



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



DOSSIER : CHUTES

La perception du risque d'accident et de chute par des personnes âgées vivant à domicile : un arbitrage complexe ?



The perception of the risks of accident and fall among elderly subjects at home: A complex issue?

V. Cayado (Docteur en psychologie, chargée de recherche)*, R. Chahbi (Docteur en sociologie et gérontologie, directrice)

Institut de recherche O₂, 15, rue Edgard-Brandt, 72000 Le Mans, France

Disponible sur Internet le 1 avril 2015

MOTS-CLÉS

Personne âgée ;
Risque perçu ;
Chute ;
Domicile

Résumé En matière d'accident et de chute de personnes âgées à domicile, la sous-évaluation par ces dernières des risques inhérents à leur environnement, qu'elle relève d'une méconnaissance ou du déni du danger, est souvent mise en cause. Pour autant, il semble que le problème de l'évaluation des risques domiciliaires ne se pose pas seulement en termes binaires (identification versus non-identification du risque). L'enjeu est alors de comprendre les raisons qui amènent, dans une situation et un moment donnés, une personne à ne pas tenir compte d'un danger potentiel. C'est cette question de l'arbitrage, par nature subjectif, que nous avons choisie de mettre en lumière dans cet article en nous basant sur les résultats d'une recherche qualitative menée dans le champ des sciences humaines et sociales.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : veronique.cayado@o2.fr (V. Cayado).

KEYWORDS

Elderly;
Perceived risk;
Fall;
Home

Summary The under-estimation of the risks of accident and fall in home environments among elderly persons, whether this under-estimation results from a lack of awareness or a denial of risk, is often the focus of concern. However, it would seem that the assessment of risk in the home should not be conceived as a merely binary problem (identification versus non identification of risks). The challenge resides in understanding the factors that lead a person to ignore a potential danger in a given situation at a given time. Using findings from a qualitative social sciences study, this article will seek to address this challenge by shedding light on the factors that lead to the under-estimation of risks and dangers.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Principales causes d'accidents de la vie courante chez les personnes âgées, les chutes constituent une préoccupation d'autant plus importante dans cette population que leurs conséquences sont particulièrement lourdes tant d'un point de vue physique que psychologique. Ainsi, l'expérience de la chute représente bien souvent, pour la personne âgée, les prémices d'une fragilisation avec l'apparition des premiers signes de dépendance [1,2]. D'où l'importance de mener des actions de prévention auprès des âgés, sachant par ailleurs que les chutes résultent généralement d'une combinaison de causes relevant de différents niveaux d'explication¹. Alors que le caractère multifactoriel des chutes accidentelles des âgés semble largement admis dans la littérature scientifique, le rôle effectif de l'environnement domiciliaire reste quant à lui davantage débattu [3–7,9]. Ce constat peut surprendre quand on sait que 78% des chutes surviennent au domicile des personnes âgées [2] et que la grande majorité de ces logements présente des éléments de dangerosité particulièrement inadaptés à une locomotion sans risque [6–10]. Aussi, malgré l'absence de mise en accusation catégorique du champ scientifique, l'habitat et l'aménagement du logement des personnes âgées constituent des axes forts des politiques de prévention [4,5,11]. Au-delà même de la logique d'adaptation et d'aménagement du logement à la perte d'autonomie (Anah², PACT³), des initiatives se développent çà et là pour proposer aux personnes âgées une évaluation et une sécurisation de leur domicile. Ces actions reposent généralement sur des interventions simples comme poser une main courante, des interrupteurs lumineux ou coller les tapis. Lors d'une action de ce type, nous avons pu recueillir le point de vue des intéressés sur la question des dangers domiciliaires et plus largement sur les risques d'accident et de chute au sein de leur habitat. Comment évaluent-ils ces risques et dans quelles mesures la perception d'un danger potentiel influe sur leurs conduites? Partant

du cas de madame R., nous verrons que la prise de conscience du risque n'est pas toujours une dimension suffisante pour agir en conséquence.

