

## SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La présente synthèse décrit les principales forces, faiblesses et opportunités à exploiter mises en évidence par l'étude des politiques de la Suède en matière de sécurité des personnes âgées. Elle reprend la structure du rapport, et chacune de ses sections se termine par une recommandation d'action générale.

### **Chapitre 1 – L'approche stratégique en matière de sécurité des personnes âgées**

#### *Le contexte démographique : une société vieillissante*

A de nombreux égards, la Suède peut tirer un bilan extrêmement satisfaisant de sa prise en compte et de sa gestion des difficultés et des défis liés au vieillissement de sa population. Elle semble être parvenue à réduire les coûts en réformant son système des pensions et en stabilisant les dépenses relatives aux soins de santé et aux soins de longue durée. La population âgée continue de bénéficier, en moyenne, de niveaux de vie élevés et d'un état de santé excellent. Il reste toutefois à savoir si la priorité accordée à la réduction des coûts ne risque pas d'entraîner une dégradation du versement des prestations et de la fourniture de services à certaines catégories de personnes âgées. Si l'augmentation du taux de dépendance se solde par une diminution des ressources humaines et financières pouvant être affectées à chaque personne âgée, il est essentiel de veiller à ce qu'à terme, cette situation ne mette pas certaines personnes âgées dans des situations de vulnérabilité extrême sur les plans financier, humain et personnel.

Dans un système politique décentralisé comme celui de la Suède, l'évolution dépendra fortement de la capacité des citoyens âgés de participer au débat public et d'intervenir dans la prise de décisions. Les intérêts des personnes âgées semblent bien protégés par des groupes d'intérêt puissants et par un système de consultation bien rodé des comités aux niveaux local, régional et national. Toutefois, ce système de représentation a ses limites, en particulier lorsqu'il s'agit de défendre la cause et les besoins d'individus très âgés et malades.

Afin de mettre en lumière les problèmes et les risques auxquels sont confrontées les personnes âgées les plus vulnérables qui sont généralement absentes des processus participatifs, il est important de recueillir des données subjectives et objectives sur leur situation. Il sera peut-être nécessaire de solliciter davantage chaque individu, ses proches parents et les aidants non professionnels, à la fois pour obtenir des informations et opérer un choix entre les diverses possibilités de soin ; pour appliquer des indicateurs qualitatifs de l'action des pouvoirs publics, de façon peut-être plus symptomatique dans le domaine des soins ; pour recueillir des données épidémiologiques sur les conséquences du vieillissement, en particulier sur l'augmentation du nombre des personnes très âgées ; et pour évaluer de manière systématique les résultats finaux des politiques dans ce contexte.

Le suivi et l'évaluation de l'action des pouvoirs publics, notamment du plan national 2006 en faveur du développement des soins aux personnes âgées, s'imposeront à l'avenir, au regard des données prévisionnelles sur les besoins, et en tenant compte du contexte de vieillissement de la population.

**Recommandation 1 : Les problèmes et les besoins spécifiques des personnes âgées doivent être mieux identifiés et davantage pris en compte à l'échelon national.**

*L'élaboration des politiques en Suède : une administration décentralisée*

Dans le système politique décentralisé de la Suède, les municipalités et les conseils de comtés jouent un rôle de premier plan dans l'ordonnement et la prestation des soins de santé et des soins sociaux. Il est en revanche du ressort de l'administration centrale de définir le cadre général et de veiller à ce que les soins soient d'une qualité égale dans l'ensemble du pays. Malgré cela, il semble qu'il existe, entre les différentes régions du pays, de fortes disparités dans la prestation des soins, et dans la situation des personnes âgées en termes de santé et de sécurité, ainsi que l'illustrent les variations d'incidence des traumatismes dus à des chutes. A l'origine de ces inégalités figureraient avant tout la discontinuité des activités de prévention et le manque d'accès aux compétences à l'échelon municipal, ainsi que l'insuffisance de la coordination entre les différents services des municipalités et des conseils de comtés. Il convient de promouvoir une approche intersectorielle et coopérative de la santé et de la sécurité des personnes âgées dans les municipalités et les conseils de comtés, afin d'ouvrir la voie à la mise en place de structures stables et durables dotées d'une main-d'oeuvre et d'un financement suffisants.

