

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Organisation de l'aide et des services de soutien à domicile - Inventorier pour innover

Chercheur principal

Aline Vézina, Université Laval

Co-chercheur(s)

Daniel Pelletier, École de service social, Université Laval

Andrée Sévigny, Faculté de médecine et École
de service social, Université Laval

Line Beauregard, Centre interdisciplinaire de recherche
en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS)

Normand Boucher, Centre interdisciplinaire de recherche
en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS)

Établissement gestionnaire de la subvention

Université Laval

Numéro du projet de recherche

2010-MD-136390

Titre de l'Action concertée

Modèles innovants d'organisation de service de soutien à domicile

Partenaire(s) de l'Action concertée

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)
et le Fonds Québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC)

ARTICLE PROMOTIONNEL

Identification

Chercheure principale

Aline Vézina Ph.D., Professeure titulaire, École de service social, vice-doyenne à la recherche, Faculté des sciences sociales, Université Laval.

Co-chercheurs

Daniel Pelletier M.Ps., professionnel de recherche, École de service social, Université Laval.

Andrée Sévigny Ph.D., professeure associée, Faculté de médecine et École de service social, Université Laval; chercheure au Centre d'excellence sur le vieillissement, Hôpital St-Sacrement, Centre hospitalier associé (CHA).

Line Beauregard Ph.D., professeure associée, École de service social, Université Laval; chercheure Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et Intégration Sociale (CIRRIS), Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

Normand Boucher Ph.D., professeur associé, École de service social, Université Laval; chercheure Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et Intégration Sociale (CIRRIS), Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

Établissement gestionnaire de la subvention

Université Laval

Titre du projet de recherche

Organisation de l'aide et des services de soutien à domicile - Inventorier pour innover

Numéro du projet de recherche

136390

Titre de l'action concertée

Modèles innovants d'organisation de service de soutien à domicile

Partenaire de l'action concertée

Ministère de la santé et des services sociaux

Le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie doit être plus qu'une organisation de services efficiente mais un projet de société. Cette courte phrase constitue un des messages importants qui ressort d'une recension des principaux modèles et programmes de soutien à domicile publiés à travers le monde. Les auteurs consultés préconisent le renouvellement de la vision du soutien à domicile qui interpelle l'individu en perte d'autonomie au premier chef, les proches mais aussi l'ensemble de la communauté et les efforts soutenus de la classe politique. Cette nouvelle vision du soutien à domicile s'éloigne de la seule préoccupation de donner le bon service à la bonne personne au bon moment pour s'attarder à des éléments essentiels de promotion de la santé et de participation sociale. Cette vision met de l'avant l'intégration des efforts et des compétences du réseau public, des proches aidants, du réseau communautaire et du réseau privé. Une vision plus large du soutien à domicile oblige les décideurs et les intervenants à dépasser l'approche centrée principalement sur le diagnostic qui entraîne des effets de silos pour se centrer sur les besoins d'aide et de soins et la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie et leurs proches aidants. La politique de soutien à domicile du Gouvernement du Québec *Chez soi : le premier choix* publiée en 2003 met l'accent entre autres sur la coordination et la qualité des services, l'harmonisation des pratiques, la collaboration entre les acteurs du soutien à domicile dont les proches aidants. Les principes énoncés dans cette politique sont porteurs de changements. Retenons que les efforts à venir doivent se concentrer sur leur mise en application.

RÉSUMÉ

Identification

Chercheure principale

Aline Vézina Ph.D., Professeure titulaire, École de service social, vice-doyenne à la recherche, Faculté des sciences sociales, Université Laval.

Co-chercheurs

Daniel Pelletier M.Ps., professionnel de recherche, École de service social, Université Laval.

Andrée Sévigny Ph.D., professeure associée, Faculté de médecine et École de service social, Université Laval; chercheure au Centre d'excellence sur le vieillissement, Hôpital St-Sacrement, Centre hospitalier associé (CHA).

Line Beauregard Ph.D., professeure associée, École de service social, Université Laval; chercheure Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et Intégration Sociale (CIRRIS), Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

Normand Boucher Ph.D., professeur associé, École de service social, Université Laval; chercheure Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et Intégration Sociale (CIRRIS), Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

Établissement gestionnaire de la subvention

Université Laval

Titre du projet de recherche

Organisation de l'aide et des services de soutien à domicile - Inventorier pour innover

Numéro du projet de recherche

136390

Titre de l'action concertée

Modèles innovants d'organisation de service de soutien à domicile

Partenaire de l'action concertée

Ministère de la santé et des services sociaux

Le maintien à domicile : au-delà de l'énoncé de principes,
à la recherche d'une volonté politique d'agir

Cette recension des écrits a comme objectif général d'inventorier au sein de la littérature scientifique et grise, nord-américaine et européenne, un large ensemble de problématiques associées à diverses formes de dépendance touchant des populations et acteurs très divers et une multiplicité de contextes définissant différents plateaux d'aide formelle et informelle en termes de soutien à domicile. Trois préoccupations de fond ont guidé notre démarche à savoir 1) aborder différents secteurs du soutien à domicile, soit les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes vivant avec de la déficience intellectuelle, des troubles envahissants du développement, des maladies mentales, des maladies chroniques, recevant des soins palliatifs et des soins post hospitalisation; 2) un souci pour le vécu et les besoins des proches aidants et finalement 3) un intérêt marqué pour les études faisant état de données probantes.

Afin d'atteindre cet objectif, nous avons utilisé les engins de recherche Google Scholar, Papers et EndNotes pour explorer les principales bases de données bibliographiques disponibles via les services de la bibliothèque de l'Université Laval.

Le cadre conceptuel privilégié dans cette recension permet de mettre en perspective le soutien à domicile et l'importance du secteur de la longue durée au sein d'un continuum de services, d'aide et de soins. Notre réflexion s'inscrit dans une approche globale de la santé qui souligne l'importance des liens à établir et à maintenir entre le réseau public qui offre des services de soutien à

domicile et le réseau formé par les proches aidants, l'entourage et la communauté, qui soutiennent au quotidien une personne fragilisée.

Le cadre d'analyse retenu est celui de Hollander et al (2008, 2009) qui se distingue à plusieurs égards : 1- il aborde différents secteurs du soutien à domicile que nous avons retenus dans le cadre de notre étude; 2- il tient compte du vécu et des besoins des proches aidants; 3- il s'inscrit dans une démarche systématique d'évaluation des pratiques en termes de données probantes; 4- il propose une grille d'analyse qui inclut l'ensemble des paramètres des grandes études dans le domaine; 5- il soutient une perspective axée sur l'efficience et l'intégration des services; 6- il s'inscrit dans une approche globale de la santé telle que présentée dans notre cadre conceptuel.