À la proposition d'installer une barre d'appui dans sa douche, madame R., 77 ans, veuve depuis plusieurs années, plaisante en disant qu'elle attend d'avoir un accident pour en installer une... «Le changement c'est l'accident», «on est tous pareils», et puis «ces machins là c'est moche», «ça fait penser à plein d'autres choses, ça fait trop avancer dans heu...». Le risque, madame R. le connaît, elle a déjà ressenti («une ou deux fois quand même j'ai, j'ai pas glissé, j'ai pas glissé mais...») et puis elle a vu autour d'elle, des plus jeunes, comme des plus âgés qu'elle, avoir un accident grave et ne pas s'en remettre. L'absence de précaution ne vient donc pas d'une absence de perception du danger et ce d'autant plus que madame R. a conscience qu'avec l'âge, le risque de chute est plus important et les conséquences plus graves. Ce positionnement a de quoi interroger dès lors que l'on s'intéresse à la prévention des accidents domestiques chez les personnes âgées. On peut en effet se demander si le fait d'informer et de sensibiliser ces derniers sur les risques de chute et les moyens simples pouvant contribuer à les réduire (e.g., coller ou retirer les tapis, poser une barre d'appui dans les sanitaires, etc.) constituent des actions suffisantes. Pour alimenter cette réflexion, nous nous appuyons sur les résultats d'une étude qualitative menée au sein de l'Institut de recherche O₂ en 2013–2014.

Repères méthodologiques

Conduite auprès de personnes âgées de 70 à 80 ans vivant à domicile, cette recherche appliquée de type longitudinale avait pour but de suivre une action locale de prévention des accidents domestiques proposée par une caisse de retraite à ses adhérents. Nous nous centrerons ici sur les premiers recueils de données opérés au domicile des sujets et qui reposent, d'une part, sur l'observation des visites d'évaluation des risques domiciliaires⁴ et, d'autre part, sur la tenue d'entretiens semi-directifs avec les personnes âgées. In fine, l'étude a porté sur près de 50 foyers choisis de manière aléatoire. Le profil type des individus rencontrés

¹ On distingue classiquement trois niveaux d'explication rendant compte de facteurs liés à l'état de santé de la personne âgée (acuité visuelle, force musculaire, déclin cognitif, etc.); de facteurs comportementaux (prise de médicaments, consommation d'alcool, comportements à risque, peur de chuter etc.); et de facteurs environnementaux représentés par les dangers du domicile et de l'extérieur.

² Agence nationale de l'habitat (Anah).

³ Protection, amélioration, conservation, transformation de l'habitat (PACT).

⁴ Les visites d'évaluation des risques domiciliaires étaient menées par deux professionnels en charge de réaliser un bilan suite auquel les adhérents se voyaient, ou non, proposer des interventions de petits bricolages.

était celui d'une personne âgée de 77 ans en moyenne, propriétaire de son logement (73%) et vivant seule (64%), et dans ce cas, il s'agissait essentiellement de femmes. La plupart de ces personnes étaient autonomes, plutôt ingambes à leurs dires, ou exprimant un début de fragilité et de baisse de leurs capacités ; c'est généralement au sein des couples que la perte d'autonomie était la plus importante (e.g. un des conjoints atteint de troubles cognitifs). Les résultats à suivre reposent sur des données qualitatives issues d'un petit échantillon de population, ce qui limite forcément leur généralisation et leur représentativité. En outre, les individus interrogés ont répondu spontanément à cette action de prévention, témoignant en cela d'une certaine sensibilisation aux questions d'anticipation et de prévoyance ; cette posture n'est donc pas représentative du plus grand nombre, mais elle met davantage encore en lumière l'importance du phénomène de relativisation du risque qui ressort de nos analyses. L'intérêt de la démarche réside alors dans la compréhension la plus fine possible des processus en jeu en matière de perception du danger et de conduites à risque.

Un sentiment général de sécurité chez soi

Dans l'ensemble, que les personnes vivent seules ou en couple, elles expriment un sentiment général de sécurité par rapport à leur habitat⁵. Nous avons, certes, noté un sentiment de vulnérabilité plus marqué chez les personnes vivant seules, mais celui-ci n'est pas exprimé en lien avec le risque de chute, mais avec la prise en charge de celle-ci (« Quand on est seul, l'angoisse est de tomber et de ne pas pouvoir alerter (...) Âgée oui, mais seule aussi ! »). Pour la quasi-totalité des sujets interrogés, leur logement ne présente donc pas à leurs yeux de danger majeur, tout au plus identifient-ils des risques mineurs mais n'ayant aucun impact sur leur sécurité. En soi, ce constat n'est pas forcément problématique quand on sait que la peur de tomber peut avoir des conséquences néfastes sur l'autonomie, la santé et la qualité de vie des personnes âgées, notamment parce qu'elle influe sur la confiance en soi et génère une restriction d'activités physiques et sociales⁶ [9,12–14]. En revanche, cela devient plus problématique lorsque ce sentiment rend compte, comme l'ont montré plusieurs études, d'une sous-estimation des risques domiciliaires [7,8]. Cette sous-estimation du risque est un phénomène que nous avons également relevé⁷, à la fois en lien avec des facteurs