L'équipe qui a réalisé l'étude recommande de promouvoir l'instauration, au sein des municipalités, d'une approche intégrée et pluridisciplinaire de la prévention et de la prise en charge des personnes âgées, et de déléguer des responsabilités à un échelon décentralisé afin de soutenir la mise en application de cette approche et d'en coordonner les différents acteurs. Cela implique de renforcer la coopération entre les municipalités et les conseils de comtés dans les domaines qui ont trait aux services sociaux et aux soins de santé. En particulier, l'équipe a jugé qu'il était important de continuer à encourager les municipalités à faire appel aux services de médecins avec des connaissances de gériatrie dans leurs soins de longue durée. De nombreuses municipalités, mais pas toutes, ont conclu des accords régissant les visites de médecins, mais la portée de ces accords est souvent relativement limitée.

Enfin, il est essentiel de promouvoir la mise en place de structures régionales de coopération dans les domaines des soins et de la prévention, ainsi que la législation le prévoit déjà. L'équipe qui a réalisé l'étude approuve les changements proposés dans le plan national en faveur du développement des soins aux personnes âgées, et avance l'hypothèse selon laquelle les activités de prévention sont de plus en plus souvent prises en charge par des structures régionales de coopération. Les municipalités pourraient être également incitées à mettre en commun leurs ressources et leurs efforts dans le domaine de la prévention.

**Recommandation 2 : Une approche intégrée, pluridisciplinaire et coopérative des soins gériatriques et de la prévention des traumatismes doit être encouragée aux échelons local et régional.**

*Le contexte économique : des budgets publics fortement sollicités*

L'environnement économique des municipalités et des conseils de comtés a beaucoup changé ces dix dernières années. La restructuration de l'économie nationale a soumis les administrations locales à des contraintes plus sévères en termes d'équilibre budgétaire et de gestion des comptes. Une grande majorité des municipalités et des conseils de comtés a atteint un excédent budgétaire en 2005. Dans le secteur des soins de santé et des soins sociaux, les coûts ont été sensiblement transférés des comtés aux municipalités, suite aux réformes structurelles des années 90, alors que des deux côtés, des efforts considérables étaient déployés pour réduire les coûts.

Bien que l'État s'emploie à améliorer la gestion économique au niveau local, le système semble souffrir de plusieurs lacunes. Le manque systématique d'orientation et de clarté concernant le suivi des dépenses des soins de santé et des soins sociaux entrave la réalisation des objectifs nationaux dans ces deux domaines.

Afin de veiller à ce que l'aide publique aux municipalités et aux comtés contribue à la poursuite des objectifs nationaux de santé et de sécurité pour les personnes âgées, il conviendrait de concevoir des mesures d'incitation avantageuses, exhortant ainsi les administrations locales à prendre des mesures dont elles démontreraient l'efficacité. Dans un système fortement décentralisé, les responsables de l'élaboration des politiques à tous les niveaux doivent également être informés des coûts et des avantages des choix stratégiques qui s'offrent à eux. Cela s'applique aux autorités locales sur l'ensemble du territoire, mais également aux divers services administratifs au sein de chaque municipalité. L'amélioration des connaissances en économie des soins de santé et en prévention des traumatismes chez les personnes âgées se traduirait par ailleurs par une répartition plus efficace des ressources aux niveaux local, régional et national.

Les différents plans et stratégies mis en œuvre ces dernières années au niveau régional dans le domaine des soins aux personnes âgées n'ont connu qu'un succès mitigé. Là encore, leur application et leur suivi à l'échelle nationale semblent avoir souffert du manque de clarté dans la définition des objectifs nationaux.

L'évaluation des retombées des divers plans nationaux en faveur des soins aux personnes âgées révèle la nécessité de mettre en place une structure de gouvernance claire et cohérente, dans laquelle les objectifs des plans sont clairement exposés et assortis d'objectifs quantifiables, et où les responsabilités en matière de mise en application et de suivi sont indiquées. Par ailleurs, les plans nationaux et les politiques publiques devraient être accompagnés du renforcement du rôle des agences nationales en tant que conseiller des municipalités pour la mise en œuvre des plans. Enfin, les incitations à l'application de ces plans devront être accentuées, soit en consolidant le pouvoir « de coercition » des agences de supervision, soit par la persuasion (sensibilisation).