La recension a permis d'identifier soixante-quinze (75) modèles ou programmes s'adressant aux différentes clientèles étudiées. Pour les fins de notre analyse, nous avons retenu 26 modèles ou programmes à partir des 75 recensés, à l'aide des critères suivants : qualité de l'information, envergure du programme/spécificité, contexte (québécois, canadien, nord-américain, européen, international), accessibilité des éléments de validation, aspects novateurs.

Certains éléments clés que nous appelons éléments clés récurrents ressortent de l'analyse des modèles et programmes retenus: • le développement d'un agenda, d'une philosophie, d'une vision commune entre les différents secteurs et les différents niveaux d'intervention (1^{ière} 2^{ème} 3^{ème} lignes), • la définition d'une véritable philosophie centrée sur la personne, • l'adoption de différentes déclinaisons du concept de case management applicable à l'ensemble du continuum de soins, • la mise en place d'une philosophie axée sur des ser-

vices flexibles, • la reconnaissance de la place majeure de la première ligne, • l'adoption d'un instrument commun d'évaluation, • le développement d'un continuum de services, • l'élaboration de stratégies pour améliorer les interfaces entre le réseau formel, les ressources communautaires et les proches aidants, • l'application de différentes stratégies de prévention et de promotion de la santé, • le développement d'un accès à un dossier clinique informatisé, • la mise en place des conditions favorisant une pratique basée sur des données probantes.

Certains éléments clés proposés par quelques modèles et programmes apportent des perspectives nouvelles : • la création de centres d'information et multi-ressources au sein de la communauté, • le soutien aux démarches de « *Self-help* » et « *Self-management support* », • le développement de liens marqués avec le secteur communautaire, le tiers-secteur et le secteur privé, • l'installation d'un processus systématique d'évaluation de la qualité des services et de l'atteinte des résultats, • l'installation de mécanismes de participation et de feedback systématique des citoyens (« *Expert Group Program* »).

D'entrée de jeu, il est important de mentionner que plusieurs des éléments clés que nous venons de présenter sont présents dans la *Politique de soutien à domicile Chez soi : le premier choix* publiée en 2003 par le MSSS. Ces principes sont porteurs de changements. Les efforts à venir doivent se concentrer sur leur mise en application. Notre travail d'analyse de la littérature nous amène à proposer certaines suggestions dans ce sens : • la reconnaissance d'une responsabilité conjointe entre les secteurs pour éviter les silos serait à privilégier, • cette reconnaissance devrait inscrire le soutien à domicile

dans une stratégie inter ministériel, • pour faciliter le cheminement des clients et donner le service adéquat, il est souhaitable de mieux articuler et mieux définir le rôle des services d'Accueil Évaluation Orientation (AEO) et de développer une approche besoin plus que diagnostique, • dans une logique de l'intégration des réseaux de soutien, il faut considérer le proche aidant comme un client, évaluer et répondre à ses besoins et l'impliquer dans le plan d'intervention, • il est essentiel de développer des lieux privilégiés pour permettre non seulement le transfert des connaissances mais l'intégration des connaissances par les intervenants, • le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie doit être plus qu'une organisation des services efficiente mais un projet de société, • les auteurs consultés préconisent le renouvellement de la vision du soutien à domicile qui interpelle l'individu en perte d'autonomie au premier chef, les proches mais aussi l'ensemble de la communauté et les efforts soutenus de la classe politique, • cette nouvelle vision du soutien à domicile s'éloigne de la seule préoccupation de donner le bon service à la bonne personne au bon moment pour s'attarder à des éléments essentiels de promotion de la santé et de participation sociale.

RAPPORT SCIENTIFIQUE INTÉGRAL

Identification

Chercheure principale

Aline Vézina Ph.D., Professeure titulaire, École de service social, vice-doyenne à la recherche, Faculté des sciences sociales, Université Laval.

Co-chercheurs

Daniel Pelletier M.Ps., professionnel de recherche, École de service social, Université Laval.

Andrée Sévigny Ph.D., professeure associée, Faculté de médecine et École de service social, Université Laval; chercheure au Centre d'excellence sur le vieillissement, Hôpital St-Sacrement, Centre hospitalier associé (CHA).

Line Beauregard Ph.D., professeure associée, École de service social, Université Laval; chercheure Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et Intégration Sociale (CIRRIS), Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

Normand Boucher Ph.D., professeur associé, École de service social, Université Laval; chercheure Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et Intégration Sociale (CIRRIS), Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

Établissement gestionnaire de la subvention

Université Laval

Titre du projet de recherche

Organisation de l'aide et des services de soutien à domicile - Inventorier pour innover

Numéro du projet de recherche

136390

Titre de l'action concertée

Modèles innovants d'organisation de service de soutien à domicile

Partenaire de l'action concertée

Ministère de la santé et des services sociaux

1- Contexte et objectifs de la recension des écrits

Cette recension des écrits a comme objectif général d'inventorier au sein de la littérature scientifique et grise, nord-américaine et européenne, un large ensemble de problématiques associées à diverses formes de dépendance touchant des populations et acteurs très divers et une multiplicité de contextes définissant différents plateaux d'aide formelle et informelle en termes de soutien à domicile. Trois préoccupations de fond ont guidé notre démarche à savoir 1) aborder les différentes clientèles bénéficiant du soutien à domicile, soit les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes ayant une déficience intellectuelle, des troubles envahissants du développement, des maladies mentales, des maladies chroniques, recevant des soins palliatifs et des soins post hospitalisation; 2) un souci pour le vécu et les besoins des proches aidants et finalement 3) un intérêt marqué pour les études faisant état de données probantes. À l'instar de Ennuyer (2007), ces préoccupations nous ont amenés à aborder la définition du soutien à domicile dans un sens large, soit rester chez soi, en dépit de ses caractéristiques fonctionnelles, pour y mener sa vie, en conservant sa place dans le milieu qui a été le sien, milieu familial, milieu géographique, milieu de voisinage etc. Cette définition élargit le cadre généralement défini par l'organisation des services et prend en compte la participation sociale et la qualité de la vie des personnes sous l'angle du soutien provenant à la fois de l'État (réseau formel), des proches aidants et de la communauté (réseau informel). Mentionnons que la notion de « modèle » a été abordée en y intégrant à la fois les modèles, les approches, les cadres de travail (« *frameworks* ») et les programmes développés pour répondre aux

besoins des clientèles retenues et ayant une incidence sur leur soutien à domicile. Dans ce même contexte, le terme de « modèle innovant » est compris comme les modèles qui apportent des éléments que l'on retrouve peu ou pas chez les autres auteurs recensés.

