Howland et al. (1993) et Huang (2006), une seule question ne permet pas de faire la distinction entre les différentes peurs que peut éprouver une personne, par exemple la peur de se blesser. Ensuite, Legters (2002), Huang (2006) ainsi que Hatch, Gill-Body et Portney (2003) estiment que l'emploi de cette question unique ne permet pas de déterminer les différents niveaux de la peur dans différentes circonstances ou les effets de la peur de chuter sur le fonctionnement et les activités de la vie quotidienne des personnes âgées. De plus, suivant Murphy, Dubin et Gill (2003) ainsi que Jorstad et al. (2005), cet instrument montre une faible sensibilité au changement. Enfin, Warnke, Meyer, Bott et Mühlhauser (2004) sont d'avis que la question ne permet aucunement de mesurer l'impact sur la performance réelle de la personne.

Dans le même ordre d'idées, la mesure de la peur de chuter à l'aide d'une simple et unique question est sujette à un certain nombre de biais (Tinetti et al., 1990). Ainsi, la peur de chuter peut notamment véhiculer une connotation psychiatrique quand elle est assimilée à une phobie. Il se peut aussi que certaines personnes âgées s'abstiennent de révéler leur peur afin d'éviter toute stigmatisation. En outre, quelques chercheurs soulèvent la possibilité d'un biais en rapport avec le sexe des répondants ; il semble en effet que les hommes soient moins enclins que les femmes à admettre qu'ils ont peur de chuter (Myers et al., 1996). Enfin, les personnes âgées peuvent également éviter de révéler leur peur par crainte d'une éventuelle institutionnalisation. À l'opposé, d'autres personnes âgées peuvent rapporter une peur exagérée dans le but d'attirer la sympathie ou l'attention de leur entourage.

Dans la même veine, un autre problème relié à la mesure de la peur de chuter au moyen d'une seule question tient au fait que deux personnes âgées qui montrent un profil fonctionnel semblable et qui limitent leurs activités à cause de leur peur de chuter pourraient répondre différemment à la question ; par exemple, la première pourrait dire qu'elle n'a pas peur de chuter parce qu'elle évite les situations où elle risque d'éprouver

cette peur, alors que la seconde pourrait avouer qu'elle a vraiment peur de chuter et que cette peur l'incite même à restreindre certaines de ses activités.

Finalement, suivant Yardley et Smith (2002), la peur de chuter est un concept large pouvant englober différentes dimensions, de sorte qu'une simple question ne permet pas de faire la part des choses entre le risque perçu par la personne face aux chutes et la peur des conséquences des chutes, lesquelles peuvent être de nature multiple. Pour certaines personnes âgées, la peur de chuter renvoie à la peur d'une douleur faisant suite à une blessure anticipée ; pour d'autres, elle fait référence à la peur de ne plus être capable de se relever après une chute et/ou à l'embarras social suscité par une chute qui se produit devant d'autres personnes. Pour la personne âgée, la peur de chuter peut aussi être associée à la peur de perdre son indépendance, à la peur d'être hospitalisée ou à la peur d'être institutionnalisée.

En bref, même si une simple question sur la peur de chuter peut être utile comme instrument de dépistage, ses nombreuses limites ont poussé certains chercheurs à développer d'autres outils pour évaluer des facteurs psychologiques connexes qui sont associés aux chutes, dont la confiance en son équilibre et le sentiment d'efficacité relative aux chutes.

Un instrument multi-items utilisé pour évaluer la peur de chuter est le Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly (SAFFE ou SAFE) (Lachman et al., 1998). Cet outil a été développé à partir de la prémisse qu'on devait évaluer les conséquences négatives de la peur de chuter. Il vise à évaluer la peur de chuter pendant la réalisation des activités, la participation et la restriction d'activité, et à expliquer les différentes raisons reliées à la peur de chuter pour lesquelles les personnes restreignent leurs activités. L'instrument comprend des activités sociales. Il comporte 11 activités de la vie quotidienne, chacune devant être résolue, à l'aide d'une échelle de type Likert (de 0 à 3 points), autant pour la peur comme pour le niveau d'activité et sa restriction. Un score élevé indique une diminution des activités.

Le mSAFE (Yardley, & Smith, 2002) constitue une modification de SAFE. Cet outil inclut 17 activités et utilise une échelle de type Likert de trois points (de 1 à 3). Pour cet instrument, la fiabilité et la validité sont acceptables. Par contre, on ne possède aucune information sur sa sensibilité au changement. Par ailleurs, une version allemande de cet outil a été mise au point au cours des dernières années (Delbaere et al., 2004).

Le SAFFE ou SAFE comporte plusieurs forces. Tout d'abord, ses caractéristiques psychométriques, comme la fiabilité et la validité de construit, apparaissent acceptables (Jorstad et al., 2005). Ensuite, l'instrument n'inclut pas de situations hypothétiques car les réponses sont en lien avec la performance effective (Gagnon & Flint, 2003). En outre, l'outil évalue la peur de chuter comme étant une source possible de restriction des activités ; pour les activités qui ne sont pas réalisées, l'instrument prévoit des questions sur la cause de la restriction. De plus, le niveau de scolarité du répondant n'influe aucunement sur son score (Lachman et al., 1998). Enfin, selon Legters (2002), cet instrument peut être utile pour distinguer différents niveaux de la peur de chuter et faire la différence entre les personnes qui restreignent leurs activités et celles qui ne le font pas.

D'après Li et al. (2002), le SAFFE constitue le seul instrument d'évaluation de la peur de chuter qui prenne en considération ses conséquences négatives. Cet outil est centré sur la personne et il comporte des activités sociales. De plus, selon les mêmes auteurs, l'instrument permet de faire la différence entre les chuteurs et les non-chuteurs, entre divers degrés de la peur de chuter et entre plusieurs niveaux de restriction des activités en lien avec cette peur. De même, cet instrument peut être employé pour classifier les individus ayant peur de chuter et pour examiner les liens existant entre la peur et la restriction des activités.

L'University of Illinois at Chicago Fear of Falling Measure (UIC FFM) (Veloze & Peterson, 2001) constitue une autre mesure de la peur de chuter qui contient des items sur les activités de la vie quotidienne. D'après ses concepteurs, cet instrument a été conçu en vue de mesurer la peur de chuter dans un contexte clinique car, à leur avis, il y

a des différences entre les associations statistiques et leur signification clinique, c'est-à-dire qu'il n'y a pas un vrai rapport entre les scores des individus ou la signification statistique entre les mesures et la description de la performance de personnes qui ont peur de chuter. Cette situation a pour effet de rendre difficile la mise en place d'interventions pertinentes. L'instrument comporte 16 items avec une échelle type Likert de quatre points (de 0 à 3). Toutefois, sa fiabilité est faible et on ne dispose d'aucune information en ce qui concerne sa validité et sa sensibilité au changement (Jorstad et al., 2005).

Le Geriatric Fear of Falling Measure (GFFM) (Huang, 2006) constitue le seul outil qui a été construit pour mesurer la signification perçue de la peur de chuter. Il représente l'aboutissement d'une recherche qualitative. Cet instrument couvre quatre dimensions : les symptômes psychosomatiques, l'adoption d'une attitude de prévention des risques, l'attention portée pour avoir un environnement sécuritaire et, finalement, la modification de comportements. L'instrument comporte 15 items, pour chacun, un score de 1 à 5 et attribué, évaluant certaines dimensions positives et négatives de la peur de chuter. Pour cet instrument, la validité de construit, la validité concurrente et la fiabilité ont été établies.

3.2.5.2 Instruments mesurant le sentiment d'efficacité relative aux chutes (*Falls Efficacy*)

Le sentiment d'efficacité relative aux chutes (*falls efficacy*) a été défini par Tinetti et al. (1990 : P239) comme la perte de la confiance en soi pour éviter les chutes pendant des activités essentielles et relativement non dangereuses conduisant une personne à éviter les activités qu'elle est capable de faire.

Les instruments mesurant le sentiment d'efficacité reliée aux chutes s'appuient sur la théorie de l'auto-efficacité, qui a été proposée par Bandura (1997) et selon laquelle la croyance de la personne en ses propres habilités détermine ses patrons d'activité et influe sur le type d'activité qu'elle entreprend, le niveau d'effort qu'elle lui consacre, son niveau de persévérance face aux difficultés qu'elle rencontre et la stabilité de ses

patrons de comportement et de ses réactions émotionnelles. Autrement dit, elle réfère à la perception que la personne a de ses capacités à exécuter une activité détermine son mode de pensée, son niveau de motivation et son comportement. Dans tous ces instruments, la peur de chuter est opérationnalisée comme un continuum de la confiance pendant la réalisation des activités de la vie quotidienne.

Le Falls Efficacy Scale (FES), un instrument qui a été élaboré par Tinetti et al. (1990), a pour objectif de comprendre le rôle joué par la peur de chuter dans la fonctionnalité et l'indépendance des personnes âgées. Pour ces auteurs, l'opérationnalisation de la peur de chuter comme étant une diminution de l'auto-efficacité de la personne offre un certain nombre d'avantages. Tout d'abord, l'auto-efficacité est fondée sur la théorie voulant que les processus cognitifs sous-tendent les émotions. Ensuite, l'auto-efficacité peut être influencée par la présence des habilités, par la propre expérience de la personne, par l'observation de l'expérience d'autrui ou par la persuasion sociale. On peut relier l'efficacité avec le déclin fonctionnel car les personnes qui montrent une faible auto-efficacité dans une activité ont tendance à éviter cette même activité. Selon Bandura (1997), les personnes cherchent à éviter les situations et les activités qu'elles perçoivent comme menaçantes mais elles s'engagent dans l'exécution des activités qu'elles se sentent aptes à accomplir. De plus, la peur elle-même constitue un faible facteur prédictif du comportement ; autrement dit, il apparaît presque impossible de prédire les comportements d'une personne en raison de sa peur de chuter, mais ces comportements sont évidents en raison du sentiment d'efficacité relative aux chutes de la personne. En outre, selon les auteurs, l'auto-efficacité ne comporte aucune connotation psychiatrique, ce qui signifie que la peur mesurée n'est pas de la même nature que les autres phobies. Enfin, le dernier argument apporté par Tinetti et ses collaborateurs est à l'effet qu'il existe des instruments de mesure qui ont été construits en s'appuyant sur la théorie de l'auto-efficacité qui se sont révélés valides et fiables. Ainsi, la mesure du sentiment d'efficacité relative aux chutes peut s'effectuer en utilisant une échelle continue, voire en modifiant l'échelle dichotomique existante vers une échelle continue.

Dans le FES, la définition opérationnelle de la peur de chuter est en fait le degré de l'auto-efficacité perçue pour éviter les chutes pendant les activités quotidiennes non dangereuses. Le sentiment d'efficacité relative aux chutes est la perception qu'a la personne de ses propres capacités dans un domaine d'activités spécifique. L'outil évalue 10 activités de la vie quotidienne (ex : prendre un bain ou une douche, préparer les repas, se lever ou se coucher au lit, s'habiller, faire un léger ménage). Pour chaque activité, le répondant doit indiquer, à l'aide d'une échelle analogique visuelle allant de 0 (aucune confiance) à 10 (confiance absolue), le niveau de confiance qu'il montre pour accomplir les activités sans peur de chuter, avec un maximum de 10 points pour chaque activité, ce qui donne un score possible de 100 points. L'instrument mesure le sentiment d'efficacité relative aux chutes même si la personne ne se livre à aucune activité, c'est-à-dire dans des situations hypothétiques.

À l'heure actuelle, le FES est l'un des instruments les plus utilisés pour mesurer l'auto-efficacité et la peur de chuter. Par ailleurs, il existe plusieurs versions de cet instrument, qui rendent compte des adaptations successives qui lui ont été apportées pour l'appliquer à différents contextes et à différentes populations (voir tableau 2 de la page suivante).

En 1993, Tinetti et Powell ont changé la cotation de leur instrument initial et adopté une échelle ordinale sur 10 points (1 point : manque de confiance en soi; 10 points : confiance totale en soi). L'appellation *rFES* a été attribuée à ce nouvel outil. Cependant, on possède peu d'informations sur la démarche employée par ces chercheurs pour modifier leur outil.

Par la suite, dans le *mFES* (Modified FES), Hill, Schwarz, Kalogeropoulos et Gibson, (1996) ont ajouté à l'instrument quatre activités qui sont effectuées à l'extérieur de la maison. Ces activités demandent un gros effort au système qui contrôle l'équilibre car il s'agit des premières activités qui sont limitées quand la personne présente des troubles d'équilibre. L'outil utilise une échelle analogique visuelle qui est semblable à celle que l'on retrouve dans la première version de FES publiée en 1990.

Tableau 2. Instruments mesurant le sentiment d'efficacité relative aux chutes

Instrument	Construit mesuré	Auteurs
Falls Efficacy Scale: FES	Auto-efficacité relative aux chutes « degree of perceived efficacy (i.e. self-confidence) at avoiding a fall during nonhazardous activities in daily living » (p. P239)	Tinetti et al., 1990
Amended FES (amFES)	Auto-efficacité relative aux chutes Modification de la question, de « How confidence... » à « How concerned... »	Buchner et al., 1993
Revised FES (rFES)	Auto-efficacité relative aux chutes « ...degree of confidence a person has in performing common daily activities without falling... » (p. 141)	Tinetti et al., 1994
Modified FES (mFES)	Auto-efficacité relative aux chutes « individual's confidence in performing activities » (p. 1026)	Hill et al., 1996
(FES(S))	Auto-efficacité relative aux chutes: « individual's perceived confidence in task performance without falling in 13 items common in everyday life » (p. 472)	Hellstrom et al., 2002
Adapted FES (aFES)	Auto-efficacité relative aux chutes : « concerns about falling » (p.34)	Lusardi et Smith, 1997
FES-UK	Auto-efficacité relative aux chutes : «confidence in performing daily activities » (p. 104)	Parry et al., 2001
International FES (FES-I)	Préoccupation de chuter (« level of concern about falling when carrying out each activity on a four point scale » (Yardley et al., p. 615) How concerned you are about the possibility of falling» (Kempen et al., 2007, p. 157).	Yardley et al., 2005 Kempen et al., 2007

Le *FES-UK*, qui a été conçu par Parry, Steen et Galloway (2001), constitue la traduction en langue anglaise du FES. Une autre version de l'instrument, le *aFES* (Adapted FES), a été construite par Lusardi et Smith (1997) et dotée d'une échelle numérique à 4 points. De leur côté, Kressig et al. (2001) ont développé le *amFES* (Amended FES), dans lequel ils ont inséré une échelle de type Likert à 4 points. Pour sa part, le *FES(S)*, qui fut mis au point par Hellström et Lindmark (1999) ainsi que par Hellström, Lindmark et Fugl-Meyer (2002), représente la version suédoise du FES. Cependant, ces chercheurs ont ajouté trois activités à l'outil original.

Finalement, le FES-I (International FES) (Kempen et al., 2007 ; Yardley et al., 2005) représente la dernière version du FES. Selon ces chercheurs, le FES-I s'applique à différentes cultures et à différents contextes. L'intitulé de l'outil reconnaît l'histoire de FES, mais il évalue les préoccupations (*concern* en anglais), un terme qui est relié à la peur de chuter mais qui, selon ces chercheurs, se révèle moins intense, moins émotionnel et plus acceptable sur le plan social. Les chercheurs prétendent que le FES-I est mieux pour détecter la préoccupation reliée aux activités sociales et aux tâches qui sont plus exigeantes en termes d'équilibre et celles qui se font à l'extérieur de la maison. Selon ces chercheurs l'outil est adéquat pour mesurer la peur de chuter des personnes âgées vivant dans la communauté.

Comme tous les instruments de mesure, le FES présente un certain nombre d'avantages et d'inconvénients. Ses principaux points forts sont les suivants : (a) l'instrument est solidement ancré dans la théorie sociocognitive de l'auto-efficacité ; (b) sa définition opérationnelle est claire et précise ; (c) il présente une excellente consistance interne ; autrement dit, on observe une bonne corrélation entre les items et ceux-ci ne sont pas redondants (Yardley et al., 2005) ; (d) sa validité de critère et sa validité de construit sont adéquates (Yardley et al., 2005) ; et (e) la sensibilité de l'outil pour détecter des changements cliniques significatifs s'avère adéquate (Cameron et al., 2000 ; Hellström et al., 2002 ; Petrella, Payne, Myers, Overend & Chesworth, 2000 ; Wolf et al., 1996).

Étant donné que la majorité des études qui s'intéressent à la peur de chuter sont fondées sur l'évaluation du sentiment d'efficacité relative aux chutes, il n'est guère surprenant de constater que la plupart des chercheurs utilisent le FES pour la mesurer. Mais, en même temps et précisément pour la même raison, le FES est également l'instrument le plus critiqué. La recension des écrits a permis d'identifier un certain nombre de faiblesses de cet outil: (a) son construit apparaît douteux; (b) son lien avec la fonctionnalité et l'indépendance n'est pas clairement établi ; (c) l'instrument ne peut pas être utilisé avec toutes les populations ; (d) ses items sont critiqués; et (e) son administration comporte certaines difficultés. Un aperçu des faiblesses, suit.

Par rapport au construit, Mendes de Leon, Seeman, Baker, Richardson et Tinetti (1996) affirment que le FES mesure non pas la peur de chuter, mais plutôt le degré de confiance de la personne dans sa performance lors de certaines activités. La recension des écrits montre que la peur de chuter et le sentiment d'efficacité relative aux chutes sont associés, bien qu'il soit clair que ces construits sont séparés et qu'ils ont des effets différents sur la fonction (Carpenter, Adkin, Brawley & Frank, 2006 ; Cumming et al., 2000 ; Filiatrault, 2008; Gagnon et al., 2005 ; Li et al., 2002 ; McAuley, Mihalko & Rosengren, 1997 ; et al., 2002 ; Wilson et al., 2005, Yardley et al., 2005). Par sa part, Li et al. (2002) arguent que le sentiment d'efficacité relative aux chutes et la peur de chuter sont reliées mais que ces deux éléments ne forment pas un construit isomorphe. Ils ajoutent que le sentiment d'efficacité relative aux chutes constitue un médiateur entre la peur de chuter et la fonctionnalité parce que la peur de chuter affecte les niveaux d'auto-efficacité et que celle-ci influence à son tour la capacité fonctionnelle, plus particulièrement l'équilibre. L'auto-efficacité intervient à titre de déterminant direct des conséquences de la fonction.

En ce qui a trait au lien de l'outil avec l'exécution des activités de la vie quotidienne, les concepteurs de l'instrument reconnaissent la présence d'une tautologie inhérente au concept d'auto-efficacité et le fait que l'auto-efficacité peut influencer la fonction et vice versa. Cette relation réciproque peut expliquer, au moins en partie, pourquoi l'efficacité, plus que la peur, est un fort déterminant de la fonctionnalité ; par définition, l'efficacité

entraîne la performance actuelle des activités (McKee et al., 2002 ; Tinetti et al., 1994b). Pourtant, les résultats des recherches qui ont été effectuées par Myers et al. (1996) et par Myers, Fletcher, Myers et Sherk (1998), montrent l'absence de relation entre les mesures de la fonctionnalité et le FES. Selon Hatch et al. (2003), le FES évalue non pas la peur, mais plutôt la confiance perçue dans l'accomplissement de certaines activités. Selon ces chercheurs, l'outil, qui est centré sur les implications fonctionnelles des risques de chute, ne tient pas compte des dimensions émotionnelles ou psychosociales de la peur de chuter. D'après Yardley et al. (2005), il n'y a pas de relation directe entre la peur de chuter et l'auto-efficacité, cette dernière pouvant être influencée davantage par l'évaluation générale de la capacité fonctionnelle que par l'anxiété et la peur.

En ce qui concerne les items inclus dans le FES, la grande majorité des critiques ont cerné le même problème, à savoir que les items sont restreints au domaine spécifique des activités de la vie quotidienne (Powell, & Myers, 1995). Baloh et al. (1996) mentionnent que l'instrument porte seulement sur des activités non pas dangereuses. Pour Li et al. (2002) ainsi que pour Huang (2006), l'outil s'intéresse uniquement aux tâches reliées à la mobilité ou aux activités physiques évaluées et il ne rend pas compte des autres activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique, comme marcher autour de la maison. En outre, aucun item ne porte sur l'exercice physique ou les activités sociales (Lachman et al., 1998) ou sur d'autres dimensions psychologiques de la peur de chuter telles que la peur de perdre son indépendance, la préoccupation de l'embarras social ou les dommages à l'identité personnelle (Huang, 2006 ; Yardley & Smith, 2002, Yardley et al., 2005). Selon Yardley (2004), l'échelle est exclusivement centrée sur les implications fonctionnelles des risques de chute et sur l'auto-soin. Enfin, certains chercheurs estiment que même si les conséquences indésirables de la chute se révèlent plus importantes que la peur de chuter, le FES ne les considère pas (Lachman et al., 1998; Warnke et al., 2004). Parmi les conséquences indésirables, les auteurs identifient entre autres une diminution des activités et une plus faible participation aux activités sociales.

À propos de l'administration de l'instrument, les chercheurs ont identifié un grand nombre de difficultés. Tout d'abord, l'outil se révèle difficile à administrer (Arfken et al., 1994), en particulier aux personnes âgées présentant un faible niveau de scolarité. Celles-ci se montrent indécises au moment d'utiliser toute l'échelle et ce problème s'accroît lorsque la personne évaluée ne peut lire elle-même les questions ou énoncés, qu'elle ne peut inscrire ses réponses ou que le questionnaire doit être rempli avec l'assistance d'un évaluateur. Ensuite, certaines personnes sont incapables de raisonner en fonction de situations hypothétiques (Lachman et al., 1998). Finalement, d'autres personnes ne sont pas capables de répondre aux questions touchant des activités qu'elles ne sont pas capables d'accomplir (Cumming et al., 2000). Pour Chamberlin, Fulwider, Sanders et Medeiros, (2005), la plus grande difficulté consiste à expliquer l'outil aux participants. Suivant Hotchkiss et ses collaborateurs (2004), si les personnes ont besoin d'explications, c'est parce que les questions ou le système de réponses ne sont pas clairs. Cette situation peut augmenter les risques de biais.

Finalement, un dernier aspect ayant fait l'objet de critiques a trait à la population ciblée. Plusieurs auteurs prétendent que l'outil montre une sensibilité adéquate pour identifier les personnes âgées fragiles mais qu'elle est peut-être moins sensible pour évaluer l'auto-efficacité chez les personnes présentant un haut niveau de fonctionnement en raison d'un effet plafond (Myers et al., 1998 ; Powell, & Myers, 1995 ; Yardley et al., 2005). Par ailleurs, certains items ne peuvent pas être appliqués à certaines cultures (Yardley et al., 2005).

3.2.5.3. Instruments mesurant la confiance en son équilibre (*Balance confidence*)

L'Activities-specific Balance Confidence Scale (ABC) (Powell, & Myers, 1995) est le deuxième instrument qui se base sur la théorie de l'auto efficacité élaborée par Bandura. Au début, il a partagé la même définition opérationnelle que le FES. Celui-ci a été conçu afin de mesurer la croyance qu'ont des personnes âgées d'être capables d'accomplir les activités de la vie quotidienne sans perdre l'équilibre ou sans devenir instables, particulièrement chez les personnes qui se montrent plus actives ou qui présentent un

haut niveau de fonctionnement. L'instrument inclut des activités qui sont de plus en plus exigeantes, allant de la mobilité à l'intérieur de la maison jusqu'à la marche à l'extérieur et dans le stationnement, monter et descendre une rampe, monter et descendre un escalier électrique et marcher sur une surface glacée. Bien que plusieurs chercheurs considèrent l'ABC comme une mesure d'auto-efficacité, cet outil est aussi encadré comme une mesure de la confiance en l'équilibre associé à la performance d'une série d'activités de la vie quotidienne (Filiatrault, 2006 ; Jorstad et al., 2005).

D'après les auteurs, l'ABC a une consistance interne aussi élevée que le FES, mais ses descripteurs d'activités sont plus détaillés et il montre une plus grande efficacité pour discriminer parmi un large éventail de réponses. La fiabilité test-retest, la validité de construit et la validité de critère ont été établies auprès d'un groupe de 60 personnes âgées de 65 à 95 ans et vivant dans la communauté (Myers et al., 1998).

L'instrument porte sur 16 activités de la vie quotidienne. Pour chaque activité, le répondant doit indiquer, à l'aide d'une échelle analogique visuelle allant de « pas du tout » à « tout », le degré de confiance pour faire les activités sans peur de chuter, avec un maximum de 100 % pour chaque activité et un grand total de 100 % s'il y a une confiance totale en son équilibre.

Tout comme pour le FES, il existe plusieurs versions de l'ABC (voir le tableau 3). Ainsi, l'ABC-UK (Parry et al., 2001) présente de légères modifications sur quelques items pour s'accommoder aux différences entre l'anglais de Grande-Bretagne et celui des États-Unis. Dans une deuxième version, le système de qualification a été modifié en vue d'inclure une échelle ordinale (Filiatrault, 2006). Une analyse de Rasch a permis de démontrer que cette version modifiée de l'ABC offrait une bonne consistance interne et une bonne validité convergente. L'analyse a également permis d'établir qu'il existe une hiérarchie dans les activités qui sont évaluées au moyen de cet instrument.

Tableau 3. Instruments mesurant la confiance en son équilibre

Instrument	Construit mesuré	Auteurs
Balance Confidence Scale (CONFbal)	Confiance en son équilibre	Simpson et al., 1998
Confidence in maintaining Balance Scale (CONFall)	Confiance en son équilibre	Simpson, 2003
ABC Scale	Confiance en son équilibre	Powell et Myers, 1995
Balance Self-perception Test	Confiance en son équilibre Auto-efficacité relative aux chutes	Shumway-Cook et al., 1997
ABC United Kingdom version (ABC-UK)	Confiance en son équilibre	Parry et al., 2001
ABC-NL	Confiance en son équilibre	Van Heuvelen et al., 2005
ABC-6	Confiance en son équilibre Peur de chuter	Peretz et al., 2006
ABC Chinese version (ABC-C)	Confiance en son équilibre	Hsu et Miller, 2006
ABC Canadian French version (ABC-CF)	Confiance en son équilibre	Salbach et al., 2006
ABC-S	Confiance en son équilibre	Filiatrault et al., 2007

Il existe une version chinoise, l'ABC-C (Hsu & Miller, 2006), une version néerlandaise, l'ABC-NL (Van Heuvelen et al., 2005), une version canadienne-française, le ABC-CF (Salbach, Mayo, Hanley, Richards & Wood-Dauphinee, 2006), de même que deux versions simplifiées de l'instrument, à savoir l'ABC-6 (Peretz, Herman, Hausdorff & Giladi, 2006) et le ABC-S (Filiatrault et al., 2007). Les propriétés psychométriques de l'ABC ont été testées auprès de différentes populations, dont des personnes présentant certaines conditions médicales, par exemple une amputation des membres inférieurs (Miller, Deathe & Speechley, 2003), le vertige (Whitney, Hudak & Marchetti, 1999) ou un accident vasculo-cérébral (Botner, Miller & Eng, 2005; Salbach et al., 2006).

En ce qui concerne les forces de l'instrument, on constate qu'il est utile pour discriminer les personnes qui ont trop peur de chuter ou qui limitent leurs activités (Legters, 2002). En outre, on observe que cet outil évalue des activités plus précises que le FES et qu'il mesure la performance réelle, et non pas sur des situations hypothétiques (Lachman et al., 1998).

Plusieurs auteurs ont formulé les mêmes critiques envers l'ABC que le FES notamment en ce qui concerne sa définition opérationnelle, son application et les activités qu'il évalue (Chamberlin et al., 2005 ; Hotchkiss et al., 2004; Huang, 2006 ; Jorstad et al., 2005 ; Lachman et al., 1998). Selon Hotchkiss et al. (2004), l'ABC se révèle inadéquat pour prédire la restriction d'activités et ses résultats ne sont pas corrélés aux chutes. Pour Jorstad et al. (2005), la sensibilité au changement de cet outil n'a pas été établie hors de tout doute, le niveau de la preuve se situant entre faible et adéquat.

Selon Hatch et al. (2003), le FES et ABC sont tous deux capables de discriminer entre les personnes qui n'ont pas peur de chuter et celles qui ont peur de chuter et entre les personnes qui restreignent ou non leurs activités en raison de la peur de chuter. Par contre, suivant Hotchkiss et al. (2004), le FES prédit mieux la restriction des activités que d'autres instruments. Par contre, sa capacité d'identifier les chuteurs se révèle plutôt pauvre et il possède une faible validité prédictive pour identifier les personnes qui restent dans la maison ou la restriction d'activité. Pour Petrella et al. (2000), le FES démontre une plus grande sensibilité aux changements que l'ABC, mais il n'existe pas de relation entre l'auto-efficacité et la fonctionnalité chez les personnes âgées.

D'après Filiatrault (2008), bien qu'il y ait davantage de points communs entre les concepts évalués par l'échelle ABC et le FES puisque ces deux instruments portent tous les deux sur des tâches ou des activités de la vie quotidienne, ils se distinguent toutefois sur certains points. Premièrement, l'échelle ABC traite de la confiance en son équilibre alors que le FES porte sur la capacité à éviter les chutes. Quand une personne donne son appréciation de sa confiance en son équilibre lors de différentes tâches de la vie quotidienne (échelle ABC), il est probable qu'elle réfère en bonne partie à une évaluation

de son équilibre. Pour ce qui est de la confiance en sa capacité d'éviter les chutes lors d'activités de la vie quotidienne (échelle FES), il est probable que la personne fasse appel non seulement à une évaluation de son équilibre pour donner ses réponses, mais aussi à une appréciation de sa capacité à utiliser un large répertoire de stratégies pour éviter de chuter (par exemples, ralentir la cadence de son pas, être plus vigilante en cas d'obstacles sur sa route, utiliser une canne). Deuxièmement, les items du FES correspondent à des activités de la vie quotidienne, tandis que les items de l'échelle ABC renvoient à des tâches motrices qui sont plus précises. Une activité de la vie quotidienne représente un concept beaucoup plus vaste qu'une simple tâche motrice. En effet, une activité comme prendre son bain, implique une série de tâches (ex : se déplacer jusqu'à la baignoire, enjamber le rebord du bain, s'asseoir au fond de la baignoire, commencer à se laver). Par conséquent, toujours selon Filiatrault (2008), éviter de faire une chute lors d'une activité de la vie quotidienne fait appel à une gamme plus étendue de stratégies comportementales que le maintien de l'équilibre au cours de l'exécution d'une tâche motrice comme marcher dans la maison.

Hotchkiss et al. (2004) ont mené une recherche visant à déterminer si le SAFE, le FES et l'ABC mesurent les mêmes construits et à identifier lequel de ces instruments est le meilleur pour établir le niveau de restriction d'activités, déterminer la fréquence des chutes et de rester dans la maison en raison de la peur de chuter. Ces chercheurs ont conclu que les personnes ont besoin d'explication pour les trois instruments, ce qui revient à dire que leurs énoncés ne sont pas clairs. Cependant, cette situation peut augmenter le risque de biais. De plus, aucun de ces outils n'est capable d'identifier de manière correcte et indépendante la fréquence de chutes, le niveau de restriction d'activité ou la fréquence du fait de rester chez soi. Pour ces chercheurs, l'ABC et l'FES ont des construits similaires et le SAFE mesure un autre construit, sans toutefois préciser de quels construits il s'agit.

Il existe deux autres instruments pour mesurer la confiance en son équilibre. Le Balance Confidence Scale (CONFbal) (Simpson, Worsfold, & Hawke, 1998) a été conçu en vue de mesurer la confiance en son équilibre pendant l'accomplissement des activités de la

vie quotidienne chez des personnes âgées fragiles. Pour cet instrument, la validité de construit et la consistance interne s'avèrent adéquates. Enfin, le Confidence in Maintaining Balance Scale (CONSFall) (Simpson, 2003) a été élaboré afin de mesurer la confiance pour éviter les chutes pendant la réalisation des activités de la vie quotidienne chez des personnes âgées fragiles. Pour le reste, les informations au sujet de cet outil demeurent limitées.

3.2.5.4. Autres instruments de mesure de la peur de chuter

Il existe d'autres instruments permettant de mesurer d'autres construits qui sont reliés à la peur de chuter, mais ils sont moins connus et peu utilisés par les chercheurs (voir le tableau 4). Nous en faisons la présentation sommaire dans la présente section.

Le Concerns About Falling Questionnaire (Baloh et al., 1996) est un instrument qui a été construit en s'appuyant sur l'expérience clinique de ses auteurs. Il comporte 16 activités et le système de cotation est une échelle de type Likert. Le répondant doit exprimer son niveau de préoccupation de chuter par rapport à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. Les auteurs utilisent les termes inquiétude, anxiété ou préoccupation de chuter.

Le Perceived Control over Falling ainsi que le Perceived Ability to Manage Falls and Falling (Lawrence et al., 1998) sont des instruments qui ont été conçus pour mesurer l'habileté des personnes à contrôler leur environnement et leur mobilité d'une part et à prévenir et à gérer les chutes d'autre part. Pour ces outils, il n'existe pas d'évidence de leurs propriétés psychométriques ou de leur utilisation.

Le Concern about Falling Measure (CaF) (Simpson, 2000) est axé sur l'anxiété relative aux chutes. C'est un outil fondé sur la définition de l'anxiété qui figure dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*. Cependant, on possède peu d'informations sur cet instrument.

Tableau 4. Autres instruments de mesure de la peur de chuter

Instrument	Construit mesuré	Auteurs
Concerns about Falling Questionnaire (CoF)	Anxiété ou préoccupation de chuter.	Baloh et al., 1996
Perceived Control over Falling (PCOF)	Habilité pour contrôler la mobilité et l'environnement	Lawrence et al., 1998
Perceived Ability to Manage Falls and Falling (PAMF)	Croyances pour gérer les chutes	Lawrence et al., 1998
Concern about Falling Scale (CaF)	Anxiété reliée aux chutes	Simpson, 2003
University of Illinois at Chicago Fear of Falling Measure (UIC FFM)	Peur de chuter	Veloze et Peterson, 2001
Consequences of Falling Scale (CoF)	Peur/préoccupation des conséquences des chutes	Yardley et Smith, 2002
Subjective Fear of Falling in Nursing Home	Peur de chuter et limitations de la mobilité	Warnke et al., 2004
Geriatric Fear of Falling Measure (GFFM)	Signification perçue de la peur de chuter	Huang, 2006
Activities-specific Fall Caution Scale (AFC Scale)	Inquiétude ou préoccupation de tomber	Blanchard et al., 2007 Pearce et al., 2007

Le Consequences of Falling Scale (CoF) (Yardley, & Smith, 2002) a été construit à partir des résultats d'un groupe de discussion focalisée, pour mesurer les croyances sur les conséquences des chutes. Cet instrument comprend 14 items évalués au moyen d'une échelle de type Likert (de 1 à 4 points). La fiabilité et la validité de cet outil sont considérées comme étant adéquates.

Le Subjective Fear of Falling in Nursing Home Residents (Warnke et al., 2004) est une échelle qui comporte trois dimensions : la peur de chuter, les fardeaux psychologiques et physiques et les limitations de la mobilité. Cet instrument a été mis au point à partir des recommandations d'un groupe d'experts et a été validé auprès d'une population de 210 personnes âgées vivant en milieu d'hébergement. L'instrument est fiable et valide pour être utilisé auprès de cette population.

Enfin, l'Activities-specific Fall Caution Scale (AFC Scale) (Blanchard, Myers, & Pearce, 2007 ; Pearce, Myers, & Blanchard, 2007) est un instrument dont la conception s'appuie sur la théorie cognitive sociale de Bandura. Au moyen de 13 situations fréquemment rencontrées dans les milieux d'hébergement, cet outil évalue l'ampleur de la précaution ou du soin face à l'inquiétude ou à la préoccupation de tomber telle qu'elle est exprimée par les résidents. L'échelle a été développée en utilisant une approche inductive auprès des résidents d'une institution de soins de longue durée et du personnel soignant. Selon les concepteurs de l'outil, le contenu des items présente des activités courantes de plus en plus exigeantes, notamment s'asseoir, maintenir son équilibre en position debout, effectuer des changements posturaux et accomplir d'autres activités difficiles, par exemple se déplacer dans des vestibules étroits ou dans de petites chambres. Les propriétés psychométriques de cet instrument ont été établies pour son utilisation en milieu d'hébergement (Blanchard et al., 2007).

3.2.6 Facteurs reliés à la peur de chuter

Une grande quantité de facteurs a été associée à la peur de chuter dans une recherche ou dans une autre. Au-delà des différences dans les devis et les instruments de mesure utilisés, qui peuvent expliquer certains écarts, quelques facteurs se démarquent. Les paragraphes suivants recensent les facteurs qui sont le plus fréquemment mentionnés. Pour mieux les étudier et mieux les comprendre, nous les avons répartis en trois groupes, à savoir les facteurs physiques, qui comprennent les aspects biologiques, les aspects de fonctionnement et les aspects médicaux ; les facteurs psychologiques, qui incluent la

dépression, l'anxiété et l'état cognitif, la santé perçue étant considérée séparément ; et les facteurs sociaux. Pour chaque groupe de facteurs, nous présenterons les principales conclusions auxquelles sont parvenus les chercheurs et, s'il y a lieu, nous ferons état des controverses entourant ces conclusions.

3.2.6.1 Facteurs physiques

Ce groupe de facteurs est le plus connu et le plus étudié en profondeur parce que la peur de chuter a été toujours étudiée dans un paradigme épidémiologique, visant à bien établir les facteurs qui y sont reliés ou qui la prédisent, afin d'élaborer des programmes d'intervention qui soient mieux adaptés aux besoins des personnes âgées. De plus, selon Martin, Hart, Spector, Doyle et Harari (2005), la peur de chuter est tout d'abord associée à des facteurs physiques plus qu'à des facteurs psychologiques.

Les facteurs physiques qui ont été beaucoup étudiés et pour lesquels il existe beaucoup plus de preuve de l'existence d'une relation avec la peur de chuter sont le sexe féminin, l'âge avancé, les chutes, les problèmes liés à l'équilibre et à la démarche, la diminution de la fonctionnalité, la pauvre performance physique, la fragilité, la présence de maladies chroniques ou la comorbidité. Reprenons dans le détail tous ces éléments un par un.

Le premier aspect associé à la peur de chuter et qu'on retrouve dans la presque totalité des recherches est le sexe féminin (Arfken et al., 1994 ; Curcio & Gómez, 2006a ; Fessel & Nevitt, 1997 ; Friedman et al., 2002 ; Gómez & Curcio, 2007 ; Howland et al., 1993, 1998 ; Ness et al., 2004 ; Suzuki et al., 2002 ; Vellas et al., 1997 ; Yardley & Smith, 2002). Il existe peu de recherches que ne trouvent aucune relation entre le sexe et la peur de chuter (Andresen et al., 2006 ; Chamberlin et al., 2005 ; Reyes-Ortiz et al., 2006). Toutefois, selon Jorstad et al. (2005), les hommes demeurent sous-représentés. D'après Fletcher et Hirdes (2004), les différences observées entre les deux sexes sont probablement attribuables au fait que les femmes ont tendance à surestimer les risques tandis que les hommes sont enclins à les sous-estimer.

En ce qui concerne l'âge, les résultats apparaissent controversés. Ainsi, la plupart des recherches ont rapporté que la peur de chuter augmente avec l'âge (Andresen et al., 1998 ; Arfken et al., 1994 ; Curcio & Gómez, 2006a ; Friedman et al., 2002 ; Gómez, & Curcio, 2007 ; Lach, 2005 ; Murphy, Dubin & Gill, 2003 ; Vellas et al., 1997 ; Yardley, & Smith, 2002 ; Yeung, Chou & Wong, 2006). En revanche, quelques études n'ont trouvé aucune relation entre ces deux variables (Baloh et al., 1996 ; Kressig et al., 2001 ; Mann, Birks, Hall, Torgerson, & Watt, 2006). De leur côté, Wilson et al. (2005) concluent que la perte de l'efficacité relative aux chutes augmente avec l'âge, mais pas la peur de chuter. Selon ces chercheurs, cela confirme que l'efficacité relative aux chutes et la peur de chuter se présentant comme des concepts qui sont différents et qui ne sont pas synonymes.

Les chutes constituent un autre facteur relié à la peur de chuter qui a été très étudié. Comme nous l'avons mentionné auparavant, la peur de chuter a souvent été considérée comme une conséquence des chutes. Toutefois, un grand nombre de recherches ont associé la peur de chuter aux chutes (Cumming et al., 2000 ; Howland et al., 1993 ; 1998, Kim et al., 2001 ; Lawrence et al., 1998 ; Li et al., 2002 ; Mann et al., 2006 ; Murphy et al., 2003 ; Reyes-Ortiz et al., 2006 ; Suzuki et al., 2002 ; Tinetti et al., 1993, 1994a ; Vellas et al., 1997).

D'autres recherches considèrent que la peur de chuter est une conséquence directe des chutes (Chandler et al., 1996 ; Drozdick & Edelstein, 2001 ; Evitt & Quigley, 2004 ; Jorstad et al., et al., 2005 ; Suzuki et al., 2002 ; Tinetti et al., 1994a ; Vellas et al., 1997. Cependant, il y a également de résultats contradictoires car il existe aussi des nombreuses recherches qui montrent que la peur de chuter est indépendante des chutes (Chandler et al., 1996 ; Cumming et al., 2000 ; Fessel & Nevitt, 1997 ; Lach, 2005 ; Lawrence et al., et al., 1998 ; Maki, 1997 ; Mendes de Leon et al., 1996 ; Murphy et al., 2002 ; 2003 ; Tinetti & Powell, 1993 ; Yardley & Smith, 2002). On recense également un certain nombre d'études qui n'ont trouvé aucune relation entre la présence de chutes

et la peur de chuter (Arfken et al., 1994 ; Perez-Jara et al., 2000 ; Rosso-Henao et al., 2007).

Les personnes qui ont peur de chuter tendent également à manquer de confiance en leur capacité à prévenir ou à gérer les chutes, ce qui augmente encore les risques de chute (Lawrence et al., 1998). Enfin, parmi les rares recherches longitudinales portant sur ce sujet, une seule, celle qui a été menée par Friedman et al. (2002), montre que la présence de la peur de chuter permet de prédire les chutes et vice versa. La personne âgée chez laquelle une de ces deux conditions est présente risque fort de développer l'autre.

Les problèmes reliés à l'équilibre et à la démarche constituent le facteur qui est le plus indiscutablement associé à la peur de chuter. Il s'agit probablement d'un des facteurs faisant l'objet du plus grand nombre de recherches. Quelques études montrent que les personnes qui ont peur de chuter présentent des altérations de l'équilibre statique et dynamique et des altérations de contrôle postural (Adkin et al., 2002 ; Baloh et al., 1996 ; Curcio, & Gómez 2006a ; Gómez, & Curcio, 2007 ; Lach, 2005 ; Liu-Ambrose et al., 2006 ; Maki, Holliday, & Topper, 1991 ; Vellas et al., 1997 ; Yardley et al., 2004). Toutefois, selon Maki et al. (1991), les personnes ayant peur de chuter peuvent se servir de stratégies de compensation qui permettent de camoufler leurs déficits posturaux. Un pauvre équilibre entraîne une baisse de la fréquence de l'exécution des tâches et une diminution de la participation dans des activités, qui, à leur tour, amènent de la faiblesse et de la fatigue ou une réduction de la vitesse d'exécution des activités tout en conduisant dans un cercle vicieux. De plus, la peur peut contribuer à apporter des modifications inappropriées dans le contrôle de l'équilibre, par exemple un raidissement du corps qui peut augmenter de manière importante les risques de chute (Maki et al., 1991).

Mais, selon Yardley (1998), la relation existant entre la peur de chuter, le contrôle postural et l'équilibre peut s'expliquer autrement. Ainsi, l'instabilité posturale est augmentée par des réactions anxieuses, et cette sensation de déséquilibre accroît à son tour l'anxiété. Dans ces conditions, la personne âgée n'est plus certaine de pouvoir faire ses activités avec sécurité, de sorte qu'elle perd sa confiance en soi et, par conséquent,

elle a peur de chuter. En résumé, les relations unissant les troubles de l'équilibre et la peur de chuter ne sont pas linéaires.

Plusieurs études démontrent que la marche des personnes ayant peur de chuter est plus lente, avec des pas délibérément plus courts et moins hauts et une base d'appui plus large, une grande proportion du cycle de marche s'effectuant en double appui (Brouwer et al., 2004; Chamberlin et al., 2005; Chandler et al., 1996; Howland et al., 1993; Jamison, Neuberger, & Miller, 2003; Kurlan, 2005 ; Myers et al., 1996, 1998 ; Tinetti & Powell, 1993; Vellas et al., 1997). Ces caractéristiques sont désignées comme étant la marche précautionneuse. Cependant, aucun problème physique spécifique n'explique cette façon de marcher particulière. Selon Baloh et al. (1996), cette manière de marcher se veut une réaction normale de la personne à l'instabilité perçue et peut être le résultat de la préoccupation de chuter de la personne. Suivant Maki (1997) de même que Kressig et al. (2001), il semble probable que cette façon de marcher constitue une adaptation biomécanique stabilisatrice qui est reliée à la peur de chuter.

D'autres facteurs en rapport avec la peur de chuter sont la diminution de la fonctionnalité et la pauvre performance physique. Il est reconnu que la peur de chuter entraîne un déclin tant dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) que dans les activités de la vie domestique (AVD) (Andresen et al., 2006 ; Chandler et al., 1996 ; Cumming et al., 2000 ; Fessel & Nevitt, 1997 ; Lawrence, et al., 1998 ; Reyes-Ortiz et al., 2006 ; Tinetti et al., 1994b ; Tinetti, Speechley, & Ginter, 1988). Ainsi, Tinetti et al. (1994b) pensent que les différences entre réalisation des tâches spécifiques) et le fonctionnement (AVD et AVQ) des personnes âgées peuvent être expliquées par la peur de chuter. Mais, si cette peur est mesurée à l'aide du FES, qui porte sur l'auto-efficacité, cela peut expliquer la performance plus que le handicap car l'instrument est centré sur la réalisation des activités. Selon Brouwer et al. (2004), la peur de chuter en elle-même peut précipiter la détérioration de la santé physique par réduction de la fonctionnalité et vice-versa. D'après Delbaere et al. (2004), les rapports entre la peur de chuter et la fonctionnalité sont plus prononcés pour des activités de mobilité et moins prononcés pour les activités sociales. La peur de chuter est une variable importante dans le

développement du processus de fragilité physique car elle amène à des difficultés dans l'exécution des AVQ et des AVD (Chandler, et al., 1996 ; Suzuki, et al., 2002). La personne peut être moins capable d'exercer ses habiletés de contrôle postural, ce qui conduit au cercle vicieux de la fragilité (Chandler, et al., 1996; Delbaere, et al., 2004). Suivant Li et al. (2002), les personnes présentant un niveau élevé de peur de chuter ont probablement plus de problèmes liés à leur capacité fonctionnelle et une moins bonne qualité de vie.

Bref, comme nous le disions précédemment, il existe des controverses par rapport à la relation entre la fonction et la peur de chuter spécifiquement en relation avec les instruments de mesure. Si la peur de chuter est considérée comme une perte de l'auto-efficacité relative aux chutes, alors elle influence la capacité fonctionnelle, l'équilibre et le fonctionnement physique. L'auto-efficacité intervient comme un déterminant direct de conséquences fonctionnelles (Hatch et al., 2003 ; Legters, Whitney, Porter & Buczek, 2005 ; Li et al., 2002) car l'auto-efficacité, par définition, entraîne la performance actuelle (Tinetti et al., 1994b). Cependant, ces résultats sont controversés. Par exemple, Tinetti et al. (1994b) ont démontré que le sentiment d'efficacité relative aux chutes est étroitement associé aux mesures des AVQ et des AVD; pourtant quand la peur de chuter est mesurée à l'aide d'une seule question, la relation entre les mêmes mesures s'avère marginale. Pour leur part, Petrella et al. (2000) n'ont relevé d'associations entre les mesures de l'auto-efficacité relative aux chutes et les mesures de fonctionnalité.

D'autre part, aux yeux de plusieurs chercheurs (Brouwer et al., 2004 ; Delbaere et al., 2004 ; Kressig et al., 2001 ; Rochat et al., 2005), c'est plutôt le handicap préclinique qui se situe à l'origine de la peur de chuter et qui influence la manière dont la personne accomplit ses activités. Pour la personne concernée, la peur de chuter constitue une importante variable psychosociale dans le développement du processus de fragilité physique puisqu'elle entraîne des difficultés à accomplir ses activités de la vie quotidienne. La personne est moins en mesure d'utiliser et d'exercer ses habiletés de force musculaire et de contrôle postural, ce qui la conduit au cercle vicieux de la fragilité. La personne qui se trouve aux prises avec beaucoup plus de restrictions dans

ses activités quotidiennes est moins capable d'utiliser ses habiletés de force et d'équilibre et de contrôle postural. Les restrictions commencent sur le plan de la mobilité et font en sorte que la personne âgée a peur de sortir de chez elle et qu'elle reste de plus en plus souvent enfermée à la maison, ce qui a pour effet de provoquer une forte détérioration de sa performance physique, de susciter une peur importante chez elle et d'amener une diminution considérable de ses activités. Par ailleurs, il est difficile de déterminer si la peur de chuter résulte du fait que la personne n'est pas autonome ou plutôt d'une fragilité qui était déjà présente.

