



Non-Pharmacological
Intervention Society

Le Référentiel des Interventions Non Médicamenteuses

Protocol : Programme FaME

FaME



Corporelles

Code de la fiche
NPIS-0000000112

Désignation

Programme FaME (Falls Management Exercise).

Abréviation

FaME

Catégorie

Corporelle

Objectif principal de santé

Prévenir les chutes à répétition.

Explication

Le programme FaME diminue le risque de chute et leurs conséquences médicales chez les personnes âgées par le renforcement de leur force musculaire, de leur équilibre et de leur contrôle neuromoteur (Lliffe 2014; Adams 2018; Gawler 2016; Jessiman 2025; Cheng 2026). Elles ont moins peur du mouvement, font plus d'activité physique hebdomadaire, sont moins sédentaires au quotidien et

ont plus confiance en elles. Elles réduisent leur déconditionnement physique et leur risque d'exposition aux chutes de graves conséquences.

Test de routine

Test monopodal (One-Leg Stance Test) (Springer 2007; Vellas 1997). Timed Up and Go (TUG) (Podsiadlo 1991; Beauchet 2011).

Seuil

Maintien inférieur à 5 secondes au test monopodal.

Temps de plus de 15 secondes au test Timed Up and Go (TUG).

Seuil individuel de changement clinique

Test monopodal

≈ 1,5 à 2,0 secondes chez les personnes âgées vivant à domicile. ≈ 2,1 secondes chez les personnes âgées fragiles. ≈ 3,4 secondes chez les personnes atteintes d'une maladie chronique.

Test Timed Up and Go (TUG)

≈ 5 s ou ≥ 30 % d'amélioration.

Bénéfice secondaires

- Gains de force et de puissance musculaire (Skelton 2019).
- Amélioration de la capacité de se relever et de résister à un stimulus engendrant un déséquilibre (Lliffe 2014; Adams 2018).
- Amélioration de l'équilibre statique et dynamique (Yeung 2015).
- Augmentation de la mobilité, des capacités fonctionnelles et de l'autonomie (Lliffe 2014; Adams 2018; Skelton 2019; Orton 2021; Cheng 2026).
- Amélioration possible chez certaines personnes de la densité osseuse (Skelton 2019).
- Augmentation de la vitesse de marche (Yeung 2015).
- Réduction de la peur de tomber (Yeung 2015; Skelton 2019).
- Augmentation de la confiance dans les capacités physiques (Orton 2021).
- Amélioration de la participation sociale (Orton 2021).
- Amélioration de la qualité de vie liée à la santé (Orton 2021).
- Réduction des risques de dépendance (hospitalisation, entrée en institution) et de décès (Yeung 2015).
- INM coûts-efficace (Franklin 2019; Deverall 2019).

Risques directs

Exacerbation de symptômes cardiovasculaires chez des participants présentant une maladie cardiaque non stabilisées (ex. angor, dyspnée, arythmies).

Fracture ou complication sur une prothèse en cas de charge excessive chez des participants touchés par une ostéoporose ou porteurs d'une prothèse mal protégée.

Chute à cause d'une orthèse, d'une canne ou d'une aide à la marche inappropriée.

Douleur musculaire ou fatigue transitoire.

Risques d'interaction

Surcharge musculaire, fatigue excessive et blessure par la superposition avec un autre programme de rééducation (ex. post-opératoire).