2- Description sommaire de la méthodologie

Afin d'atteindre notre objectif, nous avons utilisé les engins de recherche Google Scholar, Papers et EndNotes pour explorer les principales bases de données bibliographiques disponibles via les services de la bibliothèque de l'Université Laval comme PubMed et Medline, à l'aide des mots clés *homecare*, *review*, *framework*, *model* et *soutien à domicile*. L'ensemble du processus est présenté à l'annexe I. Les principales phases sont : 1- Exploration – Sélection – Élimination; 2- Classement – Priorisation; 3- Analyse; 4- Synthèse critique des modèles recensés.

3- Présentation du cadre conceptuel

L'abondance de la littérature portant sur les modèles et les programmes associés au soutien à domicile fait apparaître de manière récurrente un ensemble de préoccupations et de concepts qui jettent un éclairage significatif sur ce domaine. Le cadre conceptuel utilisé dans notre recension tient compte de cet éclairage en mettant en perspective le soutien à domicile et l'importance du secteur de la longue durée au sein d'un continuum de services, d'aide et de soins. Notre réflexion s'inscrit dans une approche globale de la santé qui souligne l'importance des liens à établir et à maintenir entre le réseau public qui offre des services de soutien à domicile et le réseau formé par les proches aidants, l'entourage et la communauté, qui soutiennent au quotidien une

personne fragilisée. Les services de soins et d'aide à domicile doivent conjuguer avec une forte augmentation du nombre de personnes âgées, principale clientèle du soutien à domicile, des changements dans la structure familiale qui souvent réduisent le nombre de proches aidants disponibles, des attentes de la clientèle quant aux choix des services et au contrôle des modalités de dispensation des services et finalement un manque important de ressources financières consenties aux services de soutien à domicile, particulièrement au Québec. Le réseau public de soins relève de plus en plus d'une compréhension globale des problématiques de santé tout au long de l'existence, de l'enfance à la vieillesse jusqu'à la mort. Outre les volets traditionnels de la prévention primaire et secondaire et du curatif, cette compréhension en appelle à la promotion d'une vie active, à de saines habitudes de vie et à la participation sociale de tous les citoyens autonomes et en perte d'autonomie. Elle souligne l'importance de la réadaptation et du *re-ablement* qui marque la transition et le retour dans le milieu de vie suite à une hospitalisation. Le *re-ablement* fait référence aux conditions nécessaires à la réintégration et au rétablissement de l'individu dans son milieu et à une réappropriation de son projet de vie. Vous trouverez à l'annexe II la description complète du cadre conceptuel qui est un amalgame des travaux de plusieurs auteurs consultés.

4- Grille d'analyse retenue

Lors de l'exploration de la littérature sur le soutien à domicile, nous avons rencontré diverses études internationales de grande envergure qui

analysent l'organisation des systèmes de santé¹ pour cerner les « *best practices* » en matière d'organisation des services. L'une de ces études, reconnue internationalement et réalisée par l'équipe canadienne de Hollander et al (2008, 2009), se distingue à plusieurs égards : 1- elle aborde différentes clientèles qui bénéficient du soutien à domicile que nous avons retenues dans le cadre de notre étude soit les personnes âgées, handicapées, vivant avec une maladie mentale, de la déficience intellectuelle ou des troubles envahissants du développement; 2- elle tient compte du vécu et des besoins des proches aidants; 3- elle s'inscrit dans une démarche systématique d'évaluation des pratiques en termes de données probantes; 4- elle propose une grille d'analyse qui inclut l'ensemble des paramètres des grandes études dans le domaine; 5- elle soutient une perspective axée sur l'efficacité et l'intégration des services; 6- elle s'inscrit dans une approche globale de la santé telle que présentée dans notre cadre conceptuel.

Cette grille (« *Best practices framework of organizing systems of continuing /community care services* ») présentée à l'annexe III retient les éléments suivants : I- les pré-requis philosophiques et d'orientation des politiques sociales (ex. universalité, accessibilité, imputabilité) ; II- les « *best practices* » en matière a) d'organisation et d'administration des services et b) de pratiques cliniques; III- les paramètres d'intégration horizontale (entre les différents clientèles) et verticale (entre la 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} lignes) des composantes organisationnelles et institutionnelles du système d'aide et de soins. Dans le

¹ Les travaux de Walter et Leutz sur l'intégration organisationnelle, de Kodner et Spreeuwenberg et leur modèle d'analyse et finalement de P. Banks (CARMEN Framework : Care Management of Services for Older People in Europe Network).

cadre de notre travail d'analyse, nous avons tenté de dégager ces composantes dans chacun des modèles ou programmes recensés.

5- Modèles et programmes recensés

La recension a permis d'identifier soixante-quinze (75) modèles ou programmes s'adressant aux différentes clientèles étudiées. Vous trouverez à l'annexe IV une brève description de ces modèles et programmes. Les modèles et programmes qui s'intéressent aux personnes âgées sont parmi les plus nombreux. L'ensemble des modèles et programmes recensés proviennent de nombreux pays dont les États-Unis, le Royaume-Uni, la France, l'Allemagne, le Danemark, la Suède et les diverses provinces canadiennes. Nous retrouvons trois grandes catégories; soit : des modèles conceptuels, des « *frameworks* », c'est-à-dire des cadres de travail qui peuvent soutenir à la fois l'analyse et répondre à des préoccupations de types opérationnels et finalement des programmes. Cette catégorisation met en évidence une application et une opérationnalisation croissante de l'organisation et de la prestation des services. Ainsi, un modèle conceptuel présente généralement les grandes orientations et la philosophie sous-jacente à la prestation des services. À titre d'exemples nous retrouvons le *Value-Creating Healthcare Process (VVP) Project* suédois et le *Public Health Model* américain. Les « *frameworks* » ou cadre de travail définissent l'ensemble des composantes organisationnelles et institutionnelles et leurs principaux rôles dans la prestation des services. Le *Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) Framework* présenté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le *Best practices framework of organizing systems of continuing / community care services* canadien de Hollander et Prince en sont de bons exemples. Les

programmes constituent des initiatives concrètes d'organisation de services qui répondent à des réalités régionales ou à des clientèles spécifiques. Citons les *Minnesota Senior Health Options (MSHO)*, le *Social Health Maintenance Organization (S/HMO) program I et II* américains, ou encore le *Programme communautaire en santé mentale 60+ (PCSM60+)* québécois comme exemples. Notons que plusieurs de ces modèles ou programmes abordent à la fois la question des soins et du soutien offerts à leurs clientèles. Par contre, peu d'entre eux évoquent explicitement le soutien aux aidants comme objet de leurs préoccupations.