Un autre facteur physique associé à la peur de chuter est la présence de maladies. Les maladies qui sont le plus fréquemment associées à la peur de chuter sont le vertige et les étourdissements (Burker et col., 1995 ; Curcio, & Gómez 2006a ; Gagnon et al., 2005; Gómez & Curcio, 2007 ; Howland et al., 1993 ; Legters et al., 2005 ; Murphy et al., 2002 ; Perez-Jara et al, 2009 ; Tinetti et al., 1990 ; Tinetti, Williams, & Gill, 2000a, 2000b; Vellas et al., 1997), suivies par les fractures et les lésions causées par des chutes (Mann et al., 2006 ; Yeung et al., 2006) et l'accident vasculaire cérébral (Friedman., 2002). Il y en a d'autres maladies qui sont moins souvent mentionnées, notamment les maladies du cœur, l'ostéoporose, l'arthrite, les cataractes, le glaucome (Fletcher, & Hirdes, 2004), l'hypertension artérielle, l'incontinence urinaire (Reyes-Ortiz, et al., 2006) et la syncope (Perez-Jara, et al, 2009). De même, la comorbidité, la présence de plus d'une maladie, est un autre facteur qui se trouve associé à la peur de chuter (Jamison et al., 2003 ; Myers et al., 1998).

Selon Chandler et al. (1996), la peur de chuter peut être vue comme un symptôme de fragilité, mais, pour Arfken et al. (1994), les personnes âgées peuvent avoir peur de chuter en réponse à leur fragilité. Il est possible que chez la personne qui évite des activités, il y ait une augmentation dramatique de la vitesse du processus de fragilisation à cause des conséquences dévastatrices de l'inactivité (Delbaere et al., 2004 ; McAuley et al., 1997). À ce propos, Arfken et al. (1994) ont défini la fragilité comme l'incapacité à marcher dix coins de rue, le besoin d'aide pour monter des escaliers, l'existence des problèmes visuels limitant la déambulation, l'utilisation d'aides techniques pour se

déplacer ou marcher, un pauvre état de santé et l'existence de problèmes d'équilibre. Les individus peuvent éprouver plus de peur et se voir eux-mêmes plus fragiles qu'ils ne le sont en réalité. En outre, la peur de chuter peut susciter chez la personne un sentiment de fragilité et d'incompétence (Suzuki et al., 2002). À son tour, le déconditionnement physique associé à l'inactivité peut augmenter la peur de chuter, laquelle peut restreindre les mouvements (Jamison et al., 2003).

Autrement dit, la diminution des activités à cause de la peur de chuter est associée au passage à la fragilité physique, ce qui entraîne la mise en place d'un cercle vicieux : peur de chuter, diminution de la fonctionnalité, inactivité, augmentation de la fragilité et diminution de la qualité de vie et plus de peur de chuter.

Murphy et al. (2002) de même que Mann et al. (2006) concluent que la fragilité physique, la comorbidité et la dépression permettent de différencier entre, d'une part, les personnes qui ont peur de chuter et qui, de ce fait, restreignent leurs activités et, d'autre part, les personnes qui ont seulement peur de chuter.

Parmi les facteurs sensoriels associés à la peur de chuter, les troubles de vision sont de loin le facteur le plus souvent étudié (Curcio & Gómez, 2006a ; Fletcher & Hirdes, 2004 ; Gagnon et al., 2005 ; Gómez, & Curcio, 2007 Murphy et al., 2002 ; Yeung et al., 2006). Les personnes âgées qui éprouvent des problèmes de mobilité ou présentent des troubles visuels vivent de l'insécurité. Cette insécurité peut à son tour être exacerbée par les troubles visuels. Quand les informations en provenance des systèmes sensoriels périphériques diminuent, le système visuel devient le système le plus important dans le maintien de l'équilibre. Toutefois, après 65 ans, on assiste à un déclin de la contribution de la vision au maintien de l'équilibre (Fozard & Gordon-Salant, 2005). La conséquence la plus importante de la déficience visuelle est la diminution de la mobilité. Étant donné que les personnes sont totalement ou partiellement privées d'informations visuelles, elles manquent parfois d'assurance dans leurs déplacements.

3.2.6.2 Facteurs psychologiques

Les facteurs psychologiques qui sont en lien avec la peur de chuter sont principalement la dépression, l'anxiété et la perte de confiance en soi.

Plusieurs recherches ont établi l'existence d'un lien entre la dépression et la peur de chuter (Andresen et al., 2006 ; Chandler et al., 1996 ; Curcio & Gómez 2006a ; Drozdick & Edelstein 2001, Fessel et Nevitt, 1997 ; Gagnon et al., 2005 ; Murphy et al., 2002, Perez-Jara et al, 2009 ; Reyes-Ortiz et al., 2006 ; Tinetti & Powell, 1993). La dépression provoque une diminution de la performance dans les conduites automatiques, une augmentation du besoin d'aide de la personne et une restriction de la participation de la personne aux activités physiques et sociales.

Puisque l'expression peur de chuter implique une dimension affective, il n'est guère étonnant de constater que la dépression constitue un facteur prédictif de la peur de chuter. Il est possible que la diminution d'activités constitue une manifestation de la dépression, laquelle, jointe à la présence de changements survenant sur le plan physique, crée un cercle vicieux (déconditionnement, dépendance, perte d'autonomie). À l'inverse, il se peut également que la dépression soit la conséquence d'une diminution des activités, de la dépendance de la personne ou de l'isolement social.

Chez la personne âgée, la dépression peut être causée par un sentiment de perte de contrôle sur soi et sur son environnement. Selon Biderman, Cwikel, Fried et Galinsky (2002), la dépression et les chutes peuvent être reliées de trois façons : soit la dépression précède les chutes, soit les chutes précèdent la dépression, soit encore la dépression et les chutes sont la conséquence d'un troisième facteur, ou plutôt d'un groupe de facteurs qui se développent simultanément et affectent la santé des personnes âgées. Du reste, des recherches ont prouvé l'existence de ces trois possibilités (Lachman et al., 1998 ; Lawrence et al., 1998 ; Tinetti et al., 1990 ; Vellas et al., 1997). Toutefois, la preuve à l'effet que la dépression constitue une conséquence des chutes apparaît moins irréfutable que celle voulant que la dépression soit un facteur causal des chutes.

De surcroît, le rapport entre la peur de chuter et la dépression présente un caractère complexe. Premièrement, la peur de chuter pourrait mener à une restriction d'activités auto-induite (Lachman, et al., 1998), à son tour, une réduction des activités physiques est un facteur de risque contribuant à la dépression (Warr, Butcher, & Robertson, 2004). En conséquence, la peur de chuter pourrait causer la dépression par la voie de la restriction d'activité. De même, l'auto-efficacité relative aux chutes peut être minée par la peur de chuter (Cumming, et al., 2000 ; Mendes de Leon, et al., 1996). D'un autre côté, une augmentation des niveaux de la peur de peur de chuter conduit à la diminution de l'auto-efficacité relative aux chutes et, par conséquent, à la dépression (Chou, Yeung, & Wong, 2005).

Il se peut aussi que, pour certaines personnes, la peur de chuter soit une manifestation de la dépression. Il est possible également que la dépression soit le résultat de la diminution des activités ou de l'isolement social, le fait pour une personne d'avoir un moral peu élevé et d'être atteint de dépression se traduisant par la peur de chuter (Gagnon, et al., 2005).

D'un point de vue psychologique, le deuxième facteur associé à la peur de chuter est l'anxiété. Yardley (1998, 2004) a défini la peur de chuter comme étant un type d'anxiété spécifique qui est éprouvée par une personne et dirigée vers un facteur déclencheur particulier, à savoir la chute. Dans ce sens, la peur de chuter peut être considérée comme un cas particulier de l'anxiété. En effet, l'anxiété est un terme générique qui est communément employé pour décrire des réactions dans lesquelles la peur est présente. Dans la peur de chuter, l'anxiété se divise en trois éléments distincts (Yardley, 1998, 2004). Le premier élément est la réponse motrice, qui peut inclure l'immobilité ou l'évitement de certaines activités à cause de l'anxiété présente chez la personne. Le deuxième élément réside dans un état psychophysiologique particulier, qui s'exprime par une intensification de l'état d'attention, c'est-à-dire par une élévation de l'activité du système nerveux autonome, ce qui facilite la réponse de la personne face à la peur. Le troisième élément concerne la dimension cognitive, laquelle fait référence au fait que la personne âgée prend conscience des peurs et des pensées qui provoquent l'anxiété chez

elle. Ces trois éléments sont en partie indépendants les uns des autres. Par exemple, il est possible pour une personne de présenter certains signes psychophysiologiques sans éprouver une peur consciente. De même, le fait pour une personne de n'avoir qu'un faible équilibre peut augmenter chez elle l'anxiété et la peur (réponse psychologique) et accroître son excitation (réponse physiologique). Cette situation peut amener la personne à modifier ses stratégies de contrôle postural quand elle se lève d'un lit ou d'un fauteuil (réponse physique).

Dans ce cas, on peut faire l'hypothèse que les réponses motrices telles que la diminution du contrôle postural dont nous avons parlé précédemment, constituent les premières manifestations de l'anxiété : les personnes âgées qui manifestent de l'anxiété face à la peur de chuter se tiennent penchées vers l'avant et adoptent une démarche prudente (Nutt, Marsden, & Thompson, 1993). Selon Brown, Doan, McKenzie et Cooper (2006), l'anxiété influence la régulation de l'équilibre et de la marche. Elle se manifeste comme conséquence d'une menace imposée au système postural, en l'occurrence une possibilité d'instabilité. Par contre, d'après Baloh et al. (1996), il ne s'agit pas d'un problème de contrôle postural ; pour ces chercheurs, l'anxiété face à la chute représente un problème d'équilibre, même si les personnes estiment que leur équilibre est normal. Les personnes montrant une grande anxiété de chuter ont tendance à afficher de piètres performances dans les tâches d'équilibre et de posturographie et elles chutent plus souvent, même si elles considèrent que leur équilibre est bon.

Par ailleurs, des pensées anxiolytiques peuvent entraîner une diminution de l'attention et influencer le processus central de contrôle de l'équilibre (Yardley, 2004), puisque les personnes anxieuses se montrent moins alertes devant les dangers présents dans leur environnement et moins en mesure de faire la différence entre les situations qui sont sécuritaires et celles qui sont à risque ou dangereuses. La personne âgée se trouve placée dans un cercle vicieux : ses réactions anxieuses augmentent son instabilité posturale et cette sensation de déséquilibre suscite à son tour l'anxiété. En conséquence, la personne âgée n'est plus certaine de pouvoir accomplir ses activités avec sécurité et elle a peur de chuter.

Le troisième facteur psychologique qui se trouve relié à la peur de chuter chez les personnes âgées est la perte de confiance. Cette relation se fonde sur l'approche cognitive-sociale de la confiance en soi, qui a été conceptualisée par Bandura en 1997. Le concept central proposé par ce chercheur a été traduit en français par auto-efficacité (Lecomte, 2007). Pourtant, dans le texte original en anglais, on retrouve plusieurs expressions qui sont synonymes : *self-efficacy*, *personal efficacy*, *sense of personal efficacy*, *perceived efficacy*, *personal perceived efficacy* et *beliefs in efficacy* (Lecomte, 2007 : 12). Lecomte affirme que le terme *self-efficacy* réfère parfois à l'action de la personne sur elle-même (ce qu'il traduit par auto-efficacité), parfois à l'action de la personne sur son environnement (ce qu'il traduit par efficacité personnelle). Lecomte ajoute que ceci apparaît clairement dans les définitions. Voici quelques exemples de définitions: « L'efficacité personnelle perçue concerne la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités » (Lecomte, 2007 : 12). « L'efficacité personnelle perçue concerne les évaluations par l'individu de ses aptitudes personnelles » (Lecomte, 2007 : 24). « L'efficacité personnelle perçue n'est pas une mesure des aptitudes d'une personne, mais une croyance relative à ce qu'elle peut faire dans diverses situations, quelles que soient ses aptitudes » (Lecomte, 2007 : 64).

La théorie de l'auto-efficacité (*self-efficacy theory*) conçue par Bandura (1986) offre une perspective globale qui permet d'expliquer, dans un cadre conceptuel unifié, les origines des croyances sur la compétence personnelle, leur structure et leur fonction, leur processus et leurs différents effets. L'intégration du système de croyances à propos des compétences dans un cadre théorique sociocognitif plus vaste permet de réunir divers savoirs provenant des divers domaines d'études s'intéressant au fonctionnement humain. La théorie du sentiment de compétence procure également des lignes directrices pour aider au développement et à l'amélioration de l'efficacité humaine (Bandura, 1997).

En outre, d'après Bandura (1997), l'efficacité personnelle perçue ne concerne pas le nombre d'aptitudes que l'on possède, mais plutôt ce qu'on croit pouvoir faire de ces

mêmes aptitudes dans diverses situations. Ainsi, des personnes différentes possédant des aptitudes identiques ou une même personne dans des circonstances différentes peuvent obtenir des performances faibles, bonnes et extraordinaires, selon les variations de leurs croyances en leur efficacité personnelle. Selon cette théorie, un fonctionnement efficace nécessite à la fois des aptitudes et des croyances en l'efficacité de ces mêmes aptitudes pour bien les mettre à profit.

Pour Bandura (1997), les croyances d'une personne en ce qui concerne ses capacités à accomplir avec succès une tâche ou un ensemble de tâches constituent les principaux mécanismes régulateurs des comportements. Le sentiment d'efficacité personnelle fait référence à la fois aux jugements que les personnes font à propos de leur capacité à organiser et réaliser des ensembles d'actions requises pour atteindre des types de performances attendus (Bandura, 1986) et aux croyances de ces mêmes personnes à propos des capacités à mobiliser la motivation, les ressources cognitives et les comportements nécessaires pour exercer un contrôle sur les événements de la vie (Bandura, 1997). Ces croyances constituent le mécanisme le plus central et le plus général de la gestion de soi. Plus particulièrement, le sentiment d'efficacité personnelle est supposé aider les personnes à choisir leurs activités et leurs environnements et à déterminer la dépense d'efforts, leur persévérance, les types de pensées (positives ou négatives) et les réactions émotionnelles face aux obstacles.

En d'autres termes, la croyance de la personne en ses propres habiletés établit les modes et les types d'activités que cette personne choisit, le niveau d'effort qu'elle consacre à cette activité, sa persévérance de la personne face aux difficultés, la persistance dans ses modes de comportement et ses réactions émotionnelles. Ainsi, les personnes âgées qui montrent une peur de chuter pourraient avoir tendance à limiter la durée et la gamme de leurs activités et à consacrer à ces dernières moins d'efforts, à se montrer moins persévérantes et à ne pas viser la performance.

Plusieurs recherches ont établi l'existence d'une relation entre l'auto-efficacité et la peur de chuter. Comme nous l'avons mentionné auparavant, Tinetti et al. (1990) ont mis au

point un instrument de mesure de la peur de chuter en lien avec l'auto-efficacité relative aux chutes, en l'occurrence le FES. Cet outil est basé sur une définition de la peur de chuter qui exprime la perception d'une faible auto-efficacité pour éviter une chute durant des activités essentielles et relativement non dangereuses de la vie courante. Pour leur part, Powell et Myers (1995) ont construit un instrument qu'ils ont nommé l'Activities-specific Balance Confidence Scale (ABC), qui partage avec le FES une même définition opérationnelle.

3.2.6.3 L'autoévaluation de la santé

L'autoévaluation de la santé se veut l'une des méthodes les plus répandues pour juger de l'état de santé d'une population donnée. « These measures are based on the notion that your health is what you think it is » (Ware, 1987 : 478). Ainsi, le dernier facteur associé à la peur de chuter est la mauvaise santé perçue (Brouwer, et al., 2004 ; Curcio, & Gómez 2006a ; Howland, et al., 1998 ; Lach, 2005 ; Zijlstra et al., 2007a). Selon Brouwer et al. (2004), les personnes âgées qui ont peur de chuter ont en même temps une perception plus pauvre de leur état de santé ; en d'autres mots, la santé perçue et la peur de chuter sont unies dans une relation de réciprocité. La santé perçue est influencée par plusieurs facteurs, dont le fonctionnement physique, la présence de maladies, la présence d'invalidités et la perte d'autonomie. Plusieurs recherches transversales ou longitudinales ont permis de montrer que, chez une personne, l'autoperception de sa bonne santé est reliée à la présence d'un petit nombre de conditions chroniques, à une absence d'invalidités graves, à un meilleur soutien social, à une meilleure satisfaction face à la vie et à une meilleure performance sur les plans physique et cognitif (Baltes, & Mayer, 2001 ; Idler, & Kasl, 1995). Enfin, Miller (1995) mentionne qu'une santé qui est perçue comme étant bonne ou excellente constitue un facteur protecteur contre la peur de chuter.

3.2.6.4 Facteurs sociaux

La contribution des aspects sociaux a été beaucoup plus souvent étudiée par rapport aux conséquences de la peur de chuter, en plus, presque toutes les études parlent de la diminution de la participation sociale (Arfken, et al., 1994 ; Howland, et al., 1993 ;

Kressig, et al., 2001 ; Lawrence, et al., 1998 ; Tennstedt, et al., 1998 ; Tinetti, & Powell, 1993 ; Yardley, 2004). Quelques auteurs soulignent l'importance du réseau de soutien social. Plus particulièrement, Mann et al. (2006) ont trouvé que les personnes âgées qui vivent seules sont plus susceptibles d'avoir peur de chuter que celles qui vivent avec d'autres personnes. De même, Fletcher et Hirdes (2004) ont constaté que, pour une personne âgée, le fait de vivre seul pendant le jour était un facteur prédictif significatif de la restriction des activités reliée à la peur de chuter. Par contre, d'autres recherches n'ont trouvé aucune association significative entre la peur de chuter et la cohabitation avec les personnes âgées (Cumming, et al., 2000 ; Howland, et al., 1993, 1998 ; Murphy, et al., 2002 ; Zijlstra, et al., 2007a). D'après Kempen, van Haastregt, McKee, Delbaere et Zijlstra (2009), la fréquence du soutien social et le sentiment de solitude sont associés à la peur de chuter. Cependant, ces facteurs ne permettent pas de discriminer entre les différents niveaux de peur de chuter.

Les associations existant entre la peur de la chute et certains facteurs sociaux et environnementaux ne semblent pas avoir attiré l'attention des chercheurs, en dépit d'un large consensus concernant l'importance d'adopter une perspective écologique d'un meilleur arrangement de plusieurs problèmes de santé publique (Richard et al., 2008). À ce propos, mentionnons que, dans une recherche récente, Filiatrault, Desrosiers et Trottier (2009) ont étudié la relation qui existe entre la peur de chuter et les facteurs environnementaux. Ces chercheurs ont trouvé que les personnes âgées qui ne pouvaient pas miser sur l'appui d'un conjoint ou d'un proche avaient probablement plus peur de chuter que celles qui pouvaient se prévaloir d'un tel appui. Les personnes âgées qui peuvent compter sur l'appui d'un conjoint ou d'un proche sont confiantes que ces personnes seront disponibles pour leur fournir de l'aide si cela s'avérait nécessaire. La recherche effectuée par ces chercheurs a également permis d'établir que les personnes âgées vivant dans une petite ville ou une région rurale présentent une plus grande peur de chuter que celles demeurant dans une zone métropolitaine ou une grande ville.

3.2.7 Conséquences de la peur de chuter

Selon Howland et al. (1993), il est possible de différencier trois groupes de personnes âgées qui ont peur de chuter, d'après leurs conséquences. Pour un premier groupe de personnes âgées, la peur de chuter peut commencer par un sentiment déplaisant qu'elles ressentent après avoir fait une chute. Ces personnes vivent une anxiété excessive, surtout quand elles doivent recommencer à marcher et à exécuter de nouveau les activités qu'elles faisaient au moment de la chute. Elles marchent avec aide et en s'appuyant sur les murs et les meubles, et ce, même si elles ne montrent pas de troubles de la marche ou de l'équilibre.

Un deuxième groupe de personnes manifeste aussi une peur de chuter même si elles n'ont aucune histoire de chutes. Cependant, ces personnes présentent des altérations de la marche ou de l'équilibre. Le sentiment de peur que ces personnes ressentent est dû au fait qu'elles ont vécu plusieurs épisodes où elles ont failli faire une chute et éprouvé une sensation de déséquilibre. Par ailleurs, ces personnes se révèlent incapables d'accomplir leurs activités de la vie quotidienne.

Finalement, un troisième groupe comprend des personnes âgées qui ont peur de faire une chute parce qu'elles sont influencées par les propos d'une autre personne âgée qui leur raconte les circonstances de sa chute ou encore parce qu'elles connaissent bien les conséquences et les complications qui risquent de survenir après une chute. Ces personnes savent qu'une chute peut leur causer une blessure et amener une dépendance fonctionnelle. Par conséquent, elles deviennent en état d'alerte dans les endroits qui sont potentiellement dangereux pour elles et elles accomplissent leurs activités de la vie quotidienne en faisant très attention à leurs gestes et en prenant maintes précautions. Pour ces personnes, cette peur de chuter peut être la raison qui leur fera reconnaître leurs limitations physiques et éviter les tâches qu'elles ne peuvent plus réaliser avec la même sécurité qu'auparavant. Dans ce sens, la peur de chuter, qui permet aux personnes de développer un mécanisme qui réduit les risques de chutes, constitue une réponse normale et appropriée devant un danger. Dans certaines situations, la peur de chuter peut

aider les personnes à continuer de fonctionner dans les tâches qu'elles peuvent réaliser de façon sécuritaire et les empêcher de faire une chute. Ainsi, la peur de chuter représente une réaction devant un danger potentiel. Elle entraîne peu de conséquences pour la personne âgée concernée aussi longtemps que la mobilité physique et les interactions sociales de cette dernière ne sont pas affectées (Huang, 2005 ; Lachman, et al., 1998 ; Ward-Griffin, et al., 2005).

Dans plusieurs aspects, la peur de chuter est une réponse raisonnable avant un risque réel et potentiel et peut être envisagée comme le premier pas pour éviter une chute ; dans ce cas, elle est désirable (conséquences positives) (Drozdzick, & Edelstein, 2001 ; Huang, 2005 ; Lachman, et al., 1998 ; Ward-Griffin, et al., 2005). Certains niveaux de peur de chuter sont acceptables et peuvent permettre de développer des stratégies qui améliorent la performance, c'est-à-dire, la réaction normale au danger. Cependant, lorsque cette peur interfère avec l'exécution d'activités et réduit les interactions sociales, entraînant l'inactivité tout en amenant une baisse des capacités physiques et une diminution de la qualité de vie de la personne, la peur de chuter devient un problème majeur (conséquences négatives) (Arfken, et al., 1994 ; Delbaere, et al., 2004 ; Howland, et al., 1993, 1998, Huang, 2005 ; Kressig, et al., 2001 ; Lachman, et al., 1998 ; Mann, et al., 2006 ; Murphy, et al., 2002 ; Tennstedt, Lawrence, & Kasten, 2001 ; Tinetti, et al., 1990, 1993, 1994b ; Vellas, et al., 1997 ; Yardley, & Smith, 2002). Un véritable cercle vicieux peut s'installer si la personne a peur de chuter. Dans la figure 10 de la page suivante, nous illustrons les conséquences négatives de la peur de chuter.

Les conséquences positives peuvent être résumées par quatre mots : protection, précaution, prudence et prévention. Selon les mêmes personnes âgées, on parle de « *prudence avant tout* » et de « *préservation de l'indépendance* ». Autrement dit, il s'agit de faire preuve de prudence et de lutter pour conserver l'autonomie (Ward-Griffin et al., 2005).

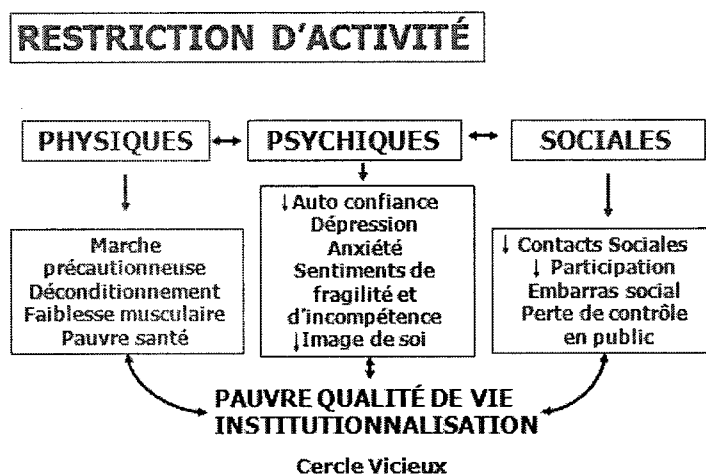


Figure 10. Conséquences négatives de la peur de chuter

Pour Delbaere, Crombez, van den Noortgate, Willems et Cambier (2006), la peur de chuter représente une réponse émotionnelle adaptative qui est normale dans certaines circonstances, alors que, dans d'autres situations, elle peut apparaître inappropriée et dysfonctionnelle. En outre, le fait pour la personne âgée d'éprouver une trop grande peur de chuter devient un risque de chutes et peut affecter de manière importante la réalisation de ses activités physiques. Par contre, certaines personnes âgées montrent un faible niveau de peur ; elles ont une trop grande confiance, ce qui les conduit à prendre des risques lors de leurs activités.

D'un point de vue négatif, la peur de chuter peut avoir des répercussions physiques, psychologiques et sociales, limitant progressivement la capacité fonctionnelle de la personne âgée et l'amenant à réduire ses activités. Autrement dit, les personnes âgées diminuent la fréquence de leurs activités et changent leur mode de vie pour éviter les chutes. En fait, cette diminution d'activités est l'effet le plus fréquent de la peur de chuter (Arfken, et al., 1994 ; Howland, et al., 1993 ; Kempen, et al., 2009 ; Kressig, et al., 2001 ; Lawrence, et al., 1998 ; Tennstedt, et al., 1998 ; Tinetti, & Powell, 1993). La prévalence de la restriction d'activités liée à la peur de chuter chez les personnes âgées

vivant à domicile se situe entre 20 et 55 % et elle est plus élevée chez les femmes tout en augmentant avec l'âge (Fletcher et Hirdes 2004 ; Howland, et al., 1998 ; Kempen, et al., 2009 ; Murphy, et al., 2002 ; Tinetti, et al., 1990, 1994b) Vellas, et al., 1997 ; Wilson, et al., 2005 ; Zijlstra, et al., 2007a). Dans la région caféière colombienne où s'est déroulée la collecte des données pour la présente recherche, cette même prévalence pour les personnes âgées vivant en communauté atteint 52,2 % (Curcio, & Gómez, 2006b ; Curcio, Gómez, & Reyes-Ortiz, 2009).

D'après Lachman et al. (1998), il existe un lien entre la restriction des activités à cause de la peur de chuter, le déplacement du centre de gravité corporel et la force musculaire de la personne. Par conséquent, la réduction des activités s'avère plus prononcée pour les activités physiques que pour les activités sociales. Toutefois, selon Bruce, Devine et Prince (2002), la peur de chuter constitue une barrière psychologique importante, qui affecte l'état de santé de la personne et sa participation aux activités récréatives. D'après Fletcher et Hirdes (2004), deux facteurs permettent de prédire une diminution des activités chez une personne à cause de la peur de chuter : le fait d'être seule durant de longues périodes de temps et le fait de recevoir beaucoup de soutien informel.

Or, la restriction d'activités constitue une des premières étapes du déclin fonctionnel de l'individu. Elle se veut peut-être aussi une réponse comportementale à une mauvaise adaptation. La limitation des activités contribue à l'apparition du syndrome de non-utilisation (*disuse syndrome*, Bortz, 1984) (Rochat, et al., 2005). Différents facteurs sont responsables de divers types de restriction des activités dans différentes populations. Par exemple, les activités qui se font à l'extérieur du domicile peuvent être abandonnées par les personnes qui sont plus actives en raison d'une peur de gêne sociale, tandis que l'accomplissement des activités d'auto-soin est peut-être davantage relié à la peur de chuter ou des dommages physiques chez les personnes âgées fragiles (Yardley, 2004).

3.2.8 Interventions pour réduire la peur de chuter

Compte tenu des effets néfastes de la peur de chuter dans plusieurs domaines, un certain nombre de chercheurs suggèrent que les programmes de prévention des chutes devraient aussi cibler la peur de chuter et les autres facteurs psychologiques qui sont associés aux chutes et que ces mêmes facteurs devraient être pris en considération en matière de santé publique (Lachman, et al., 1998 ; Simpson, et al., 1998 ; Simpson, & Jones, 2004 ; Tinetti, et al., 1994a).

Bien qu'un nombre croissant de recherches s'intéressent aux effets des interventions sur les facteurs psychologiques associés aux chutes, peu d'efforts ont été consentis jusqu'à tout récemment pour synthétiser les résultats de ces études. Selon une recension systématique des écrits effectuée par Zijlstra et ses collaborateurs (2007b), portant sur l'impact de diverses interventions préventives sur les facteurs psychologiques associés aux chutes chez les aînés vivants à domicile, les interventions de prévention des chutes qui ont montré une certaine efficacité en réduisant la peur de chuter chez les personnes âgées vivant dans la communauté, étaient les programmes multifactoriels personnalisés, qui comprennent à la fois de l'éducation sur les facteurs de risque de chutes, des exercices physiques, des interventions de Tai Chi offertes en groupe et des programmes d'exercice individualisés à domicile. D'après Filiatrault (2008), les auteurs de cette recension ont synthétisé les résultats des études en regroupant tous les facteurs psychologiques qui sont associés aux chutes sous un seul construit général, en l'occurrence celui de la peur de chuter, en dépit du fait que ces facteurs ne soient pas isomorphes (Jorstad, et al., 2005 ; Li, et al., 2002). Par conséquent, les recherches qui seront entreprises ultérieurement devraient examiner l'impact des interventions en considérant chaque facteur psychologique de façon séparée.

Par ailleurs, une autre étude (Gagnon, & Flint, 2003), rapporte des effets à la fois modestes et à court terme qui permettent une amélioration de l'efficacité relative aux chutes et une augmentation du niveau d'activité grâce à l'utilisation d'une intervention cognitive et comportementale. Toutefois, aucun effet de l'intervention ne subsistait après

six mois. L'utilisation d'un système de protection des hanches ne semblait pas diminuer la peur de chuter chez les personnes âgées concernées, mais elle était associée à une meilleure auto-efficacité (Gagnon, & Flint, 2003).

Une autre recherche a conclu qu'une intervention visant à réduire la peur de chuter en utilisant des sessions de groupe était efficace surtout pour les participants qui étaient moins diminués physiquement, ceux qui manifestaient une peur plus intense des chutes et ceux qui présentaient une meilleure auto-efficacité (Tennstedt, et al., 2001). Certains travaux suggèrent que les interventions qui se font auprès des personnes traitées pour des blessures causées par une chute devraient inclure des efforts pour réduire ou limiter le déclenchement de la peur de chuter. Mais, Rucker et al. (2006) de même que Zhang, Ishikawa-Takata, Yamazaki, Morita et Ohta (2006) s'entendent pour reconnaître qu'il est impossible de déterminer clairement quels sont les composantes des interventions les plus efficaces concernant la peur de chuter.

De nombreux programmes de prévention des chutes ciblent la peur et l'auto-efficacité, mais on ne dispose que de preuves limitées de leur efficacité dans la réduction de la peur de chuter (Agence de santé publique du Canada, 2005). Des développements plus récents en matière de prévention des chutes suggèrent que les interventions devraient viser, comme cibles d'intervention, non seulement des facteurs physiques comme l'équilibre et la force, mais aussi des facteurs psychologiques tels que la peur de chuter. Ces recommandations se fondent sur une quantité de plus en plus grande de données probantes à l'effet que la peur de chuter et certains autres facteurs psychologiques connexes, notamment une faible confiance en son équilibre ou en sa capacité d'éviter les chutes, peuvent nuire à la santé et à la qualité de vie des personnes âgées et même avoir un impact sur l'incidence des chutes. Par conséquent, on range désormais la peur de chuter dans la liste des facteurs de risque de chute connus chez la population âgée (Agence de santé publique du Canada, 2005 ; Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, 2005 ; Victorian Government Department of Human Services, 2001). En rapport avec cette évolution, quelques chercheurs ont commencé depuis peu à s'intéresser à l'impact des programmes d'intervention destinés à

la population âgée sur la peur de chuter, sur la confiance en son équilibre ou sur le sentiment d'efficacité relative aux chutes. Toutefois, la recherche sur ces questions n'en est encore qu'à ses premiers pas.

En résumé, la recension des écrits nous a permis d'établir qu'il n'existe pas de consensus sur les définitions de la peur de chuter, ces différentes façons de le nommer donnant une idée des nombreuses définitions en lien avec ce concept. Pourtant, la définition qui est le plus souvent utilisée est le sentiment d'efficacité relative aux chutes. De plus, presque toutes les définitions de la peur de chuter sont axées sur des problèmes d'ordre physique (par exemple, l'instabilité et les troubles d'équilibre) dans une approche épidémiologique qui vise à identifier des facteurs de risques et des facteurs prédictifs. Finalement, peu de recherches qualitatives rendent compte de point de vue des personnes âgées. Différents facteurs ont été associés par les chercheurs à la peur de chuter. Parmi les facteurs physiques, pour lesquels une relation avec la peur de chuter est plus évidente, on retrouve l'appartenance au sexe féminin, l'âge, les chutes, les problèmes en rapport avec l'équilibre et la démarche, la diminution de la fonctionnalité et une faible performance physique. Les facteurs psychologiques qui ont été reliés à la peur de chuter sont la dépression, l'anxiété et la perte de confiance en soi. Les facteurs sociaux qui sont en lien avec la peur de chuter sont la diminution de la participation sociale, un faible réseau de soutien social et le fait pour la personne concernée de vivre seule. La peur de chuter s'accompagne de conséquences positives qui peuvent être résumées en quatre mots : protection, précaution, prudence et prévention. La peur de chuter peut aussi avoir des répercussions négatives sur les plans physique, psychologique et social, répercussions qui limitent progressivement les capacités fonctionnelles de la personne âgée et l'amènent à réduire ses activités. Ainsi, la prise en charge de la peur de chuter apparaît essentielle au maintien de l'autonomie de la personne âgée.

4. MÉTHODOLOGIE

En accord avec notre posture épistémologique et avec la façon dont nous avons posé notre problématique de recherche, la méthode qualitative de la théorisation ancrée a été retenue pour la présente recherche. Bien que l'approche de la théorisation ancrée partage quelques caractéristiques avec certaines méthodologies quantitatives, elle se situe clairement dans le courant qualitatif. Elle offre une lentille intéressante à travers laquelle les distinctions entre la collecte de données et l'analyse de ces mêmes données paraissent moins absolues (Bruce, 2007). Cette méthode de recherche fut élaborée par Glaser et Strauss et présentée dans un ouvrage ayant pour titre *The Discovery of Grounded Theory*, lequel fut publié en 1967. L'apport spécifique de la *grounded theory* (théorisation ancrée) au monde de la recherche réside dans son processus de théorisation, lequel se déploie simultanément et conjointement au processus de collecte des données.

Ce chapitre présente les différents éléments de la méthode que nous avons utilisée pour atteindre le but de notre recherche. Premièrement, nous nous pencherons sur le devis de recherche puis sur la méthode d'échantillonnage. Deuxièmement, nous allons expliquer le déroulement de la recherche, notamment les phases simultanées de collecte de données et d'analyse des données. Troisièmement, les considérations éthiques et les critères de rigueur scientifique seront pris en compte et expliqués.

4.1 Devis de recherche

La méthode qualitative de la théorisation ancrée telle que proposée par Strauss et Corbin (2004) a été retenue pour cette recherche. L'émergence de théories découlant des données recueillies demeure un dispositif le plus subtil qui distingue cette approche particulière des autres démarches qualitatives contemporaines. La méthode de la théorisation consiste en une comparaison méthodique ou à une confrontation constante

de la théorie émergente et des données recueillies sur le terrain. Ainsi, la recherche s'effectue suivant un double processus de théorisation par l'émergence et l'enracinement de la théorie au moyen de nouvelles collectes de données. Ces collectes de données ne sont pas strictement complémentaires car elles sont effectuées pour mieux ancrer la théorie et l'élaborer plus solidement d'un point de vue scientifique. Nous illustrons la démarche par théorisation ancrée à la figure 11.

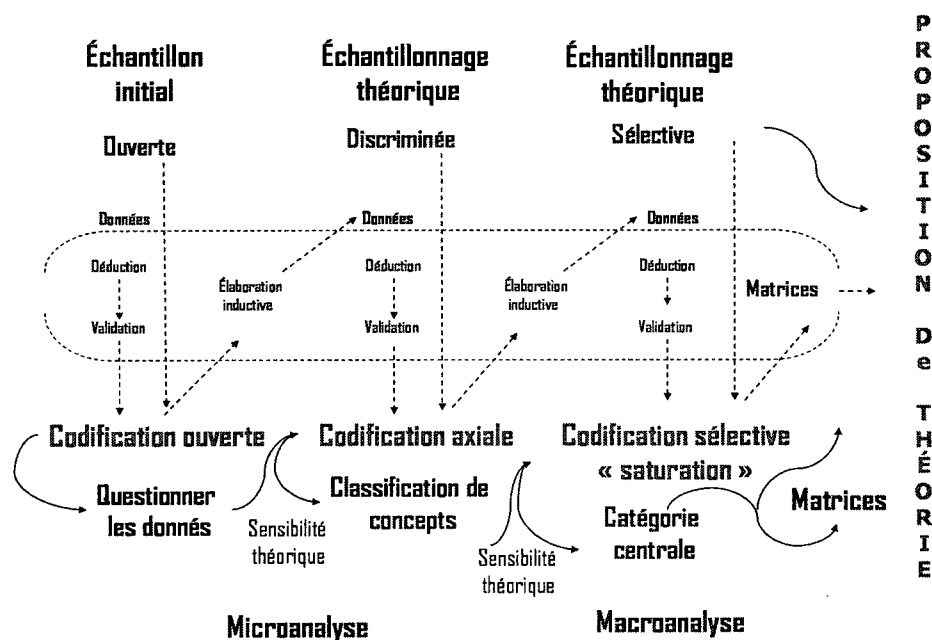


Figure 11. La démarche par théorisation ancrée

Concrètement, les instruments servant à la collecte de données, par exemple les grilles d'entrevue, font constamment l'objet de modifications pour s'ajuster au fur et à mesure à l'évolution de la compréhension du phénomène étudié. Par ailleurs, l'analyse se fait par émergence : le réseau de concepts analytiques qui est mis à contribution pour expliquer le phénomène n'existe pas préalablement à la recherche, mais il se manifeste peu à peu au chercheur, il émerge (Glaser, & Strauss, 1967; Strauss, & Corbin, 2004).

L'analyse vise à conceptualiser et à identifier des patrons ou des événements (Strauss, & Corbin, 2004). En fait, l'analyse comporte trois grandes étapes : la codification ouverte, la codification axiale et la codification sélective. Ces étapes, qui se déroulent de manière concomitante, permettent que se fasse un ancrage constant dans les données.

L'approche préconisée par Strauss et Corbin (2004) mise sur l'induction, la déduction et une vérification, qui s'effectuent au fur et à mesure qu'avance la recherche. La réflexion inductive a permis de ressortir les questions et les hypothèses au commencement de la recherche. L'analyse inductive cherche à générer une théorie précise portant sur les causes d'un phénomène bien spécifique, soit, dans le cas qui nous préoccupe, la peur de chuter chez les personnes âgées. Le processus déductif a été utilisé pour la vérification des hypothèses, mais il importe de préciser ici qu'il y a eu itération constante entre ces deux processus (induction et déduction) tout au long de la recherche.

Contrairement à plusieurs méthodes de recherche qualitatives qui fonctionnent avec une série d'étapes consécutives, on voit bien que, dans la théorisation ancrée, la recension des écrits, la formulation des questions de recherche et des questions d'entrevue, la proposition des hypothèses, la collecte de données et l'analyse de données se font en même temps (Bowers, 1988 ; Laperrière, 1997b). Plutôt que de se dérouler suivant une perspective linéaire, les étapes de la théorisation ancrée se présentent de manière circulaire (Hutchinson, & Wilson, 2001). Par exemple, les entrevues des participants ont été analysées au fur et à mesure qu'elles étaient complétées. Ce dernier point s'avère très important puisque les données recueillies ont modifié les questions d'entrevues et les hypothèses et ont provoqué un changement dans la suite de la collecte des données.

En bref, au lieu de se présenter de façon linéaire, les étapes de la théorisation ancrée ont été appliquées de manière circulaire (Charmaz, 2000). Notre théorie a évolué au cours de la recherche, ce qui a été rendu possible par un chevauchement de l'analyse de données et de la collecte de données. Les concepts qui ont été développés constituent l'unité fondamentale du processus d'analyse ; les cas qui ont été empiriquement observés ne sont pas considérés pour eux-mêmes. Après les premières entrevues, les données

disponibles étaient analysées sur-le-champ et les résultats de ces analyses ont servi à orienter l'échantillonnage.

4.2 L'échantillonnage théorique et la saturation

Une des particularités de la théorisation ancrée tient à sa méthode particulière de sélection des participants pour une recherche, méthode qui est appelée échantillonnage théorique. Les participants à la recherche sont choisis en fonction de leur pertinence théorique en regard du processus à l'étude, et non pour leur représentativité par rapport à la population étudiée (Strauss, & Corbin, 2004). L'échantillonnage théorique représente une collecte de données qui est guidée par les concepts qui découlent de la théorisation fondée sur l'idée de comparaison, ce qui revient à dire que l'échantillonnage, au lieu d'être prédéterminé avant le début de la recherche, a évolué en cours de route; il s'agit d'adapter les critères d'inclusion et d'exclusion en fonction de la théorie en émergence.

Nous avons utilisé un échantillonnage théorique par étapes (Strauss, & Corbin, 2004). En premier lieu, nous avons constitué un échantillonnage ouvert en vue de la découverte de catégories analytiques en rapport avec la peur de chuter. Pour cette raison, nous avons commencé notre recherche en employant seulement deux critères d'inclusion : les participants devaient être âgés de 60 ans et plus et avoir peur de chuter. À cette étape, l'échantillon comprenait de 12 personnes.

Au cours de l'étape de la codification axiale, l'échantillonnage a été discriminé. Dans un deuxième temps, nous cherchions à relever les éléments et les événements qui pourraient nous permettre d'identifier les variations significatives dans la peur de chuter, soit des personnes âgées ayant chuté et vivant dans un milieu d'hébergement. À cette étape, notre échantillon s'est enrichi de 14 personnes âgées additionnelles.

Lorsque l'exploration des catégories et des hypothèses a été encore plus avancée, l'échantillonnage est devenu plus ciblé et reposait sur des choix qui visaient la validation

d'éléments précis de la théorie en ajoutant des critères d'inclusion plus spécifiques. Par conséquent, dans une troisième étape, nous avons élaboré un échantillonnage sélectif : il s'agissait d'intégrer et de compléter les analyses en choisissant les personnes qui nous permettraient de maximiser les occasions de vérifier les hypothèses intégratives et de compléter l'analyse des catégories analytiques. À cette dernière étape, nous avons inclus dans notre échantillon des hommes (puisque nous avons rencontré un grand nombre des femmes aux étapes précédentes) et des personnes qui ne montraient aucune peur de chuter, ce qui représentait six personnes additionnels. À ce moment, notre échantillon comptait 32 personnes.

L'atteinte de la saturation théorique a permis de finaliser le processus d'échantillonnage ainsi que la collecte des données. Par l'expression saturation théorique, Strauss et Corbin (2004) réfèrent au moment où les catégories et les relations entre celles-ci sont bien développées et où aucune donnée ne vient apporter d'éléments nouveaux aux catégories ou aux relations existantes. Sur ce point, précisons que plus les répétitions étaient nombreuses, plus nous étions confiants qu'une catégorie avait atteint la saturation. Nous avons tout de même poursuivi la recherche avec l'ajout de cinq autres personnes âgées pour diversifier au maximum nos catégories et pour nous assurer que la saturation s'appuyait sur l'éventail le plus large possible des données. Donc, notre échantillon final comporte 37 personnes.

4.3 Le contexte de l'étude: la région caféière colombienne

Comme le travail de terrain s'est déroulé dans la région caféière de la Colombie, cette section vise à en décrire le contexte particulier.

La Colombie est l'unique pays d'Amérique du Sud possédant des côtes sur l'océan Pacifique et la mer des Caraïbes. La Colombie se subdivise en cinq grandes régions : la Caraïbe, le Pacifique, les Andes, l'Orénoquie et l'Amazonie. D'une région à l'autre, la composition ethnique, la langue, les activités économiques et l'alimentation sont très

diversifiées. Couvrant 31% du territoire colombien, les Andes forment la plus vaste de ces régions. De plus, la région des Andes rassemble 74 % de la population du pays et est responsable de plus de 80 % de la production nationale (Restrepo, 1990). On y trouve trois chaînes de montagnes parallèles, qui sont séparées par les rivières Magdalena et Cauca. Le climat de la Colombie varie en fonction des différentes régions naturelles et en fonction de l'altitude dans la région andine. On y retrouve de hautes terres froides, des pentes tempérées et des vallées tropicales.

L'axe caféier, ou région caféière, se trouve au cœur de la région andine, au centre du pays, entre le versant oriental de la Cordillère occidentale et la vallée de la rivière Magdalena. Cet axe présente des étages thermiques qui vont de 750 à 4 700 mètres au-dessus du niveau de la mer et des températures qui oscillent entre 5° et 30° dans une forêt tropicale humide, parfois chaude, parfois froide.

À l'heure actuelle, la population de la Colombie est estimée à 44 millions d'habitants, dont 2,5 millions sont âgés de 65 ans et plus (6 % de la population) et 1 million (2,4 % de la population) est âgé de 75 ans et plus (Gómez et al., 2009). En 2005, 42 % des Colombiens vivaient en dessous du seuil de pauvreté national ; plus de 24 % des gens vivaient avec moins de 2 dollars par jour et près de 20% de la population vivait avec moins d'un dollar par jour (Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes [CEPALC], 2007).

Selon les données qui sont compilées par le département des statistiques de la Colombie (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2009), l'espérance de vie est 77,11 ans pour les femmes et 70,20 ans pour les hommes. Même si la Colombie a atteint de hauts niveaux en termes d'espérance de vie, on constate que l'écart existant entre les hommes et les femmes est devenu plus grand à cause de la violence qui existe dans le pays, laquelle est particulièrement présente dans la vie des hommes jeunes. Dans la région caféière, le groupe des personnes âgées de 60 ans et plus est passé de 7,4 % de la population en 1985 à 11,1 % en 2005. Dans la pyramide démographique, c'est le groupe des personnes âgées de 40 à 59 ans qui connaît le changement le plus important ;

alors qu'il constituait 16,5% de la population en 1985, il en représentait 22,4 % en 2005. Cette situation crée une pyramide des âges qui est plus compacte et dans laquelle on voit une diminution de la population jeune et une augmentation de la population vieillissante ; à l'heure actuelle, on compte en Colombie 22 personnes âgées de 60 ans et plus pour 100 personnes ayant 15 ans et moins.

À l'instar de plusieurs autres pays de l'Amérique de Sud, la Colombie est dotée d'un important secteur d'économie informel, composé d'une majorité de personnes âgées qui oeuvrent dans le travail agricole. Ces personnes âgées continuent à travailler tant que leur santé et leur force le leur permettent puisque la grande majorité d'entre elles n'ont pas accès à la sécurité sociale. De plus, seulement 8,5 % de ces personnes âgées ont droit à une pension de retraite (Gómez et al., 2009).

En Colombie, la qualité des soins dispensée aux personnes âgées varie selon l'endroit et la région où elles vivent. En effet, les personnes âgées qui demeurent dans les régions fortement urbanisées du pays reçoivent des soins de haute qualité, tandis que celles qui habitent dans des secteurs ruraux et dans les régions méridionales et nordiques n'ont pas accès aux soins de santé. De plus, ces dernières font face à plusieurs problèmes majeurs: faible revenu, chômage élevé, trafic des stupéfiants et conflits armés, entre autres. Mais, en dépit de toutes ces difficultés en termes de fonctionnalité et d'accès aux services de soins de santé, la situation existant en Colombie se compare à ce que l'on peut observer dans le monde dans d'autres pays en voie de développement (Gómez, et al., 2009).

4.4 Les participants à l'étude

Comme nous venons de le voir, les participants sont 37 personnes âgées, à raison de 8 hommes et 29 femmes, qui sont âgés de 62 à 96 ans, ils habitent dans trois grandes villes de la région caféière colombienne, à savoir Manizales, Riosucio et Pereira.

Nous avons débuté le recrutement des participants en prévoyant deux critères d'inclusion : être âgé de 60 ans et plus. Pour établir la présence de la peur de chuter chez les personnes âgées participantes, nous avons utilisé une simple question : « Avez-vous peur de chuter ? ». Comme nous l'avons précisé dans notre recension des écrits, cette question a déjà été employée auprès de populations de personnes âgées. Sa fidélité (Tinetti, et al., 1990 ; Yardley, & Smith, 2002) et sa validité de critère (Lachman, et al., 1998 ; Resnick, 1998) ont été établies. Parmi nos participants, 28 ont reconnu avoir peur de chuter ; deux d'entre eux ont plutôt parlé de panique plutôt que de peur. Par contre, 9 participants disaient ne pas avoir peur de chuter. Par la suite, comme le recommandent Strauss et Corbin (2004), nous avons porté une attention particulière à la maximisation des différences en incluant des groupes de comparaison au fur et à mesure qu'avancait notre recherche, soit 19 personnes qui avaient chuté et 8 personnes qui n'avaient pas chuté (voir le tableau 5).

