

Soins fondés sur des données probantes

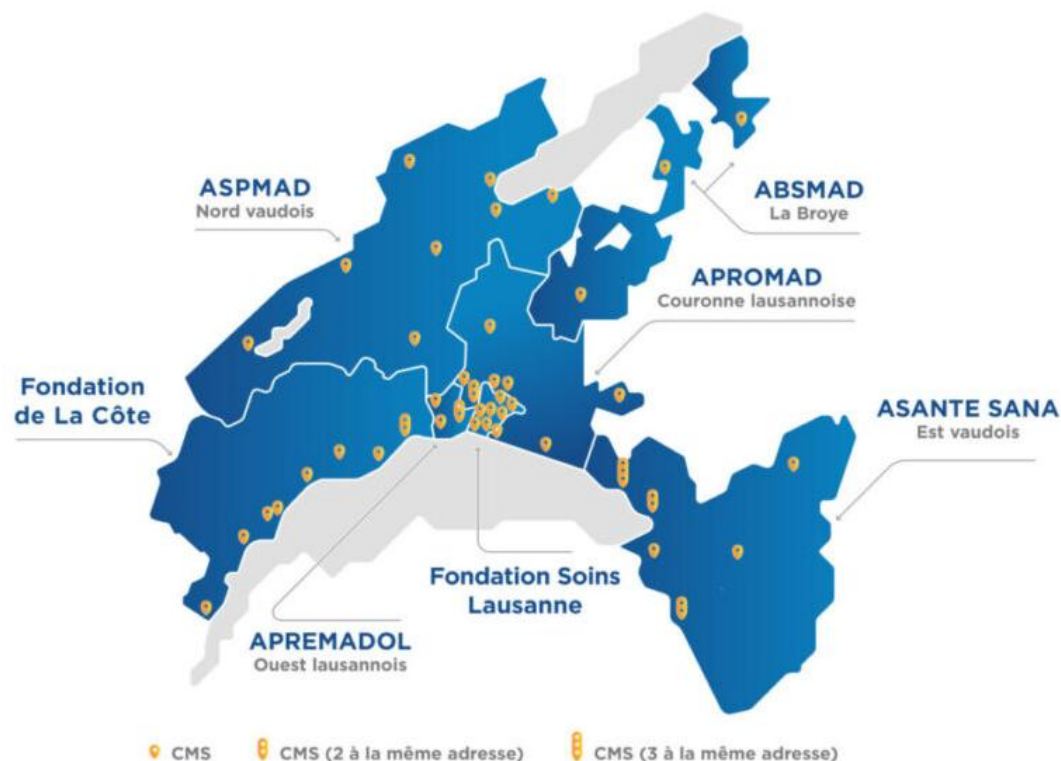
Au service de la qualité et de l'innovation dans les soins à domicile

Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD)

Mme Isabelle Lehn
Directrice générale
AVASAD

L'AVASAD en bref

Une mission publique de santé communautaire, déployée sur tout le canton de Vaud (données 2025)



7 associations et fondations régionales (A/F)



7

Associations & Fondations
régionales (A/F)



50

Centres Médico-Sociaux (CMS)



41'586

Client·e·s de l'aide et des soins à
domicile



5'277

Collaborateur·trice·s (3'563 EPT)



2,68 mio

heures de prestations par an



491 mio

de financement (CHF)

Plan

Ce congrès parle de données comme boussole — l'EBP/EBN pose la question de ce qui doit orienter cette boussole en clinique

1

Le défi

Des soins à domicile en mutation

2

L'EBP / EBN

Ancrer la pratique dans les preuves

3

La facilitation

De la donnée à la pratique : le rôle clé de l'ICLS

4

L'innovation

L'EBP/EBN comme moteur de qualité et de transformation

Des soins à domicile sous tension

Quatre pressions convergentes sur le modèle de l'aide et des soins à domicile



Vieillesse démographique

Une population de bénéficiaires plus âgée et plus nombreuse (+3,5 % de client·e·s en 2025).



Complexification des situations

Polypathologies, soins palliatifs, situations psychosociales complexes à domicile.



Pénurie de personnel qualifié

Une pression croissante sur le recrutement et la fidélisation des métiers du soin.