**Recommandation 3 : Les transferts et l'utilisation des ressources financières doivent être clarifiés et mieux gérés.**

**Recommandation 4 : Pour être efficaces, les stratégies et les plans d'action nationaux doivent être fondés sur une meilleure définition des responsabilités et des structures de gouvernance plus cohérentes.**

## **Chapitre 2 – Le cadre juridique et réglementaire**

### *Les lois et les réglementations*

Bien que très complet, le cadre juridique concernant les personnes âgées en Suède n'est peut-être pas entièrement adapté aux besoins d'une société rapidement vieillissante, particulièrement en ce qui concerne la prise en charge de l'ensemble des risques auxquels sont exposées les personnes âgées.

Dans de nombreux domaines, la législation a opté pour une approche universelle (loi sur les services sociaux, loi sur la planification et la construction), et ne s'intéresse pas plus spécifiquement à des catégories particulières de la population. Ce parti pris transparaît dans les onze objectifs de santé publique fixés par l'Institut national de santé publique, dont aucun ne mentionne explicitement les personnes âgées comme cible. Même si les personnes âgées ne constituent pas un groupe très homogène, force est de reconnaître qu'elles partagent un certain nombre de caractéristiques bien

définies (indicateurs de fragilité physique et de vulnérabilité sociale). Surtout, dans une démocratie décentralisée, l'absence de référence explicite aux personnes âgées dans le cadre juridique et réglementaire pourrait fourvoyer les différents acteurs publics chargés de l'établissement des priorités nationales en termes de santé publique.

La loi sur les services sociaux et la loi sur la santé et les services médicaux (de même que leurs réglementations) sont de manière générale beaucoup moins précises et directives que les autres lois cadres examinées plus haut (celles sur le logement ou l'environnement professionnel, par exemple). Leur imprécision renforce l'obligation des pouvoirs publics de (1) fournir des indications claires sur les priorités et les objectifs nationaux, grâce auxquelles des acteurs tels que le Conseil national de la santé et du bien-être peuvent interpréter la loi ; (2) mettre en lumière les domaines qui peuvent sembler flous et risquent d'être mal interprétés par les autorités locales et régionales.

En outre, la législation ne fournit pas toujours une répartition claire des responsabilités, en particulier en ce qui concerne la rééducation et les consultations chez le médecin. Le gouvernement a tenté de s'attaquer à la question des soins médicaux à domicile et des consultations dans son plan national en faveur du développement des soins aux personnes âgées, sans toutefois clarifier le partage des responsabilités entre les municipalités et les conseils de comtés, et sans mettre en place des mesures efficaces d'incitation à coopérer.

Enfin, la question de la prévention pourrait être davantage mise en lumière dans la législation sur les soins sociaux et médicaux. La prévention semble être un domaine dans lequel les responsabilités sont partagées entre les conseils de comtés et les municipalités, ce qui favorise peut-être l'immobilisme. Ce domaine, dont l'importance s'accroît avec la hausse des coûts des soins, pourrait bénéficier d'une orientation plus appuyée de la part des pouvoirs publics, éventuellement par le biais législatif.

La législation doit être simplifiée et clarifiée, notamment dans les domaines des soins médicaux à domicile, de la rééducation et de la prévention des traumatismes. En particulier, elle pourrait définir plus précisément les rôles respectifs des municipalités et des conseils de comtés, notamment lorsqu'elle prévoit une coopération entre ces deux autorités.

**Recommandation 5 : Le cadre législatif dans le domaine de la sécurité et de la prévention des traumatismes chez les personnes âgées doit être plus précis et plus cohérent.**

***Mise en application et respect***

Il ressort de l'examen des différents domaines de la prévention des accidents et de la sécurité des personnes âgées que la mise en application des politiques souffre d'un manque d'impulsion au niveau national. Les agences gouvernementales nationales et les conseils administratifs des comtés ne disposent pas des instruments nécessaires pour assurer le respect de la législation au niveau local. Cette tendance se répercute au niveau local, où, soumis à des contraintes budgétaires sévères, les municipalités et les conseils de comtés établissent vraisemblablement leurs priorités en fonction des incitations économiques et du poids politique des objectifs, tant locaux que nationaux. L'une des conséquences de cette situation est le fait que l'application de la loi sur les services sociaux repose dans une large mesure sur la capacité des individus de faire valoir leurs droits devant les tribunaux administratifs.

Les autorités nationales doivent jouer un rôle plus actif dans l'application des lois et des réglementations par les régions et les municipalités. Pour ce faire, elles pourraient renforcer

juridiquement la mission du Conseil national de la santé et du bien-être et des conseils administratifs des comtés dans la surveillance et l'application des règles.