Tableau 5. Distribution des participants selon la présence des chutes et de la peur de chuter

Critère	Nombre
Avec peur de chuter et chutes	15
Avec peur de chuter et sans chutes	13
Avec chutes et sans peur de chuter	4
Sans chutes et sans peur de chuter	5

Nous avons aussi considéré les caractéristiques du milieu de vie, de sorte que nous avons sélectionné 30 personnes vivant à domicile et 7 hébergées dans une institution, l'Hospital Geriátrico San Isidro. Cette institution offre des programmes de soins médicaux pour maladies aiguës et chroniques, des services de réadaptation et des services sociaux pour des personnes âgées qui sont indépendantes ou qui ont besoin d'aide pour accomplir les AVQ, habitant la région caféière de la Colombie. En bref, cet hôpital possède des services de longue durée et de courte durée, mais notre échantillon contient seulement des personnes âgées recevant des services de longue durée.

Parmi tous les participants interviewés, la plupart d'entre eux (33 personnes) étaient complètement indépendants pour les activités de la vie quotidienne. Un homme et une femme se déplaçaient en fauteuil roulant à la suite d'un accident vasculaire cérébral et une autre personne marchait avec un déambulateur. Ces trois personnes avaient besoin d'aide pour leurs activités quotidiennes, notamment pour aller aux toilettes et effectuer des transferts.

La grande majorité des participants de notre échantillon (32 personnes) fait de l'activité physique ou de l'exercice physique de façon régulière, c'est-à-dire deux fois ou plus par semaine. De plus, 23 participants appartiennent à des regroupements de personnes âgées donc le but premier est la socialisation (voir tableau 6).

Tableau 6. Caractéristiques de l'échantillon (n=37)

Critère	Oui
Autonomie (AVQ)	34
Exercice physique	32
Groupe de socialisation	23
À domicile	31

4.5 Stratégies de recrutement

Tout d'abord, pour les personnes âgées vivant à domicile, la chercheuse a consulté la banque des données du Programme de recherche en gérontologie et gériatrie de l'Université de Caldas pour procéder à une sélection initiale des candidats possibles. Cette banque des données a été constituée dans le cadre d'une recherche ayant pour titre

Factores de riesgo y factores protectores para enfermedades crónicas discapacitantes en adultos mayores del departamento de Caldas (Gómez & Curcio, 2005). Cette recherche, qui a été menée par la même chercheure, comprenait un échantillon de 1900 personnes âgées vivant à domicile en milieu urbain et en milieu rural, et visait à déterminer les facteurs de risque et les facteurs de protection des maladies chroniques chez les personnes âgées qui habitent dans cette région de la Colombie.

Les personnes sélectionnées ont été contactées par téléphone afin de leur expliquer le projet, de solliciter leur participation à notre recherche et d'obtenir un rendez-vous. Les personnes intéressées à prendre part à la recherche ont ensuite été visitées par la chercheure. Tous les participants ont demandé que l'intervieweuse se déplace et se rende à leur domicile. Les rencontres ont été planifiées en tenant compte des disponibilités des participants.

Pour le recrutement dans le milieu d'hébergement, nous avons contacté le directeur général de l'hôpital gériatrique San Isidro, à Manizales (Colombie), afin de lui expliquer le projet de recherche et de solliciter la permission de faire le recrutement de participants dans son établissement. Une fois obtenu l'accord du directeur général, la procédure était identique à celle que nous suivions pour les personnes vivant à domicile. Faisant suite à leur acceptation, nous avons fixé avec ces personnes un rendez-vous dans leur milieu de vie au lieu et au moment de leur choix pour enregistrer leur consentement et pour procéder aux entrevues.

4.6 La collecte de données

Dans notre recherche, le choix d'avoir recours à des entrevues de type non directif comme instrument de collecte des données s'est imposé dès le début. Notre choix fut orienté par l'importance que ce type d'entrevue accorde à la subjectivité des personnes interviewées. Cette forme d'entrevue a permis aux participants d'orienter, selon leurs propres motivations, le sens de l'entretien tout en empêchant le chercheur d'imposer ses

propres catégories. De plus, l'entretien non directif a donné aux interviewés le maximum de liberté en ce qui a trait à la manière de traiter le thème. Enfin, l'ouverture permise par cette méthode a favorisé l'afflux d'informations et a offert à la chercheuse la possibilité d'explorer plus en profondeur les différentes facettes de l'expérience des personnes interviewées (McCann, & Clark, 2003).

Les entretiens ont été faits en espagnol puisqu'il s'agissait de la langue maternelle des participants (personnes âgées colombiennes) et de la chercheuse. Un guide d'entrevue a été conçu pour recueillir des données concernant la signification de la peur de chuter (annexe 2a, texte en français ; annexe 2b, texte en espagnol). L'objectif poursuivi par l'utilisation du guide d'entretien était de s'assurer que chaque participant aborde les thèmes essentiels.

Étant donné les caractéristiques inhérentes à l'approche de la théorisation ancrée, et ainsi que nous l'avons expliqué précédemment, le guide d'entrevue a évolué en fonction des résultats des analyses. Au commencement, les questions étaient ouvertes, larges et générales, mais, plus notre travail de théorisation progressait, plus les entrevues sont devenues ciblées. Ainsi, les questions se précisaient et se raffinaient selon les thèmes et les catégories qui émergeaient des données (annexes 2a, 2b, 3 et 4). Les éléments de base du questionnaire sont demeurés relativement inchangés, mais quelques questions ont été ajoutées principalement dans l'optique de mieux saisir certaines nuances et de vérifier un certain nombre d'hypothèses.

Les entrevues de type face à face avaient une durée moyenne d'une heure et demie environ, incluant la lecture du formulaire de consentement (annexes 1a et annexe 1b) et l'enregistrement du consentement verbal. Le formulaire prévoyait la possibilité qu'une seconde entrevue soit sollicitée, mais toujours en prenant en considération l'intérêt et la disponibilité des participants, pour clarifier ou approfondir certaines données recueillies lors de la première entrevue. Toutefois, aucun participant n'a été contacté à cette fin après la première rencontre.

Pour ce qui est du déroulement des entrevues, nous avons apporté un soin spécial au respect des habitudes et des valeurs des personnes âgées rencontrées (Boutin, 2006). Dans ce sens, nous avons tenu compte du fait que, dans les communautés hispaniques, la famille et la personne âgée jouent un rôle central dans la culture et les valeurs et que la famille se trouve en quelque sorte placée au-dessus des personnes ; dit autrement, c'est la famille d'abord, la personne ensuite (Beyene, Becker, & Mayen, 2002). Il n'est guère surprenant que, dans la région caféière colombienne, un certain sens de collectivité prévaut puisque la famille est plus importante que l'individu. Le sens du soutien mutuel et le droit individuel à s'immiscer dans la vie des proches matrilinéaires sont les points forts de cette union, ainsi que le système de contrôle et d'accord mutuel sur des objectifs et des buts tant individuels que collectifs (Gutiérrez de Pineda, 1994).

Ainsi, dans la plupart de nos entrevues, d'autres membres de la famille élargie étaient présents sur les lieux de la rencontre de façon spontanée, comme si c'était quelque chose de très naturel mais surtout de non négociable : ces gens considéraient qu'ils avaient le droit d'être là parce qu'ils pensent que toutes les affaires qui concernent la personne âgée concernent également toute sa famille. Au cours de certaines entrevues, des membres de la famille entraient et sortaient du salon où se déroulait l'entretien, de sorte qu'ils prenaient part en tout ou en partie à l'entretien. Par contre, toutes les entrevues qui ont été effectuées auprès des personnes âgées qui vivaient en milieu institutionnel ont été faites sans la présence d'une autre personne.

Par ailleurs, il importe de ne pas oublier que la théorisation ancrée prévoit une certaine flexibilité procédurale (Strauss, & Corbin, 2004). Dans cette perspective, tous les types de données sont considérés comme étant potentiellement pertinents. Du reste, Glaser répète souvent dans ses ouvrages: « *all is data* ». En fait, le corpus de données peut être constitué à partir de notes qui ont été prises après une conversation informelle, de données d'archives, d'informations provenant de différents types d'entrevues (entrevues individuelles ou entrevues de groupe), de documents audio-visuels, des résultats tirés d'autres recherches (y compris des données quantitatives), de notes d'observation, et ainsi de suite. Le chercheur étant constamment à la recherche d'une compréhension qui

soit la plus fidèle possible aux données empiriques et à ce qui émerge de ces mêmes données (Guillemette & Luckerhoff, 2009).

Toutes les entrevues ont été enregistrées sur bande audio avec l'accord des participants, et la chercheure principale en a fait la retranscription intégrale pour en faciliter l'analyse. Par la suite, une révision méticuleuse des entrevues a été effectuée. Toutes les données ont été anonymisées avant d'être soumises au processus d'analyse. Finalement, pour le travail de transcription des entretiens en verbatim, nous avons utilisé le logiciel générique Microsoft Word.

4.7 L'analyse des données par théorisation ancrée

Comme nous l'avons dit plus haut, une analyse des données par théorisation ancrée, méthode proposée par Strauss et Corbin (2004), fut retenue pour cette étude. En ce qui concerne l'analyse, deux idées fondamentales ont été respectées : la première établit que ce sont les concepts qui constituent les fondements de l'analyse et non les participants, et la deuxième détermine que l'analyse des données est effectuée simultanément avec la collecte d'information. Le principe central dans l'analyse est le retour constant à la comparaison entre les produits de l'analyse et les données empiriques. Cette méthode de comparaison continue signifie que nous devons comparer des personnes différentes, comparer les données concernant la même personne en différents moments ou temps, comparer des incidents et comparer des catégories (Laperrière, 1997b). Pour Strauss et Corbin (2004), l'analyse a comme point de départ les premiers épisodes de collecte des données, mais elle se poursuit dans un processus de validation qui consiste à revenir constamment soit aux données déjà recueillies, soit à de nouvelles données. Ainsi, le chercheur s'ouvre à l'émergence d'éléments de théorisation ou de concepts qui sont suggérés par les données de terrain, et ce, tout au long de la démarche analytique telle que présentée à la figure 11.

Strauss et Corbin (2004) proposent une méthode analytique qui comporte des étapes structurées, correspondant à une intégration et à une délimitation de la théorie. Dans cette approche, le codage, les analyses comparatives et la construction théorique se font de façon concomitante et, de ce fait, permettent au chercheur un ancrage constant dans les données. Il ne s'agit pas d'un processus linéaire, mais bien d'une alternance ou d'un aller-retour volontaire entre ces trois étapes tout au long de la recherche. Examinons maintenant une par une les trois étapes de la codification.

1) La codification ouverte, aussi appelée microanalyse par Strauss et Corbin (2004), vise à faire émerger des données le plus grand nombre possible de concepts et de catégories et à préciser les propriétés et les dimensions des concepts. Le but de cette première analyse est de questionner les données. Nous avons seulement cherché à identifier les thèmes, et non pas à vérifier leur hiérarchie ; en fait, il s'agissait de conceptualiser les données. Pour ce faire, l'analyse portait sur chaque ligne d'entrevue ; les retranscriptions des premières entrevues ont été scrutées à la loupe et chaque phrase ou partie de phrase qui se révélait significative a reçu un code conceptuel. L'analyse a été effectuée à la main, en utilisant des codes de couleur et en coupant des morceaux des retranscriptions des entrevues (segmentation ou déconstruction) pour les replacer comme si c'étaient des casse-têtes (reconstruction). Selon Strauss et Corbin (2004), cette analyse détaillée, ligne par ligne, s'avère nécessaire pour générer les catégories initiales et pour suggérer des relations entre elles, d'où l'appellation de microanalyse.

Déjà, à ce point, après le regroupement des catégories similaires selon leurs propriétés et leurs dimensions (ce que l'on peut aussi désigner sous le nom de conceptualisation), la codification a permis de générer des catégories, lesquelles ont été nommées à partir d'un lien commun puis classifiées et interprétées selon des attributs spécifiques. Ainsi, les noms choisis pour les catégories ont permis de déterminer leurs propriétés et leurs caractéristiques et ont conduit à établir des liens entre elles. À cette étape, nous avons identifié 33 catégories analytiques.

2) La codification axiale consiste en une analyse en profondeur d'une seule catégorie à la fois pour établir des relations entre les catégories qui sont dégagées par nos analyses. Il s'agit du commencement du processus de rassemblement des données segmentées lors de l'étape de codification ouverte. C'est au cours de l'étape de la codification axiale, toujours en conformité avec Strauss et Corbin (2004), que nous avons utilisé les données de manière plus générale en nous posant des questions et en cherchant les conditions (macro et micro), les actions et interactions (soit les réponses stratégiques ou routinières) et les conséquences en lien avec le phénomène de la peur de chuter. À cette étape, nous avons procédé à la première utilisation des matrices ou diagrammes pour synthétiser visuellement les liens mis à jour afin de les appréhender plus rapidement (voir la figure 12).

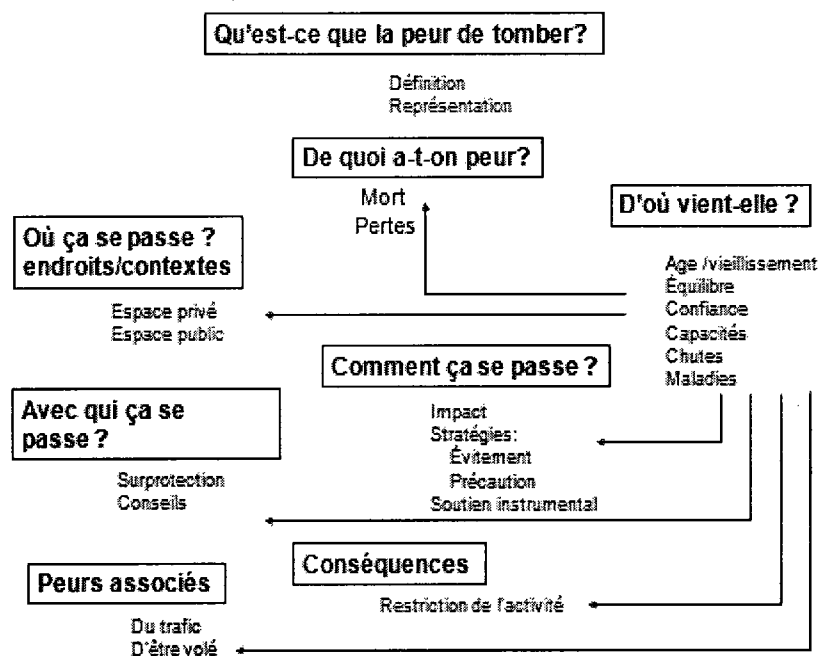


Figure 12. Première matrice intégratrice des catégories

3) La codification sélective cherche à réaliser l'intégration finale de la théorie par rapport à une catégorie centrale qui va au cœur du phénomène et le synthétise en quelques phrases. Il s'agit d'un processus systématique et centré sur la catégorie centrale et les

catégories qui s'y rattachent (Strauss, & Corbin, 2004). À cette étape, nous avons mis de côté toutes les données qui n'avaient aucun rapport avec notre théorie en cours de développement. La nouvelle configuration théorique qui a émergé au cours et du fait de cette opération a, à son tour, fait l'objet de vérifications et a été complétée par un retour sur les données. Par ce processus, la théorie a été raffinée et intégrée et les catégories ont été organisées autour de deux concepts explicatif centraux, à savoir l'angoisse et l'ajustement biographique. Ces concepts seront développés dans le chapitre portant sur les résultats.

L'analyse repose et trouve tout son sens dans l'interaction entre le chercheur et les données (Strauss, & Corbin, 2004). À cet effet, la codification s'est faite dans la langue originale, l'espagnol, et les entrevues ont été lues de façon holistique à plusieurs reprises pendant tout le processus d'analyse.

Afin d'améliorer la crédibilité des résultats, la chercheuse et deux personnes entraînées (les directrices de thèse) ont discuté de chaque partie de l'analyse. Une démarche de comparaison constante a permis de mettre en relation les résultats obtenus avec les données qu'on retrouve dans la littérature pertinente. Le processus d'analyse fut conduit de façon systématique et rigoureuse dans le respect des critères de scientificité de la recherche qualitative (Laperrière, 1997b).

En effectuant l'analyse des premières entrevues, nous avons commencé à lier les catégories à l'aide d'énoncés de relation, autrement dit en utilisant des hypothèses. Les hypothèses consistent en des déclarations à propos des rapports entre les concepts, relations qui ont aussi été dérivées des données (Corbin, & Strauss, 2004). Étant donné les caractéristiques de la théorisation ancrée, les hypothèses et les concepts ont émergé des données et ils ont été reconstruits et vérifiés de manière systématique au fur et à mesure de la progression de la recherche sur le terrain. Elles ont été élaborées et validées par une comparaison continue avec les données point par point. Découvrir des contradictions nous a amenés à questionner davantage les données pour déterminer ce qui était réellement en train de se passer, tandis que découvrir les variations a permis

d'étendre la gamme dimensionnelle d'une catégorie en lui donnant une plus grande capacité explicative. Pour illustrer cette façon de procéder, voici un exemple. Nous avons commencé avec trois hypothèses provisoires que nous avons formulées pendant la microanalyse. Première hypothèse : les personnes âgées considèrent que la peur de chuter est un évènement normal lorsqu'on prend de l'âge, qu'elle est inévitable et qu'elle fait partie de la perte d'autonomie et de l'acceptation de la vieillesse. Cette hypothèse a été partiellement vérifiée car, bien que les personnes âgées croient que la peur de chuter est un évènement normal quand on prend de l'âge, qu'elle est inévitable et qu'elle fait partie de l'acceptation de la vieillesse, ils ne considèrent pas pour autant qu'elle fait partie de la perte d'autonomie car cette dernière appartient plutôt aux conséquences de la peur de chuter. Deuxième hypothèse : les personnes âgées qui craignent de tomber n'ont pas tant peur de chuter ou de se blesser que de perdre leur autonomie. Cette hypothèse a été vérifiée et validée. Enfin, troisième hypothèse : dans sa tentative d'équilibrer le désir d'autonomie et la peur de chuter, la prudence prédomine, ce qui a pour effet de limiter l'engagement de la personne dans le monde et à l'isoler sur le plan social. Cette troisième hypothèse a été réfutée.

À chacune des étapes de l'analyse, il y avait rédaction continue de mémos de codage, de mémos théoriques et de mémos opérationnels (Strauss, & Corbin, 2004). Les mémos de codage comprennent les résultats à proprement parler. Les mémos théoriques concernent la sensibilisation et la récapitulation. Les mémos opérationnels portent sur les directives procédurales. Durant les entrevues, nous avons porté une attention spéciale aux données non verbales (Boutin, 2006), c'est-à-dire aux conduites, aux gestes et aux émotions qui étaient exprimés par les participants. Après chaque entrevue, nous avons pris le temps de retracer le déroulement de cette même entrevue et de décrire l'environnement dans lequel vivait le participant (par exemples, la présence d'escaliers, la présence de barres d'appui dans les escaliers, l'éclairage). Nous avons eu recours aux mémos pendant et après les entrevues pendant l'analyse des données. Ces mémos nous ont permis de consigner nos réflexions méthodologiques, théoriques et analytiques en rapport avec la collecte de données. Ils nous ont servi aussi à noter nos émotions, nos réactions et nos questions personnelles à propos de notre démarche scientifique (Baribeau, 2005).

Les mémos ont été intégrés à tous les moments de la recherche et ils ont été traités comme des données. Ils ont contribué à assurer la communauté scientifique de la transférabilité de notre recherche, un critère de fidélité propre aux méthodes qualitatives (Comeau, 1994), et ils ont aidé à établir des liens entre l'interprétation de la réalité et la réalité empirique (Charmaz, 2000 ; Corbin & Strauss, 1990).

S'agissant de l'analyse, il est important de mentionner que, lors de nos entrevues, nous avons constaté que l'approche de la peur de chuter nécessite une mise en perspective plurielle puisque cette peur se déploie de façon multiple et complexe. Les données nous montrent que l'étude de la peur de chuter chez les personnes âgées doit élargir l'espace étroit qui la définit en tant que maladie ou syndrome, comme c'est le cas dans la quasi-totalité des recherches, et proposer un univers plus large pour l'étudier. Ainsi, lorsque nous avons constaté que les récits des participants n'entraient pas dans les définitions traditionnelles de la peur, soit celles de l'épidémiologie et de la psychologie générale, nous avons senti le besoin d'aller visiter d'autres champs disciplinaires, notamment la philosophie, la sociologie et la psychologie sociale. Le passage par plusieurs disciplines visait d'abord et avant tout à faire parler davantage les données recueillies.

Pendant l'analyse, un autre défi s'est posé à nous: celui de la langue. La langue maternelle des participants et de l'auteure de la présente thèse est l'espagnol, mais cette thèse est rédigée en français alors que la presque totalité de la littérature scientifique qui traite de notre sujet de recherche est écrite en anglais. Donc, le besoin de trouver les mots précis (le sens, la subtilité, les nuances, les correspondances, les référents culturels, etc.) a nécessité un travail supplémentaire considérable. On sait que la traduction ne se résume pas simplement au passage d'une langue à une autre parce que le vocabulaire ni les structures linguistiques ne sont interchangeable; les mêmes mots, les mêmes phrases et les mêmes situations peuvent avoir des connotations différentes dans deux langues. De ce fait, nous avons traduit les codes, les catégories et les passages-clés de chaque entrevue, mais pas chaque entrevue dans sa totalité. C'est par le questionnement

constant entre la chercheuse principale et ses directrices qui nous avons pu trouver la traduction qui nous semblait la plus pertinente.

4.8 Considérations éthiques

Les principales considérations éthiques à prendre en compte dans cette étude étaient le consentement libre et éclairé, la confidentialité des données ainsi que la protection des participants contre les inconvénients et dangers associés à leur participation. En ce qui concerne le consentement, *l'Énoncé des politiques de trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains* prévoit que « [...] pour certains groupes ou personnes, une entente verbale, parfois accompagnée d'une poignée de main, suffit à prouver la confiance, et une demande de signature peut être interprétée comme une marque de méfiance [...]. Lorsque le consentement oral s'avère plus approprié, le chercheur pourrait noter en même temps dans un journal les dates, les circonstances et les événements liés à son projet » (Instituts de recherche en santé de Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie de Canada, Conseil de recherches en sciences humaines de Canada, 1998 : 2.2). Puisque le projet a été réalisé en Colombie, nous nous sommes prévalus de cet énoncé. En Colombie, et plus particulièrement chez les personnes âgées de la région caféière, le consentement verbal s'est avéré préférable car une demande de signature pourrait être interprétée comme un danger potentiel. Dans cette culture, les gens discutent mais ils se méfient de toute transaction écrite, l'accord verbal était plus signifiant que la signature. De plus, le niveau de scolarité des personnes âgées est très bas : 32 % sont analphabètes et seulement 5 % ont effectué des études secondaires ou universitaires. On comprend d'autant plus que ces personnes se méfient quand vient le temps de signer un document qu'elles ne peuvent pas lire et, donc, qu'elles ne peuvent pas comprendre.

Chacun des participants a été informé des objectifs de la recherche et de la nature de sa participation. De plus, nous avons pris les dispositions afin d'informer les participants que les règles d'anonymat et de confidentialité ont été respectées dans notre étude. Nous

avons précisé que les informations personnelles ne seraient pas divulguées, et ce, tant dans le cadre d'entretiens personnels informels que d'activités de diffusion formelles (colloques, publications, etc.). Nous avons aussi pris des précautions pour que chaque participant s'engage librement à participer à notre étude et qu'il puisse à tout moment, sans avoir à donner de raisons, s'y retirer, prérogative dont aucune de nos personnes âgées participantes ne s'est prévalu. Les modalités de notre recherche et notre formulaire de consentement (annexe 1a en français, annexe 1b en espagnol) ont reçu l'approbation du comité d'éthique à la recherche de l'Université de Sherbrooke (N/Réf. : 2008-18/ Curcio).

Pour conclure, nous avons tenu compte des caractéristiques de notre échantillon, à savoir qu'il se compose exclusivement de personnes âgées de plus de 60 ans. En effet, et selon les recommandations de Boutin (2006), nous avons pris trois précautions d'ordre éthique lors de nos entrevues. Tout d'abord, nous avons pris un soin particulier à respecter les habitudes et les valeurs des personnes âgées que nous avons interviewées (Boutin, 2006). Ensuite, nous avons accordé une grande attention à la prise de contact ; nous avons utilisé des termes simples et adaptés aux personnes âgées quand nous expliquions le déroulement de notre recherche. Finalement, nous avons prévu des moments de repos lors des entretiens afin d'en alléger l'atmosphère. Les rares pauses où un repos a été nécessaire ont été demandées par les participants eux-mêmes.

4.9 Les critères de scientificité

Sur la base d'un certain nombre de postulats épistémologiques et méthodologiques qui sont communs aux méthodes qualitatives, Laperrière (1997b) croit qu'il est nécessaire de remplacer les critères traditionnels de validité interne, de validité externe et de fidélité par les critères de crédibilité, de transférabilité et de fiabilité. Pour leur part, Strauss et Corbin (2004) suggèrent de conserver les critères traditionnels de scientificité mais de les redéfinir pour répondre aux réalités de la recherche qualitative et aux complexités des phénomènes sociaux. Ils proposent notamment de redéfinir le critère de reproductibilité

et celui de généralisation des résultats. Constatant qu'aucune théorie psychosociale ne peut être reproduite au sens où l'entendent les sciences physiques ou naturelles, Strauss et Corbin soutiennent cependant qu'un certain niveau de reproductibilité peut être atteint en théorisation ancrée. En fait, un chercheur utilisant la même perspective théorique et suivant les mêmes procédures de collecte et d'analyse de données qu'un autre chercheur pour étudier le même phénomène dans des conditions semblables pourrait arriver à des explications théoriques semblables (Strauss, & Corbin, 2004). Pour permettre cette forme de reproductibilité, il convient donc de mettre à la disposition de la communauté scientifique toutes les informations pertinentes sur le processus de recherche lors de la publication des résultats, ce qui rejoint les propositions de Laperrière (1997b), lesquelles sont présentées plus bas dans ce texte.

4.9.1 La généralisation

En ce qui concerne la généralisation des résultats, Strauss et Corbin (2004: 309) parlent de puissance explicative plutôt que de généralisation. La puissance explicative signifie la « capacité prédictive » (les guillemets figurent dans le texte original), c'est-à-dire la capacité d'expliquer ce qui pourrait se produire dans des situations données. Ces auteurs insistent sur le fait qu'une théorie ancrée est uniquement généralisable à des situations spécifiques qui ressemblent à celle dont elle est issue. Ils ajoutent qu'un échantillonnage théorique systématique, qui couvre largement le phénomène à l'étude, peut permettre d'expliquer davantage des conditions et des variations du phénomène, ce qui augmentera d'une certaine manière la capacité de généraliser les résultats. Dans notre thèse, un échantillonnage minutieux, une collecte des données consciencieuse et une codification précise, constante et exhaustive des données empiriques a été effectuée, sans oublier l'élaboration et de l'analyse des catégories jusqu'à la saturation théorique des données.

4.9.2 La transférabilité (validité externe)

En théorisation ancrée, toujours suivant Strauss et Corbin (2004), la transférabilité des résultats peut se traduire par la réponse à la question suivante : « En quoi cette théorie, issue des données recueillies auprès d'un échantillon précis et limité, peut-elle aider à

comprendre la dynamique d'une autre situation présentant des caractéristiques similaires ? » (Strauss & Corbin, 2004 : 308). Ces auteurs recommandent également de comparer le modèle qui résulte du processus de recherche avec les données brutes pour s'assurer que ce schéma est apte à expliquer la majorité des situations. À ce propos, nous avons décidé d'effectuer quelques entrevues supplémentaires même après avoir atteint une saturation théorique satisfaisante.

Certains auteurs, notamment Savoie-Zajc (2003), soutiennent que c'est seulement l'utilisateur des résultats de la recherche qui peut répondre à cette question, mais, pour ce faire, ce dernier doit disposer de toutes les informations contextuelles possibles afin d'être en mesure de décider de la transférabilité des résultats à un contexte semblable. C'est pour cette raison, en accord avec Laperrière (1997b), que nous avons inclus dans notre recherche une description détaillée des divers groupes étudiés, des procédures d'échantillonnage que nous avons utilisées et des étapes de l'analyse. Nous avons pris le temps de bien définir les caractéristiques du contexte et de la population à l'étude en vue de permettre la reconnaissance des situations et des groupes pour lesquels ces données pourront être transférables. Du même, toujours en nous inspirant des recommandations de Laperrière (1997b) concernant la validité externe, une diversification des cas inclus dans notre échantillon (trois villes différentes, personnes âgées avec et sans peur de chuter, avec et sans chutes, institutionnalisées et non institutionnalisées, hommes et femmes, de différents âges), c'est-à-dire la couverture d'un maximum de variations du phénomène à l'étude, permet certainement d'augmenter le potentiel de généralisation.

4.9.3 La fiabilité

La fiabilité repose sur un ensemble de mesures qui permettront la révision et l'évaluation, par d'autres chercheurs, de la démarche particulière qui a été utilisée dans notre recherche. Parmi tous les mesures qui ont été suggérées par Laperrière (1997b), nous avons retenu : (a) l'enregistrement des entrevues afin de permettre l'accès le plus direct possible aux données ; (b) la description détaillée de notre échantillon ; (c) la spécification de l'ensemble des stratégies de collecte de données et d'analyse de données;

et (d) la révision de l'ensemble des stratégies de recherche que nous avons utilisées par un évaluateur externe, en l'occurrence les directrices de thèse.

Par surcroît, tel que le recommande Laperrière (1997a), la fiabilité des analyses et de la théorisation ont été garanties par la prise en compte du contexte et de l'influence du processus de recherche dans la collecte et l'analyse des données. Selon Laperrière, les catégories émergentes devraient être suffisamment fondamentales « pour être adaptables à l'évolution des situations étudiées » (Laperrière, 1997a : 387). Il s'agit donc d'en arriver à ce qu'une majorité de cas similaires à l'échantillon puisse être compris par la théorisation proposée. Encore ici, la fiabilité était assurée par la saturation théorique des données en tenant compte de façon isolée et en discriminant les éléments marginaux qui en sont ressortis. Comme nous l'avons dit, toutes les entrevues ont fait l'objet d'un enregistrement audio qui a permis de reproduire plus adéquatement et d'analyser plus efficacement les récits des participants, avec toutes leurs nuances. Enfin, les stratégies de recherche ont été révisées par des évaluateurs externes à toutes les étapes du projet.

4.9.4 La crédibilité (validité interne)

Finalement, la crédibilité réfère à la qualité méthodologique de la recherche considérée dans son ensemble. En recherche quantitative, on parle de validité interne. La crédibilité d'une recherche vise à assurer la justesse et la pertinence du lien entre les observations empiriques et l'interprétation de ces mêmes observations (Laperrière, 1997a). Parmi les différents critères proposés par Laperrière (1997a) pour augmenter la crédibilité d'une recherche, nous avons retenu les suivants : (a) le recours aux questionnements et au jugement de chercheurs extérieurs (directrices de thèse) tout au long du processus de recherche pour assurer une plus grande concordance des résultats (triangulation des chercheurs) ; (b) l'utilisation d'un échantillonnage théorique afin de lier la sélection des participantes aux exigences du développement des interprétations théoriques ; (c) l'assurance d'un codage des données précis, consistant et exhaustif ; (d) l'emploi systématique d'hypothèses alternatives pour minimiser les conclusions erronées ; (e) la confrontation systématique des interprétations à l'ensemble des observations empiriques ; f) la reformulation des catégories d'analyse et des hypothèses jusqu'à

l'atteinte de la saturation. En règle générale, on considère que la saturation théorique s'avère satisfaisante quand aucune nouvelle donnée pertinente ne peut être extraite des entretiens. La saturation théorique a certainement été atteinte vers la trente-deuxième entrevue, mais nous avons quand même procédé à quelques entretiens supplémentaires afin de nous assurer qu'aucune donnée supplémentaire ou complémentaire ne surgisse.

4.9.5 L'enracinement empirique de la recherche

Strauss et Corbin (2004) tiennent compte de l'ensemble des critères qui ont été mentionnés auparavant, mais ils en ont ajouté deux, à savoir les fondements empiriques de la recherche et le processus de la recherche. Concernant les fondements empiriques de la recherche, ces auteurs proposent toute une série des questions dont les réponses serviront de critères évaluatifs et conduiront à établir les fondements empiriques de la recherche. Voici un bref aperçu de ces questions : La recherche génère-t-elle des concepts ? Est-ce que les concepts sont reliés de manière systématique ? Les catégories sont-elles bien développées et attachées conceptuellement ? Les catégories possèdent-elles une densité conceptuelle ? Existe-t-il des variations de la théorie ? Si c'est le cas, la variation est-elle intégrée à la théorie ? Est-ce que les conditions dans lesquelles se manifeste la variation sont intégrées à l'étude et expliquées ? Est-ce que le processus a été pris en considération ? La théorie explique-t-elle ? Quelle est l'importance des découvertes théoriques ? Est-ce que les résultats théoriques semblent significatifs et, le cas échéant, jusqu'à quel point ?

À ce propos, il importe de mentionner que tous les critères servant à évaluer le processus de recherche et l'enracinement empirique des résultats ont été pris en compte en tout temps et qu'ils ont fait office de guide d'auto-évaluation tout au long du processus de recherche.

S'agissant du processus de recherche, les chercheurs s'appuient sur d'autres éléments qui ont déjà été considérés auparavant, à savoir l'échantillonnage théorique, l'émergence des catégories, les indicateurs des catégories, la formulation des hypothèses, la

validation des hypothèses, les explications des désaccords et, finalement, la sélection des catégories centrales.

5. ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats de notre recherche. Dans un premier temps, nous nous intéressons au sens de la peur de chuter chez les personnes âgées. Dans un second temps, nous nous pencherons sur la peur de chuter dans la vie quotidienne des personnes âgées. Ces deux premières parties rendent compte des deux premiers objectifs spécifiques de notre recherche. Pour chaque partie, nous avons développé un modèle théorique qui s'ancre dans les données. Pour ce qui est du troisième objectif spécifique, qui consiste à identifier les principales conséquences de la peur de chuter du point de vue des personnes âgées, son traitement sera intégré dans les deux parties mentionnées.

5.1 LE SENS DE LA PEUR DE CHUTER CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Cette section vise à répondre au premier objectif spécifique de cette étude, soit saisir la signification de la peur de chuter pour les personnes âgées. Pour ce faire, nous avons développé un modèle théorique qui est ancré dans les données et qui rend compte de sens de la peur de chuter chez les personnes âgées. Nos résultats montrent que la peur de chuter constitue un phénomène complexe. Afin de le préciser et de le rendre plus compréhensible, nous avons schématisé le modèle pour permettre de visualiser les différentes catégories dégagées (peur, angoisse, peurs secondaires, et facteurs reliés à ces notions) et leurs dimensions ainsi que les liens possibles entre les catégories. Le diagramme suivant illustre la théorie qui rend compte du sens de la peur de chuter chez les participants.

PEUR DE CHUTER

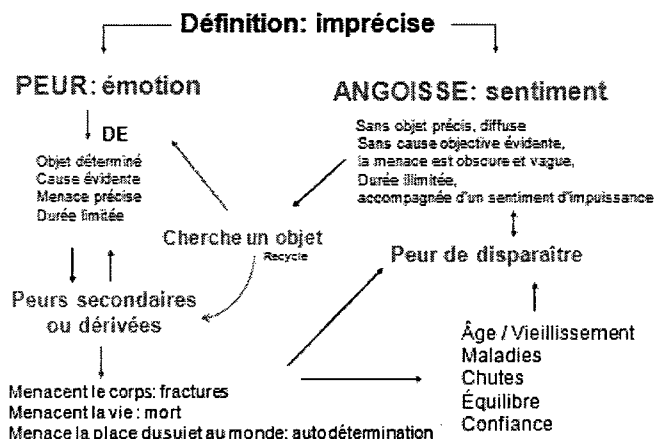


Figure 13. Le sens de la peur de chuter

Selon nos résultats, définir la peur de chuter apparaît comme une tâche très difficile. Les participants n'arrivent pas à en donner une définition et leurs propos ne rendent pas compte de ce qu'on peut retrouver dans la littérature scientifique. Plus qu'une peur de quelque chose qui soit connu, immédiat, précis et limité, ils expriment une peur vague, diffuse, sans cause objective évidente, illimitée, durable et s'accompagnant d'un sentiment d'impuissance. Cela fait en sorte que la peur de chuter, telle qu'elle est exprimée par les participants, constitue un sentiment plus proche de l'angoisse. De plus, ce que craignent le plus les personnes âgées, ce sont les fractures et des dommages corporelles (dangers qui menacent le corps), l'invalidité et la dépendance physique (dangers qui menacent la survie) et la peur de perdre leur autonomie (dangers qui menacent la place de sujet dans le monde) advenant une chute. D'après les personnes âgées, cette peur est influencée par l'âge et le vieillissement, les chutes, la présence de certaines maladies, la perte d'équilibre et la perte de confiance.

Afin de développer en détail chacune des composantes du modèle, cette section de chapitre se compose de quatre parties. La première partie rend compte de la définition de la peur de chuter chez les personnes âgées. À cet effet, nous allons effectuer une

comparaison théorique entre les récits des participants et les connaissances scientifiques existantes, tout en établissant une distinction entre les concepts reliés à la peur en général et le concept de peur de chuter. Dans la deuxième partie, nous montrons de quelle façon la peur de chuter pourrait être une angoisse. La troisième partie traite de la peur de chuter en tant que peur secondaire, ou peur dérivée. Dans la quatrième partie, nous étudierons les aspects reliés à la peur de chuter tels qu'ils ont été exprimés par les participants, à savoir l'âge et le vieillissement, les chutes, les maladies, la perte d'équilibre et la perte de confiance. Dans chacune de ces quatre parties, l'analyse consiste en des comparaisons théoriques entre les résultats provenant de notre recherche et les données qui sont tirées de la littérature scientifique.

5.1.1 Définition de la peur

Paillard (1993) affirme que la peur peut se présenter comme quelque chose de familier et de bien défini. Pourtant, l'exercice consistant à définir la peur de chuter n'a pas été naturel pour les personnes âgées qui ont pris part à notre recherche. Au cours des entrevues, ces dernières expriment des hésitations, des silences et des bégaiements en s'exprimant à ce sujet. Nous avons remarqué que les participants se représentent la peur de chuter de façon imprécise et ambiguë, ce qui signifie que cette peur n'est pas aisée à définir. Par exemple, une femme qui éprouve une grande peur de chuter dit : « *Il me semble que...elle est...* ». De manière générale, pour les participants, trouver des mots clairs et précis pour définir la peur de chuter n'est pas facile. Voici quelques exemples de témoignages de participants: « *C'est comme... comme quelque chose d'inexplicable. Je ne sais pas comment le dire* » ; « *Je ne trouve pas les mots [...]* » ; « *C'est...Ouf!* » ; « *Humm, humm... Une frayeur ...* » ; « *Je ne peux pas le dire, je ne peux pas la définir* » ; « *C'est une chose indéfinissable* ».

Selon nous, cette ambiguïté rend insaisissable la définition de la peur. Pour définir celle-ci, quelques personnes âgées ont utilisé d'autres mots ou locutions comme si c'étaient des synonymes, par exemple les mots crainte, frayeur et angoisse, ou des expressions telles que : « *Chuter, quelle horreur!* » ; « *Horrible!* ». La difficulté consistant à définir

Commençons par la notion de peur en général. Selon le *Dictionary of Psychology* (Vandenbos, 2007: 369), la peur est définie comme « an intense emotion aroused by the detection of imminent threat involving an immediate alarm reaction that mobilizes the organism by triggering a set of physiological changes [...] the fear has an object and is a proportionate response to the objective threat ». Le premier point à considérer est que cette définition considère la peur comme étant une réaction d'alarme qui immobilise et déclenche des réponses physiologiques face à une menace objective. Dans cette optique, la peur est une émotion ressentie au moment présent pour faire face à une menace spécifique.

Toutefois, la définition de la peur donnée dans *The Encyclopedia of Psychology* (Corsini, 1994: 12) met l'accent sur autre chose : la peur est « historically considered one of the primary emotions. The fear is the emotion of avoidance of a consciously recognized, usually external imminent danger. » À l'instar de la précédente, cette définition, tout en affirmant que la notion de la peur constitue une émotion et que son objet est bien défini, ajoute que, dans la plupart des cas, cet objet est extérieur à l'individu.

Selon Mannoni (1982), la peur fait partie des émotions fondamentales. En parlant de niveau psychologique, l'auteur précise que c'est justement la reconnaissance d'un danger (réel ou imaginaire) qui détermine chez la personne un sentiment de peur. L'attitude de cette personne peut alors osciller entre deux polarités extrêmes et opposées : Pour la première, l'individu a « l'impression de pouvoir éliminer la menace par la force (agression de défense). À l'inverse, l'individu peut ne pas voir ou ne pas croire à la possibilité d'une résistance à la menace, ou il peut estimer que la fuite représente une alternative préférable. Dans les deux cas, l'individu cherche alors à s'échapper, à éviter l'adversaire, à se cacher, ou, à défaut, à se soumettre » (Mannoni, 1982 : 7-8). En effet, ces deux attitudes tendent à dégager la personne de la situation dangereuse dans laquelle elle se trouve et à lui permettre de s'en protéger. Habituellement, la perturbation de l'activité s'accompagne d'un rétrécissement important du champ de ses facultés intellectuelles et de l'attention qu'elle porte à la réalité (effets physiologiques). Mais, toujours selon Mannoni (1982), quel que soit le

choix qui s'offre à la personne, il y a chez elle un changement subséquent du comportement. Toutefois, aucun de nos participants n'a mentionné avoir expérimenté de tels effets.

Par sa part, Delumeau (1978 : 13) affirme qu'au sens strict et étroit du terme, « la peur (individuelle) est une émotion-choc, souvent précédée de surprise, provoquée par la prise de conscience d'un danger présent et pressant qui menace, croyons-nous, notre conservation. [...] comme toute émotion, la peur peut provoquer des effets contrastés selon les individus et les circonstances, voire des réactions alternées chez une même personne [...] par exemple, un comportement d'immobilisation. » Pour Diel (1968), la peur disparaît sitôt que sa cause cesse d'exister.

Selon Delpierre (1974 : 13), « la peur est un phénomène psychologique à caractère affectif marqué qui accompagne la prise de conscience d'un danger réel ou imaginé, d'une menace. [...] La peur est une émotion où une circonstance extérieure menaçante provoque un conflit ». De plus, la peur est à la fois émotion et sentiment (p. 27). Pour Delpierre, « *la peur, c'est une réaction consciente et adaptée à des dangers réels.* » (p. 19) [en italique dans le texte].

En somme, tout le monde s'entend pour dire que la peur a toujours un objet, à savoir une menace extérieure. Ainsi, la peur est toujours une peur devant un objet qui perturbe la relation d'entente du sujet avec le monde (Baas, 2003). « La peur a une certaine connaissance de sa cause, elle peut la définir, elle ne lui est pas totalement étrangère, par exemple l'aboiement du chien, le bruit du tonnerre [...] Le sujet peut dès lors se la représenter et la nommer » (Sauzet, 2001 : 360). Pourtant, selon les récits des participants, il est clair que la peur de chuter, même si elle peut être nommée, ne peut pas être définie. L'objet de cette peur n'est pas la chute comme telle, mais plutôt les conséquences qui viennent avec cette même chute : « *Je n'ai pas peur de chuter, mais de ses conséquences* ».

Par ailleurs, en procédant à une analyse des différentes définitions de la peur, il apparaît clairement que les auteurs ne s'entendent pas à savoir si c'est une émotion ou si c'est un sentiment. D'après certains auteurs, la peur est une émotion³ ; selon d'autres, elle est un sentiment⁴, mais la majorité des auteurs sont d'accord avec Mannoni (1982) pour dire que des manifestations physiques ou physiologiques accompagnent la peur et la plupart des émotions, par exemples l'accélération du rythme cardiaque, l'apnée ou la dyspnée, les sueurs froides, la réaction de sursaut, les tremblements et la perte de la parole. Il est important de remarquer qu'aucun des participants à notre recherche n'a rapporté avoir connu des telles manifestations. Au contraire, les participants ont insisté sur le fait qu'ils ne les ont pas vécues ; par exemple, une personne âgée interviewée affirme : « *Comme je te l'ai dit, ce n'est pas une oppression, on ne respire pas autrement, on ne se sent pas différent, ... non, non!* ».

D'un autre côté, la majorité des théoriciens s'entendent pour dire que la peur a un objet précis et déterminé : « on a peur de [quelque chose ou de quelqu'un]. » (Baas, 1990 ; Barraud, 1969; Delpierre, 1974; Delumeau, 1978; Diel, 1968 ; Heidegger, 1964; Natanson, 2008 ; Ricœur, 1953; Sauzet 2001 ; Virno, 2002). Sur ce point, il nous apparaît important de préciser que, dans nos résultats de recherche, l'objet de la peur (c'est-à-dire ce dont on a peur) n'est pas trop précis, apparaissant au contraire comme étant indéterminé. Par contre, quand le danger n'est pas encore là, lorsqu'il n'y a pas d'objet duquel avoir peur, il s'agit plutôt d'angoisse. Donc, en nous appuyant sur nos résultats, nous pouvons émettre l'hypothèse que, chez les personnes âgées ayant pris part à notre recherche, la peur de chuter constitue une angoisse. La peur et l'angoisse étant des sentiments relativement voisins, il convient donc de les distinguer (Natanson, 2008). Nous reviendrons plus loin sur ce point particulièrement important.

³ État affectif comportant des sensations appétitives ou aversives, qui a un commencement précis, lié à un objet précis et qui possède une durée relativement brève. Un des aspects caractéristiques de l'émotion est l'accompagnement de réactions physiologiques particulières (parfois très perturbatrices). Kirouac (1989 : 18).

⁴ Le sentiment est un état affectif complexe, assez stable et durable, qui se construit dans la durée et se compose d'éléments intellectuels, émotifs ou moraux (Vandenbos, 2007)

5.1.2 Définition de la peur de chuter

Les participants n'arrivent pas à préciser l'objet de la peur, de quoi ils ont peur. Ils disent : « *Comment je pourrais le dire...* ». De plus, ils ne craignent pas la chute en tant que telle : « *Donc, ... ce n'est pas chuter en soi, ... ce n'est pas de la chute que j'ai peur* »; « *Chuter, c'est se retrouver invalide* »; « *Avoir besoin de quelqu'un* »; « *Devenir invalide ou qu'on va mourir* »; « *Non, je n'ai pas peur de chuter, mais de me défaire* ». On pourrait multiplier les exemples.

Nous avons précisé que la peur concerne une situation particulière et qu'elle a un objet extérieur bien précis, donc qu'elle suppose un objet déterminé qui existe en dehors de la personne en cause. La peur implique une réponse physiologique qui s'avère plus ou moins durable et qui provoque un mouvement centripète du monde vers l'être. Par contre, à la lumière de nos résultats, c'est l'être (la personne âgée) qui suppose le mouvement vers le monde, c'est l'être qui change chez lui, c'est l'aîné qui change. En voici quelques exemples : « *C'est clair, la peur a changé ma vie* »; « *Bien sûr, on change* ». Comme nous pouvons le voir, l'objet de cette peur est interne, c'est l'être qui est en danger, comme le laissent entendre certains participants : « *... On commence à décliner, ce qui est mortel* »; « *On chute et tout s'arrête là* »; « *Une chute déclenche tout* »; « *Chuter, c'est mourir* ». En bref, la peur de chuter chez les personnes âgées participantes n'a pas un objet externe, elle n'existe pas en dehors de l'individu.

La peur connaît sa cause et se situe dans l'espace (externe) et le temps (à l'instant), avons-nous dit. Cependant, d'après les récits des participants, la durée de la peur n'est pas limitée par la disparition de menaces puisque, comme le mentionne l'un d'eux : « *La peur est partout* ». La peur, même s'il s'agit de la peur de chuter, va plutôt vers l'inconnu, vers ce qui se présume, vers ce qui vient après. Deux exemples permettront d'illustrer ce point de vue : « *Plutôt que de chuter, on a peur parce qu'on ne sait pas... on se sait rien de tout* »; « *Ça fait que...Humm... Si on pouvait savoir ce qui va venir, ce qui va se passer...* ».

Mais une certaine réserve s'impose. Normalement, la peur est toujours circonscrite, on peut toujours la nommer. Toutefois, une peur de l'inconnu, sans objet précis, une peur qu'on ne peut pas nommer nous amène vers une autre notion, celle de l'angoisse (Baas, 1990 ; Barraud, 1969 ; Delpierre, 1974 ; Delumeau, 1978 ; Diel, 1968 ; Natanson, 2008 ; Ricœur, 1953 ; Sauzet, 2001 ; Virno, 2002). Il convient de préciser ici que si l'objet de la peur, on le rencontre *dans* le monde à titre d'être déterminé, il en va tout autrement de l'angoisse car l'objet angoissant ne se trouve pas à l'intérieur du monde, comme quelque chose de menaçant à l'égard duquel il y aurait à prendre tel ou tel parti. L'objet de l'angoisse reste entièrement indéterminé « *Fait que... si on se faisait tuer ou si on mourait ...* ». Mais, comme nous l'avons souligné précédemment, le mot angoisse a tout de même été prononcé par les personnes âgées : « *La peur de chuter, c'est une angoisse, comme... quelque chose que va arriver...* » ; « *Comme une angoisse... un malaise* » ; « *C'est une angoisse impressionnante* » ; « *Pour moi, c'est une angoisse* ».