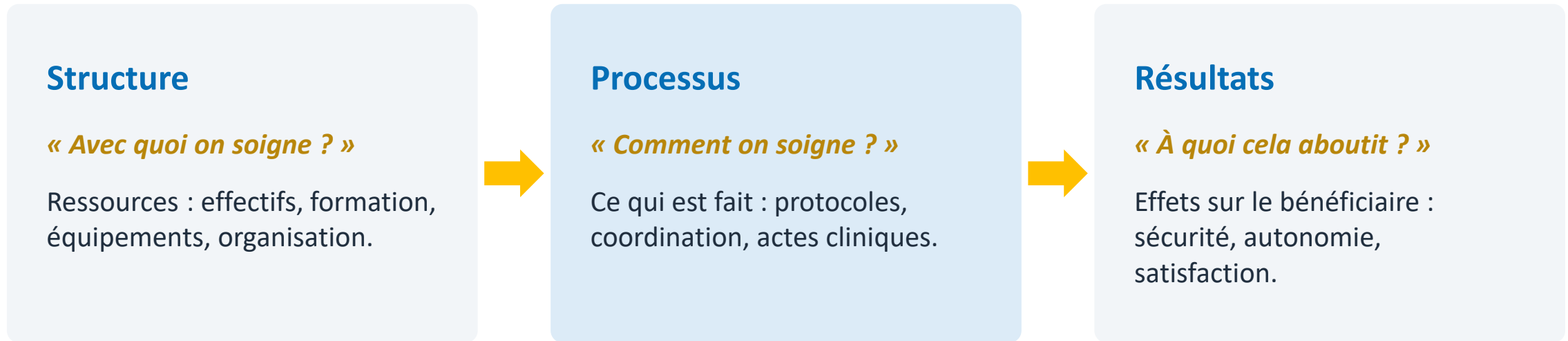


Attentes accrues de qualité

Exigences de sécurité, de traçabilité et de résultats mesurables.

Comment définir la qualité des soins ?

Modèle de Donabedian — « Comment la met-on en œuvre et la suit-on ? »



Comment la met-on en œuvre et la suit-on ?

Le modèle de Donabedian garantit le transfert de la démarche qualité sur le terrain et son pilotage, en trois temps.

Une décision clinique qui articule trois sources

L'EBP Evidence-Based Practice / L'EBN Evidence-Based Nursing



Données probantes

Recherche scientifique : les meilleures preuves disponibles.



Expertise clinique

Jugement professionnel des équipes de terrain.



Valeurs du bénéficiaire

Préférences, besoins et contexte de vie du client.

L'EBP / EBN est notre outil de validité : en croisant ces trois sources, chaque décision de soin est fondée, sûre et adaptée. C'est ce qui permet de valider la qualité des prestations et leur pertinence, tout en les ajustant à chaque situation.

Le fossé entre recherche et pratique



17 ans

Temps médian estimé entre la publication
d'une preuve scientifique et son adoption dans
la pratique clinique courante.

Ce que dit la littérature

- **Un constat historique.** Le chiffre de 17 ans, largement cité, provient des travaux de Balas & Boren (2000) puis de la revue de Morris, Wooding & Grant (2011), « The answer is 17 years ».
- **Un chiffre à nuancer.** La littérature récente en sciences de l'implantation montre que ce délai varie fortement selon le domaine clinique et le contexte organisationnel — il n'existe pas de délai universel.
- **Le vrai enjeu.** Réduire ce délai ne dépend pas de plus de recherche, mais d'un processus actif de transfert. C'est précisément le rôle de la facilitation (partie 3, ICLS).

3. LA FACILITATION

PARIHS : un cadre pour combler ce fossé

Promoting Action on Research Implementation in Health Services

Implantation = f (Evidence, Contexte, Facilitation)



Evidence

Recherche, expertise
clinique, expérience du
bénéficiaire.



Contexte

Culture, leadership,
systèmes de feedback.



Facilitation

Le processus actif qui relie
evidence et contexte.

Sans facilitation identifiée, l'evidence reste théorique et le contexte demeure inchangé

L'ICLS : facilitatrice de l'implantation

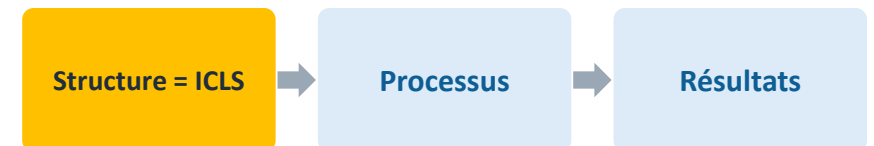
Le rôle de facilitation de PARIHS, incarné dans la « Structure » de Donabedian

Ce que l'ICLS opérationnalise concrètement

- 1 Traduit les données probantes en protocoles cliniques applicables (EBP/EBN).
- 2 Analyse le contexte organisationnel et adapte la stratégie d'implantation (PARIHS).
- 3 Accompagne et forme les équipes des CMS au changement de pratique.
- 4 Rend compte à la gouvernance et ajuste le pilotage institutionnel (Donabedian).

