

Défis identifiés dans l'implémentation des interventions fondées sur la théorie « parcours de vie » : ébauche d'une taxonomie

Axel Max Klohn
axel.klohn@unige.ch

01.08.2014

1	Résumé	1
2	Question de recherche	1
3	Matériel et méthodes	2
4	Classement thématique des défis.....	3
	Défis liés à l'intégration verticale, horizontale, longitudinale et trans-générationnelle des services et dispositifs	3
	Défis liés au recueil de routine de données personnelles sur un ample spectre	3
	Défis liés aux besoins en données probantes et « evidence gaps ».....	4
	Défis liés au financement des programmes « parcours de vie »	4
5	Résumé des articles consultés.....	5
6	Bibliographie	10

1 Résumé

Ce document présente les résultats d'une revue rapide sur les défis et leçons apprises des implémentations de programmes fondés sur la théorie des parcours de vie. Nous avons étendu les recherches pour inclure des revues sur les programmes intégrés. Le classement thématique révèle quatre grandes catégories de défis en rapport avec l'intégration des services, le recueil de données, les besoins en données probantes, le coût et le financement des programmes.

Les principaux écueils ont trait à **l'absence de preuves en faveur de l'efficacité de l'intégration des services**, soulignée par plusieurs revues systématiques, le **financement sur de longues durées de programmes aux coûts substantiels**, les risques de violation des droits fondamentaux posés par le **recueil systématique de routine d'un spectre très ample de données personnelles**, et un **déficit de données probantes** à plusieurs niveaux de la recherche et de l'implémentation pratique, en particulier dans des contextes continentaux. Si nous pouvons identifier des réponses tactiques à ces différents points, le domaine apparaît encore insuffisamment mûr pour une implémentation à grande échelle.

2 Question de recherche

Quels sont les principaux défis et leçons apprises retirées des implémentations de programmes fondés sur la théorie des parcours de vie ?

3 Matériel et méthodes

Nous avons recherché dans les bases de données Pubmed, Cochrane Library et Google Scholar des publications décrivant des implémentations de programmes fondés sur la théorie des parcours de vie. Aucune revue systématique n'a été identifiée. Devant un fort recouvrement avec les problématiques constatées dans les programmes intégrés, nous avons étendu les recherches à ceux-ci. Une vingtaine d'articles ont été retenus pour l'analyse, dont deux revues systématiques Cochrane sur les programmes intégrés.

Les principaux éléments de contexte, leçons apprises et défis ont été résumés (tableau section 5) ; ces derniers ont été ensuite réarrangés selon un classement thématique inductif (section 4).

4 Classement thématique des défis

Nous présentons à continuation un classement thématique des principaux défis identifiés dans la littérature sur la mise en pratique de programmes « parcours de vie »

Défis liés à l'intégration verticale, horizontale, longitudinale et trans-générationnelle des services et dispositifs

défis	pistes
- peu ou pas de données probantes en faveur de l'efficacité de l'intégration de services (Dudley and Garner 2010; Bain-Brickley et al. 2011; IPC 2013) - variabilité importante dans les interventions qui sont jugées efficaces - changement culturel nécessaire	- développer la recherche et l'expérimentation sur l'organisation des services avec production de données probantes - tenir compte des spécificités organisationnelles et culturelles - approche incrémentale, évaluative, planifiée sur le long terme
- le cas habituel dans les systèmes de santé est déjà une combinaison de solutions intégrées et non intégrées, un équilibre hautement variable en fonction des conditions locales (Atun et al. 2010)	- rester pertinent et respecter les solutions efficaces qui ont fait leurs preuves ; ne pas chercher l'intégration à tout prix lorsqu'elle n'apporte pas des bénéfices prédominants ; conserver une taille humaine et gérable.
la complexité accrue de systèmes intégrés risque d'augmenter les coûts internes et la bureaucratisation : « pyramide inversée »	- rester pertinent et respecter les solutions efficaces qui ont fait leurs preuves ; ne pas chercher l'intégration à tout prix lorsqu'elle n'apporte pas des bénéfices prédominants ; conserver une taille humaine et gérable.
- processus d'implémentation très étalé dans le temps, notamment en rapport avec la nécessité d'étayer les partenariats	- problème majeur associé aussi aux coûts élevés - des ressources importantes sont consacrées à générer un langage et vision commune entre des acteurs hétérogènes. - former des coalitions pour l'approche parcours de vie - co-construire une volonté politique (impliquer les acteurs politiques autant que possible) - impliquer et transférer à la communauté (mais un financement étatique restera très probablement nécessaire)
l'intégration de services curatifs, préventifs et de promotion de santé peut dans certaines conditions prêter l'offre de services de promotion de santé au profit des soins curatifs (Baum et al. 2013)	- les expériences d'intégration doivent être systématiquement évaluées du point d'effets régressifs ou indésirables. - L'intégration pourrait ne pas être souhaitable lorsqu'il y a un risque de concurrence locale pour des ressources limitées. Ne pas chercher l'intégration à tout prix lorsqu'elle n'apporte pas des bénéfices prédominants
l'emphase sur la gestion et prévention des maladies chroniques tend à prioriser la gestion individuelle et les modifications comportementales plutôt que les déterminants sociaux affectant des communautés entières. Effet globalement régressif. (Baum et al. 2013)	- Les interprétations du modèle «parcours de vie » peuvent varier de façon importante d'une expérience à l'autre, d'un système à l'autre. L'emphase sur la gestion individuelle, « case management » semble plus marquée en Australie qu'au Canada. - les expériences d'intégration doivent être systématiquement évaluées du point d'effets régressifs ou indésirables