Il a été précisé plus haut que la peur comporte des manifestations physiques et que la peur a un objet déterminé ou à tout le moins déterminable et qu'elle anticipe une menace partielle, limitée à une part de soi-même. On a affirmé aussi qu'on a peur que de ce qui nous est extérieur, soit le monde et les autres. La peur se dirige sur un objet qui se situe dans le monde. Une personne a peur de ceci ou de cela, ceci et cela étant les objets de ses peurs. Enfin, la littérature laisse entendre que la peur comporte la notion de surprise : le sujet n'est pas préparé à la rencontre avec le facteur effrayant. Pourtant, aucune de ces caractéristiques de la peur ne se retrouve chez les personnes âgées que nous avons interviewées.

Par contre, l'angoisse nous place d'emblée dans une autre expérience : son objet échappe à toute représentation et cet objet indéterminé signifie un menace pour notre totalité en tant qu'être; donc, on s'angoisse devant soi-même. L'angoisse n'est pas la peur. Supposons que la peur de chuter soit spécifique car il s'agit justement de chuter. Mais, ainsi que nous venons de le démontrer, il est certain qu'il ne s'agit pas d'une peur à l'état pur, ce qui nous amène à évoquer la possibilité qu'il puisse y avoir une autre explication aux bégaiements et aux hésitations des participants, à l'absence de précision

sur son objet, à l'incertitude qui l'entoure. À partir de ce qui précède, nous proposons de regarder la peur de chuter sous un nouveau jour en l'analysant en tant qu'angoisse.

5.1.3 Peur de chuter et angoisse

Comme nous venons de le voir, la peur de chuter chez les participants n'est pas une peur comme celle qui est décrite dans la littérature scientifique. Nous avons soulevé l'hypothèse que la peur pourrait être une angoisse. Cependant, cette hypothèse implique tout d'abord de développer le concept d'angoisse tout en le comparant avec celui de peur afin de bien établir les différences entre eux, puis d'analyser la peur de chuter. La place de la notion d'angoisse dans le modelé théorique est présentée dans la figure suivante.

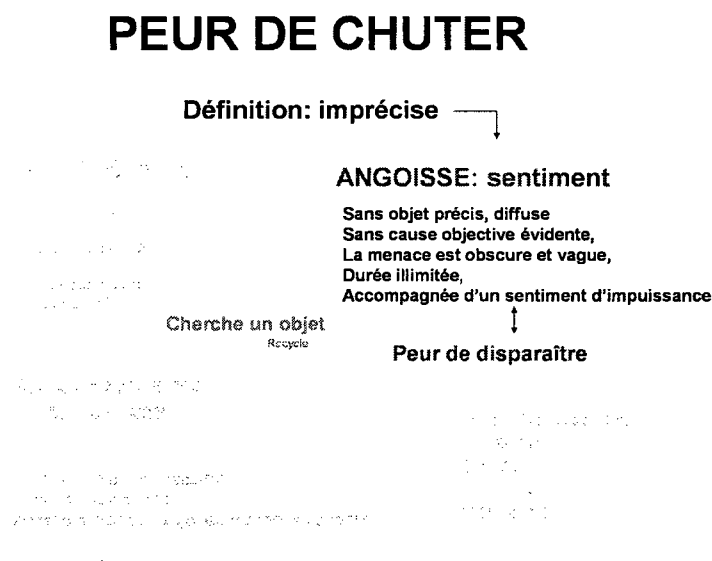


Figure 15. Le sens de la peur de chuter : peur de chuter et angoisse

Selon la recension des écrits, la peur comporte la notion de surprise : le sujet n'est pas préparé à sa rencontre avec le facteur effrayant, bien que l'objet responsable de la peur soit clairement repéré (Darrault-Harris, 2009). Par contre, pour ce qui est de l'angoisse, l'objet qui cause l'affect est difficile à identifier et plutôt diffus; rappelons brièvement

que les participants ont éprouvé des difficultés à définir la peur de chuter: « *Humm ... Je ne sais pas quoi dire...* »; « *La peur de chuter, c'est comme désespérer* ». Donc, nos observations se situent plus du côté de l'angoisse parce qu'elles se distingueraient de la peur par leur caractère diffus (Darrault-Harris, 2009). Ces exemples expriment bien les appréhensions, l'inquiétude ou la peur en rapport avec un objet plus ou moins précis : peur des transformations physiques à venir (par exemple, celles qui peuvent être causées par les fractures), mais aussi peur à propos du corps comme objet global (ce corps qui peut se défaire). Quand l'inquiétude ou la peur ne peuvent plus se rapporter à un objet bien délimité, on est en droit d'émettre l'hypothèse d'une expression d'affect qui se rapproche de l'angoisse.

L'angoisse est d'abord un mot, un lexème de la langue française apparu au XII^e siècle et dont l'étymologie renvoie au terme latin *angustia*, qui est utilisé surtout au pluriel et qui a un sens topographique : étroitesse, lieu resserré. Ainsi, avoir la gorge serrée reste une manifestation physique qui est dûment répertoriée dans les définitions de l'angoisse qui sont données par les dictionnaires : « malaise psychique et physique né du sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisé par une crainte diffuse pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des sensations pénibles de constriction épigastrique ou laryngée » (Le nouveau Petit Robert de la langue française 2010 : 96).

Toutefois, pour Delpierre (1974), c'est le fait d'être placé dans une situation limite où l'être se retrouve menacé. À ce sujet, les récits de nos participants nous disent ceci: « *J'ai peur de devenir une nullité* »; « *... que je sois défiguré* »; « *... de devenir dépendant de quelqu'un d'autre, incapable de subvenir à mes propres besoins* »; « *Je n'ai pas peur de chuter, mais de devenir invalide et incapable de m'occuper de moi-même* ». On observe une angoisse toutes les fois qu'une peur est indéterminée par rapport à son objet et qu'elle reflue vers son sujet (l'individu) en le faisant apparaître comme une totalité menacée : « *... que je sois invalide et que quelqu'un doive venir me garder* ». Dans cette perspective, nous pourrions affirmer que les personnes âgées craignent de perdre leur intégrité et leur autonomie. Nous allons revenir sur ce point plus tard.

De la même manière, suivant Delpierre (1974), la peur et l'angoisse sont toutes deux beaucoup plus facilement ressenties que définies. Ces deux possèdent la même racine, mais ils ne sont pas identiques du fait que, contrairement à la peur, l'angoisse n'a pas d'objet précis. Selon Delpierre, l'angoisse n'a pas de cause objective évidente ; ici, la menace est obscure, vague et diffuse, tandis que, dans la peur, la menace est claire et précise.

On est livré à l'angoisse, sans appui, sans soutien et sans retenue. La peur, au contraire, a un objet défini auquel on peut faire face, que l'on peut analyser, auquel on peut s'attaquer, qu'on peut supporter et que l'on peut fuir, tandis que l'angoisse est une peur sans objet...L'angoisse s'adresse à la situation de l'homme en face du non-être ou plutôt en présence de notre incapacité de protéger notre propre être devant un danger d'autant plus redoutable qu'il n'est pas nommé (Delpierre, 1974: 15).

En bref, l'angoisse serait une inquiétude qui à certains égards est semblable à la peur mais dans laquelle le danger reste indéterminé. Un participant l'exprime ainsi : « *J'ai peur de chuter, mais ce n'est pas la chute qui me fait peur* ». Si l'objet de l'angoisse n'est pas défini, alors on ne peut pas en parler d'une façon précise, et c'est justement ce que nous avons trouvé dans les témoignages des personnes âgées. Dès le commencement de notre recherche, nous avons remarqué que nos participants éprouvaient des difficultés à définir la peur de chuter, autant ceux qui avaient chuté que ceux qui n'avait pas chuté. En conséquence, si on ne peut pas en parler, le contact avec la situation angoissante est réellement et définitivement perdue puisque, « coupée de son objet et ainsi désorientée, l'angoisse devient fluctuante et risque de s'accrocher imaginativement à n'importe quel autre objet [...] le véritable objet de l'angoisse ne se trouve pas à l'extérieur [...], son objet se trouve intériorisé [...] » (Diel, 1968 : 60). Comme l'exprime Mauriac (1953 : 175), « l'angoisse ne nous vient pas du dehors ». En d'autres termes, nos résultats montrent que ce qui fait peur aux personnes âgées, ce n'est pas l'événement extérieur, en l'occurrence la chute, mais plutôt, comme nous l'avons dit précédemment, la peur qui se dirige vers la personne même en tant qu'individu, autrement dit la peur de devenir invalide ou de se fracturer, entre autres.

Dans la peur, quelque chose qui est nuisible s'approche, mais cette chose est connue et susceptible de se dissiper (Natanson, 2008). Au contraire, l'angoisse n'est pas le sentiment d'un être menaçant du monde, mais plutôt quelque chose de totalement indéterminé. Elle ne vient pas de l'incapacité de décider de ce qui est menaçant. « Que le menaçant ne soit nulle part, voilà ce qui caractérise l'angoisse » (Natanson, 2008 : 167). À ce sujet, deux participants s'expriment: « *Elle [une chute] peut arriver à n'importe qui, n'importe quand* » ; « *On ne sait même pas comment ... tout à coup, on chute !* »

Être exposé à soi-même comme être-au-monde, indépendamment de tout objet, c'est précisément ce qu'il advient dans l'angoisse. En effet, le propre de l'angoisse est que le sujet qui la vit éprouve l'affect du redoutable ou du menaçant, alors qu'il n'y a justement aucun objet qui peut être identifié comme étant redoutable ou menaçant (Baas, 2003). Prenons le récit d'un interviewé : « *Je suis tombé par mes propres moyens* ». Et c'est bien ce qui fait que le sujet se trouve totalement désemparé, démuné. Il n'y a pas d'objet avec lequel le sujet peut modifier son rapport. Par exemple, il n'y a pas devant lui un animal auquel il doit échapper, et il n'y a pas non plus de situation comme être dans le noir ou dans un brouillard. Mais il ne suffit pas de dire que l'angoisse est sans objet, encore faut-il ajouter que cette absence de tout objet susceptible d'être vu comme étant redoutable ou menaçant fait que le sujet n'est alors exposé à rien d'autre qu'à lui-même en tant que, fondamentalement, être-au-monde. Dans l'angoisse, c'est par rapport à lui-même que le sujet s'angoisse. Les exemples suivants illustrent ce point: « *J'ai peur de me blesser* »; « *...de me fracturer* » ; « *...C'est mourir !* ».

À la personne qui est angoissée, (qui a peur de chuter), on dit, pour la rassurer que ce n'est rien : « *Ils [sa famille] me disent : Ce n'est rien* ». D'après Baas (2003), c'est justement du rien qu'il s'agit alors, de ce rien qu'est l'individu dès lors qu'il n'a plus rapport à aucun objet. Suivant Baas (2003), l'angoisse nous révèle à nous-mêmes le rien que nous sommes ; elle nous révèle notre « nullité », notre « néantité ». À ce sujet, les participants disent ceci : « *On n'est plus nous-même* »; « *Je ne veux pas devenir une nullité* »; « *Je ne serai plus moi... je ne serai plus* ».

Pour Eck (1964: 149), « la menace que provoque l'angoisse se trouve dans l'avenir. » Nous avons trouvé, dans les résultats, le sentiment d'un mal futur possible, l'angoisse étant un état d'inquiétude qui n'est pas ressenti face au péril actuel, mais devant un danger qui est seulement envisagé comme possible. « [...] *qu'il va se passer quelque chose...* » ; « *Quelle peur de rester dans un fauteuil roulant...* » ; « *C'est ici qu'on commence à décliner!* ». On aurait pu croire que quelque chose va se produire, « *que l'on commencera à faiblir* ». Selon Diel (1968), ce trait distinctif est précisément une caractéristique de l'angoisse puisque cette dernière envisage un mal futur et possible. L'angoisse, bien qu'elle soit ressentie au présent, est accrochée au futur.

Donc, on pourrait dire que l'angoisse comporte toujours des éléments d'incertitude d'impuissance et d'inconnu (Saussure, 1953). « De cette manière, fatalité, incertitude, impuissance sont également, à des titres divers, des composants de l'angoisse » (Eck, 1964: 24).

Prenons tout d'abord l'incertitude. Celle-ci engendre l'insécurité (Delpierre, 1974). À ce sujet, les commentaires recueillis auprès des personnes âgées participantes s'avèrent très évocateurs : « ... *C'est que si on pouvait savoir à l'avance...* » ; « ... *Si on savait...* » ; « *Comme... que tout va me tomber sur la tête* » ; « *Tous les obstacles me paraissent beaucoup trop gros* » ; « *Si on mourait, mais non, on reste en vie, et ...on ne sait jamais* ».

Ensuite, les participants parlent d'impuissance. Une fois de plus, les récits des personnes âgées participantes se révèlent fort éloquentes : « *Une grande sensation de ne pas pouvoir* » ; « *C'est comme... une impuissance... comme se croire soi-même comme n'étant plus capable* » ; « *Que je ne puisse pas me défendre* ». Ainsi, ce qui semble indispensable pour qu'on puisse parler d'angoisse, c'est le sentiment d'impuissance. C'est un élément déterminant. Selon Eck (1964), il n'y a pas d'angoisse sans sentiment d'impuissance et de fatalité. Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la condition qui nous fait le plus peur est l'impuissance. « La sensation d'impuissance - la répercussion la plus redoutable de la peur - ne réside pas, toutefois, dans les menaces perçues ou

devinées, mais dans le vaste espace qui existe entre les menaces dont émanent ces peurs et nos réponses » (Bauman, 2006 : 34). En d'autres termes, elle réside dans l'impuissance : « *On se sent impuissant* ». Par ailleurs, ce sentiment d'impuissance est aussi exprimé par rapport au vieillissement par deux participants: « *Les années ont de poids* »; « *Les années nous vainquent* ».

En plus, on a déjà souligné que, selon certains auteurs, l'angoisse est interne au sujet qui la ressent, alors que, pour d'autres, « l'angoisse flotte entre l'intérieur et l'extérieur, la menace vient comme du dehors, mais l'impuissance est intérieure. Il y a une dialectique de l'impuissance endogène et de la menace exogène ». (Ricœur, 1953 : 218). Comme le dit un participant : « *Le plus terrible dans la chute est de ne pas pouvoir se relever seul* ».

Dans les paragraphes précédents, nous avons dit que l'angoisse est diffuse, sans objet précis, sans cause objective évidente, une menace obscure, vague et non immédiate. De plus, l'angoisse s'accompagne de sentiments d'impuissance dans le moment présent et d'incertitude sur l'avenir. Si nous revenons à la peur de chuter telle qu'elle est exprimée par les participants, ce n'est pas une peur de chuter. Elle est plus proche d'une inquiétude plus existentielle, c'est la peur de disparaître, la peur de se désintégrer, la peur de se désagréger. Quelques exemples illustrent cette conception : « *Rester là, étendu, sans être en mesure de se lever...* » ; « *Il n'est pas question de tomber, mais de se "défaire"* »; « *Une chute, c'est le début de la fin* ».

C'est la totalité de l'être qui se trouve menacée. Comme l'a dit Ricœur (1953 :182) « [...] au plus bas degré, au niveau vital, l'angoisse concerne la vie et la mort ». Selon Ricœur, l'angoisse détecte la proximité de la mort par rapport à la vie. Cette proximité se présente comme une relation qui flotte entre l'extérieur et l'intérieur. Tous les hommes meurent, donc je meurs moi aussi. Il est remarquable que le vouloir-vivre ne se réfléchisse pas et même ne se constitue dans son unité que sous la menace de la mort, donc qu'il se forme dans et par l'angoisse : « *Je ne veux pas mourir, je veux vivre encore !* » ; « *... parce qu'il paraît que je vais mourir* ». En fait, le mot vouloir-vivre ne

recouvre aucun instinct simple ou élémentaire. Il faut une situation de catastrophe (par exemple, une chute) pour que, soudain, sous la menace de l'indéterminé absolu, c'est-à-dire de la mort, la vie se détermine comme le tout de ce qui est menacé. Donc, c'est la première fois qu'on se voit soi-même comme une totalité, et de surcroît comme une totalité menacée « *La chute est fatale ...* »; « *Une chute et tout se déclenche* »; « *Un voisin est tombé et il est mort peu de temps après* »; « *Une chute et un fracture, ensuite les fauteuils roulants et après, la mort!* »; « *Je tombe et je me tue* ».

Selon Baas (2003), la personne reconnaît que le seul horizon certain est la mort, la mort en tant que possibilité de sa propre impossibilité. Certains participants, en parlant de leur peur de chuter, disent: « *Est-ce là... oui... la seule chose qui nous reste c'est de mourir!* »; « *On chute et on ne se relève jamais* ». La perspective de la mort brise les représentations possibles du passé et du futur (Sauzet, 2001). La personne a devant elle un avenir qui n'existe plus ou un avenir qui fait plus peur que l'événement (la chute) lui-même. Dans l'angoisse de la mort, le présent privé d'avenir devient intolérable, révoltant ; comme l'a exprimé une de nos participantes : « *Quelle horreur !* ». Le présent se joue autrement, dans le souvenir des autres qui sont partis [« *Il est mort des conséquences d'une chute* »], il ne s'inscrit plus dans le projet d'un avenir possible.

Autrement dit, le futur représente la perspective du « non-être », une mort symbolique puisque chuter peut signifier « *devenir physiquement dépendant* », comme le dit bien un participant, ou perdre son autonomie. Si l'avenir que l'individu envisage se limite à sa disparition, alors cet avenir n'a plus de sens et commence à ne plus exister. Cette situation est trop forte pour l'individu, il ne peut pas la supporter parce qu'elle menace le soi et qu'elle amène la perte d'identité, la disparition. C'est l'angoisse du néant, comme l'exprime Heidegger (1964).

Par ailleurs, l'angoisse affecte notre manière d'être car elle mine notre rapport au temps. À ce propos, Sauzet (2001; 362) affirme ceci : « [L'angoisse] souffre de l'effondrement d'un avenir possible, effondrement qui disqualifie le passé et le présent. La perspective de la mort brise les représentations possibles du passé et du futur. L'avenir n'est plus.

Les projets se brisent sur le roc de l'impensable. Mais cette pensée de la mort, cette représentation de soi au terme de sa vie, est à soupçonner chez celui pour qui la mort n'est qu'un possible lointain ». L'effondrement intérieur qui constitue l'angoisse influence la façon dont on vit le temps. Le présent et le passé se nourrissent d'un avenir possible (Sauzet, 2001). Lorsque l'avenir devient impensable (« *On ne peut même pas l'imaginer !* »), il faut à tout prix que l'individu trouve une consistance à travers la représentation d'un avenir possible et qu'il fasse face à son angoisse.

De surcroît, quiconque se retrouve en proie à l'angoisse risque de voir sa personnalité se désagréger et se lézarder. Ainsi, afin d'éviter une angoisse morbide qui aboutirait à l'abolition du moi, « [...] l'occident a vaincu l'angoisse en 'nommant', c'est-à-dire en identifiant, voire en 'fabriquant' des peurs particulières » (Delumeau, 1978 : 16). Parce qu'il est impossible de conserver son équilibre interne en affrontant longtemps une angoisse flottante, indéfinie et indéfinissable, il devient nécessaire à l'homme de la transformer et de la fragmenter en des peurs précises de quelque chose ou de quelqu'un (Bauman, 2007 ; Natanson, 2008 ; Virno, 2002). Quand on regarde les résultats de notre recherche, il ressort nettement que les participants ont peur de se retrouver physiquement dépendants, de devenir un fardeau pour leurs familles et de perdre leur autonomie. Donc, la peur de la mort, la peur de disparaître et la peur de la chute se transforment en peurs dérivées ou secondaires, concept que nous allons développer ultérieurement.

En résumé, si quelque chose nous menace, l'organisme enregistre un danger et commence à mettre en branle une réaction correspondante de défense : alors, nous avons peur. Mais, si on ne connaît ni le danger, ni la provenance de ce danger (le « rien » et le « nulle part »), on exprime un autre type de sentiment, en l'occurrence l'angoisse, car, rappelons-le encore une fois, cette dernière n'a pas d'objet et ne provient d'aucun lieu qui soit plus ou moins circonscrit.

Pour bien marquer que, chez les personnes âgées, la peur de chuter représente plutôt une angoisse qu'une peur, nous présentons ici un tableau dans lequel on retrouve les principales différences entre les deux concepts.

Tableau 7. Différences entre peur et angoisse

PEUR	ANGOISSE
Objet déterminé	Objet indéterminé
Plutôt externe	Fluctuations entre interne et externe
Cause évidente	Sans cause objective évidente
Menace précise	Menace obscure et vague
Durée limitée : se vit à l'instant	Durée illimitée : se vit dans le temps
Par rapport au présent	Par rapport au futur
Comporte la notion de surprise	Comporte la notion d'incertitude
Comporte la notion de connu	Comporte la notion d'inconnu

5.1.4 La peur de chuter : une peur secondaire

Alors, dans cet état d'angoisse dans lequel il est impossible de savoir, et c'est précisément cette impossibilité qui suscite l'angoisse, seulement une réaction est possible : transformer ce sentiment en peur ou en peurs pour pouvoir le ou les connaître, lui ou leur attribuer des causes, des traits et des repères. Dans ces conditions, au moment où on regarde d'où vient la menace, on sait qu'on peut faire quelque chose pour repousser cette menace et maîtriser la situation. Autrement dit, tout évènement, à titre de rupture d'ordre et d'ouverture sur l'inconnu, est générateur d'angoisses qui se cristallisent en peurs (Sauzet, 2001). La place des peurs secondaires dans le modèle théorique s'illustre dans la figure 16.

Delpierre exprime cette situation ainsi : « [...] *on transforme l'angoisse en peur de quelque chose ou de quelqu'un*. L'esprit humain fabrique en permanence la peur pour éviter l'angoisse qui est abolition de toute affirmation de soi. *Derrière la peur est donc tapie l'angoisse dont la peur procède* (Delpierre, 1974 : 15) [en italique dans le texte]. Pour sa part, Eck (1964 :91) affirme: « La peur, c'est de l'angoisse désangoissé par le

découvert d'une cause ». Nos peurs nous poussent à prendre des mesures défensives ou protectrices, lesquelles, à leur tour, confèrent un caractère immédiat et tangible à notre peur (Bauman, 2007) ; à ce sujet, les témoignages suivants sont très parlants : « *Moi, je me prépare pour prendre mon bain, je ne me prépare pas pour chuter* » ; « *Je prends des précautions* » ; « *Moi, je fais tout lentement et avec précaution* ».

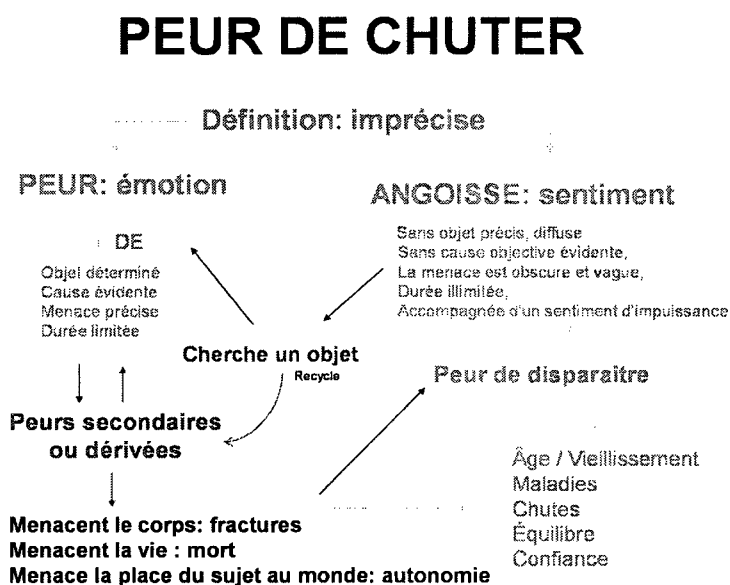


Figure 16. Le sens de la peur de chuter : peurs secondaires

D'ici découle que cette angoisse se transforme en peur et devient une peur secondaire. Au dire de Bauman (2006), une peur recyclée socialement et culturellement ou une peur dérivée qui organise la conduite de l'individu après avoir reformé sa perception de monde et les attentes qui guident ses comportements, en présence ou en l'absence d'une menace. Concernant la peur dérivée ou peur secondaire, l'auteur précise ceci:

“Derivative fear” is a steady frame in mind that is best described as the sentiment of being *susceptible* to danger; a feeling of insecurity (the world is full of dangers that may strike at any time with little or no warning) and vulnerability (in the event of the danger striking, there will be little if any

chance of escape or successful defense; the assumption of vulnerability to dangers depends more on a lack of trust in the defenses available than on the volume or nature of actual threats) (Bauman, 2006: 3).

Toujours d'après Bauman (2006), on peut aussi considérer cette peur secondaire comme le sédiment d'une expérience passée de confrontation directe avec la menace, même si cette menace n'est pas présente ou a disparu ; par exemple, une des personnes âgées qui a pris part à notre recherche disait : « *J'ai peur de chuter parce que j'ai déjà chuté* ».

De plus, comme nous avons pu le voir précédemment, il arrive fréquemment que ce ne soit pas la chute qui fasse peur aux personnes âgées, mais plutôt ses conséquences. Nos résultats montrent que les peurs que craignent le plus les participants sont : (a) la peur de subir un dommage corporel (par exemple, une fracture) ; (b) la peur de l'incapacité⁵ et de la dépendance⁶ ; et (c) la peur de la perte d'autonomie⁷.

Ces peurs décrites par les participants sont comparables aux dangers et, par conséquent, aux peurs dérivées telles qu'elles sont conceptualisées par Bauman (2006) :

- Dangers qui menacent le corps. Dans notre recherche, ils se comparent à la peur de subir des dommages corporels, par exemple à la peur de se fracturer ou de se blesser.
- Dangers qui menacent la survie. Selon Bauman (2006), il s'agit de la vieillesse et de l'invalidité. Dans notre recherche, ceci fait référence à la peur de l'invalidité et de l'incapacité.

⁵ Selon l'approche générale et inclusive de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), le terme générique « fonctionnement » désigne toutes les fonctions de l'organisme, les activités et la participation, tandis que le terme « incapacité » englobe les interactions entre les déficiences et les limites imposées par des facteurs externes aux activités ou à la participation. (Organisation mondiale de la santé, 2001).

⁶La dépendance est l'effet de la multiplication des incapacités, (sociales, mentales et physiques). Elle implique le transfert vers un tiers des actes nécessaires pour assumer les rôles de survie. (Thomas, 1996 : 42)

⁷ L'autonomie est la capacité d'une personne à décider, à mettre en œuvre ses décisions et à satisfaire ses besoins particuliers sans sujétion à autrui. L'autonomie rend compte aussi des habiletés d'une personne à indiquer ses préférences, à faire des choix et à amorcer une action en conséquence. (Rocque, Langevin, Drouin, & Faille, 1999).

- Dangers qui menacent la place de sujet au monde. Dans notre étude, ces dangers renvoient à la peur de l'individu de perdre son autonomie.

Ainsi, nous avons trouvé que ce n'est pas la chute en soi qui fait peur aux participants. Ces résultats sont comparables à ceux auxquels sont parvenues d'autres recherches qualitatives qui ont été effectuées auprès des personnes âgées. Même si ces recherches ont permis d'apporter un nouvel éclairage sur l'étude de la peur de chuter, il n'en reste pas moins que l'approche méthodologique qu'elles préconisaient n'a abouti qu'à une description des personnes qui ont peur de chuter et à une description des conséquences de cette peur. Par exemple, Tischler et Hobson (2005) ont conduit une étude visant à découvrir les causes et les conséquences perçues de la peur de chuter auprès de sept personnes âgées ayant déjà chuté. Ces chercheurs ont trouvé que les conséquences qui craignaient le plus ces personnes âgées sont de devenir dépendantes d'une autre personne, de subir des blessures ou des lésions corporelles, de devenir incapables de marcher et d'être placées en institution. Pour leur part, Kong (2002), Lee, Mackenzie et James (2008), Ward-Griffin et al. (2005) ainsi que Wright et al. (1990) arrivent aux mêmes résultats en étudiant différentes populations. Pour Yardley et Smith (2002), la peur la plus commune chez les personnes âgées est la peur de subir des dommages corporels. Les peurs spécifiques varient peu et comprennent souvent la peur de chuter de nouveau, la peur d'être blessé ou immobilisé, la peur d'être incapable de se relever après une chute, la peur de perdre son indépendance et de devoir quitter son domicile en permanence (Ballinger, & Payne, 2002 ; Howland et al., 1993 ; Kong, 2002 ; Wright, et al., 1990 ; Yardley, & Smith, 2002).

Ces résultats ne sont guère surprenants si on tient compte du fait que, dans la littérature scientifique autant que dans la société, le discours sur la peur de chuter considère que les chutes et les risques de chute sont très étroitement liés à la perte de l'indépendance et de l'autonomie (Ballinger, & Payne, 2002 ; Ward-Griffin, et al., 2005 ; Yardley, et al., 2006). De manière plus spécifique, Ward-Griffin et al. (2005) identifient l'indépendance comme étant une valeur centrale chez les personnes âgées.

En lien avec la dépendance, il y a aussi la notion de fardeau : « *Si je chute, c'est elle [la fille] qui doit s'en occuper. Je ne veux pas devenir un fardeau* » ; « *Quelqu'un doit s'occuper de moi non, non, je ne veux pas ça !* ». La peur de devenir un fardeau pour les autres après une chute n'est pas bien documentée dans la littérature scientifique. Pour toutes les personnes âgées ayant participé à notre recherche, le sentiment d'être un fardeau pour leurs familles représente une préoccupation majeure car elles peuvent ne pas être en mesure de s'acquitter de leurs attentes face aux rôles habituels à la maison. Dans notre recherche, certains facteurs d'ordre culturel pourraient expliquer ce résultat. En effet, chez les gens qui habitent la région caféière de la Colombie, la famille passe avant l'individu (Gutiérrez de Pineda, 1994). Bien que la perception d'être un fardeau pour les autres a rarement été abordée dans les recherches qui s'intéressent à la peur de chuter, ce facteur constitue une des perceptions qui ressort aussi chez les personnes âgées chinoises vivant à Hong Kong (Kong, 2002).

En outre, il est bien connu que plusieurs recherches ont montré que les chutes et la peur de chuter sont responsables d'un grand nombre de blessures et de traumatismes et d'une perte de la qualité de vie chez les personnes âgées et qu'elles entraînent aussi un fardeau économique pour le système de santé. Dans ce sens, les conséquences sur les plans humain et social engendrées par les chutes chez les personnes âgées font de la question de la prévention des chutes un enjeu encore plus important à considérer dans le domaine de la santé publique (Direction générale de la sante publique, 2004). À cet égard, on s'attend à ce que les personnes âgées, les membres de leurs familles et leurs proches craignent les conséquences des chutes.

5.1.5 Aspects reliés à la peur de chuter

Dans les paragraphes précédents, nous avons argumenté que la peur de chuter chez les participants est un angoisse, un sentiment n'ayant pas d'objet précis, diffus, n'ayant aucune cause objective évidente, représentant une menace obscure et vague, se vivant dans le temps et s'accompagnant d'un sentiment d'impuissance. Au-delà de la définition, nous avons relevé chez nos participants cinq aspects reliés à la peur de chuter,

à savoir l'âge et le vieillissement, les chutes, la perte d'équilibre, le manque de confiance et les maladies. Nous les présenterons plus en détail dans les sections suivantes (voir la figure 17).

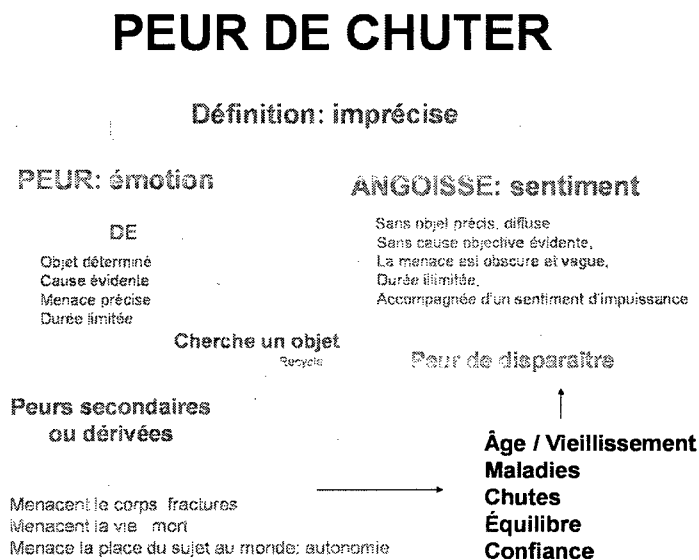


Figure 17. Aspects reliés à la peur de chuter

5.1.5.1 L'âge et le vieillissement

Un point remarquable qui ressort de cette recherche est la croyance qu'entretiennent les participants sur le fait que la peur de chuter constitue une dimension normale de processus de vieillissement. Ainsi, à la question : « Avez-vous peur de chuter ? », presque toutes les participants répondent : « *Oui, évidemment !* », comme si s'était naturel d'éprouver cette peur. Pour quelques participants, la peur existe partout et elle est inhérente à la nature humaine : « *Qui n'a pas peur de chuter ?* » Plus généralement, d'après Mannoni (1982 :5) « L'expérience de la peur est universelle [...] La peur est une compagnie habituelle de l'homme [...] Ce qui semble faire de ce phénomène l'une de composantes fondamentales de l'existence ». De son côté, Bauman (2006: 2) l'exprime dans les termes suivants: « Fear is a feeling known to every living creature. Humans share that experience with the animals ».

En outre, les personnes âgées croient que la peur de chuter est inévitable et qu'elle fait partie de la vieillesse. À ce sujet, voici quelques témoignages fort intéressants rendus par les participants : « *Plus d'âge, plus de peur !* » ; « *Avec la vieillesse, on devient plus peureuse* » ; « *Bien sûr, c'est l'âge !* » ; « *Mais oui ! La peur vient avec les ans !* » ; « *C'est logique, c'est l'âge !* » ; « *J'ai peur de chuter parce que je suis vieille* ». Par surcroît, certaines personnes âgées précisent l'âge où la peur de chuter commence : « *[...] plutôt à 60* » ; « *[...] à 90 ans et plus* ». À l'opposé, nous avons des participants qui prétendent que la peur de chuter n'a rien à voir avec l'âge : « *Ce n'est pas l'âge, pas du tout !* » ; « *Non, pas l'âge...* ».

A cet égard, Huang (2005), dans une recherche dans laquelle il explorait le cadre théorique sous-jacent à la peur de chuter parmi les personnes âgées, mentionne que le premier point qui ressortait de ses résultats était la croyance des participants que la peur de chuter constitue une dimension normale de processus de vieillissement. Il convient aussi de préciser que le langage quotidien est émaillé de certaines expressions en rapport avec l'âge et les chutes : On dit que la vieillesse, c'est « *l'âge du miroir* » ou encore « *l'âge de la porcelaine* » (si on tombe, on se casse quelque chose ; ceci fait référence aux dommages corporels qui sont irréparables). La vieillesse, c'est aussi « *l'âge des trois C* », les trois C correspondant aux chutes, aux cheveux blancs et à la diarrhée ou à l'absence de contrôle du sphincter anal (en espagnol, ce mot commence par la lettre C).

Dans cette veine, pour Roe et ses collègues (2008), les chutes sont une des conséquences du processus du vieillissement et elles font partie du parcours de vie, étant de ce fait même inévitables. Cependant, la compréhension que les chutes et la peur de chuter font partie du processus de vieillissement n'est pas individuelle, elle se partage avec d'autres membres de la société, un constat qui sera développé plus loin.

La perspective de vieillir peut conduire certaines personnes âgées à développer des images négatives. Il est vrai que le vieillissement engendre l'idée de perte progressive de ce que nous sommes sur les plans physique et intellectuel (« *Avec l'âge, on perd des capacités* ») : perte de force, perte de dextérité, perte de souplesse, perte de l'acuité

visuelle et auditive, perte de compétence, perte de mémoire et perte d'intelligence, mais aussi et trop souvent malaises, douleurs, infirmités, le vieillissement se vivant comme un lent adieu à la vie. Ce constat nous ramène à l'idée d'impuissance qui va de pair avec l'angoisse (Eck, 1964), dont nous avons brièvement parlé auparavant.

Finalement, il convient de rappeler qu'en ce qui concerne l'âge, la plupart des études ont rapporté que la peur de chuter augmente avec l'âge (Andresen, et al., 2006 ; Arfken, et al., 1994 ; Curcio, & Gómez, 2006a ; Friedman, et al., 2002 ; Lach, 2005 ; Murphy, et al., 2003 ; Vellas, et al., 1997 ; Yardley, & Smith, 2002 ; Yeung, Chou, & Wong, 2006).

5.1.5.2 Les chutes

Il semble que le regard des participants sur la peur de chuter comporte des éléments qui sont liés à l'expérience de vie, que ce soit sa vie personnelle ou celle d'une personne qu'il connaît. Ainsi, la peur de chuter représente une réaction devant une situation bien connue, en l'occurrence les conséquences des chutes. Il n'est pas surprenant que, pour les personnes qui sont déjà tombées, la peur de chuter soit la conséquence directe des chutes. Il se peut qu'elle soit une expérience personnelle ou vécue de façon vicariante. Voici quelques témoignages : « *Mais oui, j'ai peur de chuter parce que j'ai déjà chuté* » ; « *On a des miroirs* » ; « *J'ai vécu le cas de ma mère* » ; « *On apprend des expériences des autres* ».

Ainsi, il y a des personnes qui ont peur de faire une chute parce qu'elles sont influencées par les propos d'une autre personne âgée qui raconte les circonstances de sa chute ou parce qu'elles les connaissent bien pour avoir vécues les conséquences et les complications qui découlent d'une chute. Ces personnes savent qu'une chute peut leur causer une blessure et les mener vers un état de dépendance. Comme nous l'avons déjà rapporté à plusieurs reprises, les peurs spécifiques en lien avec la peur de chuter varient mais comprennent souvent la peur de chuter de nouveau, celle d'être blessé ou immobilisé, celle de ne pas être capable de se relever après une chute, celle d'avoir une chirurgie, celle d'être hospitalisé, celle de perdre son indépendance et celle de ne plus

être capable de s'occuper de soi, notamment dans la réalisation des activités de la vie quotidienne.

Pour Roe et al. (2008), la peur de chuter est reliée aux chutes, notamment avec la gravité des chutes et des traumatismes qu'elles ont entraînés. Tischler et Hobson (2005) de même que Lee et al. (2008) ont eux aussi trouvé dans leurs recherches respectives que la peur de chuter était étroitement reliée aux chutes.

Un grand nombre de recherches de type quantitatif ont associé la peur de chuter aux chutes (Li, et al., 2002; Mann, et al., 2006), mais d'autres études considèrent que la peur de chuter constitue une conséquence directe des chutes (Jorstad, et al., 2005). Par contre, nous trouvons également des recherches qui ont conclu que la peur de chuter est indépendante des chutes (Lach, 2005 ; Murphy, et al., 2002, 2003). Par ailleurs, il existe aussi des recherches qui n'ont trouvé aucune association entre l'occurrence des chutes et la peur de chuter (Arfken, et al., 1994 ; Perez-Jara, et al, 2009 ; Rosso-Henao, et al, 2007).

5.1.5.3 La perte de l'équilibre

Un troisième aspect qui est relié à la peur de chuter est l'équilibre, plus précisément les altérations de l'équilibre ou le manque d'équilibre que perçoit la personne âgée. « *J'ai peur parce que je n'ai pas d'équilibre* » ; « *La peur de chuter a tout à voir avec l'équilibre quand on est vieux* ». Il est important de noter que, dans notre échantillon, seulement trois personnes âgées rapportent des altérations de leur équilibre.

Il y a un autre point majeur en rapport avec l'équilibre : quelques participants disent que lorsqu'on prend de l'âge, on assiste à une perte d'équilibre, tandis que d'autres prétendent que ce qui affecte l'équilibre, ce n'est pas l'âge, mais plutôt des maladies.

Dans la recension des écrits, nous avons vu que, dès les premières recherches qui portaient sur la peur de chuter, celle-ci était définie à la fois comme une conséquence

des chutes et comme une manifestation d'instabilité ou de déséquilibre. Les problèmes d'équilibre constituent le facteur le plus indiscutablement associé à la peur de chuter et probablement l'un des facteurs faisant l'objet du plus grand nombre de recherches. Cette situation peut probablement s'expliquer par l'utilisation plus fréquente que fait la communauté scientifique du modèle biomécanique et de certains aspects du modèle fonctionnel dans l'explication de la peur de chuter.

5.1.5.4 La perte de confiance

Ici, nos résultats font ressortir un paradoxe. Ainsi, pour certaines personnes âgées, la peur de chuter est reliée à la perte de confiance. « *On a peur de chuter parce qu'on n'a pas confiance* ». Or, pour d'autres personnes âgées, ce manque de confiance représente une conséquence des chutes : « *La perte de confiance vient avec les chutes* » ; « *Je me fais confiance, donc je n'ai pas peur* ». Un troisième groupe de personnes âgées n'accorde aucun rôle à la perte de confiance dans la peur de chuter. Dans un quatrième groupe, la perte de confiance est attribuée à l'âge : « *À mon âge...* ». De plus, il semble y avoir une certaine confusion entre la notion de confiance et celle d'impuissance. Citons deux exemples tirés des récits des participants : « *C'est une sensation de ne pas être capable* » ; « *A cette âge-là, on n'est pas capable de se tourner, ni de se relever du sol si on chute !* ».

Comme nous l'avons précisé auparavant, la peur de chuter est un concept en soi, indépendant des chutes, et elle n'est pas toujours en lien avec la confiance. Lorsqu'on approfondit cette notion de confiance, le concept devient très vague et ambigu pour les participants, il s'agit des croyances d'un individu à l'égard de ses propres capacités à accomplir avec succès une certaine tâche (« *On fait ce qu'on peut faire* »).

Toutefois, il importe de ne pas perdre de vue que, chez les personnes âgées ayant pris part à notre recherche, la perte de confiance en son équilibre ne veut pas dire nécessairement peur de chuter ; le moins que l'on puisse dire, c'est qu'on n'a pas affaire ici à des concepts isomorphes. Nous avons précédemment avancé des arguments pour

montrer que la peur de chuter, telle qu'elle est exprimée par les personnes âgées, s'accompagne toujours d'un sentiment d'impuissance. La confiance naît de la capacité de l'individu de gérer une situation ; en fait, c'est ce que nous ne sommes pas capables de gérer qui nous fait peur : « Fear is another name we give to our defenselessness » (Bauman, 2006: 95).

Comme nous l'avons vu précédemment, et selon les résultats de cette étude, la peur de chuter prend la forme d'un concept plutôt imprécis. La peur de chuter réfère à l'éventualité d'un événement futur. Dans ce sens, elle diffère de la confiance en sa capacité de maintenir son équilibre ou de sa confiance en sa capacité d'éviter les chutes, qui réfèrent à des perceptions liées aux capacités actuelles de la personne. En fait, lorsqu'une personne donne son appréciation de sa confiance en son équilibre, elle réfère à une évaluation de son équilibre et pas nécessairement à la peur de chuter. Comme nous l'avons précisé quand nous parlions des instruments de mesure de la peur de chuter, la confiance en son équilibre a été définie comme « the confidence in one's ability to maintain balance and remain steady » (Powell, & Myers, 1995 : M29). D'où le fait que la définition de la perte de confiance en son équilibre qui est utilisée par les chercheurs ne permet pas de rendre compte de la signification donnée au mot confiance par les participants dans leurs récits.

Pour ce qui est de la confiance et des croyances d'un individu à l'égard de ses propres capacités à accomplir avec succès une tâche, on doit retourner à la théorie de l'auto-efficacité (Bandura, 1986). Cette théorie a été employée pour expliquer la peur de chuter et la confiance en sa capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne et pour développer des instruments servant à mesurer la confiance reliée aux chutes, à savoir le Falls Efficacy Scale (FES) et l'Activities-specific Balance Confidence Scale (ABC). Cette théorie offre un cadre conceptuel global qui permet d'unifier les origines des croyances sur la compétence personnelle, sa structure et sa fonction, ses processus et ses divers effets. L'intégration du système de croyances à propos de ses compétences dans un cadre théorique sociocognitif plus vaste permet de réunir des savoirs provenant des domaines d'études variés sur le fonctionnement humain.

En outre, toujours selon Bandura (2007), l'efficacité personnelle perçue ne concerne pas le nombre d'aptitudes que l'on possède, mais bien ce que l'on croit être en mesure de faire de ces aptitudes dans diverses situations ; il est question ici de confiance. Ainsi, des personnes différentes mais possédant des aptitudes identiques ou une même personne évoluant dans des contextes différents peuvent obtenir des performances qui peuvent être faibles, bonnes et extraordinaires selon le niveau de leur croyance en leur efficacité personnelle. Selon cette théorie, un fonctionnement efficace nécessite en même temps des aptitudes et des croyances en son efficacité pour bien les utiliser. Pour Bandura (1986), les croyances d'un individu à l'égard de ses capacités à accomplir avec succès une tâche ou un ensemble de tâches sont les principaux mécanismes régulateurs des comportements. Le sentiment d'efficacité personnelle fait référence non seulement « aux jugements que les personnes font à propos de leur capacité à organiser et réaliser des ensembles d'actions requises pour atteindre des types de performances attendues » (Bandura, 1986 : 63), mais également à leur croyance en leur capacité à mobiliser la motivation, les ressources cognitives et les comportements nécessaires pour exercer un contrôle sur les événements de la vie (Bandura, 1997). En particulier, le sentiment d'efficacité personnelle est supposé aider les gens à choisir leurs activités et leurs environnements et à déterminer la dépense d'efforts, leur degré de persistance, les types de pensées (positives ou négatives) et leurs réactions émotionnelles face aux obstacles. Autrement dit, la croyance de la personne en ses propres habiletés contribue à définir les modes et les types d'activités qu'elle choisit, le niveau d'effort qu'elle consacre à cette activité, la persévérance de la personne devant les difficultés et la persistance de la personne dans ses modes de conduite et ses réactions émotionnelles. En d'autres mots, selon Bandura (1997), les personnes âgées qui présentent une peur de chuter pourraient avoir tendance à limiter la durée et la gamme de leurs activités, à leur consacrer moins d'efforts, à se montrer moins persévérantes et à ne pas viser la performance. Comme nous l'avons dit, pour certains participants, la peur de chuter est reliée à la perte de confiance en son équilibre. De plus, pour ces mêmes participants, la perte de confiance en son équilibre n'est pas synonyme d'avoir peur de chuter.

5.1.5.5 Les maladies

Un petit nombre de personnes âgées croient que la maladie est responsable de la peur de chuter ; comme le mentionne l'une d'elle : « *C'est à cause de mes étourdissements* ». De plus, une autre personne âgée évoque elle aussi la maladie mais par rapport à autrui : « *Ils ont peur de chuter parce qu'ils sont malades* ». Ceci renvoie au modèle biomédical des chutes, selon lequel la maladie - aiguë ou chronique - est la cause des chutes et des conséquences de ces chutes, dont la peur de chuter. À la lumière des résultats et comme nous l'avons souligné à quelques reprises, la peur de chuter n'est pas une maladie, mais une condition qui est souvent vue comme étant normale quand on prend de l'âge.

Dans notre recension des écrits, et par rapport aux résultats des recherches quantitatives, les maladies qui sont le plus souvent associées à la peur de chuter sont principalement le vertige et les étourdissements, suivis par les fractures et les lésions qui sont dues à une chute ou à un accident vasculaire cérébral. Les maladies cardiaques, l'hypertension artérielle, l'arthrite, l'ostéoporose, les cataractes, le glaucome et l'incontinence urinaire ont également été mentionnés. De même, la comorbidité est un autre facteur qui est associé à la peur de chuter. Pourtant, chez les personnes âgées participantes, les maladies autres que celles qui altèrent l'équilibre, par exemple l'arthrite ou l'ostéoporose, ne sont pas reliées à la peur de chuter.

Concernant la maladie, il est maintenant nécessaire d'aborder la notion de syndrome parce que la peur de chuter a aussi été définie comme un syndrome (Murphy, & Isaacs, 1982 ; Chandler et al., 1996). On pourrait affirmer que si la peur de chuter est normale lorsque l'on prend de l'âge, il ne s'agit pas d'un syndrome ou d'un symptôme d'une maladie tel que mentionne pour plusieurs auteurs (Chandler et al., 1996 ; Studensky, & Rigler, 1996). À ce propos, il convient de préciser que, traditionnellement, le terme syndrome (du terme grec *sundromé*, qui signifie simultanété) a été défini comme un état pathologique associé à une série de symptômes concomitants, généralement trois ou plus. L'utilisation du mot a un caractère temporel, avec l'espoir que, une fois que le diagnostic sera confirmé, il sera remplacé par un terme plus précis. La définition de syndrome est demeurée pratiquement inchangée depuis l'époque d'Hippocrate jusqu'au

milieu du XVII^e siècle, quand l'Anglais Thomas Sydenham a conclu que les termes syndrome et maladie étaient synonymes. Dans ce contexte, le mot syndrome a pratiquement disparu de la littérature scientifique pour près de deux siècles puisqu'on le considérait comme un mot superflu. À la fin du XIX^e siècle, on assiste à une redécouverte du terme quand on constate que les méthodes existantes pour décrire les conditions pathologiques, qui combinent les noms des organes atteints par des préfixes et des suffixes appropriés, ne suffisent pas pour définir les maladies complexes telles que les anomalies multiples, les problèmes métaboliques et les troubles qui s'étendent à différents organes ou à différents systèmes du corps humain (Jablonski, 1995). Par syndrome, on désigne un ensemble de signes, de symptômes et de modifications de l'organisme (morphologiques, fonctionnelles ou biochimiques), d'apparence parfois disparates mais formant une entité reconnaissable qui, sans présager obligatoirement des causes de ses manifestations, permettent d'orienter le diagnostic médical (Merriam-Webster Online Dictionary, 2010).