ICLS

Infirmière clinicienne spécialisée



L'ICLS ancre la démarche EBP/EBN dans la structure et en garantit le suivi dans la durée.

Un exemple de terrain : le Bien vieillir

Favoriser l'autonomie des seniors à domicile — un projet co-construit avec la Chaire de l'UNESCO (Prof. D. Jourdan)

Le projet : Développer les compétences en promotion de la santé de tou·tes les professionnel·les des CMS, pour mieux accompagner l'autonomie des seniors. 26 podcasts, modules e-learning HES et outils cadres, déployés sur les 50 CMS.

1 Ce que dit la science

De nombreuses preuves fondent la démarche “Bien Vieillir”.

Agir au niveau systémique sur les déterminants de la santé et renforcer la littératie en santé des seniors permet de retarder la perte d'autonomie. (Berkman, N.D et al. 2022; Nutbeam D. 2008; Beswick, A.D et al. 2008); WHO 2015)

2 Comment l'EBP/EBN fait innover l'AVASAD

Contenus co-construits avec les professionnel·les de terrain et validés scientifiquement (Chaire UNESCO / OMS) → la pratique guide la formation (évaluation avant/après à l'appui)

L'EBP/EBN transforme une démarche de prévention en un dispositif de formation institutionnel et pérenne.

3 Concrètement, sur le terrain

Chaque CMS déploie à son rythme un parcours de formation (auxiliaires, ASSC, cadres). Les intervenant·es sont formé·es à l'écoute et au partenariat : la voix du client est mieux captée au quotidien.

Structure garantie par le rôle ICLS. (PARIHS, Rycroft-Malone, J. 2004)

Un exemple de terrain : prévention des chutes

Diminuer le déclin fonctionnel chez les client·e·s de l'AVASAD

Le projet : La chute est un événement multifactoriel, difficile à référencer et à prédire de façon fiable. L'AVASAD réoriente donc l'action vers un levier robuste et mesurable : préserver la masse musculaire et l'activité pour éviter le déclin fonctionnel.

1 Ce que dit la littérature

Les données directes sur les chutes sont rares, hétérogènes et sujettes à des biais d'interprétation (sous-déclaration, définitions variables).

En revanche, une preuve solide sur un déterminant : la perte de masse musculaire (sarcopénie) accroît fortement le risque de chute et de déclin fonctionnel → une activité physique suffisante en réduit le risque. (Cruz-Jentoft, A.J et al. 2019; Yeung s. s. Y et al. 2019; Sherrington C. et al. 2019; Montero-Odasso M. et al 2022)

2 Comment l'EBP/EBN fait innover l'AVASAD

Plutôt que de courir après une donnée « chute » peu fiable, l'EBP/EBN conduit à agir sur le déclin fonctionnel → Un facteur mesurable et modifiable.

L'innovation consiste à structurer une réponse interprofessionnelle autour de ce levier validé.

3 Concrètement, sur le terrain

Via le projet « Réadaptation à domicile », une équipe interprofessionnelle se structure autour du client pour maintenir sa mobilité et éviter le déclin fonctionnel.

En 2025, à l'AVASAD : 553 client·e·s bénéficiaires de l'accompagnement readom → ≈78 % des parcours complets prodigués dans le cadre de ce projet ont atteint leurs objectifs (rapport annuel AVASAD, 2025)

L'EBP/EBN comme moteur d'innovation institutionnelle

L'EBP/EBN n'est pas une démarche isolée : elle nourrit directement les axes stratégiques de l'institution



Modernisation des pratiques

L'EBP/EBN fournit le socle méthodologique pour faire évoluer les pratiques cliniques de façon rigoureuse et durable.



Développement du réseau

Des pratiques harmonisées et fondées sur des preuves renforcent la cohérence du réseau des 50 CMS.

Axes stratégiques AVASAD 2026

En reliant chaque décision de soin aux meilleures preuves, l'EBP/EBN transforme la qualité en levier stratégique : elle rend l'innovation traçable, transférable et pérenne à l'échelle du dispositif.

Ce que l'EBP/EBN apporte concrètement



Qualité et sécurité

Des soins plus sûrs, mieux tracés et alignés sur les meilleures pratiques.



Autonomie des clients

Des décisions cliniques qui intègrent réellement leurs valeurs et préférences.



Attractivité professionnelle

Une pratique valorisante qui favorise le recrutement et la fidélisation.