Il convient en outre de consolider le mandat du Conseil national de la santé et du bien-être en tant qu'autorité de réglementation, afin d'orienter l'action des municipalités. Une possibilité serait d'introduire progressivement des règles ou des incitations en faveur de pratiques fondées sur des données probantes. L'orientation donnée par les pouvoirs publics pourrait comporter des exemples de bonnes pratiques à mettre en œuvre pour se conformer à ces lois et ces incitations.

Les missions du Conseil national de la santé et du bien-être et des conseils administratifs des comtés au niveau local doivent elles aussi être reconsidérées.

S'agissant plus particulièrement des chutes, la responsabilité du suivi des chutes chez les personnes âgées bénéficiaires des services sociaux doit incomber à un service municipal bien identifié.

**Recommandation 6 : Les administrations locales doivent recevoir une aide et des orientations supplémentaires de la part des acteurs nationaux et régionaux dans l'application de la législation, des réglementations et des autres documents d'orientation nationaux.**

### **Chapitre 3 – L'évaluation des risques et de la sécurité**

#### *Les données sur les risques et la vulnérabilité*

Des volumes de données considérables sont collectés en Suède sur les chutes des personnes âgées et sur les facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur leur sécurité ; ces données sont regroupées dans plusieurs registres très complets. Il existe toutefois des lacunes et des aspects problématiques. Les centres de soins de santé des diverses municipalités enregistrent les chutes de manière très différente et ne semblent pas suivre systématiquement l'approche générale. Dans les registres sanitaires officiels, la comptabilisation des accidents dans les soins de santé n'est pas non plus exemplaire, ce qui entraîne une sous-estimation potentielle massive des accidents par chute. L'exhaustivité en termes de nombres de chutes enregistrés varie d'un comté à l'autre.

Ces défaillances ont des origines multiples. Au niveau du système de soins de santé, l'existence de plusieurs facteurs contributifs et de longs délais entre l'événement déclencheur et le décès ne permet pas d'attribuer avec certitude le décès à une chute. En outre, les registres des patients traitent essentiellement de l'événement à proprement parler et de ses conséquences, et moins de ses causes. Ces déficiences semblent difficiles à combler. L'enregistrement et la gestion des données dans les municipalités relèvent quant à eux d'un autre problème. La qualité des données est probablement liée à la disponibilité des ressources humaines et économiques, à la possibilité de trouver du personnel disposant du temps et des compétences nécessaires pour effectuer ces tâches et pour former et conseiller les autres. On pourrait dans les faits se demander si les municipalités sont capables de réaliser des évaluations des risques et de gérer leurs données sans les conseils et l'appui des acteurs nationaux.

Pour les personnes âgées vivant à leur domicile et bénéficiaires de soins sociaux, il existe des procédures de gestion des incidents, mais il n'est pas clair si ce système s'applique également aux chutes. Le manque d'informations le plus crucial semble concerner les personnes âgées vivant à leur domicile et ne recevant aucun soin social ou médical. Pour combler le manque de données concernant ce groupe, une cartographie et une évaluation systématiques seraient nécessaires, au moyen de visites à domicile, de recensements, d'une enquête systématique lors des consultations, d'un signalement par

les services de secours, etc. Les structures permettant de mener à bien ces activités ne semblent pas en place.

L'amélioration de la qualité des données, le comblement de certaines lacunes restantes, et, avant tout, une meilleure utilisation des informations disponibles dans l'élaboration des politiques, doivent être une priorité. Le Conseil national de la santé et du bien-être pourrait investir davantage dans le recueil de données cohérentes et fiables concernant aussi bien les soins de santé et les soins sociaux. L'objectif doit être de mettre en place des processus organisés et uniformisés d'évaluation des risques et de recueil de données, qui devront être utilisés régulièrement dans tous les domaines qui ont trait à la fois aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes âgées (consultations, visites à domicile, etc...). Il conviendra peut-être à cette fin d'augmenter les ressources du Conseil et de renforcer son autorité en matière de recueil de données. Toutefois, toute tentative visant à mettre en oeuvre une procédure standard de recueil de données au niveau municipal devra nécessairement définir avec soin les volets concernant (a) les ressources supplémentaires que la municipalité devra mobiliser, et (b) les avantages apparents pour la municipalité, ses services et ses devoirs.