environnementaux (e.g. les tapis) et des facteurs comportementaux (e.g. les conduites à risque). Ainsi, certaines personnes ne semblent pas prendre la mesure des risques auxquels elles sont exposées au sein de leur logement. C'est le cas par exemple de madame F. qui est âgée de 72 ans et qui vit seule dans son appartement situé au 4^e étage sans ascenseur et au sein duquel elle se sent tout à fait en sécurité. Tout en déclarant que son logement ne présente aucun danger même mineur qui pourrait nuire à sa sécurité, madame F. explique le procédé qu'elle a trouvé pour ouvrir plus facilement la fenêtre dans sa salle de séjour, fenêtre dont la manipulation est rendue difficile de par la vétusté du système et le problème d'arthrose dont elle souffre plus fortement par moment. Sa solution a été de placer un couteau de grande taille sous la fenêtre sur lequel elle tire pour forcer l'ouverture. Ici, ce n'est pas directement l'environnement qui est dangereux mais il amène à produire un comportement qui lui est à risque. Pourquoi madame F. ne semble-t-elle pas en prendre la mesure ? Est-ce de l'inconscience pure, de la méconnaissance ou du déni ? Du déni peut-être, mais à défaut de trouver une solution adaptée à sa situation, car madame F. souhaiterait changer sa fenêtre mais elle n'est que locataire et n'a pas les moyens de prendre en charge de tels travaux. Cet exemple nous donne à voir toute la complexité des mécanismes sous-jacents à l'adoption d'un comportement à risque, qui peut être lié, comme nous allons le voir maintenant, à une perception conditionnelle et circonstancielle du risque.

La perception de risques relatifs ou conditionnels

Cette idée de risque relatif peut être résumée de la manière suivante : « le risque existe mais n'est pas dangereux pour moi pour le moment dans la mesure où... » Nos analyses nous ont ainsi permis de dégager quatre types de facteurs de conditionnalité en lien avec l'habitude de se mouvoir dans son logement (« Ça fait 20 ans que j'habite ici, je connais mon logement. J'y suis tellement habitué que je ne risque rien ») ; avec le fait de faire attention (« Avec l'âge, je fais plus attention, je prends mon temps. Et comme je fais les choses moins vite, je ne risque rien ! ») ; avec un sentiment d'expertise (« Je me suis occupé de ma mère handicapée, je connais les risques et je sais ce qu'il faut faire en matière d'aménagement de mon logement ») ; et enfin, en lien avec le fait de se percevoir en bonne santé. Ce dernier critère de conditionnalité ressort clairement de nos analyses comme jouant un rôle prépondérant dans la perception du risque, permettant de tenir celui-ci à distance. Les personnes indiquent ainsi ne pas encore se sentir concernées par le risque de chute ou autres accidents domestiques dans la mesure où, « pour le moment », elles sont en bonne santé (« Au jour J, y'a aucun risque, mais ça évoluera certainement »). Le risque n'apparaît donc pas comme une donnée absolue qui existerait indépendamment des individus, mais comme une variable circonstancielle et contextuelle. L'évaluation de la dangerosité pour soi dépend finalement du sentiment de maîtrise que peuvent éprouver les personnes à l'égard de leur environnement (cf. se sentir en capacité de, avoir l'habitude de, connaître les risques,

⁵ Il s'agit ici de se sentir en sécurité chez soi par rapport à des risques d'accidents domestiques, et notamment de chute, et non pas par rapport à une intrusion extérieure (e.g., vol, agression...).

⁶ Cette restriction d'activités peut alors induire un déclin prématuré des capacités motrices et d'équilibre et impacter le bien-être psychologique et la santé mentale des personnes âgées, conséquences qui sont d'autant plus alarmantes que la peur de chuter peut être présente chez des personnes avec ou sans expérience de chute [6,9,15,16].