Mécanismes biologiques et psychosociologiques

Mécanismes biologiques

- Augmentation de la force musculaire et de la puissance: l'INM inclut des exercices ciblés sur les membres inférieurs et le tronc qui augmentent la force et la puissance musculaire. Ce renforcement améliore la capacité à contrôler un déséquilibre, à chuter sans se blesser le cas échéant et se relever en cas de chute (Skelton 2019).
- Amélioration de l'équilibre statique et dynamique: les exercices progressifs et individualisés basés sur la réduction de l'appui, la gestion des perturbations et la double tâche entraînent des améliorations mesurables de l'équilibre et de la vitesse de marche, facteurs directement corrélés à la réduction du risque de chute (Yeung 2015).
- Optimisation du contrôle neuromusculaire et de la proprioception: les exercices de réaction aux perturbations et les tâches fonctionnelles améliorent la latence et la coordination des réponses motrices, réduisant la probabilité de perte d'équilibre non récupérée (Skelton 2019).
- Effets sur la santé osseuse: une étude signale des bénéfices sur la densité osseuse de chuteurs fréquents, suggérant que les charges mécaniques répétées du programme contribuent à limiter la perte de qualité osseuse (Yeung 2015).
- Amélioration de la mobilité et de la vitesse de marche : le travail spécifique de marche, de gestion d'obstacles et de changements de vitesse sur terrains variables augmente la vitesse de marche et la performance fonctionnelle (Skelton 2019).

Mécanismes psychosociologiques

- Réduction de la peur de tomber et prévention des situations à risque: la progression sécurisée des exercices et les succès répétés aux tâches motrices diminuent la peur de tomber, réduisent l'évitement d'activités et limitent le cercle vicieux du déconditionnement (Skelton 2019).
- Renforcement de l'auto-efficacité liée à la mobilité motrice: la réussite de tâches perçues comme difficiles augmente la confiance des participants dans leurs capacités à se déplacer sans tomber (Orton 2021).
- Soutien social: la dynamique de groupe crée un soutien social, favorise l'adhésion, renforce la persévérance, et normalise les difficultés liées à l'âge (Manning 2025).
- Changement de comportement et maintien d'une activité régulière: l'INM combine des séances d'activités physiques spécifiques supervisées et des exercices à domicile. Ils instaurent des habitudes

qui deviennent de routines au quotidien (marcher plutôt que prendre un transport motorisé pour un déplacement court, jardiner plutôt que rester sur le canapé...). Ils favorisent l'auto-gestion dans la « vraie vie » (Orton 2021).

• Amélioration de la participation sociale et de la qualité de vie: l'INM favorise la participation aux activités quotidiennes et sociales, ce qui contribue indirectement à la santé globale et à la prévention des chutes (Orton 2021).

Public répondeur

- Personne de plus de 65 ans ayant des antécédents de chutes répétées.
- Personne de plus de 65 ans à risque de chute (au moins une chute l'année précédente, trouble de l'équilibre, peur de tomber) vivant en résidence ouverte ou domicile.
- Personne de plus de 65 ans fragiles (faible vitesse de marche, multiples comorbidités).
- Personne motivée par une pratique de groupe et capable de participer à plus de 75% des séances prévues.

Public non répondeur

- Personne nécessitant une assistance manuelle pour la marche ou les transferts (du lit au fauteuil par exemple).
- Personne avec un déficit cognitif modéré à sévère
- Personne très dépendante.
- Personne avec une comorbidité aiguë ou une contre-indication médicale non stabilisée (insuffisance cardiaque non contrôlée, arthrite aiguë...).

Participants

Groupe

Minimum : 2

Maximum : 6

Durée

24 semaines.

Nombre de séances par semaine

1 séance par semaine.

Procédure

Programme britannique (Health Innovation South West, 2026) de 24 semaines, une séance hebdomadaire d'environ 1 heure avec des exercices à faire à domicile. Le programme peut être étendu à 36 semaines.

Les séances sont animées par un Postural Stability Instructor complété par des exercices à domicile. Un deuxième animateur est nécessaire si les groupes comportent plus de 6 personnes.

INM facilement implémentable (Orton 2021; Jessiman 2025; Manning 2025).

La promotion du programme auprès des personnes cibles est importante tout comme la formation des encadrants (Lafond 2019; Gumber 2022).

La force de la pratique en groupe est à la fois le soutien social, la meilleure régularité, la normalisation des difficultés liées à l'âge et le coût plus faible par participant.