En l'absence de données relatives aux traumatismes mineurs liés aux chutes (qui ne nécessitent pas de soins médicaux aigus), les informations émanant des registres sanitaires doivent être extrapolées et utilisées comme base d'inférence statistique concernant les chutes en général. Ces informations peuvent fournir des indications utiles pour les prévisions, et contribuer à mettre en évidence les facteurs de risques et de vulnérabilité. Les systèmes de gestion des incidents dans les soins de santé et les soins sociaux pourraient être simplifiés grâce à ces informations, en particulier dans les résidences spécialisées.

**Recommandation 7 : Le recueil des données statistiques doit être amélioré, et celles-ci doivent être utilisées à bon escient dans l'élaboration des politiques et dans les activités de soin.**

### *Recherche et développement*

La place accordée à la recherche s'est nettement améliorée, aussi bien en termes de financement que d'établissement des priorités, depuis la mise en place par le gouvernement, en 1998, de son plan d'action en faveur des soins aux personnes âgées. L'aide apportée par les pouvoirs publics à la R-D dans les soins aux personnes âgées est passée de 10-15 millions SEK à 35 millions SEK au cours des sept dernières années. Cet effort a permis la création de centres de recherche universitaire, de bases de données, ainsi que le financement de projets. Plusieurs années après le lancement du plan, il semble, toutefois, que certains domaines de recherche aient été négligés en termes d'affectation des ressources ; que le suivi de l'aide publique à la recherche ait été insuffisant ; et que l'intégration effective des résultats de la recherche dans l'élaboration des politiques n'ait pas bénéficié d'une attention suffisante.

Le financement de la recherche demeure insuffisant en gériatrie, en gérontologie et dans la prévention des chutes, en grande partie en raison du manque d'incitations économiques. Ces domaines n'ont qu'un faible intérêt commercial, et même l'aide à la R-D apportée par les administrations locales se trouve affaiblie par un partage imprécis des responsabilités, entre les municipalités et les conseils de comtés, en matière de prévention et de rééducation. Il faudrait augmenter les fonds disponibles pour la recherche fondamentale et clinique dans l'ensemble des branches de la gériatrie et de la gérontologie, tout en veillant à ce que l'intégralité des besoins de la population soit prise en compte dans la stratégie nationale de recherche – en particulier dans les domaines de la recherche et des essais épidémiologiques.

Les administrations nationales, régionales et locales sont les gestionnaires des deniers publics et les utilisateurs finaux de la recherche sur les soins aux personnes âgées et leur sécurité. A ce titre, elles ont un rôle important à jouer dans l'orientation des projets de recherche qu'elles financent, rôle qu'elles n'ont pas entièrement rempli ces dernières années. Le plan national 2006 en faveur du développement des soins aux personnes âgées a dressé la même liste des besoins et des priorités de la recherche, et de ses domaines problématiques, que celle que contenait déjà le plan d'action national de 1998.

L'une des réalisations du plan d'action national de 1998 a été la création de centres régionaux dédiés à la R-D. Il semble que le manque d'attention accordée aux possibilités de partage des informations et de transfert des connaissances ne se soit soldé par un éparpillement des efforts des centres. Il est à cet égard révélateur qu'aucun acteur ne soit investi de la mission d'informer les responsables de l'élaboration des politiques nationales des divers résultats obtenus par les centres. L'utilisation, par certains centres, de normes de qualité générales et non scientifiques pour des projets de recherche locaux est également un problème en termes d'éclatement de la recherche. S'il est parfois difficile d'appliquer des normes universitaires strictes à des activités de recherche locales, la recherche fondée sur des données probantes a l'avantage d'être plus facile à partager à l'échelon local et à intégrer dans l'élaboration des politiques. Dans le domaine de la prévention des chutes en particulier, il est fondamental d'encourager le recensement des bonnes pratiques d'après des données probantes.

La recherche fondée sur des données probantes, dans le domaine des activités de prévention, doit être renforcée et constituer un socle de connaissances pour les acteurs sur le terrain dans l'ensemble du pays. Les centres régionaux de R-D pourraient devenir des instruments efficaces dans ce domaine, si leurs activités étaient axées sur le développement et non sur la recherche, et particulièrement sur la mise en lumière et la diffusion des bonnes pratiques, et si l'ensemble des centres suivait des normes communes de qualité pour les projets. Les centres pourraient rendre compte des répercussions de la modification de leur fonctionnement en faveur de pratiques fondées sur des données probantes.