⁷ L'identification d'une sous-estimation du danger par les individus n'est pas aussi évidente qu'il n'y paraît dans la mesure où cela suppose de confronter leurs jugements à une évaluation « objective » qui est parfois délicate à réaliser (l'environnement peut ne pas être directement à risque, mais induire un comportement qui lui le serait). Or, les données de l'étude ne permettent pas une telle confrontation, seuls les cas les plus criants ont donc été relevés.

Tableau 1 Exemples de témoignages.

« C'est vrai qu'on vieillit, on vieillit et peut-être qu'on s'aperçoit pas – tant qu'on est encore valide – on s'aperçoit pas des dangers qui peuvent... (...) J pense que quand on est valide comme on l'est en ce moment, peut-être qu'on fait moins attention à certaines choses que quelqu'un qui a des difficultés pour se déplacer, il fera peut-être plus attention. Tandis que nous des fois, bon heu, je monterais facilement sur un tabouret ou heu, parce que je n'ai pas de difficultés, et ça c'est un risque que peut-être je ne devrais pas prendre » (Homme, 77 ans, vivant en couple).

« Puis c'est vrai on a l'impression de connaître – Et quand on connaît, on a l'impression qu'on a pris la mesure du danger et qu'on l'a résolu. Donc on se met en confiance – peut-être à tort parce qu'un jour vient où quand même il peut y'avoir un problème – mais ceci étant comme on dit "on a toujours fait ça – on le fait depuis 20 ans – c'est pas maintenant !" : mais si c'est maintenant peut-être quand même j'en sais rien. Enfin voilà, on en est là » (Homme, 79 ans, vivant en couple).

faire attention) comme on peut le voir au travers des témoignages figurant sur le [Tableau 1](#).

Cette perception conditionnelle du risque chez soi met en exergue une représentation largement partagée selon laquelle le danger ne vient pas de l'environnement domiciliaire mais de la baisse de ses capacités. En se focalisant ainsi sur les problèmes de santé, les individus négligent alors les autres causes et facteurs de risque d'accident et de chute au sein de leur domicile. De fait, certaines personnes peuvent exprimer un besoin de sécurisation au niveau de leur logement alors même qu'elles n'identifient aucun risque particulier. Pour elles, le danger ne vient pas de l'environnement mais d'elles-mêmes, en lien avec l'existence d'un problème de santé. Aussi, ce sont les difficultés ressenties dans leur quotidien qui génèrent la demande d'aménagements domiciliaires, celle-ci n'étant que très rarement renvoyée au caractère insécure des lieux (dans ce cas, cela concerne des escaliers ou des marches particulièrement inadaptés à une locomotion sans risque). Autrement dit, la sécurisation du domicile s'inscrit dans une perspective de compensation de la baisse de ses capacités. Ainsi, le fait d'installer une barre d'appui dans les sanitaires constitue une aide pour faciliter le quotidien, un confort pour pallier les difficultés ressenties. En cela, les personnes âgées témoignent d'une représentation partielle du dispositif de sécurisation qui serait centrée sur l'adaptation du logement à la perte d'autonomie et aux difficultés ressenties, au détriment d'une démarche purement préventive visant à éviter la survenue d'une chute ou de tout autre accident domestique. Ici, la dimension palliative l'emporte donc sur la dimension préventive⁸.

⁸ Cela n'a rien de surprenant quand on sait que le pourcentage de personnes âgées ayant procédé à « au moins » un aménagement

Une prise de risque mesurée

Nous avons également constaté que le fait de prendre un risque ne signifiait pas forcément que les individus n'avaient pas conscience des risques encourus. L'adoption d'une conduite à risque ne relève donc pas forcément de l'inconscience : « Je suis pas inconsciente, je suis peut-être imprudente mais pas inconsciente, je me rends compte que tous les jours on peut avoir quelque chose de grave ». Dans ce cas de figure, on ne peut donc pas parler de sous-évaluation du risque, mais d'un choix, d'une prise de risque mesurée en termes d'avantages et de désavantages. Dès lors, le comportement n'est pas forcément guidé par l'évitement du danger mais par la réalisation d'autres intérêts alternatifs⁹. Se pose ici la question du choix entre plusieurs possibilités d'action, entre des intentions et des visées qui peuvent être concurrentes à un moment et dans un lieu donnés. La précaution face à un risque potentiel peut être ainsi inhibée en faveur d'autres intérêts notamment identitaires, esthétiques, hygiéniques, financiers, etc. Le comportement de la personne va alors dépendre de l'intention qui va l'emporter sur une autre.