Cependant, on a vu que les chutes ont, elles aussi, été traditionnellement considérées comme un des grands syndromes gériatriques (Inouye, et al., 2007). Dans la même veine, la peur de chuter, en tant que syndrome, présente des caractéristiques bien précises : elle montre une forte prévalence, elle est multifactorielle (de sorte qu'elle requiert une analyse diagnostique spécifique); elle est liée à la morbidité et au handicap et, enfin, elle affecte la qualité de vie des personnes âgées. À la lumière de ce qui précède, nous devons reconnaître que, du point de vue des épidémiologistes et des chercheurs, la peur de chuter pourrait être un syndrome, mais que, du point de vue des personnes âgées, elle constitue une condition normale qui est associée à l'âge et au vieillissement.

En résumé, cette section nous a permis d'affirmer que la peur de chuter est plus qu'une émotion, plus qu'un syndrome, plus que la perte de confiance en soi ou plus que la diminution de l'auto-efficacité. Elle n'est pas non plus une émotion telle que cette dernière est décrite dans la littérature. La peur de chuter chez les participants renvoie à un sentiment plus profond, plus existentiel, plus ontologique. Chez eux, la peur de chuter se présente sous l'aspect d'un sentiment d'angoisse et, pour parvenir à maîtriser cette

peur, ils doivent la transformer en peurs secondaires. Les peurs secondaires qui ont été décrites par les participants sont (a) la peur des fractures et des dommages corporels ; (b) la peur de l'invalidité, de l'incapacité et de la dépendance ; et (c) la peur de la perte de l'autonomie. Finalement, selon les témoignages des participants, il existe cinq aspects reliés à la peur de chuter, soit : l'âge et le vieillissement, les chutes, les maladies, la perte d'équilibre et la perte de confiance.

5.2 LA PEUR DE CHUTER DANS LA VIE QUOTIDIENNE DES PERSONNES ÂGÉES

Dans la première partie des résultats, nous avons conceptualisé ce qu'est la peur de chuter chez les personnes âgées. Comme le démontrent les résultats, la peur de chuter est présente de manière concrète dans la vie quotidienne des participants. Même si les participants n'arrivent pas à la définir, la peur de chuter n'est pas seulement une idée ou une notion imprécise ; elle est réelle à partir du moment où elle est authentiquement vécue, mène à l'action et entraîne des conséquences : elle a des répercussions dans le quotidien et des stratégies pour la gérer sont mises en place. Cette section du chapitre vise à répondre au deuxième objectif spécifique de cette étude, qui consiste à établir les stratégies déployées par les personnes âgées pour gérer la peur de chuter au quotidien.

Tout comme dans la section précédente, nous avons développé un modèle théorique qui est ancré dans les données et qui rend compte de la peur de chuter dans la vie quotidienne des personnes âgées. D'après les résultats de notre recherche, le travail de gestion de la vie quotidienne avec la peur de chuter entraîne pour les personnes âgées des modifications et des changements. Le modèle théorique qui est présenté ci-dessous permet de visualiser les catégories (les dimensions temporelles de la peur de chuter,

l'ajustement biographique⁸, les stratégies et la dimension spatiale) que nous avons identifiées, les dimensions de ces catégories de même que les liens possibles entre eux.

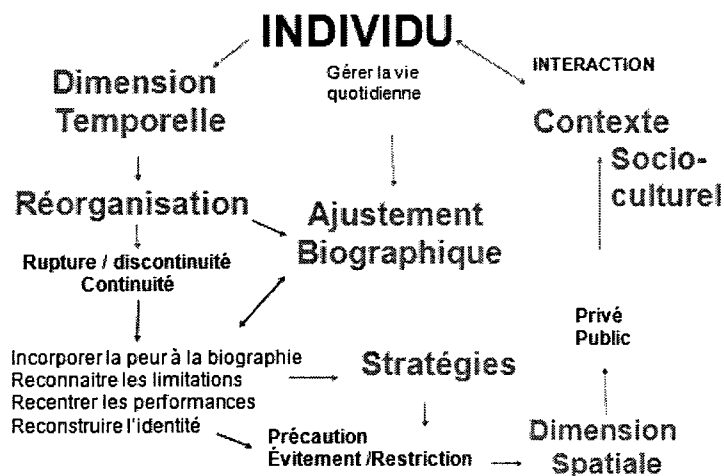


Figure 18. La gestion de la peur de chuter dans la vie quotidienne des personnes âgées

Quand nous leur posions des questions pour connaître comment se manifestait cette peur de chuter, les personnes âgées interviewées ne se limitaient jamais à ce sujet, bien au contraire, elles en faisaient une partie de leur histoire de vie. En fait, la peur de chuter était toujours replacée dans un contexte biographique : ce qui s'était passé avant, comment était la vie dans le passé et de quelle façon leur vie a changé maintenant. Dans la vie quotidienne des personnes âgées, il existe trois façons de gérer la peur de chuter, soit dans la continuité, dans la discontinuité ou dans la rupture. Il existe également des comportements et des situations que les personnes âgées évitent. C'est là qu'intervient le travail biographique. Au plan strictement analytique, l'ajustement biographique peut être décomposé en quatre grands processus se déroulant simultanément et se nourrissant mutuellement : incorporer la peur de chuter à la biographie, reconnaître ses limitations,

⁸ Terme emprunté à Corbin et Strauss, qui l'ont développé dans le cadre d'une recherche portant sur les maladies chroniques (1988). L'ajustement biographique devient le processus central par lequel les personnes malades et leurs familles entreprennent des actions pour retenir et/ou regagner un certain degré de contrôle sur leurs biographies, rendues discontinues par la maladie.

recentrer ses performances et reconstruire son identité (Corbin, & Strauss, 1988). Ainsi, les personnes âgées et leurs familles doivent mettre au point et reconstruire sans cesse un processus d'adaptation dans un contexte donné. En nous inspirant de Corbin et Strauss (1988), nous pouvons dire que le contexte renvoie à une grande variété de conditions situationnelles qui pèsent sur le processus de gestion de la peur de chuter, y compris la capacité individuelle d'accomplir les tâches quotidiennes (les performances) et le lieu où se déroulent ces tâches, d'où l'importance des stratégies d'interaction et des arrangements qui en découlent. L'interaction⁹ constitue le pivot autour duquel s'organisent les processus de gestion de la peur de chuter.

Afin de développer ces concepts et en suivant le modèle théorique proposé, nous tenons en premier lieu à illustrer la notion de changement dans la vie des participants : tout en parlant de la dimension temporelle de la peur de chuter, nous tenterons de dégager l'existence d'une réorganisation de la vie quotidienne. Dans un deuxième temps, nous allons aborder la question de l'ajustement biographique et de ses processus. Dans la troisième partie, nous ferons état des stratégies déployées par les personnes âgées dans le but de maîtriser la peur de chuter, notamment la prise de précautions et l'évitement. Dans la quatrième partie, nous chercherons à identifier les dimensions spatiales tout en montrant les différences entre la peur de chuter dans l'espace privé et la peur de chuter dans l'espace public. Dans la cinquième partie, nous développerons les aspects liés au contexte socioculturel.

5.2.1 Dimension temporelle de la peur de chuter et réorganisation de la vie quotidienne

Nos résultats indiquent que la peur de chuter, comme le dit une des personnes âgées participantes, « *change la vie* ». Ce processus de changement implique une dimension temporelle de la peur de chuter, un aspect que nous expliquerons par la suite. La figure suivante permet de voir la place occupée par cette catégorie dans le modèle théorique.

⁹L'interaction est l'action réciproque entre des individus qui adaptent leur comportement en fonction les uns des autres dans une situation donnée (Dictionnaire de sociologie, 2007 :426).

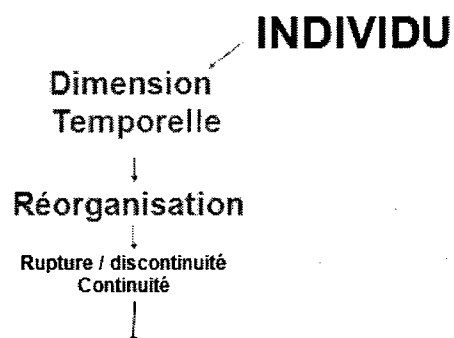


Figure 19. La gestion de la peur de chuter dans la vie quotidienne des personnes âgées : dimension temporelle et réorganisation

Il n'est pas inutile de rappeler ici que même si quelques personnes âgées reconnaissent qu'il y a un âge ou un évènement qui est associé au début de la peur de chuter et que cette peur est liée à l'âge, il est certain que, chez les participants, la séquence d'évènements qui y conduit n'est ni prescrite, ni prévisible. En fait, la peur de chuter n'est pas seule, n'est pas fixe ; elle apparaît plutôt un processus considéré comme étant indésirable. De plus, le degré de contrôle exercé par les participants sur les différentes dimensions de la peur de chuter n'est pas le même pour tous. Ce sont les combinaisons complexes qui donnent lieu à des variations multiples du processus de la peur de chuter.

D'une façon générale, la peur de chuter entraîne une profonde modification des relations de l'individu avec son quotidien. Le passé, le présent et le futur sont vus sous un jour nouveau. Il y a une période précédant la peur de chuter dans laquelle les personnes âgées ne pensent pas aux chutes « *Quand on est jeune, on ne pense pas aux chutes* », il y a un maintenant dans lequel existe la peur de chuter « *Avant? Non, jamais. C'est maintenant que j'ai peur de chuter* ». Cette peur de chuter produit des changements profonds dans la façon dont la personne âgée gère la vie quotidienne « *Ça change la vie!* ». Enfin, comme nous l'avons dit auparavant, il y a une incertitude devant l'avenir.

Aux dire de Sauzet (2001 : 364), « notre culture nous situe dans le faire, qui suppose une maîtrise de l'avenir [...]. Le présent ne vaut que par le futur qui lui donne son sens. Cette conception du temps suppose un sujet maître de son avenir et de soi ». Ainsi, cette incertitude face au futur joue un rôle important dans la gestion de la peur de chuter dans la vie quotidienne des personnes âgées. L'effondrement intérieur qui constitue l'angoisse éclaire la manière dont on vit le temps. Le présent et le passé se nourrissent l'un l'autre, le présent ne tient que par l'avenir (Sauzet, 2001). Lorsque l'avenir devient impensable ou incertain, c'est le temps lui-même qui perd sa consistance. L'angoisse provient dans une certaine mesure de ce que le rapport entre le présent et l'avenir n'est pas rigoureux (Natanson, 2008).

Ainsi, le présent se joue autrement, l'avenir prend les traits d'un projet, d'une méthode, d'une façon de faire des choses, d'une manière d'agir dans le monde. Il semble qu'il n'y ait pas d'autre choix que la maîtrise du présent, en choisissant une nouvelle façon de vivre notamment en procédant à une réorganisation de la vie quotidienne : « *Maintenant, je prends soin de moi* » ; « *Je marche autrement* » ; « *Je pense au futur et je me dis moi-même que je ne peux pas tomber* ». Alors, comme nous venons de le voir, le présent doit structurer et orienter l'avenir et modifier le rapport au monde et à soi-même puisque la peur d'un événement possible, en l'occurrence une chute et/ou ses conséquences, pourrait faire éclater le passé et dissoudre l'avenir. Dans ces conditions, un nouveau regard sur le monde et sur soi s'impose. L'incertitude du lendemain transforme l'encadrement du sujet au monde envers soi-même et envers la société. Ainsi, c'est bien en sa qualité d'angoisse que la peur de chuter s'intègre dans la vie quotidienne des personnes âgées et que, d'une façon générale, elle s'accompagne ou fait émerger des changements « *Oui, on change* » « *J'ai changé de modèle de chaussure* » ; « *On fait les choses autrement* », mais d'une façon si graduelle que les changements peuvent presque passer inaperçus « *Je ne m'en rends pas compte* ».

Il est nécessaire d'ajouter un autre élément temporel qui joue aussi son rôle : la durée de la peur de chuter. D'après les participants, la peur existera aussi longtemps que durera la

vie de la personne, «*Quand elle arrive, elle reste* ». A cette égard, la peur de chuter ne constitue pas une parenthèse dans la vie privée et sociale tant des personnes âgées qui ont peur de chuter que de leurs familles. D'après les résultats de notre recherche, la peur de chuter se caractérise par un début insidieux «*Ce n'est pas une chose qui arrive du jour au lendemain* » et c'est seulement lorsqu'elle apparaît à la suite d'une chute que son début est abrupt «*Je suis devenue peureuse à la suite d'une chute* », mais il n'en reste pas moins que, dans l'une ou l'autre situation, sa présence affecte toute la vie de la personne âgée.

Dans cette dimension temporelle, il existe aussi une autre perspective : si les personnes âgées ont peur de chuter en raison du fait qu'elles ont déjà expérimenté une chute, il est clair que ce sont les expériences passées qui modèlent le présent dans le but d'éviter les chutes à l'avenir. Mais, si les personnes âgées n'ont pas une expérience personnelle de chute, la peur de chuter se construit seulement par rapport au futur.

Avant de préciser l'impact de la peur de chuter sur la vie quotidienne des personnes âgées et d'exposer les processus de changement visant à maîtriser le présent et à réduire l'incertitude face à l'avenir, une autre constatation s'impose. Puisque les participants attribuent la peur de chuter au processus normal de vieillissement, «*Plus d'âge, plus de peur !* » ; «*Avec la vieillesse, on devient plus peureuse* », il est difficile de séparer les changements qui découlent de la peur de chuter de ceux qui sont attribués au processus de vieillissement. Il est évident qu'en vieillissant, la plupart des participants ont fait des modifications dans leur quotidien, même ceux qui n'ont pas peur de chuter et ceux qui n'ont pas chuté. Ceci revient à dire que, malgré la différenciation entre l'avant (sans peur de chuter) et le maintenant (avec peur de chuter), quand on parle des changements dans la vie quotidienne, les participants n'arrivent pas à déterminer quels changements ont été amenés par la peur de chuter et quels changements sont causés par le processus de vieillissement : «*Humm... Moi, je ne sais pas, peut-être aussi parce qu'on vieillit...* ». Nous estimons devoir insister sur le fait que, après une chute, les changements qui en découlent sont clairs et précis pour les personnes qui ont chuté, mais, quand il s'agit des personnes qui n'ont pas chuté, les changements ne peuvent pas être attribués seulement

au processus de la peur de chuter car il existe d'autres processus qui sont susceptibles d'entraîner des changements dans le quotidien des personnes âgées, par exemple la présence des maladies chroniques et/ou le processus normal du vieillissement.

D'après les résultats, certaines personnes âgées ont apporté de profonds changements à leur quotidien : « *Avant, je faisais le ménage, je sortais, j'aimais danser, mais tout a changé. Maintenant, en vous parlant, je réalise que j'ai tellement changé !* » ; « *Oui, on change* ». Cependant, quelques personnes âgées se sont contentées de procéder à des petits changements qui ne modifient pas vraiment leur quotidienneté, « *Pas grand-chose, seulement quelques-unes...* ». Enfin, nous retrouvons bien entendu des personnes âgées qui continuent leur vie sans changer quoi que ce soit.

Par ailleurs, il importe de préciser que ces changements ne sont pas statiques, mais bien dynamiques, et que, parfois, ils sont intégrés au fur et à mesure au parcours de vie des personnes âgées : « *En tous cas, pas du jour au lendemain, mais peu à peu* » ; « *Je n'en sais rien, c'est au jour le jour... je crois...* », « *Je ne suis pas certain* ». Il existe aussi des changements qui se produisent de façon abrupte ; la plupart du temps, ces changements surviennent chez les personnes ayant déjà chuté : « *Mais oui ! C'était après la chute* ».

En bref, nous avons affaire à un processus de changement. Dans ce sens, il faut penser en termes de continuité, de durée, c'est-à-dire à une réorganisation dans la vie quotidienne ou à d'autres formes d'organisation que celles qui existaient précédemment, une nouvelle organisation qui tienne compte des continuités, des discontinuités et des ruptures.

Avoir peur de chuter, lorsqu'il s'agit d'une condition de longue durée, désorganise durablement la vie de la personne concernée. Comme le mentionne Blumer (1969), nous traversons les trames quotidiennes en côtoyant et en interagissant avec des objets physiques, sociaux et abstraits. Cette désorganisation peut toucher toutes les facettes de la vie d'une personne. Ainsi, les personnes âgées procèdent à des ajustements ou à des

modifications dans leur vie quotidienne en fonction non pas uniquement de leur peur de chuter, mais des circonstances qui les concernent, en accord avec les suggestions et/ou demandes provenant de leur réseau familial et social ; en fait, ces changements n'affectent pas seulement la personne âgée ayant peur de chuter car ils doivent être harmonisés par des interactions de la personne âgée avec elle-même et avec les autres. Nous reviendrons sur ce point particulier.

Comme il s'agit d'un processus de longue durée, les changements sont incorporés graduellement à la vie quotidienne des personnes. Parfois, ces transformations sont planifiées ; parfois, elles passent inaperçues. Souvent, un incident est nécessaire pour qu'on se rende compte que des changements ont eu lieu : « *Maintenant, je réalise que j'ai changé* ». Selon Bury (1982: 169): « Is an experience in which the structures of everyday, its taken-for-granted features, and the stocks of knowledge upon which they rest are profoundly disrupted ». Néanmoins, il ne faut pas oublier que réorganisation n'est pas synonyme de stabilité ; en effet, la gestion de la peur de chuter constitue un processus qui n'est pas fixe dans le temps ; il peut fluctuer parce que, dans l'angoisse, on trouve toujours de l'incertitude. En outre, le monde comporte toujours quelque chose d'indéterminé, il est rempli d'imprévu et de surprise, c'est un contexte de vie qu'on ne maîtrise pas une fois pour toutes (Virno, 2002). C'est pourquoi, chez les personnes âgées participantes, nous retrouvons trois processus ou trois manières de gérer la peur de chuter dans leur quotidien:

- Continuité: certaines conduites continuent et restent les mêmes, quelques-unes sont modifiées et la personne âgée prend certaines précautions, par exemple marcher plus lentement.
- Discontinuité: il existe des comportements qui parfois changent, parfois ne changent pas ; par exemple, la personne âgée peut monter les escaliers chez elle mais pas au centre d'achat.
- Rupture: il existe aussi des comportements et des situations dont les personnes âgées s'abstiennent ; le mot rupture s'entend au sens où il y a un avant et un après : « *Plus maintenant* » « *Avant, je le faisais [le ménage], mais plus maintenant* ».

Ces façons de gérer la vie quotidienne présentent un caractère complexe parce qu'elles combinent plusieurs façons de faire en différents temps qui permettent de maintenir l'indépendance et l'autonomie des personnes âgées. Dans cette veine, une personne peut les incorporer à sa vie et elles deviennent des routines. À cet égard, certains participants parlent de rituels personnels, d'habitudes et de routines dans la gestion du sentiment de la peur. Ce sont en grande partie des gestes ciblés et précis, par exemple organiser les choses avant de prendre un bain, prendre soin de bien choisir ses chaussures, prendre son temps, ne pas changer la place des objets dans la maison. Les participants agissent de manière routinière face à des objets physiques et aux stimuli qui sont présents dans leur environnement. Ils répètent sans cesse les mêmes gestes sans grands changements quotidiens, toujours de la même façon. Pour d'autres personnes ou dans d'autres situations, ces processus peuvent être temporels quand ils sont produits par certaines circonstances ou conditions précises, par exemple « *Quand je suis chez ma fille, je ne monte pas l'escalier, mais, chez mon fils, je n'ai pas peur de monter l'escalier* ». Il se peut aussi que certains processus soient partiels ; en d'autres termes, la tâche et/ou l'activité est modifiée en partie, mais pas en totalité. Comme le mentionne un de participants : « *Ça dépend, je peux me baigner sans peur, pourtant je crains de sortir de la douche, donc je demande de l'aide, mais uniquement pour sortir !* ».

Dans l'ensemble, nous pouvons dire que, chez les participants, la peur de chuter se maîtrise par l'intermédiaire d'un processus de routinisation. Morin (1993 : 135) l'exprime en disant qu'on peut « domestiquer » les peurs par familiarisation, par simple routinisation des actes. Les gestes quotidiens contribuent à la gestion de temps et donc à la satisfaction du besoin de sécurité ontologique. Cette quotidienneté dans l'interaction renvoie à la notion d'attitude de Mead. « L'attitude come habitude joue enfin un rôle important dans l'organisation de l'acte, car elle permet d'anticiper [...] » (Cefai, & Quéré, 2006 :31). Les routines quotidiennes « help bracket such fears not only, or even primarily, because of the social stability that they imply, but because of their constitutive rôle in organizing an “as if” environment in relation to existential issues [...] core connection are established between routine and feel of ontological security » (Giddens,

1991: 37). La sécurité ontologique, comme opposé à l'angoisse, s'ancre dans la répétition même. Giddens (1991) affirme que tous les individus élaborent un certain cadre de sécurité ontologique qui se fonde sur des routines de formes variées. Les gens gèrent les dangers et les peurs qui leurs sont associées au moyen de formules ou de routines qui sont devenues partie intégrante de leurs comportements et de leurs façons de penser au quotidien.

En bref, pour ce qui concerne la dimension temporelle, la peur de chuter entraîne des changements profonds dans le rapport au temps : le passé, le présent et l'avenir sont vus autrement. De plus, la peur de chuter se vit dans la durée. Finalement, les participants considèrent que cette peur appartient au processus de vieillissement et qu'elle vient avec l'âge. Toutefois, il est opportun d'affirmer que dans la récession des écrits portant sur la peur de chuter, aucune étude, à notre connaissance, n'a pris en compte la dimension temporelle de la peur de chuter chez les personnes âgées.

De plus, les entrevues chez les personnes âgées participantes ont fait ressortir que la peur de chuter n'est pas isolée mais que, au contraire, elle fait partie de leurs histoires de vie ; donc, la peur de chuter est toujours placée dans un contexte biographique, concept que nous allons développer ultérieurement.

5.2.2 Ajustement biographique

Selon les résultats, avoir peur de chuter ou vivre avec la peur de chuter ne revient pas uniquement à donner une réponse à un événement menaçant. Dans ce sens, la peur de chuter possède trois caractéristiques intéressantes. Tout d'abord, il s'agit d'un processus qui se vit dans le temps, ce qui suppose une certaine continuité, de là en découle la deuxième caractéristique, la peur de chuter est un processus de longue durée. Finalement, la peur de chuter entraîne un processus de changement. Ces trois caractéristiques confèrent à la peur de chuter son caractère éminemment biographique ; pour faire face à cette peur, les personnes âgées concernées doivent faire des ajustements. La figure suivante montre la place prise par l'ajustement biographique dans

le modèle théorique que nous avons développé et ses relations avec les autres catégories. Ces éléments se montrent à la figure 20 et seront expliqués par la suite.

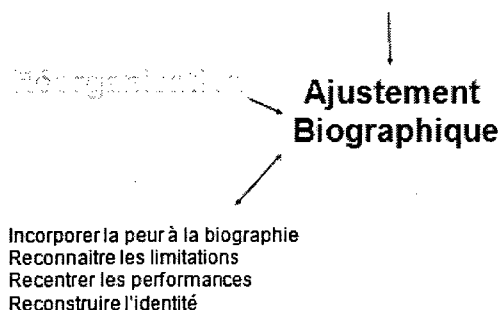


Figure 20. La gestion de la peur de chuter dans la vie quotidienne des personnes âgées : ajustement biographique

Comme nous l'avons mentionné auparavant, la peur de chuter chez les participants était toujours placée dans un contexte biographique : ce qui s'est passé avant, comment était la vie dans le passé et de quelle façon elle a changé maintenant. La peur de chuter touche toutes les facettes de la vie d'une personne et, par voie de conséquence, sa biographie. Sur ce plan, Corbin et Strauss (1988) ont développé le concept d'ajustement biographique, concept qui est résumé par Baszanger (1992 : 41) de la manière suivante: « L'ajustement biographique devient le processus central par lequel les personnes malades et leurs proches entreprennent des actions pour retenir et/ou regagner un certain degré de contrôle sur leurs biographies rendues discontinues par la maladie ». Ainsi, en tenant compte des données et en paraphrasant Corbin et Strauss, nous pouvons dire que la gestion de la peur de chuter dans la vie quotidienne des personnes âgées suscite chez ces dernières un processus d'ajustement biographique.

Il est possible de comprendre comment l'existence de la peur de chuter peut modifier l'identité d'une personne en établissant une discontinuité entre le moi¹⁰ du passé et celui du présent et le travail biographique nécessaire pour rétablir le sens de la continuité en fermant certaines facettes de l'identité et en ouvrant d'autres pour l'avenir car, comme on s'en rappelle, il peut y avoir sur ce plan continuité, discontinuité ou rupture. Ainsi, nous pouvons dire que l'ajustement biographique permet à la personne âgée d'intégrer dans sa vie la peur de chuter et les changements que cette peur apporte. Cet ajustement l'autorise à donner une forme et un sens à sa biographie en réponse à la peur de chuter et à toutes les contingences que celle-ci apporte.

Selon Corbin et Strauss (1988), une biographie est constituée de trois éléments : le temps biographique, les conceptions de soi et le corps. Les conceptions de soi¹¹ renvoient à l'identité individuelle, à une classification personnelle de qui je suis à cet instant du cours de ma vie. Elles se forment dans l'intégration en un tout des aspects variés du soi (Mead, 2006 [1934]). Pour chaque aspect d'elle-même, la personne âgée doit accomplir diverses tâches en rapport avec la gestion biographique. L'ensemble de ces tâches s'insère dans le temps biographique car ces dernières font partie du passé, du présent et de l'avenir de la personne : « *J'ai toujours pris ma douche le matin, après mon café, je ne veux pas changer ça* » ; « *Maintenant, il faut faire autrement, je ne peux pas le faire comme avant [m'habiller]* ». Corbin (2003) définit le temps biographique dans les mots qui suivent:

“Biographical time includes experiences derived over a lifetime of living and all the associated memories and emotions that one carries within the self. There is a sense of biographical continuity about life, past, present, and future, and recent events are anchored in a context that includes past and future. The body also has predictable

¹⁰ Strauss et Corbin prennent les concepts de « moi » et « soi » conceptualisés par Mead, qui récuse les conceptions de la société qui partent de l'individu isolé. Le « Moi » est l'ensemble des attitudes organisées que l'individu s'approprie pour lui-même (Mead, 2006 [1934]).

¹¹ Pour Mead (2006 [1934]), c'est dans la cadre des interactions sociales que l'individu émerge et prend conscience de soi. L'identité (le soi) correspond à l'ensemble des images que les autres nous renvoient de nous-mêmes et que nous intériorisons. Le soi constitue un processus de définition personnelle dans la réciprocité de l'interaction.

body rhythms, that is, periods over the course of the day when it feels more energetic, hungry, and fatigued”. (Corbin, 2003: 259).

Dans les mots des participants, cela donne un témoignage comme celui-ci : « *Même les horaires, j'ai dû les changer ; je dois attendre ma fille...* ».

Le soi se sent intégré lorsque l'ensemble de ses aspects se trouve articulé de manière satisfaisante. L'accomplissement de ces tâches liées au soi requiert un fonctionnement approprié du corps. Le corps du présent et de l'avenir est comparé au corps du passé, souvent ayant pour résultat un sens profond des pertes et des identités changées (Devins, 1994). Dans les mots des participants : « *On perd des capacités en vieillissant, on est différent* »; « *Les années pèsent... On perd... On n'est plus le même qu'à vingt ans* ». Les rythmes de corps peuvent être modifiés aussi par le processus de vieillissement et n'être plus prévisibles. Le corps connaît de nouvelles sensations et donne de nouvelles réponses aux mêmes situations parce qu'il est en processus de changement, en train de vieillir : « *On n'est pas le même, ... même si on ne sait pas exactement comment ou en quoi on a changé* ».

Rappelons que le processus de vieillissement provoque des changements dans tous les aspects de la personne, le vieillissement est censé entraîner des pertes sur les plans de la résistance physique, des fonctions sensorielles, des aptitudes intellectuelles, de la mémoire et de la vitesse d'exécution des tâches et des activités (« *Avec l'âge, on a des pertes, bien sûr !* »). Certes, nombreuses sont les capacités physiques qui décroissent au fil du vieillissement, ce qui impose à la personne de réévaluer ses performances dans des activités, mais, en même temps, la personne fait des gains en termes de connaissances, des compétences et d'expertise qui lui permettent de compenser en partie ses pertes des capacités. Malgré ces changements, l'identité se doit d'être préservée si on se prévaut du constat suivant : « *l'identité, c'est ce qui permet, à travers le temps et l'espace, de rester le même, de se vivre dans l'action en tant que soi, dans une société et dans une culture données, en relation avec les autres* » (Di Méo, 2008 : 3).

Les conceptions de soi (identité) naissent directement ou indirectement à travers le corps et évoluent au fur et à mesure du déroulement du temps biographique. Ces trois éléments forment un ensemble, « la chaîne de conception biographique du corps », la combinaison de ces éléments travaillant ensemble donne sa structure et sa continuité à une personne à n'importe quel moment de sa vie au cours de sa biographie (Corbin, & Strauss, 1988). C'est cette chaîne qui se trouve brisée ; en ce qui nous concerne, la chaîne est rompue par la survenue de la peur de chuter. La centralité du corps est ici manifeste, elle repose dans la capacité d'agir et dans les conceptions du soi qui se forment en lien avec la réalisation de l'action (« *Je suis beaucoup plus lente* »). Cette action et ses conceptions se manifestent au fur et à mesure qu'une personne tente de mener l'ensemble des tâches ou des performances qui sont associées aux différents aspects du soi.

Selon Mead (2006 [1934]), une performance requiert pour s'accomplir que les processus physique et mental opèrent en harmonie, tendus vers l'accomplissement de l'action. La réussite ou l'échec d'une performance ainsi définie est cruciale pour l'identité. La peur de chuter pourrait être à l'origine d'une modification de la performance, ce qui bloque éventuellement l'action : « *On doit faire les choses autrement* »; « *Maintenant, avant de prendre ma douche, je me prépare, je place mes affaires...* »; « *Je m'assure que ma fille est tout près de moi, sinon je panique, je reste comme pétrifiée...* ». Une performance non accomplie ou ratée peut susciter la panique et provoquer le désespoir, la colère ou la frustration, qui frappent de plein fouet l'identité et ébranlent la chaîne des conceptions biographiques du corps (Charmaz, 1995).

Comme nous l'avons dit, l'angoisse amène le sentiment de se désagréger, de se désintégrer. Le degré d'atteinte de l'identité dépend du nombre et de l'importance des aspects du soi ou du moi que l'individu a peur de perdre (par exemple, l'indépendance ou l'autonomie), de la possibilité de les récupérer, de la capacité à découvrir de nouveaux modes d'action (« *Je marche plus lentement* »), de la capacité à transcender le corps (« *Je me prépare pour prendre ma douche, je ne me prépare pas pour chuter* ») et de la capacité à surmonter des pertes et à construire une nouvelle conception de soi-même autour de ses propres limitations (« *On n'est plus le même* »). Selon Corbin

(2003: 266) « Constructing an identity comes from a fear that one is losing control over one's body and/or that one can "no longer do" what one could do before, and also from the fact that one can no longer understand the body's language or trust it to act as it should ». L'identité a pour objet de fabriquer une continuité, surtout temporelle, du sujet. Le récit que construit l'individu de lui-même consiste ainsi en une série d'ajustements continuels de ses expériences passées (son antériorité) en fonction de son présent (son actualité) et de son devenir (sa postérité).

Sur le plan analytique, selon Corbin et Strauss (1985, 1988), l'ajustement biographique dans la peur de chuter peut être décomposé en quatre grands processus qui se déroulent simultanément et se nourrissent les uns des autres : incorporer la peur de chuter à la biographie, reconnaître ses limitations, recentrer ses performances et reconstruire son identité. Les quatre processus se déroulent à travers une validation continue de chaque performance réussie. Selon Strauss et Corbin (1988), l'instrument de ce travail biographique est ce que Mead a identifié comme étant les processus idéationnels de l'action.

Incorporer la peur de chuter à la biographie, c'est également l'intégrer dans la vie quotidienne, donc c'est accepter qu'elle existe. Dans certaines situations ou circonstances, la peur peut aider les gens à continuer à faire des activités qui peuvent être effectuées en toute sécurité. Cette peur constitue une réaction normale et positive à un danger réel ou potentiel et n'entraîne aucune conséquence. On ne peut pas oublier que la peur assume une fonction de protection. C'est un signe d'alarme important qui stimule les fonctions de vigilance (Delpierre, 1974). Tant que la mobilité, l'accomplissement des activités et les interactions sociales ne sont pas affectés, la peur peut être acceptable. En réalité, certains niveaux de la peur sont convenables et permettent l'élaboration de stratégies pour améliorer les performances, par exemple utiliser des appuis lors de la marche. Dans bien des cas, cette peur représente une réponse raisonnable face aux dangers réels ou potentiels et peut constituer la première étape pour prévenir une chute. Le cas échéant, elle est souhaitable. En revanche, si la peur interfère avec la réalisation des activités et réduit des interactions sociales, elle

devient alors un problème sérieux. Nous reviendrons sur ce point quand il sera question des stratégies.

En règle générale, la reconnaissance de ses limitations et le recentrage des performances se font lentement et progressivement, c'est-à-dire dans le temps et pas nécessairement d'une façon continue ; « *On fait ce qu'on peut faire* » ; « *J'agis à la mesure de mon âge, de ma santé et de mon énergie* ». Simpson, Darwin et Marsh (2003), dans une recherche qualitative portant sur les stratégies adoptées par les personnes âgées pour éviter les chutes, ont trouvé que les participants croyaient que tous les gens de leur génération devraient connaître leurs limites afin d'éviter les chutes. Selon ces chercheurs, ceci signifie que les gens devraient savoir ce qu'ils peuvent faire et ce qu'ils ne peuvent pas faire.

Dans ce sens, la vie peut devenir une succession d'actions délibérées. Une tâche simple comme prendre une douche ou aller aux toilettes peut devenir une occasion de planifier et de réfléchir à chaque tâche que comporte une activité : réfléchir avant de marcher, réfléchir pendant la marche, réfléchir à propos d'où aller marcher. Organiser une réalité quotidienne autour d'un corps (qui change) et du présent (quand on a peur de chuter) parce qu'il fallait maintenir ou reconstruire l'identité et maîtriser la peur de chuter. Nous avons dit plus tôt que l'établissement et la maîtrise des routines dans la quotidienneté permettent de maintenir la continuité de la biographie et conserver la stabilité de l'identité. Sur ce point, Giddens (1991 44) affirme que « the identity is not something that is just given, as a result of the continuities of the individuals' actions system, but something that has routinely crated [...] all individuals develop a framework of ontological security of some sort, based on routines of various forms ».

Pour l'individu, il faut retrouver une continuité, ce qui correspond au fait de rester le même au fil du temps.

La cohérence de sa propre subjectivité autour d'une représentation structurée et stable de soi; l'unicité ou sentiment de son originalité ; la conception de sa diversité intérieure, au sens d'une reconnaissance des différentes facettes composant toute personnalité ; la réalisation de soi par l'action, le sentiment d'être ce que nous faisons réellement ;

l'estime de soi au sens de la construction d'une vision positive de soi-même (Di Méo, 2008 :3).

À la lecture de ces caractéristiques, on voit combien toute identité résulte d'un effort constant et volontaire du sujet pour gérer sa propre continuité, sa cohérence dans un processus de changement perpétuel. La reconstruction de l'identité est donc une tension permanente. À ce sujet, Dubar (1991) considère fort justement que l'identité fait l'objet d'une construction toujours inachevée dans la mesure où elle n'est autre que le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, de façon conjointe, construisent les individus.

Giddens (1991) conçoit le corps et l'identité de soi comme des entités qui doivent être créées et soutenues sur une base régulière par l'individu dans ses rapports avec lui-même et avec autrui. Pour Giddens, l'individu est fondamentalement un agent compétent qui peut exercer une surveillance réflexive sur les conditions de son existence et sur les conséquences de ses choix, le tout étant fondé sur la capacité de l'individu à organiser sa vie et à s'approprier des connaissances pour faire face à la complexité et aux incertitudes de la vie contemporaine. Ainsi, placé devant une diversité d'options, l'individu est forcé de faire des choix et de les évaluer par un monitoring continu de ses décisions et de leurs conséquences dans sa vie de tous les jours, «*On laisse certaines choses de côté*». Charmaz (1994, 1995) affirme que, dans la mesure où l'individu est certain d'avoir des choix et la liberté de choisir, la vie ne lui paraîtra pas limitée. Comme le mentionne un de nos participants : «*On ne peut pas tout faire, en tout cas pas comme avant, mais ce n'est pas grave*». Si la personne a le sentiment de contrôler sa vie, elle a également le sentiment de conserver son identité.

5.2.3 Stratégies : précaution et évitement

Les résultats de notre recherche montrent que, dans leur gestion de la peur de chuter, les participants emploient deux stratégies différentes: une stratégie de prise de précautions

qui les amène à faire preuve de prudence et à la prévention. Il existe aussi une autre stratégie qui consiste à éviter des activités qui, selon les participants, pourraient entraîner des dangers (réels ou potentiels). Ici, lorsque nous parlons de stratégie, nous faisons référence à l'ensemble d'actions coordonnées, d'opérations habiles et de manœuvres utilisées par les personnes âgées en vue d'atteindre un but précis, soit éviter les chutes. La figure suivante montre la place prise par cette catégorie dans la modèle théorique déjà présenté.

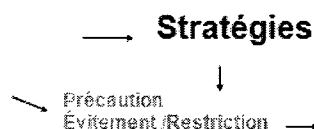


Figure 21. Stratégies de gestion de la peur de chuter dans la vie quotidienne des personnes âgées

Nous avons insisté plus tôt et à maintes reprises sur le fait que l'angoisse entraîne l'incertitude, le fatalisme et l'impuissance. Nous avons précisé également qu'une façon de maîtriser l'angoisse consiste à établir des routines dans le présent. Parallèlement, nous avons argumenté que ce n'est pas la chute en soi qui fait peur aux participants, les personnes âgées craignent de perdre leur intégrité, leur autonomie, le contrôle sur leur vie ; c'est la peur de devenir dépendent et de devenir un fardeau : « *Devenir un fardeau pour quelqu'un, non ! Ça, c'est impensable !* ». Chez tous les participants, le sentiment d'être un fardeau pour leur famille constitue une grande préoccupation car il se peut qu'ils ne soient pas en mesure de rencontrer leurs attentes face aux rôles habituels. Bien

que la perception de représenter un fardeau pour les autres a rarement été abordée dans les recherches qui s'intéressent à la peur de chuter, elle a été étudiée dans le cadre des maladies chroniques. Pour Charmaz (1983: 189), « perhaps the worst part of becoming a burden is the feeling of uselessness to self and others ». Ainsi, ces peurs de perdre son indépendance ou son autonomie et la peur de devenir un fardeau, poussent les personnes à agir et, par conséquent, à prendre certaines mesures pour se maintenir actives et indépendantes : « *J'utilise une marchette* » ; « *Je m'habille assise* » ; « *J'ai fait installer des barres d'appui chez moi, ça me permet d'entrer et de sortir toute seule* ». D'où le fait que les personnes âgées essayent de trouver des stratégies qui leur permettront de gérer ces peurs. Ainsi, elles déploient des stratégies de protection non seulement face à la chute mais aussi face aux changements qui résultent du processus de vieillissement. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, la gestion de la peur de chuter ne peut pas être séparée de la gestion du processus de vieillissement.

Lorsqu'il a peur de chuter et qu'il est âgé, l'individu commence à se montrer plus attentif face à son corps, à ses performances, à sa façon d'agir et aux lieux qu'il fréquente. En d'autres mots, la personne âgée qui a peur de chuter fait attention à elle-même et à son environnement puisqu'elle transfère son incertitude et son sentiment d'impuissance vers ses performances, elle fait ses routines et elle prend son temps tout en choisissant les activités, les endroits et les moments pour les faire. Même si les routines quotidiennes prennent plus de temps et deviennent plus difficiles à réaliser, ce sont elles qui contribuent à préserver l'autonomie et le sentiment de contrôle sur sa vie. Une fois que les aptitudes sont maîtrisées dans des situations récurrentes, les gens agissent selon ce qu'ils croient pouvoir faire ou ne pas faire, sans accorder beaucoup d'attention à l'activité elle-même : c'est la routinisation. Chacune des stratégies sera présentée en détail dans les paragraphes suivants.

5.2.3.1 Stratégies de précaution

Les stratégies de précaution peuvent se résumer en deux mots : précaution et prudence. La personne manifeste une augmentation de sa vigilance, par exemple en faisant plus

attention, en marchant à petit pas et lentement et en faisant plus attention aux conditions qui prévalent dans l'environnement.

Dans notre recherche, les stratégies de précaution sont orientées selon deux axes. Le premier axe de la précaution concerne la performance, la réalisation, l'accomplissement des tâches et des activités, des actions délibérés et conscientes : « *Moi, je fais attention, je prends des précautions, je marche très lentement [...]* » ; « *Je prends mon temps* » ; « *Je fais mes affaires avec soin* » ; « *Je marche très lentement et je touche tout* » ; « *Je prends soin de moi* ». Toutefois, il convient de préciser que nos participants n'utilisent pas tous cette stratégie. Comme le mentionne l'un d'entre eux : « *Non, je ne fais rien* ».

Le deuxième axe de la précaution est en relation avec le lieu où se passent les déplacements et les performances : les personnes âgées ont plus de peur de chuter dans les espaces publics. Ce point sera repris et développé plus tard dans ce chapitre.

Un petit nombre des participants utilisent des aides à la marche telles que des cannes ou des marchettes dans le but de conserver leur mobilité et leur indépendance. D'autres participants ont procédé à des aménagements de leur domicile, par exemple en installant des barres d'appui dans la douche. Mais, la plupart de ces personnes n'ont pas fait ces transformations dans leur logis seulement à cause de leur peur de chuter, mais pour d'autres raisons, notamment des problèmes de mobilité ou en raison des conseils qu'ils ont reçus de leurs enfants ou d'autres membres de la famille qui ont peur qu'elles tombent.

Par contre, d'après l'étude phénoménologique menée par Ward-Griffin et al. (2005), il existe une tension dynamique entre deux forces opposées : faire preuve de prudence (axée sur la peur) et lutter pour conserver son autonomie (axée sur la confiance). Pour ce qui est de l'exercice de la prudence, les stratégies utilisées par les personnes âgées sont celles-ci : choisir des espaces sécuritaires, déléguer des responsabilités, éviter les obstacles et les situations à risque, limiter ses activités et accepter l'aide offerte. Dans le processus d'équilibrage du désir d'autonomie et de la peur de chuter, la prudence

prédomine, ce qui a pour effet inévitable de limiter l'engagement de la personne âgée dans le monde car les stratégies de prévention des chutes contribuent par inadvertance à son isolement sur le plan social.

De plus, il ne faut pas oublier que la presque totalité des études sur la peur de chuter ont été faites selon un approche épidémiologique et qu'un individu en santé est décrit comme une personne qui est active et intégrée à son groupe social. Dans ce contexte, une personne âgée qui a une peur de chuter doit s'ajuster aux demandes de la société en restant active, dans le cas contraire, elle est considérée comme étant malade (Radley, & Green, 1987). Comme le dit Corbin (2003: 266): « Health is also measured in “what I can do” » De même, pour Charmaz (1983: 170): « [...] maintain the organization of the self – that is, self-concept – means empirical validation in daily life. » Selon l'Organisation mondiale de la santé (2002), si l'on veut que le vieillissement soit quelque chose de positif, il faut aussi qu'une vie plus longue s'accompagne de possibilités d'être en bonne santé, de participer et d'être en sécurité. L'Organisation mondiale de la santé (2002) se sert de l'expression « vieillir en restant actif » pour définir le processus qui conduit à une telle conception du vieillissement. « Vieillir en restant actif est le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse » (p. 12). Dans cette veine, il n'est pas surprenant que la restriction d'activité reliée à la peur de chuter ait été considérée comme étant la conséquence négative la plus importante et qu'elle ait fait l'objet de nombreuses recherches.

5.2.3.2 Évitement et restriction des activités

L'évitement comme stratégie est simple : l'individu évite de faire certaines activités et certaines tâches. Comme cette stratégie représente en fait une préoccupation face à la chute, elle conduit la personne à éviter des activités qu'elle est capable de faire. Mais, comme pour la précaution, il apparaît impossible distinguer les stratégies d'évitement et de restriction qui découlent de la peur de chuter des stratégies qui sont reliées au processus du vieillissement : « *À mesure qu'on vieillit, on fait plus attention* ».

Selon nos résultats, l'activité que les participants restreignent le plus est celle consistant à monter et à descendre des escaliers : « *J'ai surtout peur de descendre des escaliers* ». Pourtant, l'évitement ou la restriction d'activité est plus important en dehors de la maison. À ce sujet, regardons quelques témoignages des personnes âgées participantes: « *Non, pas ici [à la maison] ! C'est dans la rue !* » ; « *Ici, c'est chez moi et je connais le mien...* » ; « *Dans la rue, c'est très différent ...* » ; « *Déjà, je n'ai pas envie de sortir... parce que j'ai peur de chuter, moi* ». Toutefois, nos résultats montrent aussi l'existence de petites restrictions dans la maison, par exemple monter des escaliers pour aller à la terrasse ou faire le ménage ; un participant évoque cette situation: « *Je ne fais pas les mêmes choses* ». Selon Charmaz (1983 : 172): « As a long as an individual feels that he or she exercises choice in valued activities and some freedom of action to pursue these choices, everyday life not seems so restrictive, suffering is reduced, and self-images are maintained. » À cet égard, l'évitement ou la restriction des activités ne sont pas négatifs en soi, mais seulement si la personne n'a pas le choix. Quand la peur s'avère trop intense, les conséquences amenées par le fait d'avoir trop peur ou d'être paralysé par la peur peuvent entraîner une véritable paralysie chez la personne âgée (Delpierre, 1974 ; Massumi, 2005). « L'être humain a la capacité de réagir de multiples façons à la peur. Il dispose de tout un stock d'anti-peurs, une conduite est de fuir, un autre comportement typique de la peur est la paralysie. Il y a aussi le phénomène d'inhibition, qui empêche de trouver une solution adaptative » (Morin, 1993 : 131). Au moment où la personne est complètement dépassée par les événements, elle ne possède plus la capacité de trouver une réponse comportementale.

La restriction des activités dépend de la manière de faire face aux demandes et aux possibilités autant de l'individu que de leur environnement. Faire ou ne pas faire des activités ne dépend pas exclusivement de la capacité ou de l'incapacité d'accomplir des tâches ou des activités. Ainsi, les individus peuvent posséder les aptitudes nécessaires pour accomplir une activité et éprouver le sentiment qu'ils peuvent l'exécuter de manière correcte mais choisir de ne pas la faire parce qu'ils ne se sentent pas incités à le faire : « *Il y a des choses que je n'ai pas envie de faire. Voyons... Par exemple, changer*

les lumières, le jardin... ». De plus, rappelons-nous que la plupart des participants font de l'activité physique ou de l'exercice physique de façon régulière et que seulement trois d'entre eux sont en fauteuil roulant. Donc, chez nos participants, il ne serait question ni d'une perte de capacité ni d'une perte de fonctionnalité comme ont décrit celles-ci dans la littérature scientifique (Delbaere, et al., 2006 ; Tinetti, et al., 1994b).

Les personnes commencent à restreindre leurs espaces à des territoires locaux et familiers afin de ne pas se placer en position de faire une chute. C'est pourquoi les recherches font mention du risque d'isolement social. Nous avons affirmé plus haut que la restriction d'activité peut entraîner l'isolement social et que celui-ci peut à son tour conduire la personne à mener une vie restreinte, ces deux situations limitant les possibilités d'une validation positive du soi (Charmaz, 1983 :172). Pourtant, les résultats de notre recherche montrent que, même s'il se produit une restriction d'activité qui est attribuable à la peur de chuter, il n'y a pas d'isolement social. Nous reviendrons sur ce point subséquemment.

D'autre part, on peut affirmer que nos résultats confirment ceux auxquels sont parvenus d'autres recherches qui envisagent des différences de genre par rapport à la diminution et à la restriction d'activité face à la peur de faire une chute (Fletcher, & Hirdes, 2004; Reyes-Ortiz et al., et al., 2006; Wilson, et al., 2005; Zijlstra et al., et al., 2007a). En effet, nous n'avons pas trouvé d'hommes âgés qui restreignaient leurs activités à cause de la peur de chuter, même s'ils prennent des précautions et s'ils ont fait des changements dans leurs vies. Dans notre étude, la restriction des activités est évoquée seulement par des femmes. Toutefois, ce sont des femmes qui présentent certaines conditions médicales telles que des altérations de la marche ou de l'équilibre. Ce résultat laisserait supporter que la restriction des activités reliée à la peur de chuter est tout d'abord associée aux conditions biomédicales et aux performances (Curcio, et al., 2009 ; Fletcher, & Hirdes, 2004 ; Howland, et al., 1998 ; Martin, et al., 2005; Murphy, et al., 2002; Wilson, et al., 2005).