**Recommandation 8 : L'aide à la recherche sur la prévention des chutes, en gériatrie et en gérontologie doit être augmentée.**

**Recommandation 9 : Des procédures systématiques doivent être mises en place et les responsabilités doivent être établies en matière de diffusion des résultats de la recherche.**

## **Chapitre 4 – La prévention**

### ***L'efficacité de la prévention primaire***

Les connaissances relatives à l'efficacité des mesures de prévention des chutes ont beaucoup progressé ces dernières années, même si des recherches supplémentaires restent nécessaires, en particulier en ce qui concerne les actions de proximité. Les données probantes disponibles plaident en faveur de programmes plurifactoriels qui considèrent l'éventail global des facteurs de risques intrinsèques et extrinsèques, et qui proposent un ensemble de mesures préventives. Ce sont les initiatives qui ciblent les segments les plus à risques de la population âgée qui semblent les plus efficaces.

La Suède dispose d'une longue expérience en matière de prévention des traumatismes, qui repose en particulier sur la réussite de quelques initiatives locales, telles que les programmes de prévention des accidents et des traumatismes de la municipalité de Lidköping, où le nombre des personnes hospitalisées à la suite d'une fracture de la hanche a été divisé par deux entre 1995 et 2001. Cependant, les activités de promotion de la sécurité semblent à l'heure actuelle souffrir de deux

problèmes principaux : le manque de volonté politique et d'orientation au niveau national ; et l'insuffisance des connaissances relatives aux coûts des chutes et autres traumatismes, ainsi qu'aux avantages potentiels des mesures de prévention.

S'agissant des activités de prévention des traumatismes et de leur promotion, les responsabilités doivent être assignées à l'échelon ministériel. Parallèlement, les connaissances techniques pluridisciplinaires sur la prévention des traumatismes et des chutes doivent être renforcées au niveau national. La contribution d'un médecin spécialiste serait fondamentale dans ce contexte.

La principale agence nationale de promotion de la sécurité, l'Agence suédoise des services de secours, n'a pas pour mission particulière de coordonner et d'orienter les stratégies des différents secteurs. Elle pourrait jouer un rôle de premier plan dans la prévention des traumatismes et des accidents auprès des personnes âgées si les termes de son mandat étaient clarifiés et renforcés dans les domaines suivants : éducation et sensibilisation ; promotion des activités de prévention à l'échelon local dans les municipalités ; et recours aux financements publics pour soutenir les activités locales de prévention.

Le manque d'informations sur les coûts des chutes et sur l'intérêt de la prévention pourrait favoriser, à l'échelle collective, les prises en charge ex post, au détriment de la prévention. Afin de soutenir les activités de prévention des chutes aux niveaux local et régional, il importe d'améliorer la diffusion des informations sur les questions de rentabilité. Il pourrait être envisagé de soutenir la création de services spécifiques intégrés (soins de santé et soins sociaux) de prévention des chutes dans chaque municipalité.

En outre, le Conseil national de la santé et du bien-être pourrait envisager de promouvoir des dispositifs de ciblage (afin de recenser les profils à hauts risques parmi la population des personnes âgées), en lieu et place de l'évaluation systématique des besoins dans l'ensemble des services aux personnes âgées. Cette mesure pourrait se révéler efficace dans des situations où les évaluations des besoins sont trop onéreuses et fastidieuses.

**Recommandation 10 : La responsabilité de la mise en application et de la coordination de la politique intersectorielle de prévention primaire doit être assignée à un organisme national désigné.**

### *Partage d'informations*

Toutes les agences gouvernementales perçoivent l'ouverture en direction des acteurs locaux comme un domaine problématique. En même temps, les municipalités attendent, de la part des autorités nationales, des données plus précises et la présentation de choix stratégiques différents. Le développement de modalités d'échange d'informations entre les acteurs nationaux et locaux devrait par conséquent être une priorité.

Il est nécessaire de mettre en lumière et de promouvoir les bonnes pratiques et les exemples positifs au niveau national. Une importance particulière doit être accordée aux bonnes pratiques fondées sur des données probantes et la démonstration de leurs avantages sur le plan économique serait un atout. Les centres régionaux de R-D, tout comme l'Agence des services de secours ont un rôle à jouer dans la diffusion de l'information.