Un manuel du programme FaME est téléchargeable sur ce site: <https://fameexercise.com/fame-manuals/>

Une vidéo en anglais illustre le programme FaME: <https://www.youtube.com/watch?v=HnPlcDU5szc>

Un bilan de pré-participation notamment avec les tests moteurs et une revue des médicaments utilisés est nécessaire.

L'INM se déroule en trois phases.

Phase 1 : Adaptation (séances 1 à 8)

Objectif: apprentissage des gestes, sécurité, gain neuromusculaire initial.

- Séance 1

Échauffement: marche 5 min, rotations épaules/chevilles.

Renforcement: sit-to-stand 3×8 (assistance si besoin), mini-squat 3×8.

Équilibre: appui unipodal 3×10 s (support proche).

Marche: marche 3 min en ligne, demi-tour.

Domicile: sit-to-stand 2×10/jour.

- Séance 2

Renforcement: sit-to-stand 3×10, step-up bas 3×8 (alterné).

Équilibre: appui unipodal yeux ouverts 3×12 s, transfert poids latéral.

Marche: marche avec accélérations courtes 4×30 s.

Domicile: 5 min marche + 1 exercice de résistance.

- Séance 3

Renforcement: chair-stand tempo (lente descente) 3×8, bande élastique extension hanche 3×10.

Équilibre: tandem stance 3×15 s, perturbations légères.

Marche: marche avec obstacles bas (ex. cônes) 5 min.

Domicile: sit-to-stand + équilibre 1 min/appui.

- Séance 4

Renforcement: step-up 3×10, fentes assistées 3×6.

Équilibre: appui unipodal yeux fermés (si c'est sûr sinon garder les yeux ouverts) 3×8 s.

Marche: marche en montée légère durant 4 minutes.

Domicile: deux exercices de force et un d'équilibre.

- Séance 5

Renforcement: test 5×STS (la personne doit se lever d'une chaise à cinq reprises le plus rapidement, le temps est chronométré), séries de 3, progression avec des bandes élastiques.

Équilibre: double tâche simple (compter à voix haute pendant appui).

Marche: parcours avec changement de direction.

Domicile: 10 min circuit (résistance + équilibre).

- Séance 6

Renforcement: squats assistés 3×12, mollets debout 3×15.

Équilibre: appui unipodal 3×20 s, perturbations latérales.

Marche: marche rapide 5 min.

Domicile: relevé de sol enseigné et pratique.

- Séance 7

Renforcement: step-up + bande élastique 3×12, chair-stand rapide 3×8.

Équilibre: tâches sensorielles (yeux fermés sur surface stable).

Marche: marche avec obstacles + accélérations.

Domicile: 2 fois par semaine pendant 15 min.

- Séance 8 (évaluation intermédiaire)

Tests: TUG, 5×STS, test de vitesse de marche (gait speed).

Séance: consolidation des exercices appris, mise en place avec progression.

Domicile: plan personnalisé.

Phase 2 : Renforcement et complexification (séances 9 à 16)

Objectif: augmenter charge, complexifier équilibre, introduire double-tâche exigeante.

- Séance 9

Renforcement: squats 3×12 avec bande élastique plus tendu, lunges assistés 3×8.

Équilibre: appui unipodal + rotation tronc (double tâche).

Marche: marche rapide 6 min + changements de cadence.

Domicile: circuit 20 min 3×/semaine.

- Séance 10

Renforcement: step-ups 3×15 (hauteur augmentée si sûr).

Équilibre: surface instable (coussin) 3×20 s.

Marche: parcours avec obstacles et demi-tours rapides.

Domicile: renforcement + marche 15–20 min.

- Séance 11

Renforcement: chair-stand explosif (puissance) 3×6.

Équilibre: perturbations externes contrôlées (bâton léger).

Marche: marche en fractionné (30 s rapide/30 s lent) 8 min.

Domicile: exercices de relevé du sol 3 fois par semaine.

- Séance 12 (évaluation)

Tests: TUG, test de gait speed, BBS si possible.

Séance: révision et ajustement intensité.

Domicile: plan de progression.