Défis liés au recueil de routine de données personnelles sur un ample spectre

- un degré élevé d'intégration des systèmes d'information et d'appui est décrit comme nécessaire pour le suivi à long terme. - collecte proposée en routine (et non seulement en recherche) de paramètres sanitaires, biologiques, comportementaux et sociaux sensibles, v. p. ex. (Azenha et al. 2013) - Plusieurs facteurs synergiques : a) forte implication politique nécessaire, b) population « à risque » essentiellement composée de personnes défavorisées, c) intégration à vie voire multigénérationnelle de paramètres biologiques, comportementaux, sanitaires et sociaux, d) conception déterministe (Wise 2003) ; e) coût élevé conduisent à un risque élevé de dérive dystopique : possibilité de violations étendues de la sphère privée, des droits individuels et collectifs, développement de processus socio-décisionnels destinés à préserver l'ordre établi plutôt que l'adaptation. Conséquences potentiellement très sérieuses y compris pour le fonctionnement social et l'économie partagées avec d'autres évolutions du « big data ». v. (Lemelstrich Latar 2004)	- Implications potentielles de l'ordre du choix de société et de valeurs. Réflexion de fond nécessaire. - Si implémentation, un mécanisme de scrutin éthique et social permanent, de type audit citoyen indépendant, pourrait contribuer à prévenir les dérives. - pas de recul sur les conséquences à grande échelle et sur une longue période : l'évolution sociale humaine a largement mis à contribution certains mécanismes de dissimulation par lesquels l'état physiologique réel des uns demeure inconnu des autres (en particulier des dominants). v. p. ex. (Summers and Crespi 2013) - il importe de ne pas répéter les erreurs des expériences d'eugénisme appliqué de la première moitié du XXe siècle ayant abouti, en Suisse par exemple, à la stérilisation forcée de femmes des catégories défavorisées. On songe également à la destruction de familles aux caractéristiques jugées indésirables ou hors norme par placement forcé des enfants.
---	--

Défis liés aux besoins en données probantes et « evidence gaps »

défis	pistes
<p>- Il existe encore de très nombreux « knowledge gaps », déficits en données probantes, y compris dans le domaine de la santé maternelle et infantile (Russ et al. 2014)</p> <p>- Alors que la théorie embrasse l'ensemble du parcours de vie, les expériences de réalisations pratiques demeurent rares et se concentrent surtout sur la santé maternelle, gestationnelle, périnatale et infantile. Les exemples concernant d'autres phases de la vie et périodes critiques font encore défaut.</p> <p>Les expériences documentées et publiées représentent dans la grande majorité la situation particulière aux services sociaux et sanitaires aux USA, et/ou en lien avec des problématiques du « Affordable care act ».</p> <p>Certains problèmes de recueil de données semblent spécifiques à ce dernier système, v. p. ex. (GAO 2014).</p>	<p>- il apparaît nécessaire de combler les déficits en données probantes signalés par la recherche, et développer la recherche en matière d'organisation de services.</p> <p>- de nombreuses bases de données longitudinales pour la recherche sont en cours de constitution. des résultats sont attendus au cours des prochaines années.</p>
	<p>- Il importe de reconnaître que les solutions socio-sanitaires et valeurs mises en œuvre en Europe sont (pour l'instant) différents de celles qui sont mobilisées aux USA.</p> <p>- Le modèle nordique de couverture sanitaire et sociale universelle tout au long de la vie est remis en cause en Suède même (Raphael 2014), mais il demeure la référence.</p> <p>- Va-t-on vers un maintien de l'approche par couverture universelle, ou vers un ciblage ou concentration des ressources plus limitées sur des populations appauvries et des phases de vie particulièrement vulnérables ? (exemple : certains États à développement intermédiaire ont investi dans la santé maternelle et infantile tout en délaissant d'autres tranches d'âge, une solution peu satisfaisante) – cet aspect devrait être publiquement discuté.</p>

Défis liés au financement des programmes « parcours de vie »