Le concept de « communauté sûre » est un exemple très positif d'activité intersectorielle de prévention des traumatismes dans les municipalités et les collectivités locales. Même si ce concept homologué n'est pas un modèle général susceptible d'être appliqué à l'échelle nationale, il est possible

de promouvoir une approche holistique de la sécurité et des activités de prévention en tant que bonnes pratiques dans l'ensemble du pays. Le concept de « communauté sûre » pourrait servir de fondement à l'instauration d'une organisation locale efficace. Les pouvoirs publics pourraient créer des financements destinés à promouvoir ce type d'organisation dans laquelle les activités de prévention reposent sur des initiatives et des besoins locaux – par opposition à une approche descendante uniformisée.

**Recommandation 11 : La diffusion d'exemples positifs de pratiques en matière de prévention des traumatismes doit être renforcée.**

## **Chapitre 5 – Les soins médicaux**

### *Le rôle des soins médicaux dans la prévention des chutes*

En Suède, la prévention secondaire et tertiaire des chutes, en milieu médical, présente plusieurs lacunes. Le système de recensement et de prise en charge des personnes sujettes aux chutes ne semble guère développé. Les personnes dont la chute a entraîné un traumatisme mineur et nécessité des soins hospitaliers n'ont que peu de chances de recevoir par la suite des soins d'une personne spécialisée en gériatrie ou de bénéficier d'un traitement de suivi ou de long terme. La coordination de la prise en charge entre l'hôpital et les prestataires municipaux de soins médicaux ou de soins sociaux est limitée. La survenue d'une chute ne déclenche pas la mise en place systématique de mesures telles qu'une visite à domicile ou une consultation spécifique concernant les circonstances de la chute. Ce manque est probablement l'une des causes d'hospitalisations répétées parmi les personnes âgées qui souffrent de pathologies multiples.

De plus, le suivi médical des personnes âgées semble inadapté – en particulier en ce qui concerne les personnes âgées qui vivent et reçoivent des soins médicaux à domicile. Enfin, les connaissances en gériatrie des médecins généralistes semblent relativement faibles. La perte de connaissances en gériatrie, c'est-à-dire d'une approche pluridisciplinaire de la santé des personnes âgées, est une source majeure d'inquiétude, particulièrement dans le contexte d'une société vieillissante.

Il est nécessaire de développer les connaissances en gériatrie chez l'ensemble des médecins. En particulier, la gériatrie doit faire partie intégrante des connaissances des généralistes, et être officiellement incluse dans le cursus des écoles de médecine ; des formations en gériatrie au cours de l'internat doivent être rendues obligatoires ; et les étudiants en médecine qui choisissent la gériatrie comme spécialité devraient éventuellement être avantagés. Une formation en gériatrie doit être mise à la disposition de l'ensemble des médecins et des infirmières en soins primaires et chaque établissement de soins primaires doit disposer au moins d'un médecin spécialisé en gériatrie.

**Recommandation 12 : Les connaissances relatives à la santé des personnes âgées et aux questions spécifiques qui s'y rapportent doivent être améliorées parmi les médecins et les infirmières.**

### *Les médicaments en tant que facteur de risques*

L'utilisation de médicaments par les personnes âgées est une source croissante d'inquiétude, et plusieurs mesures ont été prises afin de freiner le développement de la polypharmacie. Au nombre d'entre elles figurent la rédaction de lignes directrices qualitatives par le Conseil national de la santé et du bien-être, et la mise en place d'un registre électronique des médicaments, qui doit permettre un contrôle plus strict de l'utilisation des médicaments. Toutefois, la question reste de savoir si ces mesures agiront sur les causes profondes du phénomène de la polypharmacie.

L'utilisation accrue de médicaments par les personnes âgées n'est pas à proprement parler une évolution négative. Cependant, une utilisation non contrôlée et injustifiée de plusieurs médicaments peut avoir des répercussions extrêmement néfastes, particulièrement en tant que facteur de risques de chutes. Dans les faits, il semble que certaines causes de la polypharmacie soient liées au manque de connaissances spécifiques ayant trait aux personnes âgées parmi les médecins, et aux problèmes de coopération entre les municipalités et les conseils de comtés concernant les consultations. La place accordée au réexamen des traitements prescrits semble elle aussi insuffisante.