- Séance 13

Renforcement: fentes 3×10, step-up + charge légère (si toléré).

Équilibre: double tâche cognitive (calcul mental) pendant appui.

Marche: parcours avec obstacles mobiles (cônes à déplacer).

Domicile: circuit résistance + équilibre 20 min.

- Séance 14

Renforcement: squats sur une jambe assistés 3×6 (progression).

Équilibre: appui unipodal yeux fermés sur surface instable (si sûr).

Marche: marche avec changement d'orientation rapide, montée/descente step.

Domicile: 2 séances axées puissance + 1 marche longue.

- Séance 15

Renforcement: combinaisons (step + squat) 3×10.

Équilibre: tâches duales motrices (lancer/attraper ballon en appui).

Marche: parcours chronométré (améliorer vitesse et sécurité).

Domicile: maintien des acquis, journal d'activité.

- Séance 16

Séance: simulation d'activités quotidiennes (monter escaliers, se pencher, porter charge légère) + travail de transfert.

Domicile: plan d'intégration dans la vie quotidienne.

Phase 3 : Consolidation et transfert (séances 17 à 24)

Objectif: stabiliser gains, autonomie, prévention à long terme.

- Séance 17

Renforcement: circuits combinés (résistance + équilibre) 3×12.

Équilibre: parcours dynamique avec distractions (conversation).

Marche: marche en extérieur si possible, adaptation terrain.

Domicile: programme d'entretien 3×/semaine.

- Séance 18

Renforcement: exercices de puissance (sit-to-stand rapides) 4×6.

Équilibre: tâches multitâches complexes.

Marche: marche rapide 10 min + obstacles.

Domicile: renforcement + marche.

- Séance 19

Renforcement: squats sur step, lunges dynamiques 3×10.

Équilibre: simulation de perturbations réelles (tirer/pousser léger).

Marche: parcours chronométré + évaluation subjective confiance.

Domicile: intégration activités domestiques.

- Séance 20

Séance: atelier de relevé du sol + sensibilisation à la prévention des chutes à domicile.

Domicile: pratique régulière get-up.

- Séance 21

Renforcement: circuit intensif modéré (3 stations × 3 tours).

Équilibre: appui unipodal prolongé, tâches cognitives.

Marche: parcours extérieur varié.

Domicile: plan d'entretien personnalisé.

- Séance 22

Renforcement: maintien charge, focus sur qualité du mouvement.

Équilibre: intégration avec aides (cane) si applicable.

arche: évaluation de la vitesse et endurance.

Domicile: routine 20 min 3×/semaine.

- Séance 23

Séance: révision complète, mise en situation (courses, escaliers).

Domicile : checklist sécurité domicile + exercices.

- Séance 24 (évaluation finale)

Tests: TUG, 5×STS, vitesse de marche (gait speed test), BBS/FES-I.

Bilan: comparaison S1/S12/S24, plan de maintien à 6–12 mois.

Exercices à domicile (exemples standard) Sit-to-stand: 2×10 matin et soir.

Marche rapide: 15–20 min trois fois par semaine. Appui unipodal: 3×30 secondes par jour (support proche). Get-up-from-floor: 3 répétitions, 3 fois par semaine. Circuit 15–20 min: 3 exercices (squat, step-up, équilibre) enchaînés.

Critères d'adaptation

Adapter en cas de douleur aiguë, de dyspnée, d'angor ou de vertige persistant.

Exclure temporairement une personne en cas d'infection aiguë, d'instabilité cardiaque non contrôlée, de fracture récente non consolidée.

Critères de succès

Diminution significative du TUG.

Augmentation de la vitesse de marche.

Réduction de la peur de tomber.

Diminution des chutes sur 12 mois.

Participation ≥ 75 % des séances en groupe et des 2 séances à domicile par semaine.

Dose recommandée de séances supervisées et d'exercices à domicile ≥ 50 heures sur la période pour un effet significatif et durable (Orton 2021).