6- Modèles et programmes retenus

Pour les fins de notre analyse, nous avons retenu 26 modèles ou programmes à partir des 75 recensés, à l'aide des critères suivants : qualité de l'information², envergure du programme/spécificité³, contexte (québécois, canadien, nord-américain, européen, international), accessibilité des éléments de validation, aspects novateurs. Le détail de ces différents modèles ou programmes est présenté à l'annexe V. Vous trouverez à l'annexe VI l'ensemble des 458 références présentées par ordre alphabétique et à l'annexe VII les références qui se rapportent à chacun des 26 modèles ou programmes retenus. Certains modèles ou programmes sont des variantes, des suites ou des dérivés s'inspirant de modèles ou programmes précédents. Il est important de préciser que nous les avons regroupés en différentes familles présentant soit une filiation ou des parentés évidentes dans les principes mis de l'avant.

² Qualité de l'information : accessibilité/disponibilité, pertinence, complète, sources fiables.

³ L'envergure du programme réfère non seulement à l'importance de la population touchée, mais également à la reconnaissance et à la notoriété du programme dont les principes sont repris sous d'autres programmes ou dénominations. Inversement, la spécificité réfère plus spécialement aux aspects restrictifs de l'application de certains programmes pour une clientèle ou une problématique particulière.

De plus, nous avons regroupé certains modèles et programmes qui se démarquent en avançant des principes que l'on retrouve peu ou pas dans les autres modèles ou programmes tels le *Value-Creating Healthcare Process (VVP) Project* et le *Danish Model*.

OnLok , Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), Wisconsin Family Care Program, Système de soins intégrés pour personnes âgées (SIPA)

Ces programmes, provenant des États-Unis et du Québec, s'adressent principalement à des clientèles âgées dépendantes. Ils prônent l'intégration institutionnelle, sociale et communautaire des services aux aînés fragilisés dans le contexte de l'accès aux services du réseau de santé publique. Ils font appel à un ensemble de méthodes et de pratiques exemplaires en gériatrie basées sur des données probantes : • guichet unique, • case management, • protocoles d'évaluation et d'intervention interdisciplinaires, • développement d'équipes multidisciplinaires, • coordination entre la 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} lignes et le secteur de la longue durée selon un principe de responsabilité commune, • intégration du soutien et des soins qui proviennent à la fois du secteur public et du secteur communautaire, • implication du médecin traitant dans l'équipe de soins, • introduction du principe de capitation.

S/HMO, S/HMO I, S/HMO II, MHMO

Ces programmes du type *Social/Health Maintenance Organization (S/HMO)* proviennent essentiellement des États-Unis. Ils s'adressent à une clientèle d'aînés dépendants, à faible revenu et à risque d'hébergement, vivant dans la communauté, éligibles aux financements Medicare/Medicaid pour leur garantir

un accès à des services de soutien et de soins. Parmi ces services mentionnons le case management, des préposés aux soins, le transport, le centre de jour, la préparation des repas, des services de répit et des services sociaux.

Ces programmes prônent une intégration des fonds des programmes d'aide (Medicaid) et des programmes de soins (Medicare) et la dispensation des soins aigus et de longue durée sous la gouverne d'une même organisation pour diminuer les coûts. Ils développent • une évaluation et une intervention systématique, • un plan de services intégrés, • l'utilisation du case management et • une valorisation du rôle des infirmières gériatriques.

Chronic Care Model, Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC), Guided Care, EverCare, Kaiser Triangle
--

Ces cadres de travail d'origine nord-américaine (Canada et États-Unis) s'intéressent aux maladies chroniques qui affectent principalement les aînés dans une perspective interdisciplinaire, en se basant sur un modèle populationnel de santé publique. Ils mettent de l'avant • une approche proactive des maladies chroniques en faisant de la prévention auprès des populations à risque, • la promotion de saines habitudes de vie à l'ensemble de la population. Cette approche proactive s'inspire d'un paradigme • de responsabilisation où chacun prend soin de sa santé, • d'auto-soin (*Self-managed care*) où le patient est un pourvoyeur de soins, • de partenariat où le patient est à la fois un acteur et un décideur dans le plan de soins, • de qualité de soins, où les besoins du patient doivent déterminer les services offerts. L'information est un élément essentiel et s'inscrit en termes d'éducation et d'autonomisation. L'intégration organisationnelle 1^{ière}, 2^{ième} et 3^{ième} lignes

participe au développement d'un continuum de soutien et de soins impliquant les services de santé et les ressources communautaires dans un engagement et une vision commune. L'utilisation de formules diverses de case management : « *guided care nurse* », intervenant-pivot, system case manager, assurent une continuité et participe à l'intégration des différents niveaux d'intervention.

Comprehensive Home Option of Integrated Care (CHOICE), VNS CHOICE, Vancouver Coastal Regional Health Agency, Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA)

Ces programmes nord-américains (Canada, États-Unis) s'adressant majoritairement aux aînés vivant à domicile ou en hébergement, rassemblent des méthodes et pratiques exemplaires couramment utilisées en gériatrie. Parmi ces pratiques mentionnons : • le guichet unique, • le case management, c'est-à-dire ici un intervenant-pivot ou un case manager agissant dans l'ensemble du système, • une approche centrée sur la personne, prenant en compte ses choix, ses besoins sociaux, environnementaux, physiques et médicaux, • un plan de service individualisé, • des équipes multidisciplinaires, • l'importance du soutien apporté par les proches aidants et les ressources communautaires, • l'utilisation d'un instrument d'évaluation commun s'inscrivant dans un processus continu d'évaluation et d'application des guides de pratiques cliniques, tout un long d'un continuum de services (incluant la 1^{ière} ligne et les services de longue durée). *CHOICE* propose entre autres l'intégration organisationnelle du système de dispensation de services sous une seule autorité. Chacun de ces programmes met l'accent sur la stabilisation ou l'amélioration de l'état de santé pour assurer le retour dans la

communauté et de meilleures transitions entre les différents environnements de soins (domicile - hôpital – CHSLD).