Monsieur et madame C. sont âgés de 79 et 74 ans. Autonomes et très actifs tous les deux, bien que madame C. explique que son « périmètre s'est réduit » depuis ses récents problèmes de santé, ils refusent de poser du scotch double-face sous les tapis dans leur séjour, et ce, malgré le fait qu'on leur ait déjà fait la remarque. Ils s'y refusent car, d'un côté, cela ne leur semble pas vraiment nécessaire dans la mesure où leurs tapis sont lourds et même s'ils sont conscients que cela n'enlève pas complètement le risque, ils estiment que les coller serait, d'un autre côté, gênant au regard de leur vie sociale. En effet, plusieurs fois dans l'année, lorsqu'ils reçoivent du monde à l'occasion « d'événements familiaux », ils sont amenés à bouger les meubles et les tapis, ce qu'ils ne pourraient pas faire aussi facilement si ces derniers étaient collés au sol.

Chez un autre couple, c'est le tapis antidérapant dans la baignoire qui pose problème malgré l'intérêt certain qu'il peut représenter. La femme, alors atteinte de la maladie de Parkinson (comme nous l'a indiqué en aparté son conjoint lors de la visite d'évaluation des risques), refuse de se servir de ce type de tapis en raison de son caractère non-hygiénique et de la difficulté que représente le nettoyage des taches de moisissure.

Madame G., 80 ans, refuse pour sa part de poser des « cales de rehausse » sous ses canapés même si elle a du mal à se relever et que, d'un autre côté, cela ne la dérangerait pas d'en installer sous son lit. Ce que refuse madame G., ce n'est pas le principe de précaution mais la visibilité des aménagements et la charge négative qui y est associée d'un point de vue identitaire. Ce qui compte pour elle, c'est de

au sein de leur domicile augmente sensiblement avec l'âge et le niveau de dépendance des individus [17].

⁹ L'individu peut également être confronté à deux alternatives risquées et devoir faire un choix entre les deux. Dans ce cas, la prise de risque vise à éviter une autre mise en danger (e.g. une personne âgée qui monte sur son escabeau pour changer l'ampoule qui éclaire les escaliers car elle ne peut pas attendre plusieurs jours que quelqu'un vienne l'aider).

préservé son salon du stigmate de la vieillesse car madame G. continue à recevoir du monde, de la famille ou des personnes de l'association dans laquelle elle est bénévole. Elle est donc favorable à des aménagements dès lors qu'ils ne se voient pas, comme le fait de coller ses tapis.

Au travers de ces différents cas de figure, on peut donc voir que la prise de risque ne renvoie pas seulement à une méconnaissance du danger, mais que cela relève d'un processus plus complexe où le sujet opère des arbitrages (activation/inhibition) qui peuvent être plus ou moins conscients. Comprendre la nature des arbitrages ainsi opérés, c'est comprendre les différentes forces en jeu, et notamment les enjeux identitaires qui peuvent constituer de réels bloquants dans une action de prévention et de sensibilisation aux accidents domestiques (« on verra bien, mais on n'en est pas là »; « pour l'heure, je me sens entre guillemets jeune »). Réduire ces freins s'avère donc indispensable pour accompagner les personnes âgées dans une dynamique de changement.

Conclusion

Il ne suffit pas de percevoir un danger, ni même d'en avoir pris la mesure pour agir en conséquence. Pourquoi en serait-il autrement chez les âgés? Et a fortiori dans un univers qui éveille la confiance et la sécurité comme le domicile. Le sentiment de maîtrise à l'égard de soi-même et de son environnement peut ainsi interférer dans l'évaluation de la dangerosité de la situation et, sans pour autant dénier le risque, relativiser celui-ci et le tenir à distance de soi. La précaution face à un danger potentiel peut également être inhibée au profit d'autres visées et finalités sur le monde, notamment lorsque cette précaution génère un préjudice psychosocial pour la personne âgée. Dès lors, c'est un peu comme si certaines circonstances venaient légitimer ou relativiser aux yeux des personnes la prise de risque, la rendant acceptable¹⁰. Tout l'enjeu des actions de prévention est alors de pouvoir désamorcer ces processus sans pour autant nuire au libre arbitre et aux choix de vie de la personne âgée¹¹. Car imposer des règles de sécurité sans tenir compte des motivations et des intérêts des individus, c'est non seulement faire l'impasse sur la levée des freins pourtant nécessaire pour amorcer une conduite de changement, mais c'est aussi dénier à la personne âgée sa place de sujet acteur de son histoire.