Composants

Chaque séance supervisée dure une heure, si possible le même jour et le même horaire de la semaine avant 18h.

Préparer une à deux séances à domicile qui sont proposées aux participants.

Vérifier l'état du participant à l'accueil, le matériel à portée et surveiller les signes d'intolérance.

Augmenter progressivement les répétitions, la résistance des bandes élastiques, la complexité (yeux fermés, double tâche) avant d'augmenter la vitesse.

Noter tous les tests réalisés à semaines 1, 12 et 24.

Séance type

Accueil et check-up rapide (3–5 min): douleur, vertige, médicaments.

Échauffement dynamique (8–10 min): marche, mobilisations articulaires, montées de genou légères.

Renforcement des membres inférieurs (12–15 min): sit-to-stand, step-ups, squats assistés, bande élastique. Exercices des quadriceps, ischio-jambiers, abducteurs de hanche, des chevilles et du tronc, souvent en position debout et fonctionnelle. Charge progressive et répétitions adaptées à la capacité.

Travail d'équilibre (12–15 min): appui unipodal, perturbations, tâches sensorielles, double tâche.
Marche et compétences fonctionnelles (8–10 min): marche rapide, changements de direction, parcours d'obstacles, révélé du sol.
Retour au calme & consignes domicile (3–5 min): étirements, rappel exercices à domicile.

Matériel

- Chaises stables pour les exercices assis/debout, de transferts et de sécurité.
- Tapis de sol avec surface antidérapante pour les relevés-couchés au sol.
- Espace dégagé et sol plat pour les exercices d'équilibre et de marche.
- Chronomètre pour les tests TUG, les intervalles de récupération et la régulation des séries.
- Fiches et supports pédagogiques du programme.
- Carnet d'exercices à domicile.
- Haltères de 1 à 3 kg pour le renforcement fonctionnel des membres supérieurs et pour la progression des charges.
- Bandes élastiques (ex. therabands) pour le renforcement progressif des membres inférieurs et du tronc.
- Plots et repères au sol.
- Petits obstacles pour l'entraînement à la marche, les changements de direction et le franchissement d'obstacles.
- Marche basse (step) pour les exercices de montée et de descente et de puissance des jambes.
- Coussins d'équilibre pour augmenter la difficulté sensorielle des tâches d'équilibre.

Lieu de pratique

Séances de groupe supervisées: organisation locale (centre communautaire, salle municipale, centre de loisirs, structure commanditée par une autorité locale, maison sport santé, association sportive).
Séance à domicile: lieu sécurisé.

Bonnes pratiques de mise en œuvre

- Suivre le cadre réglementaire donné en France par la HAS (Haute Autorité de Santé 2024).
- Garder à l'esprit que les gains sont supérieurs pour les personnes de plus de 75 ans et pour les personnes accomplissant plus de 75% des séances programmées.
- Réaliser une sélection des participants sur une base médicale et d'évaluation fonctionnelle réduit les risques et améliore la sécurité et l'adhésion.
- Former les animateurs au programme FaME (Orton 2021).
- S'appuyer sur la dynamique de groupe et l'enthousiasme de l'animateur pour l'adhésion et la pérennité des bénéfiques (Manning 2025).
- Adapter les exercices aux capacités individuelles et aux comorbidités.
- Coordonner le programme FaME avec les autres traitements (kinésithérapeute, cardiologie, services sociaux...) pour éviter la surcharge et les risques d'interaction.

- Utiliser le manuel officiel du programme et les stratégies d'implémentation pour assurer une mise en œuvre fidèle et reproductible, facteur de succès rapporté par les études amonts.
- Mesurer régulièrement la fidélité d'implémentation et les résultats cliniques.
- Surveiller activement et en continu les événements indésirables et la tolérance.
- Engager les participants par des stratégies d'adhérence (groupes, carnet d'exercices, suivi téléphonique).
- Planifier une phase de maintenance et d'auto-évaluation à long terme.