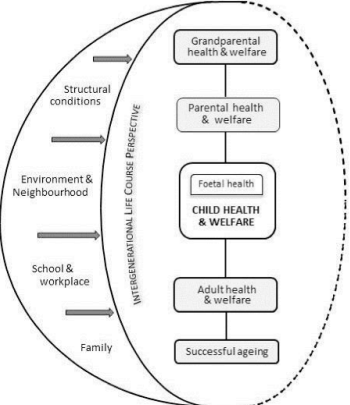
défis	pistes
<p>Pratiquement toutes les évaluations d'implémentations de projets fondés sur une approche parcours de vie signalent des coûts élevés pendant des périodes prolongées, en particulier lorsqu'on cherche à traiter des aspects sous jacents comme le logement, l'emploi, le revenu complémentaire.</p>	<p>- le développement d'études coût-efficacité et coût-bénéfice apparaît nécessaire, mais il est peut-être trop tôt (car implémentations avancées assez rares).</p> <p>- au niveau local certaines stratégies peuvent aider à lever des ressources (coalitions multi-sectorielles ; implication / mobilisation des politiques ET de la communauté par exemple) mais pour justifier une implémentation à grande échelle il semble incontournable de démontrer le service rendu.</p>
<p>Les modèles d'assurance et couverture de risque catastrophique (maladie aigue) paraissent inadaptés à la couverture du modèle « parcours de vie » (aspect fréquemment évoqué). Peu d'incitatifs à la prévention de risque sur le long terme</p>	<p>- Le modèle d'assurance des risques devrait être révisé.</p> <p>- Pas de consensus détecté, les propositions varient du financement étatique avec couverture universelle à l'adoption de « paquets » avec garantie de résultats ; l'assurance de résultats sur le long terme reste néanmoins problématique.</p> <p>- la nécessité d'un financement ou co-financement étatique semble fréquente</p>

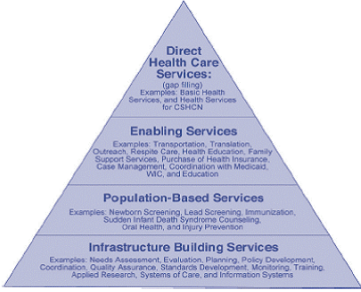
5 Résumé des articles consultés

Référence	Type de document, population	Obstacles et opportunités, leçons apprises et remarques
(Rohan et al. 2014)	leçons apprises : 9 ans d'implémentation d'approche « lifecourse » au Wisconsin . Santé maternelle, infantile, adolescence et jeunesse ; affections chroniques ; élimination de différences raciales et ethniques à la naissance.	<p>Obstacles : gamme très ample de facteurs de risque et de protection, ainsi que de périodes critiques ; refus par certains partenaires traditionnels d'aborder des déterminants comme le racisme ou le développement économique communautaire = opportunité de développer des relations avec de nouveaux partenaires</p> <p>Trois stratégies simultanées sont nécessaires :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. renforcer la base de connaissances (éduquer des éducateurs/amplificateurs), et diffuser des informations à de nombreux partenaires 2. développer une stratégie sociale des projets et politiques à partir/au-delà de la théorie « lifecourse » 3. construire une volonté politique dans une base très large de parties prenantes <p>peu d'indices populationnels de résultats pour l'instant ; « stabilisation » de la mortalité d'enfants afro-américains à un niveau qui reste inacceptablement élevé.</p>
(Lu 2014)	éditorial / revue d'expert (USA) ; recommandations stratégiques	<p>recommandations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. développer la recherche sur les interventions : encore bien peu d'études interventionnelles longitudinales à long terme qui montrent ce qui fonctionne ou non. (exemple : interventions nutritionnelles et résultats plus tard dans la vie) ; obstacles : coût élevé de la recherche longitudinale ; perdus de vue 2. prendre en considération et renforcer l'impact collectif ; il est nécessaire de promouvoir des organisations qui travaillent ensemble avec un agenda commun, des systèmes de mesure partagés, des activités à renforcement mutuel, communiquant en continu, portées par des organisations structurantes 3. aller au-delà des interventions curatives ou compensatrices vers la construction de capacités : cognitives, socio-émotionnelles (nb : classifiées comme « non cognitives », sic !), et sanitaires. développer les interventions les plus précoces.
(Frey et al. 2014)	leçons apprises dans la phase de planification et financement des programmes « lifecourse » au Wisconsin	<p>leçons apprises :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une période prolongée de planification permet aux parties prenantes d'établir un langage commun, construire de la confiance, et préparer la construction de consensus et l'action collective - établir une vision partagée (commune) prend du temps - la planification augmente les chances de construire le consensus sur les stratégies. - la clef de la durabilité (ancrage) réside dans un processus authentiquement aux mains de la communauté - l'inclusion de toutes les races et secteurs de la communauté est essentielle - le transfert de leadership et de capacité aux agents communautaires est important et prend du temps - la créativité et la flexibilité sont importantes dans la promotion de l'engagement communautaire - il faut savoir reconnaître l'existence de racisme et savoir comment il modifie les efforts - il est important d'avoir un nouveau vocabulaire qui permet la construction de messages et narratifs positifs et orientés vers les solutions. - les narratifs descriptifs et les témoignages personnels sont importants pour accompagner les informations factuelles. <p>obstacles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le processus de planification a été beaucoup plus long que prévu (mais a contribué à solidifier les partenariats) - malgré l'importance perçue de ce facteur, aucune stratégie spécifique identifiée pour « réduire le racisme » (sic !)