De plus, d'après Fletcher et Hirdes (2004), les différences observées entre les sexes sont dues probablement à ce que les femmes tendent à sur estimer les risques et les hommes à les sous-estimer. Une autre hypothèse envisageable serait que les hommes sont moins portés que les femmes à admettre qu'ils ont peur de chuter (Myers, et al., 1996).

Entre autres, les études quantitatives ont établi que la personne qui se trouve aux prises avec beaucoup plus de restrictions dans ses activités quotidiennes, est moins capable d'utiliser ses habilités de force et d'équilibre. Les restrictions commencent sur le plan de la mobilité et font en sorte que la personne âgée a peur de sortir de chez elle et qu'elle reste de plus en plus souvent enfermée à la maison, ce qui a pour effet de provoquer une forte détérioration de sa performance physique, de susciter une peur importante chez elle et d'entraîner une diminution considérable de ses activités (Brouwer, et al., 2004 ; Delbaere, et al., 2004 ; Kressig, et al., 2001 ; Rochat, et al., 2005). Lors des études quantitatives, il a aussi été démontré que la diminution des activités à cause de la peur de chuter entraîne un cercle vicieux : peur de chuter, chutes, augmentation de la fragilité, isolement social et diminution de la qualité de vie. Pourtant, dans notre recherche, il est certain que les personnes âgées ont peur de sortir de chez elles, mais, cette peur n'implique pas qu'elles demeurent enfermées à la maison, donc le cercle vicieux restriction – inactivité – pauvre performance, n'est pas toujours évident chez nos participants.

Mann et al. (2006) de même que Murphy et al. (2002) ont trouvé que la fragilité physique, la comorbidité et la dépression permettent de différencier entre, d'une part, les personnes qui ont peur de chuter et qui par conséquent restreignent leurs activités et, d'autre part, les personnes qui montrent seulement une peur de chuter. Bien que chez nos participants, la restriction des activités est présente chez des femmes qui sont aux prises avec certaines conditions médicales qui affectent leur mobilité et leur équilibre, la comorbidité et la dépression n'ont pas été étudiées et échappent à expliquer nos résultats.

Dans notre revue de la littérature, nous avons mentionné que la restriction d'activité constitue une des premières étapes marquant le déclin fonctionnel chez une personne âgée. Elle contribue aussi à l'apparition du syndrome de non-utilisation¹² (*disuse syndrome*; Bortz, 1984) (Rochat et al., et al., 2005). Toutefois, dans cette étude, presque tous les participants, même s'ils disent avoir diminué leurs activités, font de l'activité physique ou de l'exercice physique de façon régulière et, pour eux, le déclin fonctionnel n'est pas évident : « *Je ne le fais pas parce que je n'ai pas envie de le faire* ».

En résumé, dans la stratégie d'évitement, la restriction des activités, en particulier sortir de la maison, est l'effet le plus fréquent de la peur de chuter. Les paragraphes suivants développent cette notion en parlant de la dimension spatiale de la peur de chuter.

5.2.4 Dimension spatiale de la peur de chuter : espace privé et espace public¹³

La figure 22 montre la place de la dimension spatiale de la peur de chuter dans notre modèle théorique.

Tout d'abord, comme nous l'avons mentionné auparavant, la vigilance chez nos participants se manifeste par la prise de précautions et par une attitude prudente dans leurs habitudes de vie. Les participants maîtrisent leur environnement privé, ils le modèlent et l'influencent. Ils font attention, ils marchent plus lentement, ils utilisent les appuis. Par contre, ils perçoivent l'environnement public comme étant dangereux, non sécuritaire et incontrôlable. En conséquence, la plupart des participants évitent les endroits publics : ils ne sortent pas trop et, quand ils le font, c'est presque toujours en compagnie de quelqu'un : « *Parce que je réalise que la rue me fait peur... une voiture, une moto... ou que je me glisse... et qu'en me glissant une moto... ou un voiture me*

¹²“Our cultural sedentariness, recently acquired, lies at the base of much human ill-being. Physical inactivity predictably leads to deterioration of many body functions. A number of these effects coexist so frequently in our society that they merit inclusion in a specific syndrome, the disuse syndrome” (Bortz, 1984: 691).

¹³ L'espace public représente un espace physique peu connu ou familier à la personne âgée, il pourrait être aussi l'espace qu'elle n'est ne peut pas contrôler agencé de façon personnelle (Ex: la rue, le trottoir, les commerces, l'église). Par contre l'espace privé, même s'il s'agit aussi d'un espace physique, représente celui qui est familier et connu pour la personne âgée (ex : la maison)

renverse... » ; « Je ne sors pas seul, toujours avec quelqu'un ». Selon les résultats de notre recherche et si nous tenons compte du contexte socioculturel dans lequel vivent les participants, c'est-à-dire la région caféière de la Colombie, il n'est pas surprenant de constater que ce sont les femmes qui montrent une plus grande peur de sortir de la maison et une plus grande peur de faire une chute ou d'être renversées dans la rue. Les conditions socioculturelles seront présentées dans la prochaine section des résultats.

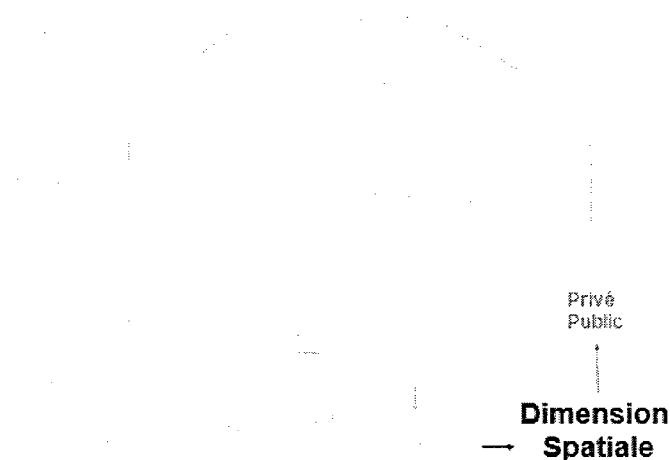


Figure 22. La gestion de la peur de chuter dans la vie quotidienne des personnes âgées : espace privé et espace public

La peur de chuter n'est pas la même dans un espace privé comme le domicile que dans un espace public comme la rue. Ces résultats nous amènent à affirmer qu'il existe un « dedans » habituel (privé) qui ne fait pas peur et un « dehors » inconnu et hostile (public). « *Pas chez moi ; chez moi je n'ai pas peur, pas du tout !* » ; « *Je me suis mis dans la tête que toutes les voitures vont me renverser, que toutes les motos...* ». En fait, l'espace privé et l'espace public contribuent à la construction de la peur de chuter et façonnent la représentation que la personne âgée a d'elle-même et des lieux qu'elle fréquente. La

personne interagit dans un environnement qui présente un aspect « agressif » et qui est en constante transformation (Gómez et al., 2010), et cet environnement imprègne la peur tant dans sa construction que dans ses manifestations, en particulier quand il s'agit de l'espace public, voire de la rue.

Nous avons mentionné auparavant que le corps forme la base, le support nécessaire de toute identité et que cette base corporelle ne peut pas être conçue en dehors d'un double contexte d'interactions sociales et d'interactions spatiales. D'ailleurs, le corps est espace, il a une place dans un environnement précis. Il se définit toujours en situations et en positions spatialisées : mobile ou immobile; debout, assis ou couché, etc. Le corps n'échappe jamais à un contexte spatial qui incite l'individu à adopter tel comportement ou à prendre telle posture.

« Cette spatialité contribue à son impression de bien-être ou de mal-être, elle le stimule ou l'inhibe... Ainsi, corporalités et spatialités se conjuguent en référence à des règles, à un ordre social. Imposés ou sélectionnés et choisis, ces contextes spatiaux (espaces de vie, des pratiques, du quotidien) sont incorporés par l'individu, ils deviennent des extensions de son propre corps et s'inscrivent dès lors dans son système identitaire. Or, cet espace incorporé n'est jamais neutre, il est toujours socialement signifié, symboliquement qualifié par les rapports de genres, les positions et les enjeux sociaux » (Di Méo, 2008 :7).

La peur de chuter conduit la personne âgée à demeurer chez elle et à modifier sa participation à l'extérieur de la maison. En effet, comme nous l'avons dit, la plupart sortent seulement en compagnie d'autres personnes : « *Je ne sors jamais seule* ». La peur de chuter renvoie à une sensation de vulnérabilité principalement au dehors de la maison, dans les endroits publics, plus particulièrement dans la rue.

Pour une bonne partie des personnes âgées, l'environnement urbain pourrait se révéler problématique en regard des changements physiques dus au vieillissement et à la peur de chuter. La lenteur des déplacements, les difficultés à se mouvoir et les changements physiques constituent le lot de beaucoup de personnes âgées, qui sont en même temps confrontées à de nouveaux modes de déplacement et à un phénomène d'urbanisation qui ne tient pas compte de leurs besoins (Gómez, et al., 2010). Cette crainte n'est pas

ressentie seulement par les participants les plus âgées, mais également par les plus jeunes. De plus, ces inquiétudes sont le fait aussi bien des femmes que des hommes. Sur ces points, voici quelques exemples : *« J'ai peur des vélos qui arrivent sans qu'on ne les entende. Ils nous frôlent et on risque de tomber »*; *« Il y a des jeunes en moto ou à vélo; j'ai peur d'être renversé; on sait quelles sont les conséquences si on tombe ! »*; *« Ma grande crainte, ce sont les autos et les motos. Ça me fait peur car, si on est frappés, c'est grave pour nous. On peut même devenir invalide »*.

D'une façon générale, nous pouvons affirmer que, chez l'individu, l'environnement privé (le chez soi, à la maison) a une connotation de sécurité et de contrôle, tandis que l'environnement public signifie l'insécurité et l'incontrôlable. Répétons-le, la réalisation des activités ne dépend pas seulement de l'habileté ou de l'inhabileté de la personne à les accomplir. Les personnes commencent à restreindre leur espace à des territoires locaux et familiaux, qu'elles contrôlent et où elles sont moins exposées aux risques de chute (*« J'ai surtout peur de chuter. Mais ça ne m'ennuie pas de ne pas sortir car j'ai beaucoup d'activités »*). Dans la région caféière de la Colombie, l'espace physique constitué par la rue n'est pas toujours en bonne condition, il y a des voitures, des motos et des vélos partout et les gens ne se montrent pas toujours respectueux des autres ou respectueux des règlements. En Colombie, les rues sont toujours pleines des gens qui marchent souvent très rapidement et pas toujours sur les trottoirs. Il y aussi des vendeurs qui exposent leur marchandises sur ces trottoirs. Enfin, il ne faut pas oublier la traversée de la rue ; il arrive fréquemment que les gens n'aient pas le temps de traverser avant le changement du feu. Ainsi, les conditions qui règnent dans l'environnement physique et culturel sont difficiles et dangereuses pour les personnes âgées et elles nourrissent chez ces dernières la peur de chuter dans la rue.

Pour sa part, Virno (2002) parle plutôt du sentiment de «me-pas-se-sentir-chez-soi», qui, selon Heidegger (1963), se situerait à l'origine de l'angoisse. Donc, il n'y a rien de plus partagé et de plus commun, et dans un certain sens de plus public, que ce sentiment. Personne n'est plus isolé que celle qui ressent l'effrayante pression du monde indéterminé, comme nous l'avons déjà dit. En d'autres termes, nous pourrions peut-être

avancer que ce sentiment de «ne-pas-se-sentir-chez-soi» constitue vraiment un trait distinctif de l'angoisse, tandis que la séparation entre le « dedans » et le « dehors », marque la différence entre la peur et l'angoisse. En fait, «ne-pas-se-sentir-chez-soi», c'est être exposé à un monde rempli de périls contre lesquels on n'a pas de protection, devant lesquels on est impuissant. Natanson (2008) exprime la même idée mais de façon différente, pour lui, l'angoisse rend étranger. Cette étrangeté renvoie tout d'abord à l'indétermination de la situation angoissante entre le rien et le nulle part, mais elle signifie en même temps que l'individu n'est pas chez lui dans le monde. Heidegger (1964) a analysé l'être-au-monde comme familiarité, assurance paisible de lui-même, intimité « naturelle » de la quotidienneté. Au contraire, avec l'angoisse, la familiarité s'effondre, l'individu se retrouve livré à lui-même dans un monde où il n'est pas chez lui. Cette notion pourrait contribuer à expliquer pourquoi les personnes âgées ont peur de chuter davantage dans l'espace public que dans l'espace privé.

En bref, pour l'individu, la maison représente la sécurité, l'intimité, la familiarité : c'est le chez soi. Par contre, l'espace public signifie pour lui l'incontrôlable, l'indéterminé, l'insécurité, ce qui fait référence au sentiment « de-ne-pas-se sentir-chez-soi ».

En comparant nos résultats avec la littérature scientifique, nous voyons que Simpson et al. (2003) font mention de trois actions qui sont reliées à la stratégie consistant à faire attention pour éviter les chutes: la restriction, la vigilance et le fait de s'accrocher (*holding on*). Dans cette dernière catégorie, ces auteurs incluent des activités comme sortir de la maison seulement en compagnie de quelqu'un ou en s'appuyant sur un autre personne ou sur quelque chose, par exemple un mur, une canne ou une marchette. Notre recherche permet de confirmer ces résultats (« *Je m'accroche à ma fille* ») mais en en faisant une interprétation différente. En ce qui nous concerne, s'accrocher représente une stratégie de précaution pour éviter les chutes qui pourrait être incluse dans la vigilance.

Une recherche quantitative effectuée par Deshpande, Metter, Lauretani, Bandinelli et Ferrucci (2009) laisse voir qu'il existe certaines différences entre la peur de chuter dans la maison et la peur de chuter à l'extérieur de la maison. Selon ces chercheurs, les

personnes âgées qui montrent une peur de chuter dans la maison disposent de ressources psychologiques et sociales qui sont plus limitées. En outre, ces personnes éprouvent plus de difficultés dans la réalisation de leurs activités et présentent une diminution de leur fonctionnalité. Enfin, ces auteurs suggèrent de classer la peur de chuter en fonction des caractéristiques de l'environnement physique.

Finalement, les résultats de notre recherche montrent également que les changements dans la vie quotidienne des personnes âgées ayant peur de chuter ne sont pas uniquement individuels, ils sont aussi socialement construits et affectent les options qu'elles sont prêtes à considérer pour prévenir les chutes. Les changements biographiques sont en même temps des changements qui surviennent dans les relations sociales (Bury, 1982). De fait, l'identité personnelle ne s'arrête pas aux frontières de l'individu, elle s'inscrit dans le dialogue que celui-ci instaure avec les personnes et les objets qui sont présents dans son environnement. En effet, comme le précise Di Méo (2008 : 9) : « Le lien entre identité (individuelle et sociale) et espace se révèle d'une étonnante force, tant au niveau de l'identité propre à l'individu qu'à celui des reconnaissances et des appartenances collectives ». De plus, en dépit du fait que les changements relèvent d'abord et avant tout de l'individu, ils constituent également et sans aucun doute un processus socialisé et socialisant, processus qui amène la personne à procéder à certains ajustements biographiques. Généralement, ces ajustements sont partagés par d'autres gens de la même génération et sont pareillement significatifs pour eux (Strauss, 1977).

C'est par l'intermédiaire d'interactions prolongées se déroulant dans différentes sphères de la vie sociale et quotidienne que tous les acteurs qui sont partie prenante de ces interactions vont façonner la réalité de la peur de chuter. Ainsi, la gestion de la peur de chuter se situe toujours dans un contexte socioculturel.

5.3 CONTEXTE SOCIOCULTUREL

Le contexte socioculturel correspond à la dernière catégorie du modèle théorique. Nous illustrons sa place dans la figure suivante.

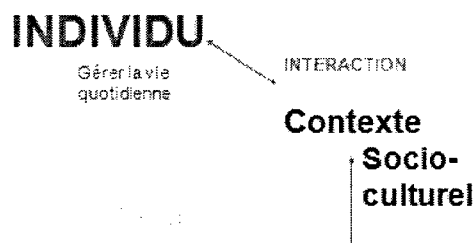


Figure 23. La gestion de la peur de chuter dans la vie quotidienne des personnes âgées : contexte socioculturel

Nous avons dit à maintes reprises que la peur de chuter représente une expérience qui se construit dans l'interaction entre les personnes âgées et leurs familles et que c'est autour de sa gestion que se construisent des interactions familiales. Dans notre recherche, les personnes âgées se situent au centre de la dynamique familiale et les liens qui se tissent à l'intérieur de la famille sont reliés à la dispensation de soins et à la protection de la personne âgée, et ce, en raison non seulement de sa condition de aîné, mais aussi pour la peur de chuter que tous les membres de la famille ressentent. Ainsi, la peur de chuter n'est pas un sentiment particulier aux personnes âgées puisque celles-ci le partagent avec d'autres membres de la société. Dans la quotidienneté, on rencontre la peur que les personnes âgées chutent. On retrouve également la notion que les chutes font partie du processus de vieillissement normal. De plus, que ce soit pour les familles ou pour les personnes âgées, la chute est toujours synonyme de fracture, d'incapacité et de

dépendance, c'est-à-dire des peurs dérivées ou secondaires que nous avons élaborées auparavant.

Pour gérer cette peur qui s'avère à la fois familiale et collective, une manière de protéger les personnes âgées contre les chutes réside dans une surprotection. Ainsi, la famille joue un rôle majeur dans la réorganisation de la vie quotidienne et dans le choix des stratégies auxquels procède la personne âgée, notamment l'évitement et la restriction des activités.

Pour développer chacun des aspects que nous venons tout juste d'évoquer, cette partie se subdivise en trois sections. Dans un premier temps, nous présentons le contexte socioculturel de l'étude en insistant plus particulièrement sur les interactions familiales. En deuxième lieu, nous parlons des interactions familiales en rapport avec la peur de chuter. Enfin, nous traitons spécifiquement de la situation des personnes âgées qui sont institutionnalisées.

5.3.1 Contexte socio-familial : la culture familiale chez les personnes âgées de la région caféière de la Colombie¹⁴

Le terme contexte peut désigner le lieu où se déroulent les événements ou les aspects socio-temporels de l'interaction en cours. Pour Joseph (1996), un contexte inclut à la fois le cadre local et perceptif dans lequel se déroule une activité (*setting*), les éléments de l'environnement qui servent d'arrière-plan à cette activité et, enfin l'espace de parole lui-même auquel les participants se réfèrent au cours d'un échange. Dans le cadre de cette recherche, le mot contexte se rapporte à la région caféière de la Colombie.

Tout d'abord, nous constatons que, dans cette région de la Colombie, la famille est matrilocale, ce qui signifie que le lieu de résidence est choisi en fonction de la mère. Tous les enfants cherchent à vivre aux côtés de leur mère, même s'ils sont mariés. Les

¹⁴ Cette section s'appuie sur une étude ethnographique menée par Virginia Gutiérrez de Pineda (1994).

maisons des femmes et de leurs enfants forment un noyau de voisinages qui permet des échanges fréquents entre les unes et les autres. Il y a une centration de la vie sur le foyer maternel qui est évidente en tout temps et les enfants ne parviennent jamais à couper complètement le cordon ombilical de cette dépendance. Pourtant, chaque famille a sa propre maison et son propre foyer, mais les personnes qui les composent sont tous et toujours en relation réciproque.

De surcroît, la famille tend aussi à se tenir autour de la grand-mère. En vieillissant, les enfants deviennent les protecteurs de leurs parents, ce qui renforce leur pouvoir tant sur le plan personnel que face à la communauté. À l'intérieur de la maison, l'autorité repose tout d'abord dans les mains de la mère. En fait, l'administration de la maison et de la famille est essentiellement l'affaire de mères, tandis que l'activité productive (voire économique) est plutôt l'apanage des hommes. Au fur et à mesure que la famille vieillit, des figures complémentaires commencent à apparaître, par exemple celle de la fille aînée. Dans la hiérarchie familiale, les hommes sont toujours placés au plus bas de l'échelle. Le père est le chef économique de la famille et c'est lui qui doit fournir les moyens de subsistance.

Les relations sociales, les comportements et les attitudes de chacun des enfants, les conflits qui éclatent de temps à autre et la participation aux activités sociales, religieuses et familiales sont autant de dimensions de la vie de tous les jours qui concernent la mère. Les mères encadrent l'éducation des enfants et celle des frères. Elles prennent également les décisions sur certaines questions telles que le déménagement de la famille, le choix du lieu de résidence, les aménagements et la façon dont la famille va exhiber son prestige aux yeux de la société. La mère apparaît en quelque sorte comme le centre de contrôle du comportement de toute sa descendance. Son autorité sert non seulement à modeler les comportements, mais aussi à contrôler ces comportements.

Les pratiques religieuses et la morale sont stimulées par ce pouvoir matriarcal qui exerce une forte influence et qui ne supporte pas les possibilités de détournement. La mère devient la seconde conscience de chaque enfant. Cette fonction maternelle est active en

permanence, et elle va même s'étendre à un fils qui est marié. Rien n'est décidé dans l'entourage de la mère sans qu'on ait au préalable sollicité son opinion. L'enfant délègue à sa mère, transfère à sa mère, demande à sa mère. Les personnes qui appartiennent à cette culture et qui sont habituées à une telle ingérence de la part de la mère ne supportent pas de vivre loin de cette dernière. Il semble bien que les enfants soient incapables de fonctionner de façon efficace sans la tutelle de la mère. Cette situation permet d'expliquer pourquoi on constate une certaine surprotection envers les personnes âgées, comme nous le verrons plus loin.

La famille maternelle donne son soutien affectif, économique et social en tout temps et à chaque instant. Elle se montre également plus forte dans des situations de crises. Par ailleurs, les expressions d'affection caractérisent seulement la branche maternelle ; du côté paternel, les manifestations d'affection sont beaucoup moins fortes, sans pour autant que l'on puisse dire qu'elles sont inexistantes.

Il y a un sens de la collectivité qui fait que l'individu n'est pas le plus important en tant que personne, mais en vertu de son appartenance à la famille ; la réussite de chacun des membres de la famille (sur le plan social, religieux, politique, économique ou autre) se répand et rejaillit sur toutes les autres. Les crises ou les problèmes vécus dans la famille concernent tout le monde. Le sens de soutien mutuel et le droit individuel à s'immiscer dans la vie des proches matrilinéaires constituent les points forts de cette union, ainsi que le système de contrôle et d'entente mutuelle vers des objectifs et des buts qui sont à la fois individuels et collectifs. Chaque individu vit au sein de la communauté familiale, dans un souci constant d'excellence, et les résultats obtenus sont jugés par le groupe, c'est-à-dire par la famille élargie, où réside le véritable cœur de la culture. C'est ce que l'on appelle la famille unilinéaire maternelle étendue.

Les résultats de notre recherche appuient le constat à l'effet que la famille élargie demeure encore très présente de nos jours. Au sein de la famille élargie, une place primordiale est accordée aux liens familiaux, au sens de l'entraide et à la cohabitation intergénérationnelle. Une des personnes âgées qui a participé à notre recherche montre

de quelle manière cohabitent plusieurs générations dans une même maison: « *Comme je l'ai dit, il y a ma fille, son mari, mes petits-enfants, même la nièce d'une cousine ...* ». Nous avons trouvé des familles dont plusieurs membres, impliqués dans le soutien à une personne âgée, s'étaient organisés en équipes pour accompagner et soutenir cette dernière. Nous avons vu d'autres familles dans lesquelles une personne qui y avait été employée toute sa vie était considérée comme quelqu'un « *de la famille* » et qui, avec ses enfants, étaient responsables d'une personne âgée. Plus d'une fois, nous avons constaté que, dans une même famille, trois générations vivaient sous un même toit, tout en incluant des oncles et des tantes. Dans certaines situations, le soutien avait été transmis de mère en fille, à différents moments de la vie des personnes âgées. Nous avons observé aussi que, dans certains cas, des amis et des voisins se comportaient comme s'ils faisaient partie de la famille. Dans ce sens, les participants ont insisté sur le fait que prendre soin d'eux est l'affaire de tous. Ainsi, dans la même famille, les personnes qui s'occupent de la personne âgée pourraient, chacune à sa manière, chacune à sa place et de façon dynamique, donner différents types de soins et/ou d'aide. Une de nos participantes nous présente un exemple de cette collaboration :

« Voyez-vous, une de mes filles me fait le petit déjeuner et elle s'en va au travail. Tout de suite après, il en arrive une autre qui m'aide pour ma douche parce qu'elles ont peur que je chute !... Comme j'étais en train de le dire, elle prépare le dîner et puis elle s'en va chez elle car elle a aussi une famille. Et voilà qu'il en arrive une autre qui mange avec moi. L'après-midi, je reste seule, mais mes filles me confient à la voisine qui vient jeter un coup d'œil ».

Une autre participante l'exprime ainsi: « *Ils se téléphonent pour savoir comment ils vont faire avec moi* ». De même, une autre rapporte : « *Si je vais chez le médecin, c'est avec une de mes filles, mais si je vais à l'épicerie, c'est avec une autre de mes filles, et pour me promener, c'est avec ma petite-fille* ».

Cette situation n'est pas exclusive à la région caféière colombien car, en fait, d'autres recherches qui ont été effectuées auprès d'autres populations hispaniques rapportent que dans ces sociétés, la famille constitue la principale source des interactions sociales

(Gallant, Spitze, & Grove, 2010) et insistent sur le rôle central qui est joué par la famille et la communauté dans tous les aspects de la vie. En somme, les populations hispaniques considèrent que leurs expériences de vie sont une affaire de famille (Taxis, Keller, & Cruz, 2008). «Familism, the valuing of family consideration over individual or community need, is a strong, almost universal value in the Hispanic community» (Juarez, Ferrell, & Borneman, 1998: 322).

Dans la région caféière colombienne, le réseau social primaire (la famille élargie) représente la principale source du soutien et des soins qui sont dispensés aux personnes âgées en tout temps et pour leur condition de personne âgée. En fait, dans une recherche menée auprès des personnes âgées qui habitent dans cette région (Gómez, & Curcio, 2005), le nombre moyen d'enfants est de 5,4, avec un écart-type de 2,9 enfants. Compte tenu des caractéristiques sociodémographiques qui sont propres à cette région, 24,6 % des personnes âgées ont eu neuf enfants ou plus. 66.1 % des personnes âgées vivent avec leurs enfants dans la même maison ou à proximité de leurs enfants, 14 % des enfants vivent dans la même région et seulement 19,3 % des enfants ne vivent pas à proximité de leurs parents. De plus, seulement 2,7% des personnes âgées vivent seules. On trouve un plus grand nombre d'enfants parmi les groupes plus âgés de la population, dans lesquels seulement 7,4 % des femmes et 11 % des hommes n'ont pas d'enfants. Le nombre moyen de personnes qui cohabitent avec une personne âgée se situe à 3,6 individus. Enfin, 93,3 % des gens peuvent compter sur l'aide et le soutien d'une personne en cas de besoin. Parmi ces aidants potentiels, 35 % sont âgés de 60 ans ou plus et tous sont des femmes.

Dans d'autres contextes et dans d'autres régions du monde, le réseau social, le soutien et la cohésion familiale et sociale sont très différents. Au Canada, entre 25 et 40% des personnes âgées de 65 à 74 ans vivent seules et ce pourcentage augmente à 38% chez les hommes ayant plus de 90 ans et jusqu'à 95,2% parmi les femmes se situant dans la même catégorie d'âge. Dans un pays comme le Canada, la cohabitation est liée au statut marital ; les gens mariés cohabitent avec leur conjoint, mais, quand ils ne sont pas mariés, ils habitent seuls (Zunzunegui, Alvarado, Béland, & Vissandjee, 2009). En

Amérique latine, le mode d'habitation le plus commun met en scène des personnes âgées qui habitent avec ses enfants et son conjoint (Gómez, et al., 2010). Dans cette région du monde, même les personnes célibataires ont tendance à aller vivre avec un membre de leur famille, par exemple avec une nièce ou un neveu, et la cohabitation intergénérationnelle augmente quand les personnes sont des veuves ou des veufs, des personnes présentant des problèmes de santé ou des personnes dépendantes (Zunzunegui et col., 2004). En Colombie, le pourcentage des personnes âgées qui vivent seules s'avère inférieur à 10% (Gómez, et al., 2009 ; Gómez, et al., 2010). En fait, vivre seul pendant la vieillesse est une situation peu fréquente en Amérique latine, bien qu'il existe des variations entre les pays et entre les sous-régions d'un même pays. Dans les Caraïbes, la fréquence de « vivre seul » est plus élevée qu'en Amérique du Sud et en Amérique centrale, où les chiffres correspondants sont très faibles (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2006). En outre, dans l'ensemble de la région, on recense moins de ménages unipersonnels composés de personnes âgées qu'en Europe et en Amérique du Nord. Toutefois, la différence la plus flagrante entre les ménages unipersonnels de personnes âgées en Amérique Latine et les ménages unipersonnels des pays développés réside dans le fait que, pour ces derniers, la possession d'une résidence indépendante est la manifestation d'une volonté de la personne et de l'existence de conditions favorables qui permettent de choisir ce type d'arrangement. En revanche, en Amérique Latine et dans les Caraïbes, le fait pour la personne âgée de vivre seule reflète plutôt un risque associé à l'absence d'une meilleure solution (Saad, 2004). Dans ces conditions, il apparaît que les ménages multigénérationnels demeurent une bonne solution pour les personnes âgées et leur famille en Amérique Latine, dès lors qu'ils garantissent un soutien aux personnes âgées présentant un certain degré de vulnérabilité (Saad, 2004) et que les revenus des personnes âgées demeurent une source importante de ressources pour les familles (CEPALC, 2007).

Alors qu'en Amérique Latine les réseaux sociaux sont principalement centrés sur la famille et les voisins immédiats, on observe qu'en Amérique du Nord, les familles sont plus éloignées les unes des autres et que les amis jouent un rôle plus important dans la

vie sociale et quotidienne des personnes âgées. En Canada et en Europe du Nord, l'indépendance de chaque membre de la famille est précieuse et les soins aux personnes âgées handicapées sont délégués aux services de santé et aux services sociaux publics et privés, avec une participation plus limitée de la famille, et où la cohabitation de trois générations de membres de la même famille constitue un phénomène plutôt rare (Caradec, 2006). En termes simples, la vie sociale des personnes âgées en Amérique Latine gravite autour de la famille, alors qu'au Canada par exemple, les amis jouent un rôle plus important que les proches (Zunzunegui, et al., 2004). Pour leur part, Kim, Sherman, Ko et Taylor (2006 : 1606), en parlant des différences qui existent entre les cultures individualistes comme celles qu'on rencontre dans le pays d'Amérique du Nord et les cultures collectives comme celles qui caractérisent les sociétés hispaniques, apportent les précisions suivantes :

“In a cultural context in which relationships are constructed to be valuable resources in times of need, individuals may utilize these social resources in their pursuit of comfort. In a cultural context in which relationships are construed to be matrices of mutual obligation and constraint, individuals may choose to be on their pursuit of harmony”.

Par ailleurs, Beyene et al. (2002) mentionnent que plusieurs raisons portent à croire que le soutien peut adopter des formes très différentes selon qu'on a affaire à des populations hispaniques ou à des populations caucasiennes. Par exemple, on sait que la famille, et en particulier la famille étendue, occupe une place très importante dans les cultures et dans la vie sociale des communautés hispaniques. Dans ce contexte, nous pourrions nous attendre à ce que, dans une communauté hispanique, le soutien donné par la famille joue un rôle particulièrement déterminant dans la santé et le bien-être des personnes âgées et, inversement, à ce que le manque ou l'absence de soutien de la part de la famille soit particulièrement néfaste pour ces mêmes personnes. De plus, selon Beyene et al. (2002), dans les sociétés hispanophones, la perception du vieillissement est influencée par le niveau et la qualité du soutien social qui est dispensé aux personnes âgées puisque ces dernières occupent généralement des rôles en lien avec le respect et la sécurité dans le système de soutien familial. Dans les communautés hispaniques, la personne âgée et la

famille jouent un rôle central dans la culture et les valeurs, mais il n'en reste pas moins que la famille est en quelque sorte placée au-dessus des individus (la famille d'abord, l'individu ensuite), contrairement à ce que l'on peut observer dans la culture américaine, où on valorise la jeunesse, l'indépendance personnelle et l'individualisme. Dans les sociétés hispaniques, la famille étendue constitue la plus importante institution dans la société et le soutien social apparaît comme un facteur très important puisqu'il exerce un impact considérable sur le bien-être de la personne âgée. Les enfants ont l'obligation morale et sociale de fournir à leurs parents âgés tout le soutien dont ces derniers ont besoin.

De plus, lorsque nous avons demandé aux personnes âgées si elles pouvaient compter sur quelqu'un qui pourrait s'occuper d'elles en cas de besoin, toutes ces personnes, y compris celles qui sont institutionnalisées, nous ont répondu : « *Oui, certainement* », comme s'il s'agissait d'une question évidente. Le fait pour une personne âgée d'avoir une famille l'assure qu'elle aura du soutien si le besoin s'en fait sentir. En fait, pour Krause (2007), la dimension la plus importante du soutien social perçu chez les personnes âgées est le soutien anticipé, lequel peut être défini comme étant la croyance présente chez une personne que d'autres personnes seront en mesure de fournir de l'aide quand l'occasion se présentera. Le soutien anticipé fait référence à la quantité de soutien qu'une personne perçoit comme étant disponible pour elle (Krause, 1997; Wills, & Shinar, 2000). Pour Shaw et Janevic (2004), le soutien anticipé est la confiance qu'a la personne en la disponibilité de l'assistance en cas de besoin. Le soutien anticipé peut être émotionnel ou instrumental. Selon ces chercheurs, le soutien anticipé est associé à la réduction des risques de déclin fonctionnel chez les personnes âgées, et ce, pour deux raisons. D'une part, il reflète le réseau de liens sociaux d'une personne et le soutien que celle-ci a effectivement reçu. D'autre part, le fait de savoir qu'il existe un soutien disponible en cas de besoin procure à la personne âgée un sentiment de sécurité et de contrôle et l'encourage à mener une vie à la fois plus active et plus autonome. En d'autres termes, le soutien anticipé contribue à favoriser l'indépendance et l'autonomie de la personne (Shaw, & Janevic, 2004 ; Taylor, & Lynch, 2004) et permet à cette dernière de garder espoir face à l'avenir (Krause, 1997).

Nos résultats montrent que la famille est constituée non seulement par les proches et par les liens du sang, mais aussi par les liens affectifs qui se nouent avec les voisins, les amis ou les employés qui sont présents depuis toujours auprès de la famille. Dans la plupart des cas, la relation se construit sur le mode de la familiarisation. Dans cette recherche, nous avons trouvé que l'ensemble du groupe (famille, proches et voisins) est considéré comme étant « la famille », ce qui permet de confirmer l'existence de la famille élargie ou étendue.

Nos résultats de recherche laissent voir également l'existence d'une relation de soins qui dépasse, transcende la famille. Une de nos participantes décrit cette situation ainsi: *« Je n'ai pas de famille, seulement ma sœur qui est malade, pourtant tout le monde prend soin de moi, toutes viennent ici le matin, le midi, l'après-midi ! L'amour que je reçois me dépasse ! Cela me dépasse ! »*.

Par ailleurs, le voisinage apparaît comme un thème important dans les entretiens que nous avons effectués auprès des personnes âgées quand il est question d'interaction. Ce constat n'a rien pour nous surprendre puisque, comme nous venons tout juste de le voir, le voisinage s'enracine dans la vie quotidienne des participants. Le voisinage correspond aux relations entre les voisins et fait référence aux notions d'environnement immédiat et d'espace commun. Un trait typique du voisinage qui ressortait dans les témoignages de nos participants, c'est qu'il traverse le temps. Un participant l'explique:

« Avec les voisins... Ici, nous avons le privilège... Nous sommes plusieurs familles qui vivent ensemble depuis que les maisons ont été bâties, ça date de plus de 40 ans, nous nous considérons comme des frères, comme une famille. Nous ne vivons pas chez les autres, mais quelque chose qui est très beau, c'est que nous sommes prêts pour toute situation d'urgence. Nous pensons aussi et il est essentiel de savoir que le service qu'on fournit, c'est pour le bien d'autrui, ce n'est pas pour une récompense ou avec l'idée de recevoir quelque chose en retour, non! C'est quelque chose en nous, qui émerge de l'intérieur. Nous nous connaissons depuis toujours, nous avons vu grandir nos enfants ensemble, les petits-enfants, tout! Nous sommes une famille! »

Ainsi, voisins et amis font partie du réseau familial. Par conséquent, les soins qui sont prodigués aux personnes âgées concernent non seulement la famille, mais aussi tout le quartier. Évidemment, les voisins et les proches sont également dans l'attente de cette solidarité, ils comptent sur elle si une occasion se présente. Les membres de la famille peuvent compter sur un voisin ou un ami qui « *jette un coup d'œil* » sur la personne âgée quand la famille est absente de la maison ou qui vient donner un coup de main et aider pour des tâches spécifiques. La présence des voisins et des amis est permanente, parfois latente, mais leur intervention auprès de la famille s'avère crucial, jamais marginal.

Par ailleurs, nous pouvons établir un lien entre ce qui se passe chez les participants et la théorie du don. Selon Godbout (2000), que ce soit dans la famille ou dans la société, le monde des réseaux fonctionne au don et à la dette. Quand les réseaux fonctionnent bien, cette dette est en quelque sorte positive : elle n'engendre ni angoisse, ni aliénation, elle entraîne au contraire la confiance et suscite un désir de loyauté. Pour Godbout et Caillé (1992), la famille constitue le lieu de base du don dans toute société, le lieu où le don se vit avec le plus d'intensité. Ainsi, la logique du don, c'est-à-dire la triple obligation qui incombe à l'individu de donner, de recevoir et de rendre, structure les relations sociales. Ces trois éléments représentent les règles de l'échange social. On donne pour créer un lien ; dans ces conditions, la valeur matérielle du don a peu d'importance; mais le fait d'avoir donné engage le donataire et le donateur dans une relation de réciprocité.

Le maintien d'une certaine sociabilité, en particulier sous la forme de relations familiales régulières, ne doit pas occulter le fait qu'il existe une frange, minoritaire, des personnes âgées qui sont peu ou pas entourées. Les personnes âgées qui n'ont pas de famille ou celles qui ont développé de mauvaises relations avec la famille sont particulièrement exposées au risque d'isolement social. Pourtant, nous retrouvons des personnes âgées qui sont habituées depuis longtemps à se débrouiller par elles-mêmes, qui entretiennent leur réseau de sociabilité et qui font preuve d'une capacité à mobiliser l'aide quand elles en ont besoin. Par ailleurs, nous nous devons de ne pas oublier les personnes âgées vivant en milieu institutionnel et dont les conditions de vie sont différentes ; nous nous pencherons plus tard sur ce groupe spécifique de personnes âgées.

En résumé, et comme nous l'avons déjà dit, cette recherche montre que les relations de soins et de protection deviennent une question *de famille et de quartier*, tous les gens se sentant concernés et désirant donner plus que de l'aide parce qu'ils ne sont pas à la périphérie, mais bien au cœur de la vie quotidienne des personnes âgées ; leur présence est constante et centrale. Entre les voisins règne en permanence le sentiment d'affection et de solidarité envers les autres. Chez les personnes âgées qui vivent dans la région caféière de la Colombie, les relations sociales comportent aussi un aspect explicite de protection: les personnes âgées doivent être protégées parce qu'elles sont âgées. Cela met en évidence l'existence d'une dimension collective, on « fait attention » ensemble, tous, dans un réseau de relations qui sont dynamiques et flexibles.

Nous avons mis en évidence préalablement qu'avoir peur de chuter, lorsqu'il s'agit d'une condition de longue durée, amène les personnes âgées à effectuer des ajustements ou des modifications à leur vie quotidienne. Étant donné que ces personnes âgées appartiennent à la société et qu'elles cohabitent avec d'autres membres de la famille, les changements auxquels elles procèdent affectent non seulement la personne âgée concernée, mais aussi la collectivité (Strauss, 1995). En fait, ces changements doivent être harmonisés par des interactions avec les autres, ce qui suppose des continuités, des discontinuités et des ruptures, lesquelles représentent des processus qui se déroulent en interaction avec les membres de la famille élargie. Les habitudes et les routines quotidiennes se construisent, se développent, s'incorporent, se transforment, et ce, toujours en étant en interaction. D'ailleurs, les stratégies de précaution et d'évitement se construisent dans le cadre de la famille. Cette idée renvoie à Mead (2006 [1934]), selon lequel les individus ne vivent pas isolés, mais entrent en relation les uns avec les autres. Pour Mead, le maintien de la vie des individus requiert de ces derniers qu'ils agissent de façon interdépendante et, par conséquent, qu'ils coordonnent leurs activités communes. La société est précisément ce qui organise la vie collective. Ici, on parle d'interdépendance dans le sens où les actes des uns nécessitent les actes des autres pour pouvoir être accomplis ; en d'autres mots, les gens n'existent pas sans le collectif. Dans une situation sociale, la conduite d'un individu affecte celle des autres dans l'exécution d'actes qu'ils réalisent en commun.

Toujours selon Mead (2006 [1934]), lorsque les individus entrent en relation ou en interaction, ils s'alignent sur des manières de faire qui sont réglées et générales.

Bref, la peur de chuter, quand il s'agit des ajustements dans le quotidien, se construit dans l'interaction qui prend place entre les personnes âgées et leurs familles, aspect que sera développé par la suite.

5.3.2 La peur de chuter est une expérience partagée

Tout d'abord, nous voyons que, en règle générale, la peur de chuter est communicative. La plupart des personnes parlent de leur peur de chuter : « *On parle de toutes les affaires de la vie, même de la peur de chuter* ». Cette peur se partage au gré des conversations et des événements : « *On a tous peur des chutes, on parle de ça* ». Toutefois, nous retrouvons des interviews qui ne parlent pas de cette peur « *Parce que c'est inutile !* » ; « *Je n'ai jamais parlé de ça avec personne* », mais personne n'exprime pas de souci d'en parler. Les personnes ont peur et elles le reconnaissent. Comme l'affirme Strauss (1995: 5): « *When many people encounter the same kinds of events, share the consequent experiences, and talk about their comparable responses, then analytically we may regard the biographical processes as collective rather than merely individual* ». Selon Strauss (1977), c'est à travers le processus de la communication que les membres d'un groupe finissent par développer des opinions et des points de vue partagés par rapport aux significations futures et passées des événements. Pourtant, plusieurs études quantitatives ont révélé qu'un grand nombre de personnes âgées hésitent à dévoiler leur peur à leur médecin ou à leurs aidants car elles ne veulent pas être jugées comme étant frêles et incapables de s'occuper d'elles-mêmes (Ballinger, & Payne, 2002 ; Kong, 2002; Wright, et al., 1990 ; Yardley, & Smith, 2002).

Dans cette étude, les personnes âgées mentionnent qu'elles se sentaient à l'aise quand elles discutaient de leur peur de chuter avec d'autres et qu'elles le font souvent parce que le fait de parler peut aider à exprimer leurs soucis, comme l'affirment aussi Tischler et Hobson (2005). D'après Howland et al. (1998), les personnes âgées qui parlent

ouvertement des chutes ou de la peur de chuter sont moins portées à restreindre leurs activités. Toujours selon ces auteurs l'existence d'un soutien social peut réduire la peur de chuter parce que les personnes présentant cette peur peuvent profiter de l'encouragement des amis, des proches et des personnes qui les soignent lorsqu'elles parlent de leurs peurs et qu'elles mettent en place des stratégies visant à prévenir les chutes.

Les résultats de notre recherche et ceux provenant d'autres études, notamment de celle qui a été menée par Kilian, Salmoni, Ward-Griffin et Kloseck (2008) montrent aussi que la peur de chuter n'est pas complètement individuelle. Par ailleurs, dans une dynamique famille et sociale où les soins prodigués aux personnes âgées sont l'affaire de tous, il n'est guère étonnant de trouver que la peur de chuter ne soit pas un sentiment particulier aux personnes âgées. Selon nos résultats, cette peur appartient aussi à d'autres membres de la société. Dans la quotidienneté, il existe une peur que les personnes âgées chutent. Selon les témoignages des participants, tout le monde dit aux personnes âgées: « *Attention, attention !* ». En outre, comme nous l'avons mentionné précédemment, on rencontre aussi la notion que les chutes font partie du vieillissement normal : « *L'âge de trois C, l'âge de la porcelaine* ». Cela revient à dire que les chutes et la peur de chuter constituent des sentiments partagés. Deux exemples illustrent cette situation: « *J'ai peur qu'elle chute, qu'elle se fracture* », « *La peur, c'est à nous, les frères et les sœurs, parce que nous l'aimons* ».

Selon Mead (cité dans Cefai & Quéré, 2006 : 23), les gens organisent ce qu'ils font en se fondant sur le sens qu'ils attribuent ou que les autres attribuent à leurs actes. L'action d'une première personne suscite une réponse appropriée chez une deuxième personne, cette réponse devenant à son tour un stimulus pour la première. À travers les ajustements dans l'interaction qui sont réciproques et qui sont orientés vers l'accomplissement d'une tâche commune, les gens en viennent à partager un sens commun dans une situation sociale donnée, en l'occurrence la peur de chuter. Ainsi, le groupe social partage une même peur de chuter et organise ses actions en conséquence. La personne âgée a peur de chuter elle-même et le groupe social a peur que la personne âgée fasse une chute.

Selon Carabaña et Lamo de Espinosa (1979), les participants ajustent mutuellement leurs actes, tout d'abord en identifiant l'acte social dans lequel ils sont impliqués (dans le cas présent, la peur de chuter), ensuite en interprétant et en définissant la contribution de chacun des autres à la formation de l'acte total. Ainsi, le participant est orienté, il possède une clé pour interpréter les actes d'autrui et un guide pour articuler ses actions avec celles des autres. Toutefois, ces interprétations ne peuvent jamais être considérées comme étant définitives dans le flux de la vie sociale. Il existe d'innombrables moments où les participants redéfinissent mutuellement leurs actes. Sur ce point, il suffit de donner à titre d'exemple les attitudes protectrices ou surprotectrices qui conduisent les membres de la famille à changer leurs routines et à négocier des comportements pour les accommoder à ceux de leurs aînés.

Tout comme c'est le cas chez les participants, leurs familles expriment également la peur de conséquences des chutes, la peur d'une fracture ou de la perte de mobilité ou de l'autonomie. De même, les familles ressentent les peurs dérivées dont nous avons déjà parlé. À cet égard, pour les familles autant que pour les personnes âgées, la chute est toujours synonyme de dommage corporel, d'incapacité et de dépendance. Pourtant, la possibilité d'une institutionnalisation n'existe pas car, comme nous l'avons expliqué plus haut, le soutien donné à une personne âgée est une affaire de famille. C'est toujours la famille qui « fait attention » à l'aîné, c'est toujours la famille qui doit fournir tous les soins et l'aide à la personne âgée. La chute et les conséquences qui l'accompagnent changent la dynamique de la famille, de sorte que la famille cherche à l'éviter. Voyons ce que dit à ce sujet une participante en parlant de sa fille « *Elle me dit : "Maman il faut faire attention, j'ai peur car si tu tombes, c'est moi qui dois m'occuper de toi"* ». Cette peur va au-delà de la famille et s'étend aux voisins et aux amis. Comme nous l'avons dit, les voisins et les amis constituent une partie très importante du réseau de soutien social et ils ont peur eux aussi des chutes chez les personnes âgées. Comme l'exprime une des personnes âgées participantes: « *Tout le monde me dit : " Attention ! "* ».

Pour gérer cette peur qui est à la fois familiale et collective, la surprotection devient un moyen de protéger les personnes âgées contre les chutes. Nous avons déjà eu l'occasion

de mentionner que certaines participants ont peur de sortir seuls de leur maison, mais nous avons également constaté que certaines familles ne permettent pas aux personnes âgées de sortir seules dans la rue. De même, dans d'autres familles, il ne saurait être question que la personne âgée effectue certaines tâches ménagères. Certaines familles exercent une surveillance étroite sur la personne âgée. Quelques exemples illustrent ces différentes situations : « *Je ne peux rien faire, ils m'ont tout interdit!* » ; « *Je sors et il [son fils] est : " Attention! Que vous tombez, qu'en passant la rue, " ...* » ; « *Elle [ma fille] me dit : " Ne fait pas ça, ne fait pas telle chose, ne fais pas l'autre! " De peur que je tombe !* ». L'ensemble de ces propos permet de voir non seulement que la peur de chuter est partagée, mais aussi que la surprotection est présente.

Cet aspect particulier de surprotection s'est fait sentir également lors des entretiens. Par exemple, nous avons rencontré une dame dont la voisine est venue pour se rassurer et voir qui nous étions et pourquoi nous étions là. La personne visitée n'était presque jamais seule. Dans cette société, la collectivité a préséance sur l'individu, d'abord la collectivité, parfois même à l'insu de l'individu.

Liddle et Guilleard (1995), en étudiant les conséquences émotionnelles des chutes chez les personnes âgées et leurs familles, ont trouvé que les aidants aussi avaient peur que les personnes âgées chutent. Par sa part, Horton et Arber (2004) ont identifié cinq mesures qui sont prises par les proches pour prévenir les chutes chez leurs parents âgés : la protection, la coercition, la négociation, l'engagement et le respect mutuel. Ces auteurs ont constaté que, quand les fils prennent soin de leurs mères âgées, il n'y a que des actions de protection et des actions coercitives, ce qui fait que les mères deviennent soumises et passives. En revanche, lorsque les filles prennent soin de leurs pères âgés, leurs actions consistent le plus souvent à s'engager et à négocier, de sorte que les pères étaient partie prenante dans la prise de décisions. En ce qui nous concerne, nous n'avons trouvé d'autres différences par rapport au genre. Étant donné les caractéristiques machistes de la société colombienne, et malgré le fait que cette dernière soit matrilocale, il existe certainement des différences puisque les comportements protecteurs envers les hommes, notamment quand il s'agit de sortir de la maison, sont beaucoup moins

prononcés, et, que, bien souvent, les membres de la famille et les proches se contentent de donner des conseils, mais il n'y a pas pour les hommes d'interdictions de sortir seuls, comme c'est le cas pour les femmes.