CARMEN-PROCARE, Best practices framework of organizing systems of continuing / community care services

Ces deux cadres de travail internationaux sont issus d'études et d'enquêtes de grande envergure portant sur l'intégration des systèmes de santé européens et nord-américains s'adressant à de multiples clientèles. Ils ont comme objectif de dégager les principes d'action les plus efficaces. Parmi ces principes, nous retenons : • le client est considéré comme une personne à part entière, dans son individualité et sa singularité, • il demeure le premier acteur, responsable et en contrôle de son existence, • la réponse à ses besoins est au centre des préoccupations de la prestation des services. • l'accès aux soins doit être équitable et en appeler à des solutions durables, • la prestation des services s'inscrit dans un continuum de soutien et de soins présent tout au long de l'existence, • la promotion de l'indépendance et du bien-être des individus, des proches aidants et de leur entourage en devient la pierre angulaire, • un changement de culture organisationnelle et une révision systématique en termes de qualité des services va de pair avec cette recherche d'efficacité.

Danish Model, Value-Creating Healthcare Process Project (VPP), National Health System and Social Care Model

Ces deux premiers modèles conceptuels, danois et suédois, apportent des points de vue originaux sur l'organisation des services de santé et leur intégration dans le vécu des citoyens. Outre les concepts d'accessibilité et d'universalité, • ils introduisent les notions de responsabilité personnelle et

collective, • ils favorisent l'intégration des ressources individuelles, communautaires et du réseau formel de services qui constituent une valeur ajoutée, un capital social, • ils accordent une plus grande flexibilité aux décideurs locaux, • ils font place aux initiatives productives et en appellent à des solutions applicables grâce à la contribution de chacun des acteurs, • ils mettent en évidence un nouveau paradigme touchant la responsabilité individuelle et collective et l'imputabilité de chacun vis-à-vis de la santé et de la capacité à contribuer et à demeurer dans son milieu de vie. Dans ce cadre, le soutien à domicile s'inscrit clairement comme un projet de société.

Dans ce qui constitue une réforme du système de santé s'appuyant sur des principes distincts de ceux présentés précédemment, le « *NHS and Social Care Model* » britannique présente un modèle cousin du système canadien. Il reprend les différentes facettes et orientations que mettent en place plusieurs des systèmes de santé de l'OCDE: • une approche systématique prend en compte la santé, le social, les patients et les aidants, • une identification et une stratification de la clientèle afin de lui procurer les services nécessaires à ses besoins en apportant une attention spéciale aux grands utilisateurs, • l'utilisation de case management par des infirmières d'expérience ou autres formules du même type, • des équipes multidisciplinaires et des modalités de consultation (2^{ième} et 3^{ième} lignes), • une préoccupation pour le soutien de l'auto-soin et le développement de procédé d'évaluation de la qualité des services sous forme de « *Expert Patient Programme* » et • l'utilisation d'outils et de techniques pour mesurer l'impact des interventions.

Programmes soulignant un aspect novateur

La présentation des programmes qui suivent veut souligner différents aspects novateurs qui les différencient des modèles présentés précédemment.

En ce qui concerne, les « *Ontario Community Care Access Centers* », ces derniers se caractérisent par le regroupement des ressources communautaires et des services s'adressant à la population âgée d'un territoire afin de faciliter leur maintien et leur participation dans la communauté. On y retrouve généralement un centre de référence et un accès à l'ensemble des services disponibles dans la communauté tels l'information, des groupes de soutien, la formation à l'auto-soin, la popote roulante, les cuisines collectives etc. Ces services s'inscrivent dans une perspective de coordination et d'empowerment communautaire.

S'adressant à des familles vivant avec des enfants présentant des problématiques complexes (DI-TED), le « *Family Centered Service delivery model* » prône une approche centrée sur la famille. Chaque famille est unique. Elle est considérée comme l'experte à la fois des habilités et des besoins de l'enfant et de la famille. Elle travaille de concert avec les intervenants pour prendre des décisions éclairées. Cette approche met l'accent sur l'échange d'informations et d'expertises, le respect et le partenariat habilitant la famille à assurer une réponse adéquate aux besoins de l'enfant et à ses propres besoins. Nous pourrions parler ici d'empowerment familial.

Le « *Palliative Care Program at Kaiser Permanente Tri-Central Service Area* » est un programme interdisciplinaire de soins palliatifs à domicile avec pour objectif premier d'assurer le confort et la qualité de vie des patients en phase

terminale. Il constitue un exemple type d'application des *best practices* en la matière. Il se distingue des soins curatifs traditionnels. Les soins sont orientés vers l'accompagnement et le soulagement des inconforts physiques, émotionnels, sociaux et spirituels. L'information et le soutien auprès du patient et de la famille sont assurés par un service téléphonique gratuit et accessible en tout temps ainsi que par des heures de visites prolongées. Ce programme suit les orientations définies par les guides de pratiques spécialisés reconnus⁴.

Le Programme communautaire en santé mentale 60+ (PCSM60+) s'adresse à une clientèle vieillissante, isolée, ayant des problèmes de santé mentale et en besoin de soutien à domicile. Il vise la création d'un continuum de soins en intégrant deux clientèles traitées généralement dans deux programmes distincts soit la santé mentale et le soutien à domicile. Ce programme reconnaît que la maladie mentale se présente souvent comme un amalgame de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux qui peuvent être associés ou accentués par le vieillissement. Il propose la mise en place de collaborations et de partage des expertises en soutien à domicile et en santé mentale au sein d'une équipe multidisciplinaire, répondant à des impératifs de prévention, d'intervention et d'éducation. S'inscrivant dans une approche globale de la personne et du maintien dans son milieu de vie, ce programme affirme l'engagement et la responsabilité partagés au sein de l'équipe envers la qualité de vie de cette clientèle vulnérable. En collaboration avec les ressources communautaires, ce programme offre des services de soutien et de

⁴ Association canadienne de soins palliatifs (2006). *Modèle de guide de soins palliatifs : fondé sur les principes et les normes de pratique nationaux*. Ottawa.

suivi téléphonique, d'intervention de crise, des rencontres à domicile ou au CSSS et des plans individualisés de services et de traitements.