(Cheng and Solomon 2014)	Article sur les implications de la traduction de différents éléments de la théorie « life course » à la mise en pratique dans un système de santé ; les principaux exemples cités relèvent de la santé maternelle et infantile.	<p>implications translationnelles :</p> <p>emphase sur les déterminants « en amont », intervention tout au long de la vie, approche centrée sur toute la famille → intégration longitudinale et transgénérationnelle</p> <p>renforcement des couplages pour référés entre services → intégration verticale entre contextes de soins</p> <p>approche holistique de la personne → intégration verticale entre disciplines</p> <p>approche holistique des communautés, développement de services longitudinaux multisectoriels, approche populationnelle enracinée dans les déterminants sociaux et les modèles d'équité → intégration horizontale entre secteurs influençant la santé, focalisation sur les individus, les familles et les populations (sic !)</p> <p>défis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - changement culturel de grande échelle dans la médecine et les structures traditionnelles segmentées par âge, genre et spécialité - changement des systèmes de financement qui à l'heure actuelle ne favorisent pas une approche intégrée (→ réforme des modes de paiement) - volonté politique forte
(Brady and Johnson 2014)	leçons apprises ; implémentation d'un programmes de santé maternelle et infantile « lifecourse » en Floride du Nord.	<p>leçons apprises :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la transformation des approches traditionnelles de la santé maternelle et infantile est un processus long et laborieux. - trois domaines particulièrement problématiques : ressources humaines (investir dans la formation des acteurs), financement (trouver de nouvelles sources de financement) et évaluation (développer des indicateurs spécifiques). - l'incapacité de l'approche traditionnelle à apporter des réponses aux déterminants sous-jacents comme la pauvreté, l'éducation, le racisme, le logement et autres facteurs d'environnement au niveau communautaire devient de plus en plus évidente
(Feinberg et al. 2014)	étude qualitative de la collaboration intersectorielle ente la commission de santé publique et la commission du logement de Boston , orientée vers l'accès au logement de femmes enceintes à risque (promotion de santé maternelle-infantile)	<p>principaux facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - reconnaître la nécessaire interdépendance - précédents de collaboration inter agences - objectifs clairs et bien partagés ; bénéfices mutuels - présence de ressources (\$\$\$), en l'occurrence prélèvements croisés sur les budgets des deux agences <p>principaux défis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - disséminer et communiquer sur le programme au niveau d'autres services (expliquer la priorité particulière accordée aux femmes enceintes) - difficulté à évaluer l'éligibilité à l'entrée du programme (ex : examen du casier judiciaire, lieu réel de résidence), et rejet de dossier pour inéligibilité cause de traumatismes.
(Raphael 2014)	revue critique de littérature et données existantes : menaces pesant sur le « modèle nordique » (en Suède en particulier) : remise en cause de la promotion d'équité par des stratégies universalistes fournissant aux citoyens une sécurité économique et sociale	<p>il existe des preuves, en particulier en ce qui concerne la Suède, indiquant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un déclin de l'État providence nordique et de ses efforts de promotion de santé - une augmentation des inégalités et de la pauvreté - un affaiblissement des programmes et aides associées à l'excellent profil sanitaire nordique.
(Russ et al. 2014)	Implications de l'approche « lifecourse » pour l'agenda de recherche de santé maternelle et infantile (UCLA/USA)	<p>très nombreux « knowledge gaps » : mécanismes épigénétiques et possibilités de modulation ; rôle déterminant sur la santé de la période péri-conceptionnelle ; santé maternelle précédant la grossesse et moyens pour la renforcer ; rôle régulateur du placenta ; moyens efficaces pour renforcer l'interaction mère-enfant.</p> <p>défis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - emphase sur les études longitudinales à long terme, sur plusieurs générations, à grande échelle ; - intégration de données socio-démographiques, sanitaires, comportementales, environnementales, biologiques et génétiques à l'échelle des individus ; - étude et quantification d'éléments de santé positive et non seulement de maladie ; - repenser la notion de risque (multiple, latent, interaction gène x environnement...) - développement d'une épidémiologie gérant de multiples causes et de multiples effets.