Néanmoins, pour les participantes, cette surprotection de la famille ne représente pas un problème et n'est pas vue non plus comme une intrusion, une perte d'autodétermination ou une manifestation de maltraitance. En fait, cette surprotection ne véhicule pas une connotation négative. Au contraire, pour les participants, cette attitude de la famille à leur égard constitue une façon de leur démontrer son affection et son amour et une manière de les protéger des dangers. Il y a acceptation de la situation et l'expression d'un sentiment de reconnaissance envers les membres de la famille qui ont exprimé leurs préoccupations et leurs soucis. Ces résultats sont comparables à ceux auxquels est parvenu Kong (2002), pour qui les préoccupations des familles et de leurs proches sont très positives parce qu'elles montrent la cohésion de la famille et le soutien qu'elles peuvent donner face aux conséquences des chutes. Signalons à ce propos que, pour Kilian et al. (2008), la préoccupation des enfants envers leurs parents âgées fait en sorte qu'ils assument un rôle protecteur. Suivant Ward-Griffin et al. (2005), les membres de la famille qui ont peur que leurs parents chutent s'engagent dans des conduites protectives. Mais, selon Ballinger et Payne (2002), l'identification de risques qui sont apparemment objectifs, par exemple la possibilité de chuter, peut par inadvertance contribuer à créer d'autres risques, notamment une augmentation de la dépendance, une surprotection et une perte de dignité.

Il existe un autre point saillant dans les résultats de notre recherche, soit la participation des personnes âgées dans des activités sociales et familiales. Comme nous l'avons expliqué dans la section précédente, la plupart des personnes âgées qui ont pris part à notre étude ont peur de sortir de chez elles, mais ceci n'implique pas qu'elles diminuent leur contacts sociaux ; du reste, comme le mentionne l'un d'elles : « *Il y a toujours le téléphone* ». Contrairement aux résultats d'une étude quantitative menée par Howland et al. (1993), dans lequel la peur de chuter peut compromettre l'interaction sociale et, plus que histoire de chutes, elle constitue un important facteur prédicteur de limitation de

l'interaction et la participation sociale. De plus, les personnes âgées participent de façon régulière aux activités familiales, par exemple les fêtes et les réunions, et aux activités religieuses. Dans une perspective culturelle, la participation dans d'autres types d'activités, par exemple aller au cinéma ou au théâtre ou se rendre à des activités sportives, n'est pas très élevée chez les personnes âgées. Par contre, on assiste à une augmentation de la participation des personnes âgées aux regroupements de gens du troisième âge dont les membres font de l'exercice physique ou l'activité physique. En fait, comme nous l'avons mentionné dans le volet méthodologique de la présente thèse, la plupart des personnes âgées que nous avons interviewées appartiennent à des groupes dont la principale finalité est de faire de l'exercice physique ou de l'activité physique de façon régulière. Plusieurs participants sont membres ou fréquentent de tels groupes dans un but de socialisation.

Comme nous pouvons le voir dans la recension des écrits, la contribution des aspects sociaux a été beaucoup plus étudiée par rapport aux conséquences de la peur de chuter, presque toutes les études montrent la diminution de la participation sociale (Arfken et al., et al., 1994 ; Howland et al., et al., 1993 ; Kressig et al., et al., 2001 ; Lawrence et al., et al., 1998 ; Tinetti, & Powell, 1993 ; Tennstedt et al., et al., 1998 ; Yardley, 2004) et quelques auteurs parlent de l'importance du réseau de soutien social. Plus particulièrement, Mann et al. (2006) ont trouvé que les personnes âgées qui vivent seules ont plus de probabilités d'avoir peur de chuter que celles qui vivent avec d'autres personnes. Pour Howland et al., (1998), le soutien de la famille et des amis peut être un prérequis important pour que la personne âgée continue à être active et qu'elle soit en mesure de faire face à la peur de chuter. Le soutien peut servir comme un tampon qui permet de protéger la personne âgée des conséquences négatives de la peur de chuter. De plus, toujours selon Howland et al. (1993), le soutien peut faire toute la différence dans la décision de faire institutionnaliser ou non une personne âgée. En effet, ces auteurs affirment que la disponibilité du soutien social peut représenter un facteur déterminant dans l'institutionnalisation et dans la perte d'indépendance de la personne âgée. Ils soulignent l'importance du soutien social comme stratégie de prévention primaire et secondaire. De même, Fletcher et Hirdes (2004) ont constaté que, pour une personne

âgée, le fait d'être seule pendant le jour était un facteur prédictif significatif pour la restriction des activités reliée à la peur de chuter. Par contre, d'autres recherches quantitatives n'ont trouvé aucun lien significatif entre la peur de chuter et le nombre ou la présence de personnes qui habitent avec les personnes âgées (Cumming, et al., 2000 ; Howland, et al., 1993, 1998 ; Murphy, Williams, & Gill, 2002 ; Zijlstra, et al., 2007a). D'après Kempen et al. (2009), la fréquence du soutien social et le sentiment de solitude sont associés à la peur de chuter. Toutefois, nos analyses ne nous ont pas permis de dégager une relation directe entre la peur de chuter et l'isolement social.

5.3.3 Les personnes âgées institutionnalisées

En Amérique Latine, les institutions qui assument la prise en charge de la vieillesse sont au nombre de trois: la famille, l'État et le marché. Aucune des trois n'a une compétence exclusive dans la prestation de soins aux personnes âgées, de sorte que la séparation n'est pas toujours très nette entre l'assistance accordée par chacun de ces trois acteurs, malgré certaines variations sur le plan de la responsabilité principale dans la détermination des fonctions de chacun d'eux. Dans la plupart des pays, l'opinion publique considère que la responsabilité de veiller à ce que les personnes âgées vivent dans la dignité relève de la famille, dans une plus faible mesure de l'État et, à un degré nettement moindre, de l'individu lui-même (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) [CEPAL], 2009).

À ce propos, il est intéressant d'observer que, dans un contexte de demande excédentaire de services et de faiblesse de l'État à titre d'élément unificateur de la vie politique et d'instance de protection sociale, les regards se tournent vers la famille en tant que facteur probable de cohésion sociale et, en dernière analyse, comme responsable de combler les lacunes de la protection. Ceci explique en partie pourquoi, dans les pays où on retrouve un faible niveau de protection sociale, la famille est perçue comme le principal agent responsable du bien-être des personnes âgées (CEPAL ; 2006). En outre, les résultats d'une étude menée auprès de personnes âgées latino-américaines (Cox, & Monk, 1993) ont permis de montrer comment la plupart des participants préfèrent vivre dans leur foyer et rester à la maison (une situation que n'est guère surprenante) et ils

perçoivent le placement en institution comme une façon d'être dépersonnalisés et comme un élément nuisible à leur santé.

Il est important de savoir qu'en Colombie, la plupart des institutions gériatriques sont conçues pour les personnes âgées qui ont perdu certaines de leurs capacités d'auto-soins, donc pour des personnes âgées dépendantes, mais aussi pour personnes qui ressentent la manque d'un réseau de soutien familial et social, donc, personnes âgées en situation d'abandon ou qui n'ont pas de famille.

À l'hôpital gériatrique San Isidro, les services de long séjour fonctionnant sur le mode hospitalier assurent l'hébergement des personnes âgées ayant perdu leur indépendance et/ou dont l'état physique ou psychologique nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Il faut tenir compte aussi du fait que la plupart des personnes âgées qui résident dans cet hôpital ne disposent pas de ressources économiques suffisantes pour survivre et n'ont pas non plus un réseau social ou familial pour leur fournir les soins. Il se peut aussi qu'il existe un réseau, donc qu'il y ait une famille, mais que les relations entre la personne âgée et la famille soient coupées, ou encore que la famille se trouve dans une situation financière difficile.

Étant donné qu'une institution doit être garante de l'intégrité physique, de la sécurité et d'un certain confort matériel, on ne s'étonnera pas de voir que l'environnement physique de l'hôpital gériatrique San Isidro soit bien aménagé, libre d'obstacles, disposant de barres d'appui dans les corridors et les salles de bain et pourvu d'un éclairage adéquat. Pourtant, il y a quand même eu à cet endroit des personnes âgées qui sont tombées et des personnes âgées qui ressentent la peur de chuter. De ce point de vue, il n'existe pas des différences entre les personnes qui étaient institutionnalisées et celles qui ne l'étaient pas.

Un autre aspect à souligner à propos de l'hôpital gériatrique San Isidro est que cette institution est un endroit où ont lieu les stages de formation des étudiants universitaires qui sont inscrits dans plusieurs programmes, notamment médecine, sciences infirmières,

physiothérapie et éducation physique et sportive. Ainsi, en plus de tous les services de soins de santé, l'hôpital San Isidro compte sur des services de réadaptation et des programmes d'activité physique et d'exercice physique. Toutes les activités qui se déroulent à cet endroit sont supervisées et de l'aide pour les activités de la vie quotidienne est disponible pour les personnes âgées dépendantes. En plus, il existe un protocole des préventions des chutes qui doit être respecté par tous les membres de l'institution et des procédures standardisées en cas de chute. En outre, comme l'hôpital San Isidro est une institution hospitalière universitaire, on y retrouve des pratiques thérapeutiques quotidiennes ainsi que des normes et des routines à accomplir. Pourtant, sur le plan individuel, le processus de gestion de la peur de chuter n'est pas très différent de ce que nous avons exposé auparavant. Les différences concernent les routines et l'horaire des activités de la vie quotidienne et domestique, qui se font autrement, et l'environnement physique. Les participants, ainsi que toutes les personnes institutionnalisées, doivent s'ajuster aux routines et aux normes, donc faire attention, prendre des précautions et ne pas faire certaines activités. Autrement dit, les stratégies de précaution et d'évitement sont encore plus présentes, mais elles ne sont pas choisies par les participants, puisqu'elles font partie des procédures ordinaires, normales de l'institution.

Cependant, les peurs dérivées, telles que la peur de se blesser, la peur de disparaître et la peur de mourir, sont encore plus présentes à San Isidro car il s'agit d'un hôpital : « *On a des miroirs* », « *Nous les voyons tous fracturés et après nous le voyons mourir* ».

En résumé, dans cette partie, nous avons démontré que la peur de chuter est un sentiment partagé qui se construit par les interactions entre la personne et son contexte. En conséquence, les ajustements biographiques et les stratégies pour gérer la peur sont aussi construits dans les interactions entre la personne âgée et sa famille élargie. De plus, chez les personnes âgées, la peur de chuter n'est pas un facteur d'isolement social ou de restriction de la participation, comme on le mentionne dans la littérature scientifique. Même si, comme nous l'avons dit, il existe une diminution des activités, en particulier le fait pour une personne âgée de sortir seule de la maison, car les stratégies utilisées pour

gérer cette peur sont choisies et mises en place par les personnes âgées et par leurs familles, les deux étant, comme nous l'avons vu, en interaction constante. Il s'agit donc d'un processus d'ajustement biographique mutuel puisque la manière de réorganiser la vie se fait en fonction des relations qui s'instaurent entre la famille et la personne âgée, pour sa condition de personne âgée et pour la peur de chuter que ressentent tous les membre de la famille élargie, ces relations s'inscrivant elles-mêmes dans une dimension explicite de protection, voire de surprotection, et dans une logique de précaution et de protection.

5.4 LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Nous avons choisi pour faire notre recherche la méthode qualitative de la théorisation ancrée ; plus précisément, nous avons retenu l'approche de Strauss et Corbin (2004) compte tenu de sa clarté et d'une propension personnelle à adhérer à ces techniques méthodologiques. Ainsi, l'approche de Glasser et celle de Charmaz ont été écartées. La méthode que nous avons utilisée suit tous les critères énoncés par Strauss et Corbin, excepté l'utilisation d'un logiciel d'analyse qualitative, si tant est qu'il soit possible de respecter tous les critères lors d'une toute première analyse par théorisation ancrée.

Procédant de la recherche épidémiologique, il pourra nous être reproché l'éventualité de la survenue de biais provenant des idées préconçues ou d'une interprétation personnelle des données. Cependant, la méthode de l'analyse par théorisation ancrée est conçue de façon à générer de manière inductive une théorie à partir de données. Il s'agit en fait du fondement de la méthode. L'aspect déductif, qui concerne l'échantillonnage théorique et la vérification des hypothèses, est lui-même au service de l'induction. Le respect strict de la méthode permet d'éviter les écueils de la préconception et de l'interprétation, toute la méthode étant fondée sur la génération de la théorie à partir des données et non à partir ou biaisée par des idées préconçues ou une interprétation personnelle.

Comme nous le mentionnions précédemment, le développement d'une analyse par théorisation ancrée prend la forme d'un continuum, ce qui signifie donc que la théorie a

été graduellement construite, de façon inductive, en empruntant les étapes progressives de l'analyse des données. Néanmoins, nous devons déplorer l'absence d'une vérification des résultats de notre étude auprès des participants. En effet, à travers notre démarche de recherche, nous avons pris assise sur la subjectivité des participants, et c'est pourquoi il est navrant de ne pas avoir relancé ces derniers sur les résultats, de sorte que nous ne connaissons pas leurs impressions à propos de notre modèle théorique puisque les dernières étapes de l'analyse ont été développées à Sherbrooke (Canada) et que nous n'avons pas la possibilité de retourner en Colombie pour le faire. Mais nous aurons certainement la possibilité de vérifier nos résultats à travers les activités qui sont développées par le groupe de recherche en gérontologie et gériatrie de l'Université de Caldas, dont fait partie la chercheuse principale.

Nous avons fait nos analyses de données à la main, ce qui revient à dire que nous n'avons pas utilisé un logiciel de traitement de données. Il n'est pas inutile de rappeler que le plus important pour comprendre la philosophie d'interprétation de textes assistée par ordinateur est le fait que les ordinateurs sont absolument incapables de discerner le sens des mots ou des phrases. Leur force provient de leur capacité à assister toutes sortes de tâches impliquant la nécessité d'ordonner, de structurer, d'extraire et de visualiser, mais ces tâches pouvaient aussi être faites à la main.

Un autre limite ou nuance de notre recherche peut être liée à la question de la sensibilité culturelle, qui est au cœur, voire souvent présentée comme une force, dans les travaux qualitatifs. Ainsi, d'aucuns pourraient identifier des limitations à la portée de nos travaux dans le fait que les données ont été amassées auprès d'un groupe spécifique, en l'occurrence les personnes âgées de la région caféière de la Colombie. La question soulevée serait : ces résultats, basés sur une analyses de données provenant de la région caféière andine de la Colombie, sont-ils généralisables ou du moins transférables pour comprendre ce que vivent les aînés des autres régions du monde ? Avant tout, il importe de souligner que les antécédents ethniques et les conditions culturelles ne représentent qu'un seul marqueur de l'identité. Les personnes âgées sont des êtres humains spécifiquement situés sur les plans historique, géographique et social. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer leur conception de la peur de chuter. Certaines personnes

ont quitté leur région d'origine depuis des décennies. Les coutumes et les pratiques sociales de leur lieu d'origine pourraient ne plus revêtir la même importance. La langue, le sexe, l'orientation sexuelle, la situation socioéconomique, les antécédents personnels, l'éducation, l'histoire de la famille et bien d'autres facteurs encore peuvent tous influencer la façon dont les personnes âgées vivent la peur de chuter, la gèrent, la partagent et prennent des décisions reliées à cette peur.

En plus, des pays comme la Colombie ou le Canada, ne sont pas caractérisés par des cultures homogènes, intégrées et universelles. La Colombie autant que le Canada sont des pays qui regroupent moult régions diversifiées. Il faut donc pouvoir situer les gens d'abord dans leur sous-culture, puis s'interroger si cet ancrage révèle ou non quelque chose sur sa peur de chuter.

Dans cette veine, la sensibilité culturelle de notre recherche pourrait être une limitation si le contexte culturel avait été placé au centre des modèles théoriques développés. En fait, dans le premier modèle le concept central est l'angoisse, concept qui est tout à fait universel. Dans le deuxième modèle, la notion de contexte socioculturel a été développé afin de contextualiser la recherche. Il s'agit d'une notion secondaire qui pourrait jouer un rôle autour des choix que les personnes âgées sont prêts à envisager afin de gérer la peur de chuter.

6. CONCLUSIONS

Même si cette recherche parvient à des résultats qui, sur certains points, corroborent les conclusions auxquelles sont parvenus d'autres chercheurs qui s'intéressent à cette question, il n'en demeure pas moins que, sur d'autres aspects, nos résultats montrent des différences tantôt subtiles, tantôt marquées avec d'autres travaux portant sur la peur de chuter. Puisque nous avons fait des synthèses de chacune des parties de notre thèse, nous n'y reviendrons pas en profondeur dans cette partie. En fait, cette conclusion concerne plus particulièrement trois aspects qui sont à notre avis primordiaux, soit l'originalité et les contributions significatives de notre thèse, des pistes d'intervention futures et quelques pistes de recherche.

Originalité et contributions significatives de la thèse

Nous avons bien précisé dans notre problématique que la presque totalité des recherches portant sur la peur de chuter se situent dans le paradigme épidémiologique. Ainsi, le choix d'une approche socio-constructiviste représentait un défi important. Nous avons souligné aussi que la peur de chuter constitue une expérience subjective pour les personnes âgées, tandis que pour la plupart des chercheurs, elle pourrait être une maladie, un symptôme ou un syndrome; donc quelque chose pouvant être saisi objectivement. Par conséquent, les contextes ou les systèmes de référence sur lesquels les chercheurs et les personnes âgées se basent quand ils thématisent la peur sont profondément divergents. Moi-même, en tant qu'ergothérapeute, clinicienne et chercheuse, je me suis toujours placée du côté épidémiologique : mes attentes étaient fondées sur une épistémologie qui réduit l'expérience du sujet - la peur de chuter - à sa cause sous-jacente et à ses facteurs de risque. L'étiologie raisonne en termes d'entités séparées (soit somatiques, soit psychiques, soit sociales), qui induisent l'une sur l'autre des rapports de cause à effet qui favorisent une vue unidimensionnelle et unidirectionnelle des choses. Cette recherche nous a permis de voir la peur de chuter « de dedans », et non pas « de dehors ». Par ailleurs, les deux approches sont

importantes, elles sont en fait complémentaires ; il serait donc inapproprié de prendre en considération une seule approche et de prétendre de cette manière pouvoir accéder à une compréhension adéquate et holistique de la peur de chuter. J'ai donc, dans cette thèse, exploré l'approche que je connaissais moins pour compléter mon panorama de connaissances.

Cette divergence des points de vue (subjectif versus objectif) peut être soulignée à l'aide d'un autre constat : nous avons dit que, pour les chercheurs, la peur de chuter était étudiée en termes de facteurs de risque, d'individus à risque et de groupes à risque, en vue de déterminer les interventions qui sont les plus appropriés et les plus efficaces. Pourtant, selon nos résultats, pour les personnes âgées, la peur de chuter fait partie du processus normal de vieillissement. En plus, comme nous l'avons souligné auparavant, les personnes âgées parlent plutôt d'angoisse que de peur.

Ainsi, nous avons construit une théorie ancrée dans la perspective des acteurs concernés, soit, les personnes âgées. De plus, le choix de la théorisation ancrée dans notre devis de recherche nous a permis tout d'abord d'investir une réalité en prenant ses principaux protagonistes comme guides; puis, à partir des observations et du discours des participants, de dégager les concepts clés qui se présentent, de mettre en lumière les catégories qui regroupent ces concepts et de repérer les liens qui unissent tous ces éléments de manière à faire émerger une théorie.

L'approche qualitative dans l'étude de la peur de chuter permet certainement de nuancer les résultats obtenus lors de recherches précédentes et de relancer les travaux sur des pistes nouvelles faisant sens pour les acteurs concernés. Des constats généraux, qui ne seraient peut-être pas apparus comme étant significatifs dans une grande majorité d'études quantitatives, peuvent ainsi être mis à jour, dans toute leur importance.

Même si cela était bien prévisible, nous avons constaté que la peur de chuter forme une réalité complexe. En effet, pour appréhender le sens de la peur de chuter et sa gestion dans le quotidien des personnes âgées, nous avons posé un regard interdisciplinaire et

nous avons eu recours aux connaissances en provenance d'autres champs disciplinaires, en particulier de la psychologie sociale, de la philosophie et de la sociologie. Nous avons constaté que la peur en général a été étudiée des une perspective plutôt psychologique et/ou sociologique ; l'angoisse a été abordé plutôt par la psychanalyse et la philosophie ; l'identité et les ajustements biographiques ont été l'objet d'étude de la sociologie en général et de la sociologie de la santé ; comme déjà dit, la peur de chuter a été étudiée d'un point de vue épidémiologique. À notre connaissance, c'est la toute première fois qu'était entreprise une recherche interdisciplinaire qui prend en compte cette perspective dans l'étude de la peur de chuter.

En ce qui concerne la visée, cette recherche avait pour objectif général de reconceptualiser la peur de chuter et d'en dégager le processus sous-jacent. Les résultats démontrent bien, à notre avis, l'atteinte des objectifs, car cette étude nous a permis de conceptualiser autrement la peur de chuter chez les personnes âgées. À la lumière de nos résultats, la peur de chuter est plus qu'une émotion, plus qu'un syndrome, plus que la perte de confiance en soi ou plus que la diminution de l'auto-efficacité. Elle n'est pas non plus une émotion telle qu'elle est décrite dans la littérature scientifique. La peur de chuter chez les participants renvoie à un sentiment plus profond, plus existentiel, plus ontologique. Chez eux, la peur de chuter se présente sous l'aspect d'un sentiment d'angoisse et, pour parvenir à maîtriser cette peur, ils doivent la transformer en peurs secondaires.

À notre connaissance, c'est la toute première fois que la peur de chuter était conceptualisée en tant qu'angoisse. Pour nos participants, la peur de chuter constitue un sentiment d'angoisse qui provient de l'intérieur de la personne et n'existe pas en dehors de l'individu. Cette nouvelle manière de concevoir le phénomène de la peur de chuter pose de nouveaux défis aux chercheurs et aux cliniciens et devrait nous amener à réfléchir autrement sur les aspects visant à gérer la peur de chuter et à éviter les conséquences négatives de cette peur.

De telle manière, chez les personnes âgées, la peur de chuter s'apparente plutôt à une angoisse et sa gestion entraîne des ajustements biographiques et une réorganisation de la vie quotidienne qui se construisent à travers des interactions prolongées dans différentes sphères de la vie sociale. Ainsi, nous présentons deux nouveaux modèles théoriques qui rendent compte respectivement de la définition de la peur de chuter pour la personne âgée et de la gestion de cette peur dans leur vie quotidienne. Les deux modèles théoriques que nous avons conçus présentent l'originalité de ne pas avoir été envisagés dans la perspective proposée par les études précédentes sur la peur de chuter, car les seuls modèles existants résultant d'études qualitatives, donc qui prennent en considération le point de vue des personnes âgées, sont beaucoup plus descriptives et ne rendent pas compte de la définition de la peur de chuter. En fait, le premier modèle, appelé Tension dynamique entre deux forces opposées : faire preuve de prudence et lutter pour conserver l'indépendance (Ward-Griffin, et al., 2005), est issu d'une étude menée dans une perspective phénoménologique dans le but d'explorer le vécu quotidien de neuf femmes âgées vivant dans la communauté, plus particulièrement la perception que ces femmes avaient de leur sécurité, de leur peur de chuter, de leur niveau d'indépendance et de leur qualité de vie. Tel que démontré dans la recension des études, ses conclusions décrivent qu'il existe deux forces opposées (peur versus confiance) et pour chaque force, les personnes âgées appliquent des stratégies spécifiques. Alors que nos résultats rendent compte du sens de la peur de chuter et de sa gestion dans la vie quotidienne des personnes âgées, plus qu'une description nous avons avancé un peu plus et nous avons développé deux modèles théoriques. D'une façon plus spécifique, nous avons trouvé la confiance comme un aspect secondaire, relié à la peur de chuter et non pas comme un concept central. En plus, nous avons identifié seulement deux stratégies générales tandis qu'ils décrivent de cinq stratégies spécifiques pour chaque force, mais ils ne s'attardent pas au processus de la peur de chuter.

Le second modèle existant produit à partir d'une étude qualitative, nommé Processus dynamique de gestion de la peur de chuter (Huang, 2005), explore le cadre théorique sous-jacent à la peur de chuter chez des personnes âgées vivant dans la communauté à Taiwan. Huang (2005) rend compte de quatre stratégies de gestion de la peur de chuter

chez ces personnes âgées. En fonction des circonstances, ces stratégies amènent la personne âgée à vivre avec la peur de chuter ou à souffrir la peur de chuter. Pour ce chercheur, les conséquences découlant de l'utilisation des stratégies sont influencées par le niveau de satisfaction à l'égard de ces stratégies et par le soutien qui est donné par la famille de la personne âgée. Un de ses principales conclusions est que, pour les participants, la peur de chuter fait partie du processus normal de vieillissement. Nous avons trouvé le même résultat, mais pour Huang (2005) il s'agit d'une conception erronée qui entraîne des problèmes sociaux en raison du fait que les personnes âgées restreignent leurs activités en fonction de cette peur. Alors les différences avec nos résultats sont indiscutables. Nous sommes arrivés à saisir les sens de la peur de chute et à dégager le processus sous-jacent. A lumière de ces considérations, et à notre connaissance, les modèles que nous avons développés sont particulièrement innovants et utiles pour comprendre la peur de chuter chez les personnes âgées.

Un autre point remarquable et original de nos résultats qui nous aide à bien comprendre l'influence de la peur de chuter dans la vie des personnes âgées réside dans le concept d'ajustement biographique. En effet, la peur de chuter provoque de profonds changements dans la vie des personnes âgées et de leurs proches. Le concept d'ajustement biographique et le concept d'angoisse ont l'immense mérite de s'attaquer directement à l'expérience que vivent les personnes âgées qui ont peur de chuter. Selon nous, la force d'une réflexion sur la peur de chuter en termes d'angoisse et d'ajustement biographique tient au fait qu'elle donne aux chercheurs un cadre pour appréhender la complexité du phénomène qu'ils tentent d'étudier et de diriger leurs investigations vers d'autres domaines que la confiance, l'auto-efficacité ou les problèmes d'équilibre ou de la marche.

Finalement, un troisième et dernier aspect original des résultats concerne le rapport au concept de routinisation. Les résultats auxquels nous sommes parvenus nous ont aussi permis de constater que, parmi les personnes âgées, la peur de chuter se maîtrise à travers un processus de routinisation. En fait, l'établissement et la maîtrise des routines dans la quotidienneté permettent aux personnes âgées de maintenir la continuité de leur

biographie et la stabilité de leur identité. Autrement dit, la personne âgée qui a peur de chuter fait attention à elle-même et à son environnement car elle transfère l'incertitude et le sentiment d'impuissance vers ses performances ; elle fait ses routines et elle prend son temps tout en choisissant les activités et en décidant du moment et de l'endroit pour les accomplir. Même si ces routines quotidiennes prennent plus de temps et deviennent plus difficiles à réaliser, ce sont elles qui contribuent à préserver l'autonomie et le sentiment de contrôle sur sa vie de la personne âgée. Une fois que les aptitudes sont maîtrisées dans des situations récurrentes, les gens agissent selon ce qu'ils croient pouvoir faire ou ne pas faire, sans accorder beaucoup d'attention à l'activité elle-même : c'est la routinisation. Ce processus de routinisation nous semble important et, à notre connaissance, il n'a pas été identifié auparavant dans le champ des études sur la chute et la peur de chuter. Le concept de routinisation a été évoqué par le philosophe français Edgar Morin (1993) dans un contexte bioanthropologique de la peur. Toutefois, à notre connaissance, c'est la première fois qu'on apporte des éléments, issus d'un travail de terrain, qui permettent de conceptualiser la routinisation dans le processus de la peur de chuter chez la personne âgée.

Quelques pistes d'intervention futures

Nous venons de souligner l'importance et l'originalité du concept de routinisation. Dans le cadre des interventions, il serait intéressant d'approfondir le processus de routinisation qui est utilisé pour maîtriser la peur de chuter et réduire la restriction des activités reliée à cette peur afin d'éviter la mise en place d'un cercle vicieux amenant une diminution de la qualité de vie de la personne. De ce fait, dans le cadre d'interventions individuelles qui ciblent spécifiquement la gestion de la peur de chuter au quotidien, il serait sans doute profitable d'accompagner l'ajustement biographique et de travailler les processus de routinisation des tâches et des activités de la vie quotidienne et de la vie domestique, et ce, tant dans l'espace privé que dans l'espace public.

En plus, nos résultats peuvent amener des réflexions sur des pratiques interdisciplinaires car les diverses dimensions qui peuvent être accompagnées dans la peur de chuter ne

relève pas de la compétence spécifique d'un seul groupe de professionnels de la santé ou des services sociaux.

À notre avis, toujours en ce qui concerne le volet intervention, il est important de tenir compte de la famille élargie dans les programmes visant la gestion de la peur de chuter. À ce sujet, nous avons souligné que la peur de chuter constitue un sentiment partagé qui se construit dans l'interaction. Il va de soi que les stratégies qui sont mises à contribution pour gérer cette peur doivent elles aussi être construites dans cette perspective. En conséquence, les actions susceptibles de favoriser l'appropriation des recommandations et les aspects à prendre en compte pour sensibiliser les personnes âgées et leur entourage au phénomène de la peur de chuter doivent être construites, négociées et partagés avec les membres de la famille.

Pistes de recherche

Nous avons dit que pour les personnes âgées la peur de chuter fait partie du processus normal de vieillissement. À cet égard, une question s'impose : si les personnes âgées sont convaincues que la peur de chuter est normale et qu'elle vient avec l'âge, est-ce qu'elles sont prêtes à participer à des programmes visant à éviter, voire à éliminer cette peur ? La réponse ne va pas de soi, mais elle nous donne néanmoins des pistes de recherche qui sont fort intéressantes; par exemple envisager de conduire des recherches portant sur la participation des personnes âgées dans des programmes de gestion de la peur de chuter.

Dans le même ordre d'idées, certaines thématiques en rapport avec la peur de chuter devraient certainement être explorées davantage dans des études ultérieures. Ainsi, à la lumière de nos résultats, il semble qu'en ce qui concerne la restriction des activités reliée à la peur de chuter chez les personnes âgées, le genre exerce une plus grande influence que l'âge. À ce propos, au moins deux pistes de recherche seraient intéressantes à explorer. Une première sera d'explorer les différences entre les sexes, pour en savoir plus si elles sont dues au fait que les femmes sont enclines à surestimer les risques et que les hommes ont tendance à les sous-estimer. La seconde porterait un regard différent aux

différences parmi les sexes : est-ce que les hommes seraient moins portés que les femmes à admettre qu'ils ont peur de chuter ? Un approfondissement soutenu de cette nuance apparaît donc comme étant nécessaire pour ajuster nos interventions.

Une autre piste de recherche implique la distinction entre les participants qui présentent une très grande peur de chuter et ceux qui expriment peu de peur de chuter. Même si nous avons tenté de procéder à des analyses différenciées pour élucider ce point, nous n'avons trouvé aucune différence entre ces deux groupes de participants. Une invitation est donc faite aux chercheurs à pousser plus avant la recherche quant à l'intensité de la peur de chuter et sa portée dans le quotidien des personnes âgées.

Nous avons également noté que les personnes âgées perçoivent l'environnement public comme étant un endroit dangereux, non sécuritaire et incontrôlable. Dans ces conditions, la plupart d'entre elles l'évitent. Ainsi, un autre élément qu'il serait pertinent d'investiguer davantage est celui de la peur de chuter dans l'espace public. Il pourrait être intéressant d'approfondir certains sujets bien précis, par exemple vérifier si l'environnement urbain pourrait se révéler problématique en regard des changements physiques dus au vieillissement et/ou à la peur de chuter en elle-même. Est-ce que la lenteur du déplacement, les difficultés à se mouvoir et les changements physiques chez la personne âgée, qui se trouve en même temps confrontée aux nouveaux modes de transport et à une urbanisation qui ne tient pas compte de ses besoins, sont à la base de la peur de chuter ? Quelles seraient les meilleures mesures à prendre afin de maîtriser cette peur ? Ces sujets sont pratiquement absents des études existantes sur la peur de chuter.

Dans le même ordre d'idées, étant donné les caractéristiques de notre recherche, nous n'avons pas pu dégager une relation directe entre la peur de chuter, l'isolement social et l'aménagement de l'espace urbain. Toutefois, certains témoignages de nos participants laissent entrevoir qu'il pourrait bien y avoir un lien étroit entre ces trois éléments. Ce lien mérite d'être étudié par d'autres recherches permettant d'affiner autant les stratégies de prévention des chutes que la gestion de la peur de chuter, ainsi que sa relation avec l'isolement social des aînés.

Nous avons trouvé dans nos résultats que la peur de chuter se construit dans l'interaction qui prend place entre les personnes âgées et leurs familles. Nous avons souligné que, suivant Mead (2006 [1934]), les gens organisent ce qu'ils font en se fondant sur le sens qu'ils attribuent ou que les autres attribuent à leurs actes. À travers les ajustements dans l'interaction qui sont réciproques et qui sont orientés vers l'accomplissement d'une tâche commune, les gens en viennent à partager un sens commun dans une situation sociale donnée, en l'occurrence la peur de chuter chez les personnes âgées. Ainsi, le groupe social partage une même peur de chuter et organise ses actions en conséquence. La personne âgée a peur de chuter elle-même et le groupe social a peur que la personne âgée fasse une chute. A cet égard il serait intéressant d'approfondir la notion de représentation sociale face aux chutes et face à la peur de chuter. Un approfondissement de cette notion pourrait agrandir le champ de recherche autour de la peur de chuter et, peut être, nous amener à l'aborder comme une construction sociale avec tous les enjeux que cela suppose.

Nous l'avons dit à plusieurs reprises : la peur de chuter prend l'aspect d'un phénomène complexe. En fait, plus notre recherche avançait, plus ce caractère complexe devenait évident. Une chose est certaine : même si la peur de chuter fait partie de nos vies, elle ne se prête pas facilement à l'analyse. Elle touche le moi profond, elle dicte certains choix, elle change la vie, elle est en même temps individuelle et collective, elle se partage, elle est sujet des conversations, elle est aussi objet d'étude, on peut la cacher, la convertir, la maîtriser, la gérer, la rechercher.

Même si, au cours des dernières décennies, les nombreuses recherches qui ont été effectuées sur le phénomène de la peur de chuter ont permis d'augmenter et d'améliorer considérablement les connaissances que nous possédons sur ce sujet, il nous reste encore un long chemin à parcourir avant que cette peur puisse être gérée au point de ne pas limiter les personnes dans leur quotidien.

REFERENCES

- Adkin, A., Frank, J. S., Carpenter, M. G., & Peysar, G. W. (2002). Fear of falling modifies anticipatory postural control. *Experimental Brain Research*, 143(2), 160-170.
- Agence de santé publique du Canada. Division du vieillissement et des aînés. (2005). *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*. Ottawa: Ministère des travaux publics et Services gouvernementaux.
- Andresen, E. M., Wolinsky, F. D., Miller, J. P., Wilson, M. M., Malsmstrom, T. K., & Miller, D. K. (2006). Cross-sectional and longitudinal risk factors for falls, fear of falling, and falls efficacy in a cohort of middle-aged African Americans. *The Gerontologist*, 46(2), 249-257.
- Arfken, C. L., Lach, H. W., Birge, S. J., & Miller, J. P. (1994). The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community. *American Journal of Public Health*, 84(4), 565-570.
- Baas, B. (1990). L'angoisse et la vérité. Dans B. Baas, & A. Zaloszcyc (Éds), *L'angoisse. Perspectives philosophiques et psychanalytiques*. Strasbourg : Presses universitaires de Strasbourg.
- Baas, B. (2003). L'angoisse et la dette. *Savoirs et clinique*, 2(3), 27-34.
- Ballinger, C., & Payne, S. (2002). The construction of the risk of falling among and by older people. *Ageing and Society*, 22(3), 305-324.
- Baloh, R. W., Jacobson, K. M., Socotch, T. M., Spain, S., & Bell, T. (1996). Posturography and concerns about falling in older people. *Facts and Research in Gerontology*, 52-63.
- Baltes, P. B., & Mayer, K. R. (Éds) (2001). *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles: De Boeck.
- Baribeau, C. (2005). Le journal du bord du chercheur. Association pour la recherche qualitative. Actes du colloque L'instrumentation dans la collecte des données.

- Recherches qualitatives, Hors-série, numéro 2. Université du Québec à Trois-Rivières, 26 novembre 2005.*
- Barraud, J. (1969). *L'homme et son angoisse*. Paris : Éditions Resma.
- Baszanger, I. (1992). *Anselm Strauss. La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan.
- Bauman, Z. (2006). *Liquid Fear*. Cambridge: Polity Press.
- Bauman, Z. (2007). *Liquid Times. Living in an Age of Uncertainty*. Cambridge: Polity Press.
- Beyene, Y., Becker G., & Mayen, N. (2002). Perception of aging and sense of well-being among Latino elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 17*(2), 155-172.
- Biderman, A., Cwikel, J., Fried, A. V., & Galinsky, D. (2002). Depression and falls among community dwelling elderly people: A search for common risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health, 56*(8), 631-636.
- Blake, A. J., Morgan, K., Bendall, M. J., Dallosso, H., Ebrahim, S. B., & Arie, T. H. (1988). Falls by elderly people at home: prevalence and associated factors. *Age and Ageing, 17*(6), 365-372.
- Blanchard, R. A., Myers, A. M., & Pearce, N. J. (2007). Reliability, construct validity, and clinical feasibility of the Activities-specific Fall Caution Scale for residential living seniors. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation, 88*(6), 732-739.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bortz, W. M. (1984). The disuse syndrome. *Western Journal of Medicine, 141*(5), 691-694.
- Botner, E. M, Miller, W. C., & Eng, J. J. (2005). Measurement properties of the Activities-specific Balance Confidence Scale among individuals with stroke. *Disability and Rehabilitation, 27*(4), 156-163.
- Boucher, J. (1999) *Étude descriptive des chutes survenues chez les personnes âgées de 65 ans et plus hospitalisées en soins de courte durée*. Mémoire de recherche. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.
- Boudon, R., Mingasson, L. (2006). Entre valeurs de l'espace privé et valeurs communes. *Informations sociales, 8*(136) : 26-34.
URL : www.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-8-page-26.htm.

- Boutin, G. (2006). *L'entretien de recherche qualitatif*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Bowers, B. (1988). Grounded Theory. Dans B. Sarter (Éd), *Paths to Knowledge: Innovative Research Methods for Nursing* (pp. 33-59). New York: National League for Nursing.
- Boyd, R., & Stevens, J. A. (2009). Falls and fear of falling: Burden, beliefs and behaviours. *Age and Ageing*, 38(4), 423-428.
- Brouwer, B., Musselman, K., & Culham, E. (2004). Physical function and health status among senior with and without fear of falling. *Gerontology*, 50(3), 135-141.
- Brown, L. A., Doan, J. B., McKenzie N. C., & Cooper S. A. (2006). Anxiety-mediated gait adaptations reduce error of obstacle negotiation among younger and older adults: Implications for falls risks. *Gait and Posture*, 24(4), 418-423.
- Bruce, C. D. (2007). Questions arising about emergence, data collection, and its interaction with analysis in a grounded theory study. *International Journal of Qualitative Methods*, 6(1), Article 4.
Retrieved from http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/6_1/bruce.pdf
- Bruce, D. G., Devine, A., & Prince, R. L. (2002). Recreational physical activity levels in healthy older women: The importance of fear of falling. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(1), 84-89.
- Buchner D. M., Hornbrook, M. C, Kutner, N. G., Tinetti, M. E., Ory, M. G., Mulrow, C. D., et al. (1993). Development of the common database for the FICSIT trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(3), 297-308.
- Büla, C., Rochat, S., & Dunand, G. (2006). Chutes et personnes âgées. *Primary Care*, 6(11), 200-204.
- Burker, E. J., Wong, H., Sloane, P. D., Mattingly, D., Preisser, J., & Mitchell, C. M. (1995). Predictors of fear of falling in dizzy and non-dizzy elderly. *Psychology and Aging*, 10(1), 4-10.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness* 4(2), 167-182.
- Cameron, I. D., Stafford, B., & Cumming, R. G., Birks, C., Kurrle, S. E., Lockwood, K., et al. (2000). Hip protectors improve falls self-efficacy. *Age and Ageing*, 29(1), 57-62.
- Campbell, J., Borrie, M. J., & Spears, G. F., Jackson, S. L., Brown, J. L., & Fitzgerald, J. L. (1990). Circumstances and consequences of falls experienced by a community

- population 70 years and over during a prospective study. *Age and Ageing*, 19(2), 136-141.
- Carabaña, J., & Lamo de Espinosa, E. (1979). La teoría social del interaccionismo simbólico: análisis y valoración crítica. *Revista Española de investigaciones sociológicas*, 1, 159-203.
- Caradec, V. (2006). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris: Armand Colin.
- Carpenter, M. G., Adkin, A. L., Brawley, L. R., & Frank, J. S. (2006). Postural, physiological and psychological reactions to challenging balance. Does age make a difference? *Age and Ageing*, 35(3), 298-303.
- Cefaï, D., & Quéré, L. (2006). Introduction. Naturalité et socialité du *self* et de l'esprit. Dans G. H. Mead (Éd), *L'esprit, le soi et la société* (pp. 3-90). Paris: Presses universitaires de France.
- Chamberlin, M. E., Fulwider, B. D., Sanders, S. L., & Medeiros, J. M. (2005). Does fear of falling influence spatial and temporal parameters in elderly persons beyond changes associated with normal aging? *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60A (9), 1163-1167.
- Chandler, J., Duncan, P., Sander, L., & Studensky, S. (1996). The fear of falling syndrome: Relationships to falls, physical performance, and activities of daily living in frail older persons. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 11(3), 55-63.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5(2), 168-195.
- Charmaz, K. (1994). Identity dilemmas of chronically ill men. *Sociological Quarterly*, 35(2), 269-288.
- Charmaz, K. (1995). The body, identity, and self: Adapting to impairment. *Sociological Quarterly*, 36(4), 657-680.
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory. Objectivist and constructivist methods. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Éds), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 509-535). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Chou, K. L., Yeung, F. K. C., & Wong, E. C. H. (2005). Fear of falling and depressive symptoms in Chinese elderly living in nursing homes: Fall efficacy and activity level as mediator or moderator? *Ageing and Mental Health*, 9(3), 255-261.
- Close, J. C. (2005). Prevention of falls: A time to translate evidence into practice. *Age and Ageing*, 34(2), 98-100.

- Comeau, Y. (1994). *L'analyse des données qualitatives*. Montréal : Centre de recherche sur les innovations sociales. (Études Théoriques, ET9402).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2006). *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* [LC/G. 2294 (SES.31/3)], Santiago de Chile.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2009). Colección Documentos de proyectos Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis? Naciones Unidas, abril de 2009.
- Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2009). (2007), *Panorama social de América Latina, 2006* (LC/G.2326-P), Santiago de Chile. Publication des Nations Unies, n° de vente: S.06.II.G.133.
- Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (aînés) pour les ministres responsables des aînés (2001). *Guide des meilleures pratiques pour la prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté*. Ottawa : Santé Canada, Division du vieillissement et des aînés.
- Corbin, J. M. (2003). The body in health and illness. *Qualitative Health Research*, 13(2), 256-267.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (1988). *Unending Work and Care: Managing Chronic Illness at Home*. San Francisco: Jossey-Bass
- Corbin J. M., & Strauss, A. L. (1985). Managing chronic illness at home: Three lines of work. *Qualitative Sociology*, 8(3), 224-247.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21.
- Corsini, R. J. (Éd) (1994). *Encyclopedia of Psychology*. Volume 2. New York: John Wiley and Sons.
- Cox, C., & Monk, A. (1993). Hispanic culture and family care of Alzheimer's patients, *Health and Social Work*, 18(2), 92-99.
- 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, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55A(5), M299-M305.
- Curcio, C. L., Gómez, J. F., & Reyes-Ortiz, C. A. (2009). Activity restriction related to fear of falling among older people in the Colombian Andes mountains: Are

- functional or psychosocial risk factors more important? *Journal of Aging and Health*, 21(3), 460-479.
- Curcio, C. L., & Gómez, J. F. (2006a). Factores predictores de temor a caer. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 20(4), 959-970.
- Curcio, C. L., & Gómez, J. F. (2006b). Restriction d'activité reliée à la peur de chuter chez les personnes âgées de la région caféière colombienne. *Canadian Journal on Aging / Revue canadienne du vieillissement*, 25, (Supplément 1), 147-148.
- Darrault-Harris, I. (2009). L'angoisse, sa mise en discours. *Enfances & PSY*, 1(42), 40-50.
- Delbaere, K., Crombez, G., van den Noortgate, W., Willems, T., & Cambier, D. (2006). The risk of being fearful or fearless of falls in older people: An empirical validation. *Disability and Rehabilitation*, 28(12), 751-756.
- Delbaere, K., Crombez, G., Vanderstraeten, G., Willems, T., & Cambier, D. (2004). Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age and Ageing*, 33(4), 368-373.
- Delpierre, G. (1974). *La peur et l'être*. Toulouse: Privat
- Delumeau, J. (1978). *La peur en Occident. Une cité assiégée (XIV^e - XVIII^e siècles)*. Paris : Fayard.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2009). *Proyecciones de población municipales*. Colombia. <http://www.dane.gov.co/>
- Deshpande, N., Metter, E. J., Lauretani, F., Bandinelli, S., & Ferrucci, L. (2009). Interpreting fear of falling in the elderly: What do we need to consider? *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 32(3), 91-96.
- Devins, G. (1994). Illness intrusiveness and the psychosocial impact of lifestyle disruptions in chronic life-threatening disease. *Advances in Renal Replacement Therapy*, 1(3), 251-263.
- Dictionnaire de sociologie*. (2007). Paris : Encyclopédie Universalis/Albin Michel.
- Diel, P. (1968). *La peur et l'angoisse*. Paris : Payot.
- Di Méo, G. (2008). *Le rapport identité/espace. Éléments conceptuels et épistémologiques*. halshs-00281929, version 1 - 26 May. <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/28/19/29/PDF/Identite-Reims.pdf>

- Direction générale de la sante publique (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Cadre de référence*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Drozdzick, L. W., & Edelstein, B. A. (2001). Correlates of fear of falling in older adults who have experienced a fall. *Journal of Clinical Geropsychology*, 7(1), 1-13.
- Dubar, C. (1991), *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.
- Eck, M. (1964). *L'homme et l'angoisse*. Paris: Librairie Arthème Fayard.
- Evitt, C. P., & Quigley, P. A. (2004). Fear of falling in older adults: A guide to its prevalence, risk factors, and consequences. *Rehabilitation Nursing*, 29(6), 207-221.
- Fessel, K. D., & Nevitt, M. C. (1997). Correlates of fear of falling and activity limitation among persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 10(4), 222-228.
- Filiatrault J., Desrosiers, J., & Trottier, L. (2009). An exploratory study of individual and environmental correlates of fear of falling among community-dwelling seniors. *Journal of Aging and Health*, 21(6), 881-894.
- Filiatrault, J., Gauvin, L., Fournier, M., Parisien, M., Robitaille, Y., Laforest, S., et al. (2007). Evidence of the psychometric qualities of a simplified version of the Activities-specific Balance Confidence Scale for community dwelling seniors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(5), 664-672.
- Filiatrault, J. (2006). Étude des propriétés métrologiques d'une version modifiée de l'*Activities-specific Balance Confidence (ABC) Scale* pour les aînés vivant dans la communauté. Conférence. Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Centre de recherche sur le vieillissement. 8 mars 2006.
- Filiatrault, J. (2008). Confiance en son équilibre et équilibre perçu chez les aînés: conceptualisation, mesure et impact d'un programme communautaire de prévention des chutes. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en sante publique, option promotion de la sante. Montréal : Université de Montréal.
- Fletcher, P. C., & Hirdes, J. P. (2004). Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. *Age and Ageing*, 33(3), 273-279.
- Fozard, J. L., & Gordon-Salant, S. (2001). Changes in vision and hearing with aging. Dans J. E. Birren, & K. W. Schaie (Éds), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp 241-266). San Diego: Academic Press.