Bonnes pratiques de pérennisation

- Consulter deux rapports inspirants de l'OMS sur la prévention de la chute (WHO 2007; WHO 2021).
- S'appuyer sur les documents de prévention des chutes proposées par l'Assurance Maladie (2025), la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (2022), la Haute Autorité de Santé (2024), le Ministère de la Santé (2022, 2025) et Santé Publique France (2022).
- Former les animateurs au programme FaME et à la sécurité. Les auteurs proposent une formation garantissant la fidélité d'exécution et les compétences nécessaires dite Postural Stability Instructor.
- Standardiser le contenu et la progression des séances.
- Mesurer systématiquement les résultats cliniques et la fidélité (adhérence, dose, qualité d'animation).
- Surveiller l'adhérence des participants et relancer activement les non-participants (Orton 2021).
- Intégrer le programme FaME dans les parcours locaux de prévention des chutes et les services de soins primaires (Ventre 2025).
- Garantir le financement récurrent et les ressources (salle, matériel, temps d'instructeur).
- Adapter le format aux contraintes locales tout en préservant la fidélité (taille de groupe, durée, matériel).
- Soutenir la pratique à domicile par des supports écrits, des carnets d'exercices et des rappels.
- Évaluer régulièrement la qualité d'implémentation (audit, observations, retours d'instructeurs).
- Impliquer les parties prenantes locales (professionnels de santé, collectivités, associations) pour co-financer et promouvoir le programme.
- Collecter et diffuser des données d'impact (réduction des chutes, amélioration fonctionnelle, satisfaction) pour justifier la poursuite du financement.
- Renforcer le soutien social en favorisant la dynamique de groupe et les liens entre participants.

Précautions

- Éviter la surcharge musculaire, une fatigue excessive et les risques de blessure en cas de séances de kinésithérapie en parallèle.
- Surveiller les exacerbations de symptômes cardiovasculaires (angor, dyspnée, arythmies) chez des personnes à la maladie cardiaque non stabilisée.
- Regrouper les participants souffrant d'ostéoporose ou porteurs de prothèses et adapter les doses.
- Noter les événements indésirables.

Caractéristiques réglementaires

Prescription médicale facultative.

Pratique devant être réalisée dans une organisation de santé même si certaines séances sont réalisées à domicile et d'autres supervisées à distance.

Initiateur principal

Dawn A. Skelton, professeure à l'Université Glasgow Caledonian.

Chris Todd, professeur à l'Université de Manchester.

Qualification requise

- Kinésithérapeute formé à l'INM.
- Enseignant en activité physique adaptée (APA).
- Kinésithérapeute.
- Ergothérapeute.
- Infirmier spécialisé en gériatrie.
- Coach sportif travaillant avec des seniors.

La formation spécifique à l'INM est essentielle pour renforcer la participation et un engagement durable dans l'activité physique (Gumber 2022; Hawley-Hague 2024).

En Grande Bretagne, une certification de Postural Stability Instructor est demandée pour délivrer le programme FaME complet car il repose sur un protocole précis validé scientifiquement (LaterlifeTraining 2026).

Bibliographie

Étude prototypique

Skelton D et al. Tailored group exercise (Falls Management Exercise -- FaME) reduces falls in community-dwelling older frequent fallers (an RCT). Age Ageing. 2005 Nov;34(6):636-9. <https://doi.org/10.1093/ageing/afi174>

Étude mécanistique

Skelton DA et al. Effects of a falls exercise intervention on strength, power, functional ability and bone in older frequent fallers: FaME (Falls Management Exercise) RCT secondary analysis. J Frailty Sarcopenia Falls. 2019 Mar 1;4(1):11-19. <https://doi.org/10.22540/JFSF-04-011>

Études interventionnelles

Lliffe S et al. Multicentre cluster randomised trial comparing a community group exercise programme and home-based exercise with usual care for people aged 65 years and over in primary care. Health Technol Assess. 2014 Aug;18(49):vii-xxvii, 1-105. <https://doi.org/10.3310/hta18490>

Adams N et al. Feasibility of trial procedures for a randomised controlled trial of a community based group exercise intervention for falls prevention for visually impaired older people: the VIOLET study. BMC Geriatr. 2018 Dec 12;18(1):307. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0998-6>

Étude des risques

Cheng M et al. Optimal type and dose of exercise to improve fall behavior in older adults: A systematic evaluation and network meta-analysis. Ageing Res Rev. 2026 Jan;113:102924.