(Currie and Rossin-Slater 2014)	implications pour la recherche et les politiques de santé des données probantes de la recherche sur la phase précoce du cycle de vie (USA)	Parmi les programmes qui démontrent une certaine efficacité, on trouve le programme d'alimentation complémentaire pour femmes et enfants , les visites à domicile par infirmières praticiennes, les soins et éducation précoces et de haute qualité dans des centres <i>ad hoc</i> . Les preuves (aux USA) en faveur d'autres politiques comme les soins prénataux et le congé parental sont limitées.
(Höög et al. 2013)	difficultés rencontrées dans un programme suédois multisectoriel de promotion de santé infantile à large échelle. Étude qualitative (entrevues semi-structurées) avec les acteurs du programme. nb : projet multisectoriel, pas spécifiquement orienté « lifecourse », mais présentant les mêmes caractéristiques générales.	Les défis les plus fréquemment identifiés ont trait au rôle (++++) des différents acteurs , la clarté des buts (++) , et les ressources (++) du programme. A la suite, on trouve également des questions de collaboration et de surveillance du programme
(Azenha et al. 2013)	Recommandations pour une approche « life-course » intégrée à la santé des femmes	1. accès universel aux soins , en particulier pour les affections chroniques 2. renforcer l' intégration des systèmes et services de soins et des systèmes de surveillance et collecte de données , y compris les déterminants sociaux, les facteurs de risque comportementaux, le fardeau des maladies... 3. renforcer et intégrer les efforts de PSP qui adressent <i>simultanément</i> les maladies chroniques, les maladies infectieuses et la santé maternelle (sic !) 4. renforcer et intégrer les services curatifs (infrastructure, personnel, instruments de diagnostic, laboratoire, pharmacie), la détection et le <i>case management</i> pour les femmes tout au long de la vie. 5. Promouvoir des partenariats novateurs et la collaboration intersectorielle 6. mobiliser davantage de ressources et financements, « <i>renforcer l'investissement dans la santé de femmes</i> », y compris pour la surveillance et la recherche.
(Halfon and Conway 2013)	article éditorial de deux experts de UCLA sur les systèmes sanitaires orientés « lifecourse » en général (USA). Approche ouvertement mercantiliste.	principal défi : focalisation actuelle sur les résultats immédiats, systèmes de financement et d'incitatifs orientés vers des buts à court terme, cycle d'enrôlement annuel pour les assurances. La faible mobilité sociale du quintile le plus défavorisé de la population implique une couverture medicaid prolongée pour un nombre croissant d'individus : « opportunité » pour développer une offre orientée vers la trajectoire sanitaire des individus. Peu d'incitatifs à la prévention long terme dans un modèle d'assurance fondé sur la prévention de risques catastrophiques. Mobilité d'un assureur à un autre = obstacle ; Développer des incitatifs à long terme (de type bonus/malus) pour les assurés serait nécessaire. Solutions proposées : Garanties sur certains services, avec un certain niveau de qualité, et refus de payer pour certaines complications. Mais garanties à long terme (ex : 25 ans) ne semblent pas factibles . Programmes de fidélisation seraient utiles. « Trusts » avec intégration horizontale des services
(Baum et al. 2013)	étude qualitative comparative de plusieurs sites australiens de santé primaire offrant des services de promotion de santé intégrés	- tous les sites offrent des services de promotion de santé et reconnaissent son importance - dans tous les sites les activités de promotion de santé sont sous pression du fait de la demande de soins sanitaires - l'emphase sur la gestion et prévention des maladies chroniques tend à prioriser la gestion individuelle et les modifications comportementales plutôt que les déterminants sociaux affectant des communautés entières. - les interventions de salutogénèse sont très rares. La plupart des interventions se classent en trois types : développement infantile et parental, prévention de maladies chroniques, et santé mentale. - Seules les ONGs développent un plaidoyer sur des questions de politique de santé plus amples. - Les réorganisations résultant de la réforme du système de santé réduisent la capacité de certains services à développer des activités de promotion de santé : l'instabilité affecte négativement la planification stratégique, et les services mettent davantage d'emphase sur l'autogestion de maladies chroniques et les programmes de conseil sur le mode de vie : il y a retrait vers un modèle biomédical et comportementaliste . Les flux financiers orientés vers des maladies renforcent cette tendance.