- Franzoni, S., Rozzini, R., Boffelli, S., Frisoni, G. B., & Trabucchi, M. (1994). Fear of falling in nursing home patients. *Gerontology, 40*(1), 38-44.
- Friedman, S. M., Munoz, B., West, S. K., Rubin, G. S., & Fried, L. P. (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*(8), 1329-1335.
- Gagnon, N., & Flint, A. (2003). Fear of falling in the elderly. *Geriatrics and Aging, 6*(7), 15-17.
- Gagnon, N., Flint, A., Naglie, G., & Devins, G. (2005). Affective correlates of fear of falling in elderly persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 13*(1), 7-14.
- Gallant, M., Spitze, G., & Grove, J. G. (2010). Chronic illness self-care and the family lives of older adults: A synthetic review across four ethnic groups. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 25*(1), 21-43.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Stanford University Press.
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Lamb, S. E., Gates S, Cumming, R. G., et al. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007416.pub2
- Gillespie, S. M., & Friedman, S. M. (2007). Fear of falling in new long-term care enrollees. *Journal of the American Medical Directors Association, 8*(5), 307-313.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Godbout, J. T. (2000). *Le don, la dette et l'identité. Homo donator vs homo oeconomicus*. Version électronique/MAUSS.
- Godbout, J. T., & Caillé, A. (1992). *L'esprit du don*. Paris : La Découverte.
- Gómez, F., & Curcio, C. L. (2007). The development of a fear of falling interdisciplinary intervention program. *Clinical Interventions in Aging, 2*(4), 661-667.
- Gómez, J. F., & Curcio, C. L. (2005). *Factores de riesgo y factores protectores para enfermedades crónicas discapacitantes en adultos mayores del departamento de Caldas*. Dirección territorial de salud de caldas. Universidad de Caldas.
- Gómez, J. F., & Curcio, C. L. (1998). Caídas en ancianos que hacen y no hacen ejercicio. *Colombia Médica, 29*(4), 125-128.

- Gómez, J. F., Curcio, C. L. (2004). *Envejecimiento rural: El anciano en las zonas cafeteras colombianas*. Cuadernos de Investigación No. 3. Manizales: Universidad de Caldas.
- Gómez, J. F., Curcio, C. L., & Duque, G. (2009) Health care for older persons in Colombia: A country profile. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(9), 1692-1696.
- Gómez, L. F., Parra, D. C., Buchner, D., Brownson, R. C., Sarmiento, O. L., Pinzón, J. D., et al. (2010). Built environment attributes and walking patterns among the elderly population in Bogotá. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(6), 592-599.
- Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2009). L'induction en méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Recherches qualitatives*, 28(2), 4-21.
<http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>
- Gutiérrez de Pineda, V. (1994). *Familia y cultura en Colombia. Tipologías, funciones y dinámica de la familia. Manifestaciones múltiples a través del mosaico cultural y estructuras sociales*. Medellín: Editorial universidad de Antioquia.
- 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.
- Hauer, K., Lamb, S. E., Jorstad, E. C., Todd, C., & Becker, C. (2006). Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials. *Age and Ageing*, 35(1), 5-10.
- Heidegger M. (1963). Qu'est-ce que la métaphysique ? Dans J. Ahrweiller (Éd), *Écrits sur l'angoisse* (pp. 135-141). Paris : Seghers.
- Heidegger, M. (1964). *Être et Temps*. Paris : Gallimard.
- Hellström, K., & Lindmark, B. (1999). Fear of falling in patients with stroke: A reliability study. *Clinical Rehabilitation*, 13(6), 509-517.
- Hellström, K., Lindmark, B., & Fugl-Meyer, A. (2002). The Falls-Efficacy Scale, Swedish version: Does it reflect clinically meaningful changes after stroke? *Disability and Rehabilitation*, 24(9), 471-481.
- Hill, K. D., Schwarz, J. A., Kalogeropoulos, A. J., & Gibson, S. J. (1996). Fear of falling revisited. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77(10), 1025-1029.
- Horton K., & Arber, S. (2004) Gender and the negotiation between older people and their careers in the prevention of falls. *Ageing and Society*, 24(1), 75-94.

- Hotchkiss, A., Fisher, A., Robertson, R., Ruttencutter, A., Schuffert, J., & Barker, D. B. (2004). Convergent and predictive validity of three scales related to fear of falling in the elderly. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(1), 100-103.
- Howland, J., Lachman, M. E., Peterson, E. W., Cote, J., Kasten, L., & Jette, A. (1998). Covariates of fear of falling and associated activity curtailment. *Gerontologist*, 38(5), 549-555.
- Howland, J., Walker, E., Levin, W. C., Fried, L., Pordon, D., & Bak, S. (1993). Fear of falling among the community-dwelling elderly. *Journal of Aging and Health*, 5(2), 229-243.
- Hsu, P. C., & Miller, W. C. (2006). Reliability of the Chinese version of the Activities-specific Balance Confidence Scale. *Disability and Rehabilitation*, 28(20), 1287-1292.
- Huang, T. (2005). Managing fear of falling: Taiwanese elders' perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 743-750.
- Huang, T. T. (2006). Geriatric fear of falling measure: Development and psychometric testing. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 357-365.
- Hutchinson, S. A., & Wilson, H. S. (2001). Grounded Theory: The method. Dans P. L. Munhall (Éd), *Nursing Research: A Qualitative Perspective* (pp. 209-243). Sudbury: Jones and Bartlett.
- Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1995). Self-ratings of health: Do they also predict change in functional ability? *Journal of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50B(6), S344-S353.
- Inouye, S. K., Studensky, S., Tinetti, M. E., & Kuchel, G. A. (2007). Geriatric syndromes: Clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 780-791.
- Instituts de recherche en santé de Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie de Canada, Conseil de recherches en sciences humaines de Canada. (1998). *L'énoncé de politiques de trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humaines*.
- Institut canadien d'information sur la santé (2004). *National Trauma Registry 2004 Report: Injury Hospitalizations*. Ottawa.
- Jablonski, S. (1995). Síndrome: un concepto en evolución. *ACIMED*, 3(1), 30-38.
- Jamison, M., Neuberger, G. B., & Miller, P. A. (2003). Correlates of falls and fear of falling among adults with rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 49(5), 673-680.

- Jorstad, E. C., Hauer, K., Becker, C., & Lamb, S. E. (2005). Measuring of psychological outcomes of falling: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*(3), 501-510.
- Joseph, I. (1996). Les compétences de rassemblement. Une ethnographie des lieux publics. *Enquête, La ville des sciences sociales*. [En ligne], mis en ligne le 6 novembre 2008. Consulté le 14 avril 2010.
URL: <http://enquete.revues.org/document773.html>.
- Juarez, G., Ferrell, B., & Borneman, T. (1998). Perceptions of quality of life in Hispanic patients with cancer. *Cancer Practice, 6*(6), 318-324.
- Kellogg International Working Group on the Prevention of Falls by the Elderly (1987). The prevention of falls in later life. *Danish Medical Bulletin, 34*(4), 215-219.
- Kempen, G. I. J. M., van Haastregt, J. C. M., McKee, K. J., Delbaere, K., & Zijlstra, G. A. R. (2009). Socio-demographic, health-related and psychosocial correlates of fear of falling and avoidance of activity in community-living older persons who avoid activity due to fear of falling. *BMC Public Health, 9*, 170-177.
- Kempen, G. I. J. M., Todd, C. J., van Haastregt, J. C. M., Zijlstra, G. A. R., Beyer, N., Freiburger, E., et al. (2007). Cross-cultural 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.
- Kilian, C., Salmoni, A., Ward-Griffin, C., & Kloseck, M. (2008). Perceiving falls within a family context: A focused ethnographic approach. *Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement, 27*(4), 331-345.
- Kim, H. S, Sherman, D. K., Ko, D., & Taylor, S. (2006) Pursuit of comfort and pursuit of harmony: Culture, relationships, and social support seeking. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*(12), 1595-1607.
- Kim, H., Yoshida, H., Suzuki, T., Ishizaki, T., Hosoi, T., Yamamoto, S., et al. (2001). The relationship between fall-related activity restriction and functional fitness in elderly women. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi, 38*(6), 805-811.
- Kirouac, G. (1989). *Les émotions*. Sillery: Presses de l'Université du Québec. (Monographie de psychologie #8).
- Kong, K. (2002). Psychosocial consequences of falling: The perspective of the older Hong Kong Chinese who had experienced recent falls. *Journal of Advanced Nursing, 37*(3), 234-242.

- Krause, N. (1997). Anticipated support, received support and economic stress among older adults. *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52B(6), P284-P293.
- Krause, N. (2007). Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychology and Aging*, 22(3), 456-469.
- Kressig, R. W., Wolf, S. L., Sattin, R. W., O'Grady, M., Greenspan, A., Curns, A., et al. (2001). Association of demographic, functional and behavioral characteristics with activity related fear of falling among older adults transitioning to frailty. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(11), 1456-1462.
- Kurlan, R. (2005). Fear of falling gait: A potentially reversible psychogenic gait disorder. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 18(3), 171-172.
- Lach, H. (2005). Incidence and risk factors for developing fear of falling in older adults. *Public Health Nursing*, 22(1), 45-52.
- Lachman, M. E., Howland, J., Tennstedt, S., Jette, A., Assmann, S., & Peterson, E. W. (1998). Fear of falling and activity restriction: The survey of activities and fear of falling in the elderly (SAFE). *Journal of Gerontology*, 53B, P43-P50.
- Laperrière, A. (1997a). La théorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Éds), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 309-340). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Laperrière, A. (1997b). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer. & A. P. Pires (Éds). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-389). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Lawrence, R. H., Tennstedt, S. L., Kasten, L. E., Shih, J., Howland, J., & Jette, A. M. (1998) Intensity and correlates of fear of falling and hurting oneself in the next year: Baseline findings from a Roybal Center fear of falling intervention. *Journal of Aging and Health*, 10(3), 267-286.
- Le nouveau Petit Robert 2010. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (2010). Paris : Robert
- Lecomte, J. (2003). Note du traducteur. Dans A. Bandura, *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. (1-20) Bruxelles: De Boeck.
- Lee, F., Mackenzie, L., & James, C. (2008). Perception of older people living in community about their fear of falling. *Disability and Rehabilitation*, 30(23), 1803-1811.

- Legters, C., Whitney, S., Porter, R., & Buczek, F. (2005). The relationships between Activities-specific Balance Confidence Scale and the Dynamic Gait Index in peripheral vestibular dysfunction. *Physiotherapy Research International*, *10*(1), 10-22.
- Legters, K. (2002). Fear of falling. *Physical Therapy*, *82*(3), 264-272.
- Li, F., McAuley, E., Fisher, K. J., Harmer, P., Chaumeton, N., & Wilson, N. L. (2002). Self-efficacy as a mediator between fear of falling and functional ability in the elderly. *Journal of Aging and Health*, *14*(4), 452-466.
- Liddle, J., & Gilleard, C. (1995). The emotional consequences of falls for older people and their families. *Clinical Rehabilitation*, *9*(2), 110-114.
- Lilley, J. M., Arie, T., & Chilvers, C. E. D. (1995). Accidents involving older people: A review of the literature. *Age and Ageing*, *24*(4), 346-365.
- Liu-Ambrose, T., Khan, K. M, Donaldson, M. G., Eng, J. J., Lord, S. R., & McKay, H. A. (2006). Falls-related self-efficacy is independently associated with balance and mobility in older women with low bone mass. *Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *61A* (8), 832-838.
- Lord, S. R., & Castell, S. (1994). Physical activity program for older persons: Effects on balance, strength, neuromuscular control, and reaction time. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *75*(6), 648-652.
- Lund, C., Sheafor, M. I. (1985). Is your patient about to fall? *Journal of Gerontological Nursing*, *11*(4), 37-41.
- Lusardi, M. M., Smith, E. V. (1997). Development of a scale to assess concern about falling and applications to treatment programs. *Journal of Outcome Measurement*, *1*(1), 34-55.
- Maki, B. E. (1997). Gait changes in older adults: Predictors of falls or indicators of fear? *Journal of the American Geriatrics Society*, *45*(3), 313-320.
- Maki, B. E., Holliday, P. J., & Topper, A. K. (1991). Fear of falling and postural performance in the elderly. *Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *46A*(4), M123-M131.
- Maki, B. E., & McIlroy, W. E. (1996). Postural control in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, *12*(4), 635-658.
- Mann, R., Birks, I., Hall, J., Torgerson, D., & Watt, I. (2006). Exploring the relationship between fear of falling and neuroticism: A cross-sectional study in community-dwelling women over 70. *Age and Ageing*, *35*(2), 143-147.

- Mannoni P. (1982). *La peur*. Paris : Presses universitaires de France. (Que sais-je ? 1983).
- Martin, F. C., Hart, D., Spector, T., Doyle, D. V, & Harari, D. (2005). Fear of falling limiting activity in young-old women is associated with reduced functional mobility rather than psychological factors. *Age and Ageing*, 34(2), 281-287.
- Massumi, B. (2005). Peur, dit le spectre. *Multitudes*, 4(23), 135-152.
- Mauriac, F. (1963). La victoire sur l'angoisse. Dans J. Ahrweiler (Éd). *Écrits sur l'angoisse* (pp. 173-179). Paris: Seghers.
- McAuley, E. M., Mihalko, S. L., & Rosengren, K. (1997). Self-efficacy and balance correlates of fear of falling in the elderly. *Journal of Aging and Physical Activity*, 4/5, 329-340.
- McCann, T. V. & Clark, E. (2003). Grounded theory in nursing research. Part 1- Methodology. *Nurse Researcher*, 11(2), 7-18.
- McKee, K. J., Orbell, S., Austin, C. A., Bettridge, R., Liddle, B. J., Morgan, K., et al. (2002). Fear of falling, falls efficacy, and health outcomes in older people following hip fracture. *Disability and Rehabilitation*, 24(6), 327-333.
- Mead, G. H. (2006 [1934]). *L'esprit, le soi et la société*. Paris: Presses universitaires de France.
- Mendes de Leon, C. F., Seeman, T. E., Baker, D. I., Richardson, E. D., & Tinetti, M. E. (1996). Self-efficacy, physical decline, and change in functioning in community-living elders: A prospective study. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and social Sciences*, 51B(4), S183-S190.
- Merriam-Webster Online Dictionary* (2010). <http://www.merriam-webster.com/>
- Michel, A. (Éd) (2007). *Dictionnaire de sociologie. Encyclopédie Universalis*. Paris : Albin Michel.
- Miller, J. (1995). Perception and psychological effects of falling of elderly people living in the community. Thèse de doctorat. Université de l'Illinois (Chicago), Health Sciences Center. Dans : Agence de santé publique du Canada. Division du vieillissement et des aînés. (2005). *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*. Ottawa: Ministère des travaux publics et Services gouvernementaux.
- Miller, W. C., Deathe, A. B., & Speechley, M. (2003). Psychometric properties of the Activities-specific Balance Confidence Scale among individuals with a lower-limb amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(5), 656-661.

- Ministerio de Salud (1994). *La carga de la enfermedad en Colombia*. Ministerio de Salud (pp. 13-16). Santafé de Bogotá.
- Morin, E. (1993). Les anti-peurs. *Communications*, 57(1), 131-139.
- Murphy, J., & Isaacs, B. (1982). The post-fall syndrome. A study of 36 elderly patients. *Gerontology*, 28, 265-270.
- Murphy, S., Dubin, J. A., & Gill, T. M. (2003). The development of fear of falling among community-living older women: Predisposing factors and subsequent fall events. *Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58A (19), M943-M947.
- Murphy, S. L., 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(3), 516-520.
- Myers, A. M., Fletcher, P. C., Myers, A. H., & Sherk, W. (1998). Discriminative and evaluative properties of the Activities-specific Balance Confidence (ABC) Scale. *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 53A(4), M287-M294.
- Myers, A. M., Powell, L. E., Maki, B. E., Holliday, P. J., Brawley, L. R., & Sherk, W. (1996). Psychological indicators of balance confidence: Relationship to actual and perceived abilities. *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 51A(1), M37-M43.
- Natanson, J. (2008). La peur et l'angoisse, *Imaginaire et Inconscient*, 2(22), 161-173.
- Ness, K. K., Gurney, J. G., Wall, M. M., Olsen, R. A., & Boergerhoff, L. A. (2004). Screening for risk of falling in community-dwelling elderly people may increase fear of falling. *Journal of Geriatrics Physical Therapy*, 27(3), 100-104.
- Nutt, J. G., Marsden, C. D., & Thompson, M. D. (1993). Human walking and higher-level gait disorders, particularly in the elderly. *Neurology*, 43(2), 268-279.
- O'Loughlin, J. L., Robitaille, Y., Boivin, J. F., & Suissa, S. (1993). Incidence and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *American Journal of Epidemiology*, 137(3), 342-354.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*.
<http://www.who.int/classifications/icf/fr/http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx>.
- Organisation mondiale de la santé (2002). *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf

- Paillard, B. (1993). Appréhender les peurs. *Communications*, 57(1), 7-15.
- Parry, S. W., Steen, N., Galloway, R. S., Kenny, R. A., & Bond, J. (2001). Falls and confidence related quality of life outcome measures in an older British cohort. *Post Graduate Medical Journal*, 77(904), 103-108.
- Pearce, N. J., Myers, A. M., & Blanchard, R. A. (2007). Assessing subjective fall concerns in residential living seniors: Development of the Activities-specific Fall Caution Scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(6), 24-31.
- Peretz, C., Herman, T., Hausdorff, J. M., & Giladi, N. (2006). Assessing fear of falling: Can a short version of the Activities-specific Balance Confidence Scale be useful? *Movement Disorders*, 21(12), 2101-2105.
- Perez-Jara, J., Enguix, A., Fernandez-Quintas, J. M., Gómez-Salvador, B., Baz, R., Olmos, P., et al. (2009). Fear of falling among elderly patients with dizziness and syncope in a tilt setting. *Canadian Journal on Aging / Revue canadienne du vieillissement*, 28(2), 157-163.
- Petrella, R. J., Payne, M., Myers, A., Overend, T., & Chesworth, B. (2000). Physical function of fear of falling after hip fracture rehabilitation in the elderly. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(2), 154-160.
- Powell, L. E., & Myers, A. M. (1995). The Activities-specific Balance Confidence (ABC) Scale. *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 50A(1), M28-M34.
- Radley, A., & Green, R. (1987). Illness as adjustment: A methodology and conceptual framework. *Sociology of Health and Illness*, 9(2), 180-207.
- Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité (2005). *Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées a domicile*. Saint-Denis: Éditions INPES.
- Resnick, B. (1998). Functional performance of older adults in a long-term care setting. *Clinical Nursing Research*, 7(3), 230-246.
- Restrepo, C. (1990). *La Asociación Nacional de Mujeres Campesinas e Indígenas de Colombia (ANMUCIC)*. Estudio de Caso. Bogotá, Colombia: FAO, Oficina Regional para América latina y el Caribe.
- Reyes-Ortiz, C. A., Ayele, H., Mulligan, T., Espino, D. V., Berges, I. M., & Markides, K. S. (2006). Higher church attendance predicts lower fear of falling in older Mexican-American. *Aging and Mental Health*, 10(1), 13-18.

- Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C., Ducharme, F., Sapinski, J.-P., & Trudel, M. (2008). Integrating the ecological approach in health promotion for older adults: A survey of programs aimed at elder abuse prevention, falls prevention, and appropriate medication use. *International Journal of Public Health*, 53(1), 46-56.
- Ricœur, P. (1953). Vraie et fausse angoisse. Dans R. Schuman, G. Calogero, M. Eliade, F. Mauriac, P. Ricoeur, R. De Saussure, et al. (Éds). *L'angoisse du temps présent et les devoirs de l'esprit. Textes de conférences et des entretiens* (pp. 37-61). Neufchâtel : Éditions de la Baconnière. (Histoire et société d'aujourd'hui).
- Rochat, S., Martin, E., Aminian, K., Thomi, M., Besson, V., Najafi, B., et al. (2005). Effect of a pilot gait and balance training program: The importance of fear of falling. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), (Supplément 1), S195-S196.
- Rocque, S., Langevin, J., Drouin, C., & Faille, J. (1999) *De l'autonomie à la réduction des dépendances*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Roe, B., Howell, F., Riniotis, K., Beech, R., Crome, P., & Ong, B. N. (2008). Older people's experience of falls: Understanding, interpretation and autonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 586-596.
- Rosso-Henao, V., Reyes-Ortiz, C. A., Gómez, J. F., Curcio, C. L., Ottenbacher, K. J., & Markides, K. S. (2007). The temporal relationship between falls and fear of falling among older Mexican Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(4), (Supplément 1), S195.
- Rubenstein, L. Z., & Josephson, K. R., (2002). The epidemiology of falls and syncope. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18(2), 141-158.
- Rucker, D., Rowe, B. H., Johnson, J. A., Steiner, I. P., Russell, A. S., Hanley, D. A., et al. (2006). Educational intervention to reduce falls and fear of falling in patients after fragility fracture: Results of a controlled pilot study. *Preventive Medicine*, 42(4), 316-319.
- Saad, P. (2004). Transferencias de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina, *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* A. A. Camarano (Org.). Rio de Janeiro: Institut de recherche économique appliquée (IPEA).
- Salbach, N. M., Mayo, N. E., Hanley, J. A., Richards, C. L., & Wood-Dauphinee, S. (2006). Psychometric evaluation of the original and Canadian French version of the Activities-specific Balance Confidence Scale among people with stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(12), 1597-1604.
- De Saussure, F. (1953). L'aspect psychologique de l'angoisse. Dans R. Schuman, G. Calogero, M. Eliade, F. Mauriac, P. Ricoeur, R. De Saussure, et al. (Éds). *L'angoisse du temps présent et les devoirs de l'esprit. Textes de conférences et des entretiens* (pp. 9-36). Neufchâtel : Éditions de la Baconnière. (Histoire et société d'aujourd'hui).

- Sauzet, J.-P. (2001). L'angoisse face à la mort, *Études*, 3(394), 359-370.
- Savoie-Zajc, L. (2003). *Les critères de rigueur de la recherche qualitative/interprétative : du discours à la pratique*. Communication prononcée dans le cadre du colloque de l'Association pour la recherche qualitative, *Regards actuels sur les critères de scientificité*. Trois-Rivières, 28 novembre 2003.
- Scheffer, A. C., Schuurmans, M. J., van Dijk, N. V., van der Hooft, T., & de Rooij, S. E. (2008). Fear of falling: Measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and Ageing*, 37(1), 19-24.
- Sehested, P., & Severin-Nielsen, T. (1977). Falls by hospitalized elderly patients: Causes, prevention. *Geriatrics*, 32(4), 101-108.
- Shaw, B. A., & Janevic, M. R. (2004). Associations between anticipated support, physical functioning, and educational level among a nationally representative sample of older adults. *Journal of Aging and Health*, 16(4), 539-561.
- Shumway-Cook, A., Baldwin, M., Polissar, N. L., & Gruber, W. (1997). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults. *Physical Therapy*, 77(8), 812-819.
- Simpson, J. M., Darwin, C., & Marsh, N. (2003). What are older people prepared to do to avoid falling? A qualitative study in London. *British Journal of Community Nursing*, 8(4), 152-159.
- Simpson, J. M. (2000). *Having fallen does not fully explain fear of falling*. British Psychological Society Annual Conference. London: BPS Publications.
- Simpson, J. M. (2003). Questionnaires: Concern about falling, balance confidence, concern regarding the consequences of falling. *Prevention of Falls Network Europe Work Package 4 Consensus Meeting*. Southampton: University of Southampton.
- Simpson, J. M., & Jones, F. (2004). Physiological or psychological change? Which is the most important rehabilitation outcome for older people who fall? *Age and Ageing*, 33(2), 204-211.
- Simpson, J. M., Worsfold, C., & Hawke, J. (1998). Balance confidence in elderly people: The CONFbal Scale. *Age and Ageing*, 27, (Supplément 2), 57-61.
- Strauss, A. (1995). Identity, biography, history, and symbolic representations. *Social Psychology Quarterly*, 58(1), 4-12.
- Strauss, A. (1977). *Espejos y máscaras. La búsqueda de la identidad*. Buenos Aires: Marymar

- Strauss, A., & Corbin, J. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Fribourg: Academic Press Fribourg.
- Studensky, S. (1991). A model of falls risk for clinical research. Dans R Weindruch, M. G. Ory, & E. C. Hadley (Éds), *Reducing Frailty and Falls in Older Persons* (pp. 133-138). Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Studensky, S., & Rigler, S. (1996). Clinical overview of instability in older people. *Clinics in Geriatric Medicine*, 12(4), 679-688.
- Suzuki, M., Ohyama, N., Yamada, K., & Kanamori, M. (2002). The relationships between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. *Nursing and Health Sciences*, 4(4), 155-161.
- Taxis, J. C., Keller T., & Cruz, V. (2008). Mexican Americans and hospice care: Culture, control and communication. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(3), 133-141
- Taylor, M., & Lynch, S. M. (2004). Trajectories of impairment, social support and depressive symptoms in later life. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59B(4), S238-S246.
- Tennstedt, S., Howland, J., Lachman, M., Peterson, 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 adult. *Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53B(6), P384-P392.
- Tennstedt, T. L., Lawrence, R. H., & Kasten, L. (2001). Intervention to reduce fear of falling and enhance activity: Who is most likely to benefit? *Educational Gerontology*, 27(3), 227-240.
- Thomas, H. (1996). *Vieillesse dépendante et désinsertion politique*. Paris : L'Harmattan.
- Tinetti, M. E., & Powell, L. (1993). Fear of falling and low self-efficacy: A case of dependence in elderly persons. *Journals of Gerontology*, 48, Special Issue, 35-38.
- Tinetti, M. E., Richman, D., & Powell, L. (1990). Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 45B(6), P239-P243.
- Tinetti, M. E., Baker, D. I., McAvay, G., Claus, E. B., Garrett, P., Gottschalk, M., et al. (1994a). A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *New England Journal of Medicine*, 331(13), 821-827.

- Tinetti, M. E., Mendes de Leon, C. F., Doucette, J. T., & Baker, D. I. (1994b). Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 49A(3), M140-M147.
- Tinetti, M. E., Speechley, M., & Ginter, S. F. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community *New England Journal of Medicine*, 319(26), 1701-1707.
- Tinetti, M. E., & Williams, C. S. (1997). Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. *New England Journal of Medicine*, 337(18), 1279-1284.
- Tinetti, M. E., Williams, C. S., & Gill, T. M. (2000a). Health, functional and psychological outcomes among older persons with chronic dizziness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(4), 417-421.
- Tinetti, M. E., Williams, C. S., & Gill, T. M. (2000b) Dizziness among older adults: A possible geriatric syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 132(5), 337-344.
- Tischler, L., & Hobson, S. (2005). Fear of falling: A qualitative study among community-dwelling older adults. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 23(4), 37-53.
- Vandenbos, G. R. (Ed.) (2007). *Dictionary of Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Van Heuvelen, M. J., Hochstenbach, J., de Greef, M. H., Brouwer, W. H., Mulder, T., & Scherder, E. (2005). Is the Activities-specific Balance Confidence Scale suitable for Dutch older persons living in the community? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 36(4), 146-154.
- Vellas, B. J., Wayne, S. J., Romero, L. J., Baumgartner, R. N., & Garry, P. J. (1997). Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age and Ageing*, 26(3), 189-193.
- Veloza, C. A., & Peterson, E. W. (2001). Developing meaningful fear of falling measures for community dwelling elderly. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(9), 662-673.
- Victorian Government Department of Human Services (2001). *Evidence-based Health Promotion Resources for Planning. No. 3: Falls Prevention*. Melbourne, Victoria: Public Health Division.
- Virno, P. (2002) *Grammaire de la multitude. Pour une analyse des formes de vie contemporaines*. Montréal: Conjonctures.

- Ward-Griffin, C., Hobson, S., Melles, P., Klooseck, M., Vandervoort, A., & Crilly, R. (2005). Falls and fear of falling among community-dwelling seniors: The dynamic tension between exercising precaution and striving for independence. *Canadian Journal on Aging / Revue canadienne du vieillissement*, 23(4), 307-318.
- Ware, J. E. (1987). Standards for validating health measures: Definition and content. *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), 473-480.
- Warnke, A., Meyer, G., Bott, U., & Mühlhauser, I. (2004). Validation of quality of life questionnaire measuring the subjective fear of falling in nursing home residents. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37(6), 459-466.
- Warr, P., Butcher, V., & Robertson, I. (2004) Activity and psychological well-being in older people. *Aging and Mental Health*, 8(2), 172-183.
- Whitney, S. L., Hudak, M. T., & Marchetti, G. F. (1999). The Activities-specific Balance Confidence Scale and the Dizziness Handicap Inventory: A comparison. *Journal of Vestibular Research*, 9(4), 53-259.
- Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. Dans S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Éds), *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists* (pp. 86-135). New York: Oxford University Press.
- Wilson, M. M., Miller, D. K., Andresen, E. M., Malmstrom, T. K., Miller, J. P. & Wolinsky, F. D. (2005). Fear of falling and related activity restriction among middle-aged African American. *Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60A(3), 355-360.
- Wolf, S. L., Huimnan, X., Barnhart, X. B., Kutner, N. G., McNeely, E., Coogler, C., et al. (1996). Reducing frailty and falls in older persons: An investigation of Tai Chi and computerized balance training. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(xx), 489-497.
- World Health Organization (1989). Reports of falls in the elderly. *Facts and Research in Gerontology*, 3, 15-70.
- Wright, B. A., Aizenstein, S., Vogler, G., Rowe, M., & Miller, C. (1990). Frequent fallers: Leading groups to identify psychological factors. *Journal of Gerontological Nursing*, 16(4), 15-19.
- Yardley, L., Donovan-Hall, M., Francis, K., & Todd, C. (2006). Older people's views of advice about falls prevention: A qualitative study. *Health Education Research*, 21(4), 508-517.

- 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. *Gerontologist, 42*(1), 17-23.
- Yardley, L. (1998). Fear of imbalance and falling. *Reviews in Clinical Gerontology, 8*(1), 23-29.
- Yardley, L. (2004). Fear of falling: Links between imbalance and anxiety. *Reviews in Clinical Gerontology, 13*(3), 195-201.
- 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 Ageing, 34*(6), 14-619.
- Yeung, F. K. C., Chou, K. L., & Wong, E. C. H. (2006). Characteristics associated with fear of falling in Hong Kong Chinese elderly residing in care and attention homes. *Clinical Gerontologist, 29*(3), 83-98.
- Zhang, J. G., Ishikawa-Takata, K., Yamazaki, H., Morita, T., & Ohta, T. (2006). The effects of Tai Chi Chuan on physiological function and fear of falling in the less robust elderly: An intervention study for preventing falls. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 42*(2), 107-116.
- Zijlstra, G. A. R., van Haastregt, J. C. M., van Eijk, J. T. M., van Rossum, E., Stalenhoef, P. A., & Kempen, G. I. J. M. (2007a). Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age and Ageing, 36*(3), 304-309.
- Zijlstra, G. A. R., van Haastregt, J. C. M., van Rossum, E., van Eijk, J. T. M., Yardley, L., & Kempen, G. I. J. M. (2007b). Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society, 55*(4), 603-615.
- Zunzunegui, M.-V., Koné, A., Johri, M., Béland, F., Wolfson, C., & Bergman, H. (2004). Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Social Science and Medicine, 58*(10), 2069-2081.
- Zunzunegui, M.-V., Alvarado, B.-E., Béland, F., & Vissandjee, B. (2009). Explaining health differences between men and women in later life: A cross-city comparison in Latin America and the Caribbean. *Social Science and Medicine, 68*(2), 235-242.

ANNEXES

Annexe 1a

Renseignements aux participantes

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE (Canada)
UNIVERSITÉ DE CALDAS (Colombie).

Titre du projet : LE SENS DE LA PEUR DE CHUTER CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Madame, Monsieur,

Nous vous invitons à participer à la recherche sur la peur de chuter et le soutien social chez les personnes âgées de la région caféière colombienne. Les objectifs de ce projet de recherche sont de mieux comprendre votre peur de chuter et la façon dont vous sentiez l'appui et le soutien que vous estimez recevoir d'autrui, soit votre famille et vos amis.

En quoi consiste la participation au projet?

Votre participation à ce projet de recherche consiste à une entrevue d'une durée moyenne de 90 minutes à domicile ou au centre d'hébergement, selon votre choix. Au cours de cette entrevue, des questions vous seront posées sur les circonstances, les endroits, les activités ou les conditions dans lequel vous ressentez votre peur de chuter. Il y aura aussi des questions sur le soutien de vos proches face à cette peur de chuter.

Cette entrevue sera enregistrée sur cassette audio pour permettre son analyse par les responsables de l'étude.

Le seul inconvénient lié à votre participation est le temps consacré à la recherche. Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait libre. Vous pourrez vous abstenir de répondre à certaines questions et vous pourrez, à tout moment, mettre un terme à l'entrevue et vous retirer de l'étude sans préjudice pour vous.

Qu'est-ce que les chercheuses feront avec les données recueillies?

Pour éviter votre identification comme personne participante à cette recherche, les données recueillies par cette étude seront traitées de manière entièrement confidentielle. Un code sera utilisé pour la collecte, l'analyse et la transmission des résultats. Votre nom n'apparaîtra jamais sur aucun document ce qui signifie que les résultats publiés ne permettront en aucune manière de vous identifier. Seuls les responsables de l'étude auront accès aux enregistrements ou transcriptions de l'entrevue que vous accorderez dans le cadre de cette étude. Tous les enregistrements sonores et les données mentionnant votre nom seront conservés dans un endroit sécuritaire et détruits cinq ans après la fin de l'étude, et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Y a-t-il des risques, inconvénients ou bénéfices?

Au-delà des inconvénients mentionnés jusqu'ici les chercheuses et chercheurs considèrent que les risques possibles sont minimaux. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de la peur de chuter et le rôle du soutien social sont les bénéfices prévus. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Questions sur l'étude

Nous répondrons, à votre satisfaction, à toutes les questions que vous poserez à propos de l'étude à laquelle vous acceptez de participer. Vous pourrez d'ailleurs joindre le responsable de l'étude, Carmen Lucia Curcio, en téléphonant aux numéros suivantes : 8783061 ou 8783064 ou 8783066 ext. 120 – 119 Manizales. Vous pouvez le joindre aussi à l'adresse :

Universidad de Caldas. Facultad de Ciencias para la salud.
Edificio Miguel Arango Soto
Carrera 25 N°48-57

Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche de la faculté des lettres et sciences humaines, de l'Université de Sherbrooke. Cette démarche vise à assurer la protection des participantes et participants.

Carmen-Lucia Curcio B.
Chercheuse responsable du projet de recherche

Annexe 1b**INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES**

UNIVERSIDAD DE SHERBROOKE (Canadá)
UNIVERSIDAD DE CALDAS (Colombia).

**Título del proyecto: EL SENTIDO DEL TEMOR A CAER EN LOS ANCIANOS
DE LA REGIÓN CAFETERA COLOMBIANA**

Señor (a):

Lo invitamos a participar en una investigación sobre el temor a caer y la percepción del soporte social en los ancianos de la región cafetera colombiana. El objetivo del proyecto es profundizar nuestro conocimiento sobre el temor a caer en los ancianos. Más específicamente comprender que significa para un anciano experimentar el temor a caer y cómo percibe el apoyo que recibe de su familia y se sus amigos.

En que consiste su participación en el proyecto?

Consiste en participar en una entrevista que dura aproximadamente 90 minutos. Se realizará en su casa, o en su institución, como Ud. le parezca más apropiado. Durante este entrevista le haré preguntas acerca de su temor a caer, las circunstancias, lugares, actividades y condiciones en las cuales Ud. Presenta este temor. También le haré preguntas acerca del apoyo que Ud recibe de su familia y amigos para enfrentar este temor. La entrevista será grabada para permitir el análisis.

El único inconveniente relacionado con su participación es el tiempo que le dedicara a la entrevista. Su participación es **COMPLETAMENTE LIBRE**. Ud. puede dejar de contestar a algunas de mis preguntas o terminar le entrevista y retirarse del estudio en el momento que así lo desee, sin que esto le cause algún perjuicio.

Que harán los investigadores con la información recogida?

Para evitar su identificación, la información recogida en este estudio será completamente **CONFIDENCIAL**. Se utilizará un código para la recolección, el análisis y la presentación de resultados. Su nombre no aparecerá jamás en ningún documento, de tal manera que nunca podrá ser identificado como participante. Solamente los responsables

del estudio tendremos acceso a las grabaciones y a la transcripción de las entrevistas. Los registros serán guardados en un lugar seguro, y destruidos dentro de 5 años cuando se termine el estudio. Además, solo serán utilizados para esta investigación.

Que riesgos, inconvenientes o beneficios existen?

Además de los inconvenientes mencionados arriba, las investigadoras consideran que los riesgos posibles son mínimos. El beneficio previsto es la contribución al avance del conocimiento sobre el temor a caer y el soporte social. No se ha previsto ninguna compensación monetaria ni en otra forma.

Que hacer si hay preguntas sobre la investigación?

Yo responderé con gusto a todas las preguntas que tenga sobre este proyecto. Puede contactarme en los siguientes teléfonos: 8783061 o 8783064 o 8783066 ext. 120 – 119 Manizales, o en la siguiente dirección:

Universidad de Caldas. Facultad de Ciencias para la salud.
Edificio Miguel Arango Soto
Carrera 25 N°48-57

Con el fin de asegurar la protección de los participantes, este proyecto ha sido revisado y aprobado por el comité de ética de la Facultad de letras y ciencias humanas de la Universidad de Sherbrooke (Canadá).

Carmen-Lucia Curcio Borrero.
Investigadora responsable del proyecto

Annexe 2a

GUIDE D'ENTREVUE INITIAL

Vous m'avez dit que vous avez peur de chuter. J'aimerais que vous me parliez de cette peur.

Consignes à la chercheuse : Les questions suivantes pourront être abordées, selon le déroulement de l'entrevue. Si leur contenu est abordé spontanément par la personne participante, la chercheuse va susciter l'exploration plus en profondeur en énonçant des relances. Si le contenu n'est pas abordé spontanément, la chercheuse introduira chaque question de façon ouverte. L'ordre des questions n'est pas pré-déterminé. Il sera ajusté selon le contenu de l'échange entre la personne participante et la chercheuse.

Les questions suivantes devront être abordées :

- Pouvez-vous m'expliquer comment vous définissez cette peur?
- Pouvez-vous m'expliquer comment se manifeste votre peur de chuter?
- Quelles sont les circonstances et les situations, où vous avez le plus de peur de chuter?
- Quels sont les activités et les endroits, où vous avez le plus de peur de chuter?
- Quelles sont les circonstances, les situations, les activités et les endroits qui vous semblent plus dangereux?
- Selon vous, qu'est-ce qui fait que vous avez peur de chuter?
- À votre avis que se passerait-il si vous tombiez?
 - À court terme?
 - À long terme?
- Pouvez-vous me parler des impacts de votre peur de chuter ?
- Faites-vous quelque chose pour gérer votre peur de chuter?
- Comment vos proches vous manifestent-ils qu'ils sont conscients de votre peur?
- Comment vous sentez-vous soutenu par vos proches (famille, amis)?

- En quoi votre peur de chuter a modifié vos relations avec votre famille et vos amis?
- Comment parlez-vous de votre peur de chuter?
 - Avec qui?
 - Qu'en dites-vous?
- Quelles sont les mesures que votre entourage vous suggère de prendre en rapport avec votre peur de chuter?
- Pouvez-vous me parler des personnes sur qui vous pouvez compter pour vous aider en cas de réel besoin?
- J'aimerais que vous me parliez de l'appui que vous estimez recevoir d'autrui, soit votre famille et vos amis. En êtes-vous satisfait? Est-ce que cette aide comble vos besoins?
- Je crois bien avoir fait le tour des questions que j'avais préparées. Est-ce qu'il y a un sujet que nous n'avons pas abordé dont vous aimeriez me parler avant de terminer l'entrevue? Quelque chose d'important pour vous que nous n'avons pas abordé ?

Annexe 2b

GUIA DE ENTREVISTA INICIAL

Pregunta de apertura: *Ud me dijo que tenía temor a caer. Yo quisiera que me hablara de este temor.*

Recomendaciones para la investigadora: las siguientes preguntas pueden abordarse a lo largo de la entrevista. Si son abordadas espontáneamente por el/la participante, la investigadora profundizará sobre ellos. Si el contenido no se trata espontáneamente, la investigadora lo hará utilizando preguntas abiertas. El orden de la preguntas no está predeterminado y se ira ajustando a medida que progresa la entrevista.

- ¿Cómo define Ud. su temor a caer?
- ¿Me puede decir cómo se manifiesta su temor a caer?
- ¿Me puede contar una situación reciente en la cual Ud. haya tenido temor a caer? (profundizar sobre el lugar, las circunstancias, con quien estaba, como se sintió, qué estaba haciendo, etc.)
- ¿Ud. diría que la experiencia que me acaba de contar, es típica de su temor a caer? ¿Siempre le ocurre así o a veces es diferente? ¿En qué es diferente? Cuénteme con detalles.
- Hábleme del impacto que tiene el temor a caer en su vida.
- Cuénteme que hace para manejar su temor a caer.
- ¿Su familia y amigos son conscientes de su temor a caer? ¿Cómo se lo demuestran?
- Me gustaría que me hablara del apoyo que recibe de su familia y amigos.
- ¿Su temor a caer ha hecho cambiar sus relaciones con su familia y sus amigos? ¿En qué? ¿Cómo?
- ¿Ud. puede hablar de su temor a caer? ¿Con quién? ¿Qué dice?
- ¿Qué le han dicho que haga o que no haga, en relación con su temor a caer?

- ¿Puede hablarme de las personas con las que cuenta en caso de necesitar ayuda?
- Creo que ya termine con las preguntas que había preparado. ¿Hay alguna otra cosa que quiera decirme antes de terminar la entrevista? ¿Algo importante que no hayamos tratado?

Agradecimiento y despedida

Annexe 3

GUIA DE ENTREVISTA Segunda versión

Pregunta de apertura: *Ud. me dijo que tenía temor a caer. Yo quisiera que me hablara de este temor.*

Recomendaciones para la investigadora: las siguientes preguntas pueden abordarse a lo largo de la entrevista. Si son abordadas espontáneamente por el/la participante, la investigadora profundizará sobre ellos. Si el contenido no se trata espontáneamente, la investigadora lo hará utilizando preguntas abiertas. El orden de la preguntas no está predeterminado y se ira ajustando a medida que progresa la entrevista.

Temor a caer

- ¿Cómo define Ud. su temor a caer?
- ¿Me puede decir cómo se manifiesta su temor a caer?
- ¿Me puede contar una situación reciente en la cual Ud. haya tenido temor a caer? (profundizar sobre el lugar, las circunstancias, con quien estaba, como se sintió, qué estaba haciendo, etc.)
- ¿Ud. diría que la experiencia que me acaba de contar, es típica de su temor a caer? ¿Siempre le ocurre así o a veces es diferente? ¿En qué es diferente? Cuénteme con detalles.
- ¿Qué tiene que ver su equilibrio con su temor a caer? (inestabilidad?) ¿Por qué? ¿Cómo?
- ¿Qué tienen que ver el temor a caer y la confianza en sus propias capacidades y habilidades? Explíqueme
- ¿Ud. cree que el temor a caer tiene que ver con una sensación de fragilidad o de vulnerabilidad? ¿Por qué? ¿Cómo?
- ¿Tiene que ver con la edad? Explíqueme. ¿Ud. cree que todo el mundo está de acuerdo con esto? ¿Solo Ud.?
- ¿El temor a caer tiene una parte positiva y una negativa? Explíqueme
- Hábleme del impacto que tiene el temor a caer en su vida.
- ¿El temor a caer es diferente en la casa que en la calle? Explíqueme (profundizar vergüenza, es por el espacio físico, el tráfico, la gente...)
- Cuénteme que hace para manejar su temor a caer.
- ¿Cómo es un día típico?

Interacciones

- ¿Su familia y amigos son conscientes de su temor a caer? ¿Cómo se lo demuestran?
- Me gustaría que me hablara del apoyo que recibe de su familia y amigos.

- ¿Su temor a caer ha hecho cambiar sus relaciones con su familia y sus amigos? ¿En qué? ¿Cómo? Por qué cree esto?
- ¿Ud. puede hablar de su temor a caer? ¿Con quién? ¿Qué dice? (a ellos les da más temor que a Ud.?) Explíqueme
- ¿El hecho de hablar o de no hablar modifica en algo su sensación de temor? Por qué? ¿Cómo?
- ¿Qué le han dicho que haga o que no haga, en relación con su temor a caer?
- ¿Ud. que piensa de lo que le dicen? Como se siente con eso?
- ¿Puede hablarme de las personas con las que cuenta en caso de necesitar ayuda?
- Creo que ya termine con las preguntas que había preparado. ¿Hay alguna otra cosa que quiera decirme antes de terminar la entrevista? ¿Algo importante que no hayamos tratado?

Observaciones

Resumen y conclusión: resumir en las líneas generales lo que dijo el participante e invitarlo a cambiar, precisar o completar la información.

Quiere agregar algo más?

Agradecimiento y despedida.

Annexe 4

GUÍA DE ENTREVISTA Tercera versión

Pregunta de apertura: *Ud. me dijo que tenía (no) temor a caer. Yo quisiera que me hablara de este temor.*

Recomendaciones para la investigadora: las siguientes preguntas pueden abordarse a lo largo de la entrevista. Si son abordadas espontáneamente por el/la participante, la investigadora profundizará sobre ellos. Si el contenido no se trata espontáneamente, la investigadora lo hará utilizando preguntas abiertas. El orden de la preguntas no está predeterminado y se ira ajustando a medida que progrese la entrevista.

El temor a caer

1. En sus propias palabras, ¿me puede describir el temor a caer?
2. Cuando Ud. piensa en la posibilidad de caerse, ¿qué le viene a la cabeza?
3. ¿Se ha caído?
4. Cuáles son las consecuencias de esta experiencia en su vida cotidiana?
5. ¿Conoce a alguien que se haya caído? ¿Cuáles son las consecuencias de esta experiencia en su vida cotidiana?
6. ¿Me puede decir que significa para Ud. el temor a caer?
7. Según Ud., ¿cuál es la diferencia entre temor a caer e inseguridad?
8. En sus propias palabras, ¿me puede describir el sentimiento de temor a caer?
9. Es decir, Ud. cree que si se cae es porque Ud. no es capaz de... el temor es porque Ud. se siente incapaz o inseguro? O porque no tiene confianza? O es diferente? Explique.
10. Según Ud. ¿cuál puede ser la causa de ese temor?
11. ¿Me puede explicar esto que tiene que ver envejecer con el temor a caer?
12. ¿Ud. cree que el temor a caer tiene que ver con la edad? Explíqueme. ¿Ud. cree que todo el mundo está de acuerdo con esto?
13. ¿Qué piensa de dichos como la edad de la porcelana, la edad del espejo...
14. ¿Qué tiene que ver envejecer con la confianza en sus propias capacidades y habilidades? Y con el temor a caer?
15. Según Ud. ¿Qué consecuencias tiene el temor a caer? (profundizar en problemas físicos, psicológicos, sociales)
16. ¿Ud. cree que el temor a caer, a fracturarse y a quedar invalido tiene que ver con otro temor? (profundizar: temor a sufrir, temor al dolor, a enfermarse, a depender de otros)
17. ¿Ud. cree que el miedo a caer tiene algo que ver con el miedo a morir?

La vida cotidiana

18. En sus palabras dígame como es un día típico (normal) suyo.
19. En un día normal, cuénteme de los momentos o situaciones en este día, que le producen (o no) preocupación o temor a caer
20. Hábleme del impacto que tiene el temor a caer en su vida. ¿En qué le ha afectado o cambiado la vida ese temor a caer? Verificar si es más en actividades físicas o sociales
21. ¿Qué cosas ha dejado de hacer por el temor? Verificar actividades al interior y al exterior de la casa
22. ¿Qué cosas nuevas hace ahora, como consecuencia del temor a caer?
23. ¿Me puede contar una situación reciente en la cual Ud. haya tenido temor a caer? (profundizar sobre el lugar, las circunstancias, con quien estaba, como se sintió, qué estaba haciendo, etc.)
24. ¿Ud. diría que la experiencia que me acaba de contar, es típica de su temor a caer? ¿Siempre le ocurre así o a veces es diferente? ¿En qué es diferente? Cuénteme con detalles.
25. ¿En qué lugares le preocupa (o no) caerse?
26. ¿El temor a caer es diferente en la casa que en la calle? Explíqueme (profundizar vergüenza, es por el espacio físico, el tráfico, la gente...)
27. Cuénteme que hace para manejar su temor a caer.
28. ¿Cómo es un día típico?

Las interacciones

29. ¿Me puede describir las relaciones que Ud. tiene en su vida cotidiana?
30. ¿En qué momentos y lugares se dan estas relaciones?
31. En sus relaciones cotidianas, ¿Ud. habla de las caídas y del temor a caer?
32. ¿Me puede hablar más de esas conversaciones?
33. ¿En qué momentos o lugares conversa?
34. ¿Su familia y amigos son conscientes de su temor a caer? ¿Cómo se lo demuestran?
35. Me gustaría que me hablara del apoyo que recibe de su familia y amigos.
36. ¿Su temor a caer ha hecho cambiar sus relaciones con su familia y sus amigos? En qué? ¿Cómo? ¿Por qué cree esto?
37. ¿Ud. puede hablar de su temor a caer? ¿Con quién? ¿Qué dice? (¿a ellos les da más temor que a Ud.?) Explíqueme
38. ¿El hecho de hablar o de no hablar modifica en algo su sensación de temor? Por qué? Cómo? Explíqueme.
39. ¿Qué le han dicho que haga o que no haga, en relación con su temor a caer?
40. ¿Ud. que piensa de lo que le dicen? ¿Cómo se siente con eso?
41. ¿Con quién cuenta en caso de necesitar ayuda? Puede hablarme de las personas con las que cuenta en caso de necesitar ayuda?
42. ¿Qué tipo de ayuda espera recibir? Explíqueme (profundizar: consejos, ayuda material, ayuda emocional)

OBSERVACIONES

Resumen y conclusión: resumir en las líneas generales lo que dijo el participante e invitarlo a cambiar, precisar o completar la información.

Quiere agregar algo más?

Agradecimiento y despedida.