<https://doi.org/10.1016/j.arr.2025.102924>

Gawler S et al. Reducing falls among older people in general practice: The ProAct65+ exercise intervention trial. Arch Gerontol Geriatr. 2016 Nov-Dec;67:46-54.

<https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.019>

Étude d'implémentation

Orton E et al. Implementation fidelity of the Falls Management Exercise Programme: a mixed methods analysis using a conceptual framework for implementation fidelity. Public Health. 2021 Aug;197:11-18.

<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.05.038>

Autres publications

Assurance Maladie. Comment prévenir les chutes des personnes âgées? Assurance Maladie, Paris, 2025. <https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/seniors/prevenir-chutes-personnes-agees>

Audsley S et al. Keeping adults physically active after Falls Management Exercise (FaME) programmes end: development of a physical activity maintenance intervention. Pilot Feasibility Stud. 2021 May 15;7(1):108. <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00844-w>

British Geriatrics Society. Falls Management Exercise (FaME) Implementation Toolkit. British Geriatrics Society, London, 2026. <https://www.bgs.org.uk/falls-management-exercise-fame-implementation-toolkit>

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Autonomie des personnes âgées, comment prévenir les chutes? CNSA, Paris, 2022. [https://www.cnsa.fr/presse/autonomie-des-personnes-agees-comment-prevenir-les-](https://www.cnsa.fr/presse/autonomie-des-personnes-agees-comment-prevenir-les-chutes#:~:text=La%20CNSA%20(Caisse%20nationale%20de,maximum%20les%20risques%20de%20chutes)

[chutes#:~:text=La%20CNSA%20\(Caisse%20nationale%20de,maximum%20les%20risques%20de%20chutes](https://www.cnsa.fr/presse/autonomie-des-personnes-agees-comment-prevenir-les-chutes#:~:text=La%20CNSA%20(Caisse%20nationale%20de,maximum%20les%20risques%20de%20chutes)

Deverall E et al. Exercise programmes to prevent falls among older adults: modelling health gain, cost-utility and equity impacts. Inj Prev. 2019 Aug;25(4):258-263. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2016-042309>

Franklin M et al. A modelling-based economic evaluation of primary-care-based fall-risk screening followed by fall-prevention intervention: a cohort-based Markov model stratified by older age groups. Age Ageing. 2019 Dec 1;49(1):57-66. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz125>

Gumber L et al. 'It is designed for everybody to find their own level and to improve themselves'; views of older people and instructors of the Falls Management Exercise (FaME) programme. Age Ageing. 2022 Feb 2;51(2):afac023. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac091>

Haute Autorité de Santé. Personnes âgées à risque de chute: Prescription d'activité physique. Plaine Saint-Denis, HAS, 2024. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-04/synthese_aps_personnes_agees_a_risque_de_chute.pdf

Hawley-Hague H et al. Understanding the delivery of the Falls Management Exercise Programme (FaME) across the U.K. J Frailty Sarcopenia Falls. 2024 Jun 1;9(2):96-121. <https://doi.org/10.22540/JFSF-09-096>

Health Innovation South West. Falls Management Exercise (FaME). Programme. Spread of an exercise-based innovation for falls prevention. Health Innovation South West, Exeter, 2026.
[https://healthinnovationsouthwest.com/programmes/falls-management-exercise-fame-programme/#:~:text=The%20Falls%20Management%20Exercise%20\(FaME, reduced%20fear%20of%20falling](https://healthinnovationsouthwest.com/programmes/falls-management-exercise-fame-programme/#:~:text=The%20Falls%20Management%20Exercise%20(FaME, reduced%20fear%20of%20falling)