(Ivarsson, Nilsson, and Lindgren 2013)	<p>Rapport d'un programme de recherche multidisciplinaire en Suède orienté vers l'assemblage et l'étude d'un très grand set de <i>microdonnées</i> longitudinales (à vie) sur l'ensemble de la population ou sur une région. Focus sur l'augmentation des inégalités, dans une optique intergénérationnelle et « lifecourse ».</p> 	<p>exemples de variables collationnées : démographie, liens familiaux, origine, résidence, éducation, diplômes, travail, revenu, bénéfices sociaux, lieu de travail, épisodes de soins, paramètres mère-enfant pendant la grossesse et à la naissance, diagnostics, médicaments, doses, génériques, mode de diagnostic, évaluation hospitalière, évaluation diététique, type de blessure, type de traumatisme, circonstances, traitement, poids, taille, paramètres biologiques, santé subjective, habitudes de vie, qualité de vie, réseau social, éducation des parents poids et taille des parents, usage d'alcool, tabac et drogues, santé subjective des parents, activité physique et habitudes alimentaires des parents, échantillons de sang du cordon, microflore intestinale, données de questionnaire sur le stress maternel prénatal et le style de vie, dossier sanitaire de l'enfant.</p> <p>défi : le croisement à très grande échelle de données comportementales, relationnelles, sociales, économiques, biologiques, etc. est un sujet particulièrement sensible ; « les données collectées pourraient représenter une menace à la sphère individuelle en cas d'accès par des personnes non autorisées, ou si les individus perçoivent des menaces à leur vie privée ». Le programme propose plusieurs niveaux de protection contre les abus : « des procédures de haute sécurité garantissent (presque) que le mésusage des données n'aura jamais lieu, et que la confiance de la population va augmenter sur le long terme ». Remarquons l'approximation.</p>
(Hertzman and Siddiqi 2013)	<p>Réflexion / revue sur le succès de programmes communautaires d'appui au développement infantile et de lutte contre les inégalités dans un contexte d'involution de l'État néolibéral. Considère le cas de la Colombie-Britannique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La Suède est donnée en exemple - ces programmes intégrés sont coûteux (jusqu'à 1.5 % du PIB) - l'intervention étatique au niveau national et régional est essentielle pour la collecte de ressources (taxation) et la conduite des politiques. - les interventions efficaces : transferts de ressources (cash et exemptions fiscales), politiques de l'emploi, congé parental et autres appuis à l'emploi des mères, les facteurs environnementaux comme les transports, l'accessibilité locale des programmes et services, le marché du logement. - hors gouvernement, rôle important des coalitions intersectorielles durables, fournissant des ressources, dotées de leadership. Mais elles dépendent de leur capacité à attirer de l'argent public tout au long des projets. - conditions plus favorables à la réussite dans les petites communautés que dans les grandes urbanisations. Mais survie peu probable sur les seules ressources des communautés (nécessite influx d'argent public).
(IPC 2013)	<p>Revue de preuves : intégration de services sociaux et de services de soins. Sources de preuves : principalement Royaume-Uni</p>	<p>Emploie une définition ample et souple de l'intégration de services. Le niveau général de preuves en faveur de l'efficacité de l'intégration entre services sociaux et sanitaires est faible</p>
(Pies, Parthasarathy, and Posner 2012)	<p>narratif rapportant l'expérience d'un large ensemble de services de santé maternelle et infantile dans un comté de Californie. Programme visant à annuler le déficit de la santé maternelle et infantile des afro-américains fondé sur le modèle de Lu et Halfon. les consultations avec les participants des services ont relevé la préoccupation des habitants pour un ensemble de facteurs environnementaux (mauvais état général de l'urbanisation, présence d'ordures, programmes parascolaires déficients et insuffisants, insécurité...). Le programme a notamment développé des instruments destinés à développer la stabilité financière des ménages (appui, éducation financière des ménages pauvres, facilitation de l'accès aux services sociaux)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - le travail de fondation du « changement de paradigme » est substantiel et particulièrement prolongé. La vision doit se situer sur le long terme. Notamment, la « conversion » des équipes a pris du temps. - l'investissement en temps d'équipe et ressources est immense. - il est vital d'impliquer très tôt les leaders locaux politiques et de santé publique pour construire la volonté politique de soutenir les dépenses - il importe d'écouter les sceptiques car ils posent des questions importantes. - il peut être délicat de déterminer quels moyens d'évaluation employer : indicateurs proximaux comme les variations dans les connaissances des équipes, les exemples d'implémentation, le recours à un langage commun, ou indicateurs intermédiaires comme la stabilité financière des ménages (recommandé). Les différences entre blancs et noirs en termes de mortalité infantile, naissances pre-terme et bas poids à la naissance demeurent élevées.