Le programme *Assertive Community Treatment (ACT)* est offert par une équipe multidisciplinaire formée d'un psychiatre, d'infirmières et de deux case managers. Il se distingue par • un nombre réduit de dossiers par intervenants, • l'implication de plusieurs cliniciens dans les mêmes dossiers, • des services offerts dans la communauté plutôt qu'en établissement, • une formule 24heures/7jours-semaine. Les intervenants de l'équipe assurent autant que possible le suivi plutôt que de référer et ils privilégient des services concrets au soutien de la vie quotidienne (lessive, emplettes, transport, etc.). Plusieurs variantes de ce programme ont été reprises et validées dans divers contextes et auprès de clientèles variées. Les études témoignent d'un meilleur suivi, d'une réduction des admissions en milieux institutionnels, d'une amélioration du fonctionnement social et de la qualité de vie.

7- Conclusion

Après l'analyse des différents modèles et programmes recensés, une conclusion s'impose: la majorité d'entre eux sont élaborés et mis en place pour des clientèles spécifiques que nous appelons aussi des secteurs. Il en découle un certain nombre de problèmes qui se résument en six constats principaux.

Premier constat : Les différents secteurs fonctionnent généralement en silo. Chacun développe des compétences auprès de clientèles relativement spécifiques. Des liens privilégiés se développent à l'intérieur d'un réseau défini d'établissements visant la même clientèle. À titre d'exemple citons le réseau

des services aux personnes âgées qui se distingue du réseau de services aux personnes handicapées. Malgré une tendance à une meilleure intégration entre les secteurs, il y a manifestement des difficultés de collaboration et de nombreuses divergences à aplanir.

Deuxième constat : Des difficultés de collaboration peuvent aussi survenir dans un même secteur, notamment entre les établissements de 1^{ière}, 2^{ème} et 3^{ème} lignes comme dans le cas du continuum de soins auprès des personnes âgées (CSSS, ressources communautaires, ressources d'hébergement privé, milieu hospitalier, CHSLD).

Troisième constat : La complexification des problèmes vécus par les clientèles ayant besoin de soutien à domicile va en s'accroissant. À titre d'exemple soulignons que le vieillissement peut se conjuguer avec des problèmes de santé mentale, des incapacités antérieures, de la déficience intellectuelle, la présence de maladies chroniques etc. Les clientèles aux problématiques mixtes ou complexes rencontrent des difficultés, entre autres des problèmes d'éligibilité pour avoir accès aux services d'un ou de plusieurs secteurs. Ainsi, une personne âgée ayant des problèmes de santé mentale se verra ballotter entre les programmes de santé mentale et le programme de soutien à domicile.

Quatrième constat : La place accordée au soutien à domicile et à des services connexes est inégale d'un secteur à l'autre. Mentionnons par exemple des services de soutien à domicile plus restreints pour la clientèle en déficience intellectuelle. On constate de plus des divergences dans la philosophie et dans les paniers de services offerts selon les différents secteurs. À titre d'exemple

notons une plus grande utilisation de l'allocation directe s'inspirant d'une approche « *consumer-oriented* » et une attitude plus revendicatrice dans le secteur des personnes handicapées que dans le secteur des personnes âgées.

Cinquième constat : La place faite aux aidants et le type de relations établies avec le réseau formel (ex. co-client, ressource, partenaire) sont énoncés de manières variables d'un secteur à l'autre. Dans bien des cas, les aidants sont vus essentiellement comme des ressources, malgré un discours important pour un partenariat recherché. Il en est de même pour le soutien aux aidants qui apparaît comme une préoccupation relativement nouvelle dans les orientations politiques et plus encore dans la mise en place de services.

Sixième constat : L'implication et le rôle imparti aux ressources communautaires dans le soutien à domicile varient grandement d'un secteur à l'autre et apparaissent encore comme une réalité à définir et à valoriser.

Face à ces constats, l'analyse des modèles et programmes recensés est porteuse d'enseignements en mettant en relief les éléments clés ayant un impact positif sur la réponse aux besoins des personnes concernées. Certains de ces éléments que l'on qualifie de récurrents, se retrouvent dans plusieurs modèles ou programmes étudiés. Certaines de ces éléments reçoivent l'appui de données probantes. D'autres éléments clés, moins nombreux, que nous avons qualifiés d'émergents, présentent des aspects originaux et novateurs issus de certains modèles.

Éléments clés récurrents

- Le développement d'un agenda, d'une philosophie, d'une [vision commune](#) entre les différents secteurs et les différents niveaux d'intervention (1^{ière} 2^{ième} 3^{ième} lignes).
- La définition d'une véritable [philosophie centrée sur la personne](#), indiquant l'importance de la personnalisation du soutien et des soins, d'une écoute des besoins réels de la personne et d'une organisation au service de ses besoins. Actuellement le système de soutien à domicile est plus centré sur l'organisation des services, sur l'éligibilité que sur les besoins de la personne.
- L'adoption de différentes déclinaisons du concept de [case management](#) applicable à l'ensemble du continuum (« *system-wide case management* », intervenant-pivot, '*geriatric guided nurse*', '*Team case management*') constitue un élément de réponse pour assurer la continuité. Le case management s'inscrit également dans la formule d'équipe de soins pour assurer la souplesse, la relève et la continuité chez les intervenants.
- La mise en place d'une [philosophie axée sur des services flexibles](#) à deux niveaux, d'une part au niveau de l'intervention « *empowered practice* » et d'autre part, au niveau de la gestion « *staff's empowerment* ». L'intervenant a la marge décisionnelle pour assurer et structurer une réponse adéquate aux besoins et le gestionnaire a la flexibilité nécessaire pour assurer un financement correspondant aux besoins de sa clientèle.
- La reconnaissance de [la place majeure de la première ligne](#) (point d'entrée, guichet unique) et d'une structure d'accueil efficiente.