Jessiman P et al. mixed-methods formative process evaluation of the falls management exercise programme in an English county. BMC Public Health. 2025 Aug 1;25(1):2609.
<https://doi.org/10.1186/s12889-025-23737-6>

Lafond N et al. 'We got more than we expected.' Older people's experiences of falls-prevention exercise interventions and implications for practice; a qualitative study. Prim Health Care Res Dev. 2019 Jul 1;20:e103. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6609972/>

LaterTraining. All Our courses. LaterTraining, Northumberland, 2026.
<https://laterlifetraining.co.uk/courses/postural-stability-instructor>

Lliffe S et al. Promoting physical activity in older people in general practice: ProAct65+ cluster randomised controlled trial. Br J Gen Pract. 2015 Nov;65(640):e731-8.
<https://doi/10.3399/bjgp15X687361>

Manning F et al. Mediators implementation and delivery: the falls management exercise programme (FaME). BMC Health Serv Res. 2025 Oct 22;25(1):1396. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13550-7>

Ministère de la Santé. Comment prévenir les risques de chutes chez les personnes âgées? Ministère de la Santé, Paris, 2025. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/comment-prevenir-les-risques-de-chutes-chez-les-personnes-agees>

Ministère de la Santé. Plan anti-chute des personnes âgées. Ministère de la Santé, Paris, 2022.
<https://solidarites.gouv.fr/plan-antichute-des-personnes-agees>

Orton E et al. 'Real world' effectiveness of the Falls Management Exercise (FaME) programme: an implementation study. Age Ageing. 2021 Jun 28;50(4):1290-1297.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa288>

Santé Publique France. Bouger en toute sérénité. Prévenir les chutes dans la vie quotidienne. Paris, 2022. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Bouger_en_toute_serenite_2022.02.pdf

Ventre JP et al. Factors influencing fall prevention programmes across three regions of the UK: the challenge of implementing and spreading the Falls Management Exercise (FaME) programme in a complex landscape. Age Ageing. 2025 Mar 28;54(4):afaf083. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf083>

World Health Organisation. Step Safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course. WHO, Geneva, 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/978924002191-4>

World Health Organisation. WHO global report on falls prevention in older age. WHO, Geneva, 2007.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241563536>

Yeung PY et al. A community-based Falls Management Exercise Programme (FaME) improves balance, walking speed and reduced fear of falling. Prim Health Care Res Dev. 2015 Apr;16(2):138-46.
doi: <https://doi.org/10.1017/S1463423614000024>

Auteur(s) de la fiche

NPIS (comité scientifique)

Date de création : **13/03/2026**

Date de révision : **13/03/2026**

Version : **V01**

Programme FaME, Référentiel NPIS des INM, Fiche code NPIS-000000112, Version V01, 2026.

Lien vers la fiche online : [cliquez-ici](#).

Suggérez une amélioration : Rendez-vous sur sa fiche numérique de la plateforme du Référentiel NPIS des INM [en cliquant-ici](#).

Contactez la NPIS

5, rue des Reculettes, 75013 Paris - France

Tél. : +33 (0)1 56 79 17 91

Non Pharmacological Intervention Society - Société savante d'intérêt général à but non lucratif

Nos soutiens



Nos partenaires



Information réglementaire et précaution :

Toute exploitation ou reproduction nécessite une autorisation préalable de la NPIS. Toute référence et toute citation doit faire mention du Référentiel NPIS des INM.

Le lecteur reconnaît utiliser ces informations sous sa responsabilité exclusive.

La NPIS n'a pas vocation à répondre à des questions sur un cas personnel ou celui d'un proche. Celles-ci doivent être posées à un professionnel de santé. Rien ne remplace la consultation d'un médecin.

La fiche INM contient des liens bibliographiques vers d'autres sources dont la NPIS décline toute responsabilité quant à leur contenu.

Tous droits réservés © 2026 NPIS