¹⁰ Nos propos ne sont pas sans rappeler les travaux sur la conditionnalité de la règle qui ont été développés en lien avec la théorie des représentations sociales d'Abriç [18] et Flament [19]. Ainsi, selon Gaymard [20], toute prescription comporte, au niveau même de la représentation qu'en ont les individus, des variations conditionnelles tolérables dites « transgressions légitimes » qui ne remettent pas en question la règle, mais rendent acceptable sa transgression dans un certain nombre de contextes.

¹¹ Le risque fait partie inhérente de la vie et c'est un droit qui est d'ailleurs consigné dans la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (« la personne âgée en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie (...) même au prix d'un certain risque pour elle »).

Déclaration d'intérêts

Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

Références

- [1] Danet S. Objectif 99: chutes des personnes âgées. In: L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Drees; 2011. Rapport n° 11-082 (DICOM):332–3. http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf
- [2] Ricard C, Thélot B. Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France. BEH 2007;37–38:322–4.
- [3] Lord SR, Menz HB, Sherrington C. Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. Age Ageing 2006;35(2):55–9.
- [4] Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale en partenariat avec la Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Novembre 2005. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf
- [5] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Saint-Denis: Inpes; 2005 <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>
- [6] Direction générale de la santé publique (DGSP). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2004 <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-232-01.pdf>
- [7] Carter SE, Campbell EM, Sanson-Fisher RW, et al. Environmental hazards in the homes of older people. Age Ageing 1997;26(3):195–202.
- [8] Morestin F, Cauvin S. Personnes âgées et adaptation du logement: présentation, résultats et perspectives du projet et de l'étude SADEER. Gerontol Soc 2011;136:141–55.
- [9] Rossat A. Politique de prévention des chutes chez les plus de 65 ans: ciblage de la population, efficacité et efficience des interventions et contribution spécifiques des centres d'examen de santé de l'assurance maladie (CES) [Thèse de doctorat d'université, économie de la santé]. Lyon: Université Claude-Bernard; 2010 <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00709578/document>
- [10] Stevens M, Holman C, Bennett N. Preventing falls in older people: impact of an intervention to reduce environmental hazards in the home. J Am Geriatr Soc 2001;49:1442–7.
- [11] Morel A, Veber O. Société et vieillissement. Rapport du groupe n° 1, Juin 2011. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000332/0000.pdf>
- [12] Friedman SM, Munoz B, West SK, et al. Falls and fear of falling: which comes first? A longitudinal prediction model suggests strategies for primary and secondary prevention. J Am Geriatr Soc 2002;50:1329–35.
- [13] Filiatrault J. Programme de recherche visant à évaluer une intervention de prévention des chutes ciblant la peur de chuter et la participation sociale des aînés. Journées de la prévention Inpes; 2010 avr 8–9; Paris, France. www.inpes.sante.fr/jp/cr/2010/s3.asp
- [14] Belgen B, Beninato M, Sullivan PE, et al. The association of balance capacity and falls self-efficacy with history of falling in community-dwelling people with chronic stroke. Arch Phys Med Rehabil 2006;87:554–61.

- [15] Gomez F, Curcio CL. The development of a fear of falling interdisciplinary intervention program. *Clin Interv Aging* 2007;2(4):661–7.
- [16] Mourey F, Manckoundia P, Pfitzenmeyer P. La peur de tomber et ses conséquences : mise au point. *Cah Annee Gerontol* 2009;1(2):102–8.
- [17] Berardier M. Vieillir chez soi: usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement. *Etud Resultats* 2012;823:1–6.
- [18] Abric JC. Les représentations sociales : aspects théoriques. In: Abric JC, editor. *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France; 1994. p. 11–36.
- [19] Flament C. Structure et dynamique des représentations sociales. In: Jodelet D, editor. *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France; 1989. p. 204–19.
- [20] Gaymard S. The theory of conditionality: an illustration of the place of norms in the field of social thinking. *J Theory Soc Behav* 2014;44(2):229–47.