- L'adoption [d'un instrument commun d'évaluation](#) et des outils assurant une planification commune et une meilleure coordination interprofessionnelle et intersectorielle tout en tenant compte des spécificités des divers secteurs.
- Le [développement d'un continuum de services](#) par un processus réfléchi d'intégration des services de santé et des services sociaux et par la mise en place de mécanismes de liaison et de coordination entre la 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} lignes.
- L'élaboration de stratégies pour [améliorer les interfaces entre le réseau formel, les ressources communautaires et les proches aidants](#) et ainsi favoriser une meilleure concertation des réseaux de soutien.
- L'application de [différentes stratégies de prévention et de promotion de la santé](#) auprès de populations définies (ex. populations à risque, grands utilisateurs de services, moments critiques de la trajectoire de soins ou de la trajectoire de vie) pour assurer le plus grand impact possible de ces interventions.
- Au volet informatisation, [le développement d'un accès à un dossier clinique informatisé](#) ou à un système correspondant et l'utilisation des technologies de suivis de type télémédecine / télésurveillance auprès des clientèles à domicile.
- La mise en place de [conditions favorisant une pratique basée sur des données probantes](#).

Éléments clés émergents

Les éléments clés émergents se démarquent des éléments clés récurrents en apportant des perspectives nouvelles.

- La création de [centres d'information et multi-ressources](#) au sein de la communauté (information, services, ressources communautaires et associatives, groupes de soutien, activités diverses) ouverts aux personnes en situation de dépendance et leurs proches, favorisant la participation et le maintien de tous les individus dans leur milieu de vie.
- Le soutien aux [démarches de « Self-help » et « Self-management support »](#), c'est-à-dire un ensemble de stratégies axées sur l'autonomie, la promotion de la santé et l'autonomisation (bien vieillir, vieillissement actif, groupes d'entraide et de soutien).
- Le développement de [liens marqués avec le secteur communautaire, le tiers-secteur et le secteur privé](#).
- L'installation d'un [processus systématique d'évaluation de la qualité des services et de l'atteinte des résultats](#) (« *Quality management improvement / evaluation* («on agreed outcomes»)).
- L'installation de [mécanismes de participation et de feedback systématique des citoyens](#) (« *Expert Group Program* ») s'inscrivant dans une perspective d'autonomisation, de satisfaction, de qualité des services et de qualité de vie.

8- Suggestions et réflexions à poursuivre

D'entrée de jeu, il est important de mentionner que plusieurs des éléments-clés récurrents que nous venons de présenter sont présents dans la *Politique de soutien à domicile* publiée en 2003 par le MSSS. Ces principes sont porteurs de changements. Les efforts à venir doivent se concentrer sur leur mise en application. Notre travail d'analyse de la littérature nous amène à proposer certaines suggestions dans ce sens.

- La reconnaissance d'une responsabilité

conjointe entre les secteurs pour éviter les silos serait à privilégier. • Cette reconnaissance devrait inscrire le soutien à domicile dans une stratégie inter ministériel. • Pour faciliter le cheminement des clients et donner le service adéquat, il est souhaitable de mieux articuler et de mieux définir le rôle des services d'Accueil Évaluation Orientation (AEO) et de développer une approche besoin plus que diagnostique. • Dans une logique d'intégration des réseaux de soutien, il faut considérer le proche aidant comme un client, évaluer et répondre à ses besoins et l'impliquer dans le plan d'intervention. • Il est essentiel de développer des lieux privilégiés pour permettre non seulement le transfert des connaissances mais l'intégration des connaissances par les intervenants. • Le soutien à domicile des personnes de tous les âges ayant différents types d'incapacités reliées à diverses causes doit être plus qu'une organisation des services efficiente mais un projet de société. • Les auteurs consultés préconisent le renouvellement de la vision du soutien à domicile qui interpelle l'individu ayant des incapacités au premier chef, les proches mais aussi l'ensemble de la communauté et les efforts soutenus de la classe politique. • Cette nouvelle vision du soutien à domicile s'éloigne de la seule préoccupation de donner le bon service à la bonne personne au bon moment pour s'attarder à des éléments essentiels de promotion de la santé et de participation sociale. • Cette orientation s'accompagne obligatoirement d'outils d'évaluation des besoins.

Annexe I

Méthodologie de la recherche

Liste des mots-clé et des hits

La recherche bibliographique a utilisé un nombre restreint de termes pour explorer de manière extensive le champ du soutien à domicile (« *homecare* ») et ainsi retrouver les différents programmes et modèles dans ce domaine. Pour simplifier la tâche quelque peu, les recensions d'écrits (« *review* ») et les termes de modèles (« *model* ») et « *framework* » ont été ajoutés pour cibler les ouvrages les plus pertinents. Outre les hits issus des recherches sur Google Scholar, nous indiquons à la colonne de droite les éléments retenus dans notre base bibliographique.

Nous présenterons à l'annexe VI les 458 références retenues pour la réalisation de notre travail.

Mots-clé	Hits Google Scholar	Retenus
Homecare 2000-2010	>30,000	
Soutien à domicile 2000-2010	15,300	
Soutien à domicile[ALL] and 2000-2010[DP] and Recension[ALL]	1360	
Homecare,or Review or Model		1612
Homecare or Review or Model and Framework		458