(McDaniel and Bernard 2011)	Article détaillant six études canadiennes sur les parcours de vie	l'interprétation canadienne de l'approche des parcours de vie : « est moins axée sur les itinéraires individuels que sur les interactions entre les individus et les institutions sociales, et particulièrement sur les situations (les « scénarios ») où les structures sociales sont sources d'inégalités et où les inégalités sont imprimées dans les parcours de vie eux-mêmes »
(Bain-Brickley et al. 2011)	PROTOCOLE de revue Cochrane sur l'intégration de services de planification familiale avec les services de santé maternelle, néonatale et infantile, et les services de nutrition	Protocole ambitieux et intéressant, mais pas de mise à jour depuis 2011. Manque de publications ?
(Atun et al. 2010)	Revue systématique des preuves sur l'intégration d'interventions ciblées dans les systèmes de santé	Il y a peu de cas d'interventions totalement intégrées, ou d'interventions totalement non intégrées. Le tableau général est très hétérogène quant à la nature et à l'étendue de l'intégration. La situation habituelle dans les systèmes de santé est la combinaison d'interventions intégrées et non intégrées, avec une variabilité importante de l'équilibre.
(Dudley and Garner 2010)	Revue Cochrane : effets des stratégies d'intégration de services de santé primaires sur la prestation de soins médicaux et l'état de santé dans les pays à faible et moyen revenu	Il existe certaines preuves que l'ajout de services (ou couplage) peut améliorer l'utilisation de soins médicaux et les résultats obtenus. Cependant, il n'existe aucune preuve à ce jour qu'une forme d'intégration plus complète améliore la prestation de soins médicaux ou l'état de santé. Les données disponibles suggèrent qu'une intégration complète diminue probablement la connaissance et l'utilisation de services spécifiques et ne donne lieu à aucune amélioration de l'état de santé.
(Fine and Kotelchuck 2010)	implications du modèle life course pour la planification stratégique et les partenariats (USA)  The MCH Pyramid of Health Services	cadre temporel : emphase sur l'intégration des systèmes et services de santé tout au long de la vie et entre générations ; développer les services de détection et intervention précoce ; développer interventions s'adressant aux besoins des parents et enfants ; prendre en compte le rôle des grands parents. environnement : emphase sur l'intégration horizontale de services de santé à toutes sortes de services et systèmes (exemples donnés : planification territoriale, parcs, services récréatifs, logement, promoteurs immobiliers) équité : par exemple, moduler les interventions de modification de comportement en fonction de la population et de son environnement défis : - élargir la base de connaissances et données probantes - développer des systèmes de données intégrant les systèmes existants ; création de systèmes de données longitudinalement liés qui peuvent suivre les trajectoires sanitaires et les paramètres des individus et des communautés à travers le temps ; collecter des informations sur les capacités des communautés et des familles - traduire la théorie en programmes et politiques est le défi le plus difficile de tous. La théorie suggère de construire des « tuyauteries pour le développement sain » soit un continuum de services et appuis à la santé optimale dès la naissance et tout au long de la vie, et d'une génération à l'autre. Ceci demandera l'intégration des services longitudinale (dimension temporelle), verticale (à l'intérieur d secteur de santé) et horizontale (entre la santé et d'autres secteurs). Cela requiert aussi que les programmes contribuent à modifier les conditions dans lesquelles les personnes vivent et se développent. exemples : passer des programmes (par affection) à des portfolios déterminés en fonction des résultats - la volonté politique pour canaliser de façon prolongée des flux de ressources ; des coalitions locales pour l'approche par parcours de vie auraient un rôle à jouer. dans l'ensemble, « le processus ne sera pas simple ».