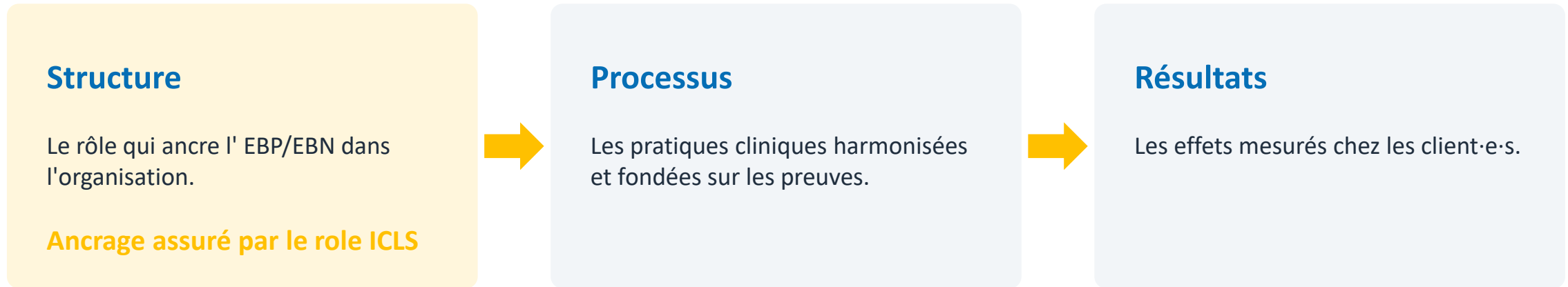


Efficiencia des ressources

Des pratiques mieux ciblées, moins de variabilité inutile dans les soins.

Donabedian : fermer la boucle

Le modèle qui relie le point de départ à l'amélioration continue



Boucle de feedback « terrain – direction » → amélioration continue

Les résultats et données locales remontent vers la gouvernance et réorientent la structure et les processus. De façon dynamique, Donabedian fait le lien avec le point de départ : les pratiques évoluent en restant valides et de qualité.

Les conditions de réussite

1

Un leadership visible

Porté par la direction et les cadres de proximité.

2

Des rôles de facilitation identifiés

ICLS et autres fonctions-relais reconnues et légitimées.

3

Une culture apprenante

Le droit à l'expérimentation et à l'ajustement.

4

Des boucles de feedback terrain-direction

Des données locales qui remontent et orientent le pilotage.



**L'EBP/EBN n'est pas une contrainte mais une opportunité
pour que les soins les plus innovant soient déployés
auprès des personnes que nous accompagnons**

Merci de votre attention

Questions & discussion

Références

1. Balas EA, Boren SA. Managing clinical knowledge for health care improvement. In: Bemmel J, McCray AT, éd. Yearbook of Medical Informatics. Stuttgart: Schattauer; 2000. p. 65-70.
2. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evidence Report/Technology Assessment. 2011;199. AHRQ Publication No. 11-E006.
3. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2008;371(9614):725-35.
4. Bryant-Lukosius D, DiCenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. J Adv Nurs. 2004;48(5):530-40.
5. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(1):16-31.
6. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q. 1966;44(3):166-206.
7. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.
8. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, et al. Implementation Research: A Synthesis of the Literature. Tampa: University of South Florida, NIRN; 2005.
9. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, et al. RE-AIM planning and evaluation framework. Front Public Health. 2019;7:64.
10. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET. Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach. 5e éd. St. Louis: Elsevier; 2013.
11. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academy Press; 2001.
12. Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence based practice. Qual Health Care. 1998;7(3):149-58.
13. Kitson A, Rycroft-Malone J, Harvey G, et al. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework. Implement Sci. 2008;3:1.2008;3:1.
14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. 4e éd. Philadelphie: Wolters Kluwer; 2019.
15. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, et al. World guidelines for falls prevention and assessment in older adults. Age Ageing. 2022;51(9):afac205.
16. Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. J R Soc Med. 2011;104(12):510-20.
17. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8.
18. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research. Adm Policy Ment Health. 2011;38(2):65-76.
19. Rycroft-Malone J. The PARIHS framework — a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. J Nurs Care Qual. 2004;19(4):297-304.
20. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312(7023):71-2.
21. Satterfield JM, Spring B, Brownson RC, et al. Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. Milbank Q. 2009;87(2):368-90.
22. Sherrington C, Michaleff ZA, Fairhall N, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2019;1:CD012424.
23. WHO. World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015.
24. Yeung SSY, Reijnierse EM, Pham VK, et al. Sarcopenia and its association with falls and fractures in older adults: a systematic review and meta-analysis. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2019;10(3):485-500.
25. AVASAD. Plaidoyer pour le bien-vieillir dans le canton de Vaud. Lausanne: AVASAD; 2022.
26. AVASAD. Rapport annuel 2025. Lausanne: AVASAD; 2025.