La gestion des traitements doit être optimisée, en particulier pour les patients qui quittent le milieu hospitalier (pour regagner leur domicile). Cela implique une planification systématique des sorties des patients, exigence préconisée par la loi en Suède mais dont la mise en œuvre est encore aléatoire. Une gestion « double » du nouveau registre électronique présenterait des intérêts : le registre serait géré principalement par le médecin du patient vivant à son domicile ou en résidence spécialisée, mais également par le pharmacien. Cette méthode garantirait la sûreté des prescriptions et donnerait la possibilité au pharmacien de conseiller le médecin sur les posologies et les interactions médicamenteuses. Le réexamen des traitements doit être effectué par une personne qui possède des compétences en gérontologie et doit pouvoir s'appuyer sur l'avis de spécialistes. En outre, les procédures d'examen des traitements au niveau municipal doivent être étoffées – et comporter une méthode d'examen systématique des traitements prescrits, à effectuer à intervalles réguliers – tous les six mois, par exemple. Dans la mesure où les infirmières sont habilitées à prescrire des médicaments, le problème de la polypharmacie doit être abordé dans le cadre de leur formation.

La désignation, par l'ensemble des comtés/municipalités, de services médicaux dédiés aux personnes âgées, et la présence de ces services dans les hôpitaux et les services de santé des collectivités devraient être une priorité nationale. Il faut également veiller à ce que chaque hôpital soit doté d'un service de gériatrie, qui soit dépositaire d'un stock de connaissances, tout en étant source de conseils dans ce domaine.

**Recommandation 13 : Les conditions nécessaires à une gestion sans risques des médicaments par les personnes âgées doivent être améliorées.**

***Rééducation***

Le domaine de la rééducation souffre indéniablement d'un manque de données, du fait que les statistiques nationales ne fournissent aucune information sur le nombre de personnes bénéficiant de services de rééducation. Le Conseil national de la santé et du bien-être doit encourager le recueil de données dans ce domaine – aussi bien dans les municipalités que dans les comtés, afin d'obtenir un aperçu général du contexte actuel, et de mesurer l'impact des activités de rééducation.

Si l'on se base sur les informations disponibles, l'offre actuelle de services de rééducation apparaît insuffisante.

L'offre de services de rééducation dans les hôpitaux de comtés est plus restreinte, et n'est disponible que dans le cadre d'une prise en charge spécifique, par exemple à la suite d'une fracture de la hanche ou d'une attaque, et non de manière générale. Le transfert des services de rééducation vers les municipalités ne s'est pas accompagné du financement correspondant, et ces services souffrent fréquemment d'un manque de ressources, mais également de savoir-faire technique. Il a été signalé que les municipalités ne disposent que rarement d'unités de rééducation, mais que les résidences pour séjours courts accueillent souvent des patients aux profils bien différents. Ce sont les personnes âgées et la collectivité qui sont les plus lésées par ce manque, car il est prouvé qu'une rééducation pluridisciplinaire (comprenant physiothérapie, ergothérapie, soins infirmiers, travailleurs médicaux et

sociaux) suite à un accident ou à une maladie favorise la guérison, réduit les incapacités et minimise les risques d'une nouvelle hospitalisation.

Les mesures proposées par le gouvernement dans son plan national de développement ne semblent pas contenir suffisamment d'incitations visant à exhorter les municipalités et les conseils de comtés à mettre en place des modalités efficaces de coopération, ce qui réglerait une fois pour toutes la question du partage des responsabilités dans ce domaine. Les efforts destinés à promouvoir la coopération entre les municipalités et les conseils de comtés doivent être poursuivis et intensifiés, si possible par des voies juridiques. Ils devraient porter sur une définition plus claire des responsabilités. Il existe à l'heure actuelle en Suède plusieurs modèles de responsabilité à l'échelon local ; ils pourraient être promus en tant qu'exemples dans l'ensemble du pays.

L'attribution de responsabilités doit s'accompagner d'un financement approprié. Il serait souhaitable que toutes les municipalités disposent d'équipes de rééducation pluridisciplinaires de proximité, qui travailleraient dans les maisons de retraite, les centres d'accueil de jour et en environnement résidentiel, en collaboration étroite avec les prestataires de soins primaires. Par ailleurs, l'organisation et la prestation des services de rééducation devraient pouvoir s'appuyer sur des compétences médicales spécialisées en gériatrie, et les intégrer.

Enfin, il faut encourager et soutenir activement la recherche de modèles et de cadres efficaces de rééducation, afin de mettre en place des incitations économiques à la rééducation.

**Recommandation 14 : Les responsabilités en matière de prestations des services de rééducation doivent être clarifiées et la prestation de services qualifiés de rééducation par les municipalités doit être soutenue.**