6 Bibliographie

- Atun, Rifat, Thyra de Jongh, Federica Secchi, Kelechi Ohiri, and Olusoji Adeyi. 2010. "A Systematic Review of the Evidence on Integration of Targeted Health Interventions into Health Systems." *Health Policy and Planning* 25 (1): 1–14. doi:10.1093/heapol/czp053.
- Azenha, Gustavo S, Cristina Parsons-Perez, Sarah Goltz, Afsan Bhadelia, Alessandra Durstine, Felicia Knaul, Julie Torode, et al. 2013. "Recommendations towards an Integrated, Life-Course Approach to Women's Health in the Post-2015 Agenda." *Bulletin of the World Health Organization* 91 (9): 704–6. doi:10.2471/BLT.13.117622.
- Bain-Brickley, Deborah, Karuna Chibber, Alicen Spaulding, Hana Azman, Mary Lou Lindegren, Caitlin E Kennedy, and Gail E Kennedy. 2011. "Strategies for Integrating Family Planning Services with Maternal, Neonatal and Child Health, and Nutrition Services." In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009222/abstract>.
- Baum, Fran, Toby Freeman, Gwyn Jolley, Angela Lawless, Michael Bentley, Kaisu Värttö, John Boffa, Ronald Labonte, and David Sanders. 2013. "Health Promotion in Australian Multi-Disciplinary Primary Health Care Services: Case Studies from South Australia and the Northern Territory." *Health Promotion International*, May. doi:10.1093/heapro/dat029.
- Brady, Carol, and Faye Johnson. 2014. "Integrating the Life Course into MCH Service Delivery: From Theory to Practice." *Maternal and Child Health Journal* 18 (2): 380–88. doi:10.1007/s10995-013-1242-9.
- Cheng, Tina L., and Barry S. Solomon. 2014. "Translating Life Course Theory to Clinical Practice to Address Health Disparities." *Maternal and Child Health Journal* 18 (2): 389–95. doi:10.1007/s10995-013-1279-9.
- Currie, Janet, and Maya Rossin-Slater. 2014. "Early-Life Origins of Lifecycle Wellbeing: Research and Policy Implications." http://www.econ.ucsb.edu/~mrossin/Currie_RossinSlater_jpamretro_v4.pdf.
- Dudley, Lilian, and Paul Garner. 2010. "Strategies for Integrating Primary Health Services in Low- and Middle-Income Countries at the Point of Delivery." In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003318.pub3/abstract>.
- Feinberg, Emily, Bricia Trejo, Brianna Sullivan, and Zhandra Ferreira-Cesar Suarez. 2014. "Healthy Start in Housing: A Case Study of a Public Health and Housing Partnership To Improve Birth Outcomes." *Cityscape: A Journal of Policy Development and Research* 16 (1). <http://www.huduser.org/portal/periodicals/cityscpe/vol16num1/guest.pdf>.
- Fine, Amy, and Milton Kotelchuck. 2010. "Rethinking MCH: The Life Course Model as an Organizing Framework." *US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Health Bureau*. <http://www.aucd.org/docs/rethinkingmch.pdf>.
- Frey, Catherine A., Philip M. Farrell, Quinton D. Cotton, Lorraine S. Lathen, and Katherine Marks. 2014. "Wisconsin's Lifecourse Initiative for Healthy Families: Application of the Maternal and Child Health Life Course Perspective Through a Regional Funding Initiative." *Maternal and Child Health Journal* 18 (2): 413–22. doi:10.1007/s10995-013-1271-4.
- GAO. 2014. *Patient Protection and Affordable Care Act: Preliminary Results of Undercover Testing of Enrollment Controls for Health Care Coverage and Consumer Subsidies Provided Under the Act*. GAO-14-705T. Washington, DC: U.S. Government General Accounting Office. <http://www.gao.gov/products/GAO-14-705T>.
- Halfon, Neal, and Patrick H. Conway. 2013. "The Opportunities and Challenges of a Lifelong Health System." *New England Journal of Medicine* 368 (17): 1569–71. doi:10.1056/NEJMp1215897.
- Hertzman, Clyde, and Arjumand Siddiqi. 2013. "Can Communities Succeed When States Fail Them?" In *Social Resilience in the Neoliberal Era*, edited by Peter A. Hall and Michèle Lamont. Cambridge University Press.
- Höög, Elisabet, Rickard Garvare, Anneli Ivarsson, Lars Weinehall, and Monica Elisabeth Nyström. 2013. "Challenges in Managing a Multi-Sectoral Health Promotion Program." *Leadership in Health Services* 26 (4): 368–86. doi:10.1108/LHS-12-2011-0048.
- IPC. 2013. *Evidence Review - Integrated Health and Social Care*. Leeds: Institute of Public Care, Oxford Brookes University. <http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/NMDS-SC,-workforce-intelligence-and-innovation/Research/IPC-ER4---Integrated-Health-and-Social-Care-Executive-Summary-100613-FINAL.pdf>.
- Ivarsson, Anneli, Karina Nilsson, and Urban Lindgren. 2013. *Microdata Research on Childhood for Lifelong Health and Welfare*. Text. Umea, Sweden: Umea University. <http://www.org.umu.se/simsam/english/research-program-progress-reports/>.
- Lemelstrich Latar, Noam. 2004. "Personal Psycho-Social Web-Derived DNA And Socio-Cybernetic Decision-Making". Hubert Burda Center for Innovative Communications, Ben-Gurion University, Israel. http://web.bgu.ac.il/NR/rdonlyres/7F3DD9EE-3E5E-4DA1-8C74-D38292436C3D/12241/PsychoSocialDNA_SocioCybernetics.pdf.
- Lu, Michael C. 2014. "Improving Maternal and Child Health Across the Life Course: Where Do We Go from Here?" *Maternal and Child Health Journal* 18 (2): 339–43. doi:10.1007/s10995-013-1400-0.
- McDaniel, Susan, and Paul Bernard. 2011. "Life Course as a Policy Lens: Challenges and Opportunities." *Canadian Public Policy* 37 (0): S1–S13. doi:10.3138/cpp.37.suppl.s1.
- Pies, Cheri, Padmini Parthasarathy, and Samuel F. Posner. 2012. "Integrating the Life Course Perspective into a Local Maternal and Child Health Program." *Maternal and Child Health Journal* 16 (3): 649–55. doi:10.1007/s10995-011-0800-2.
- Raphael, Dennis. 2014. "Challenges to Promoting Health in the Modern Welfare State: The Case of the Nordic Nations." *Scandinavian Journal of Public Health* 42 (1): 7–17. doi:10.1177/1403494813506522.
- Rohan, Angela M., Patrice M. Onheiber, Linda J. Hale, Terry L. Kruse, Millie J. Jones, Katie H. Gillespie, Lorraine S. Lathen, and Murray L. Katcher. 2014. "Turning the Ship: Making the Shift to a Life-Course Framework." *Maternal and Child Health Journal* 18 (2): 423–30. doi:10.1007/s10995-013-1225-x.
- Russ, Shirley A., Kandyce Larson, Ericka Tullis, and Neal Halfon. 2014. "A Lifecourse Approach to Health Development: Implications for the Maternal and Child Health Research Agenda." *Maternal and Child Health Journal* 18 (2): 497–510. doi:10.1007/s10995-013-1284-z.
- Summers, Kyle, and Bernard Crespi. 2013. *Human Social Evolution: The Foundational Works of Richard D. Alexander*. Oxford University Press.
- Wise, Paul H. 2003. "Framework as Metaphor: The Promise and Peril of MCH Life-Course Perspectives." *Maternal and Child Health Journal* 7 (3): 151–56. <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1025180203483>.