Illustration du processus et des phases de la recension

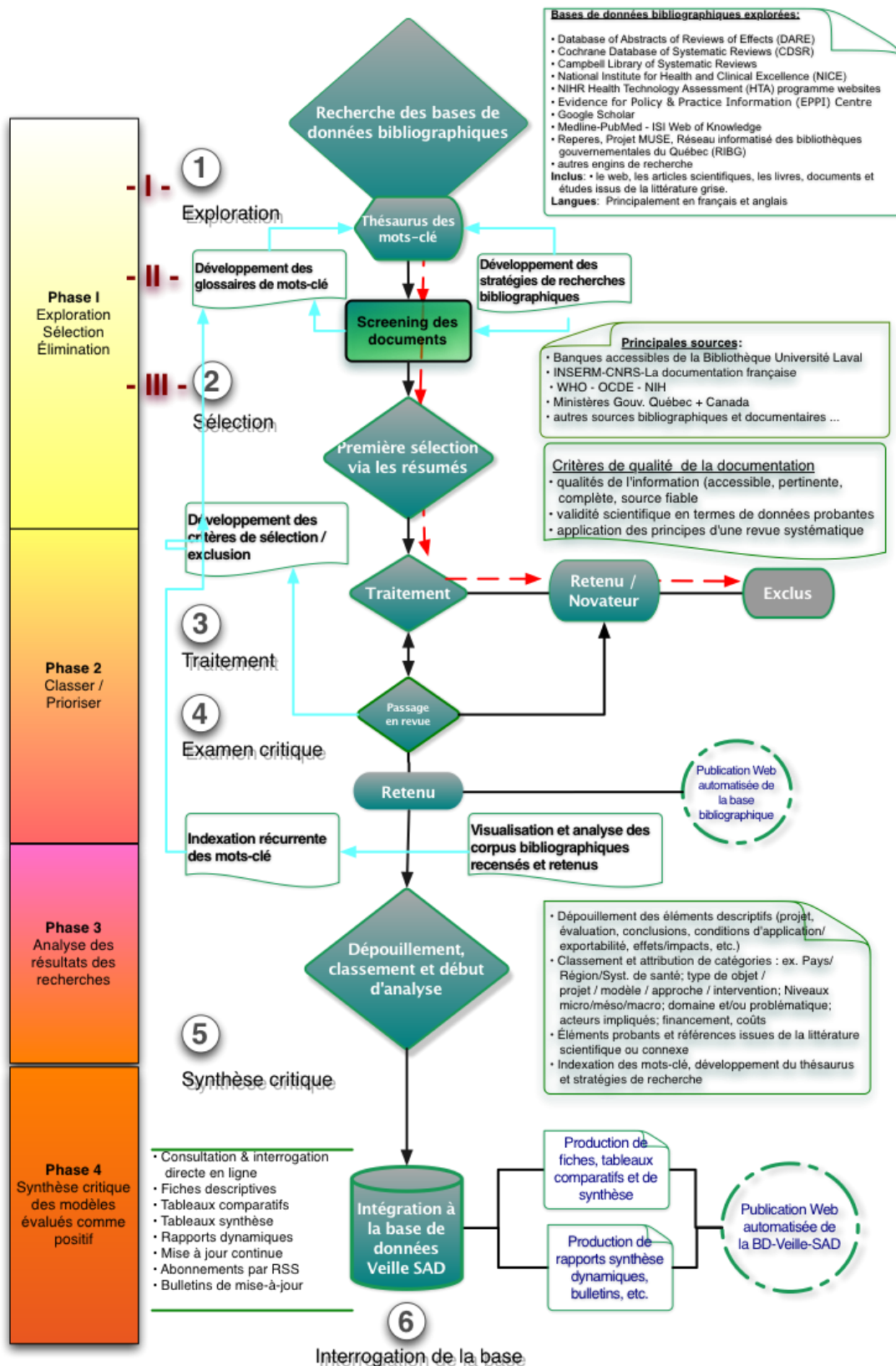


Figure 1

Méthodologie:

Rappelons que l'orientation retenue pour l'appel d'offre en regard de la recherche de données probantes sur des modèles et approches des services de soutien à domicile, aux aidants et aux famille, ayant fait leurs preuves ou encore novateurs nous ont amenés à adopter deux méthodes: l'une qui nous a permis d'évaluer de manière systématique la qualité des preuves scientifiques, des conclusions et des recommandations associées aux évaluations des différents modèles et approches recensés et une seconde qui nous a permis de recueillir toutes les informations pertinentes aux projets novateurs.

Dans le premier volet, la méthodologie envisagée se réfère aux recensions systématiques pour mieux cerner les sources de données probantes. À ce titre nous avons adopté un profil de recension systématique inspiré des études Cochrane et une évaluation des preuves scientifiques inspiré du GRADE («*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*»). Le système GRADE est un système d'évaluation formelle des preuves, des recommandations et des pratiques («*grade the quality of evidence and strength of recommendations*») qui procède d'un certain consensus dans l'évaluation des données probantes en recherche et en pratiques cliniques. Il s'agit d'un exercice critique et rigoureux de sélection des études et documents selon des critères de scientificité des méthodologies et des instruments utilisés pour établir la qualité des données et des conclusions avancées. Le second volet permet de palier aux contraintes très sélectives associées à une recension systématique. Nous avons traité ainsi les études qui seraient autrement exclues et nous avons exploré d'autres sources documentaires pour recueillir les informations pertinentes touchant les projets novateurs. La figure 1 présente ces deux processus.

Il est à noter que les outils récents de recherches bibliographiques et les engins de recherche (ex. PubMed, Scholar Google, etc.) associés à une gestion de bases de données relationnelles (ex. Filemaker) permettent d'élaborer des procédures semi-automatisées pour colliger un vaste ensemble de sources bibliographiques. Les logiciels de bases de données relationnelles permettent de procéder à un classement, d'ajouter des mots-clés, des index et des catégories multiples, qui assurent une navigation et une interrogation souple et efficace dans l'ensemble des références, des documents et des informations recueillies ou annexées. Ces opérations de collecte des documents, couramment disponibles ou référenciés sur le web, sont en partie automatisées et réalisées de manière récurrente grâce à la sauvegarde des stratégies de recherche. Pour les autres sources documentaires, les procédures manuelles habituelles de consultation pourront être utilisées. Il est important toutefois de rappeler que les efforts investis dans la collecte de la documentation sont limités par certains facteurs inhérents à toutes recensions: la disponibilité et l'accessibilité de la documentation et de l'information et le budget (ressources financières, temps, ressources pour le traitement). Certaines démarches ont été priorisées en fonction de ces limites.

Sommairement, les travaux de recension s'établissent à partir de quelques grandes phases: la recherche bibliographique, la sélection préliminaire, la collecte des documents pertinents, le traitement incluant l'extraction des informations, leur saisie et l'alimentation de la base de données. Le travail d'analyse et de synthèse a débuté par le classement et la catégorisation des données recueillies. La figure 1 présente ces étapes (1 à 6) et les paragraphes suivants apportent certaines précisions.

Détail des étapes du processus de recension

(1) La recension débute par l'élaboration d'un ensemble de stratégies de recherche bibliographique à partir de mots-clés en langue française et anglaise (ex. *homecare*/soins à domicile, *home services*, *burden*/ fardeau) définissant les éléments pertinents de la problématique présents dans la littérature scientifique et grise, et de sources documentaires diverses. Ces

stratégies explorent les différentes sources disponibles. Dans le cas présent, les sources bibliographiques sont issues principalement des banques accessibles par la bibliothèque de l'Université Laval; la documentation française et européenne (CAIRN, CNRS). Les ressources documentaires du *World Health Organization* (WHO), de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), du *National Institute of Health*, des ministères du Québec et du Canada, ainsi que d'autres sources bibliographiques et documentaires sont généralement accessibles via le web et un compte institutionnel de l'Université Laval.

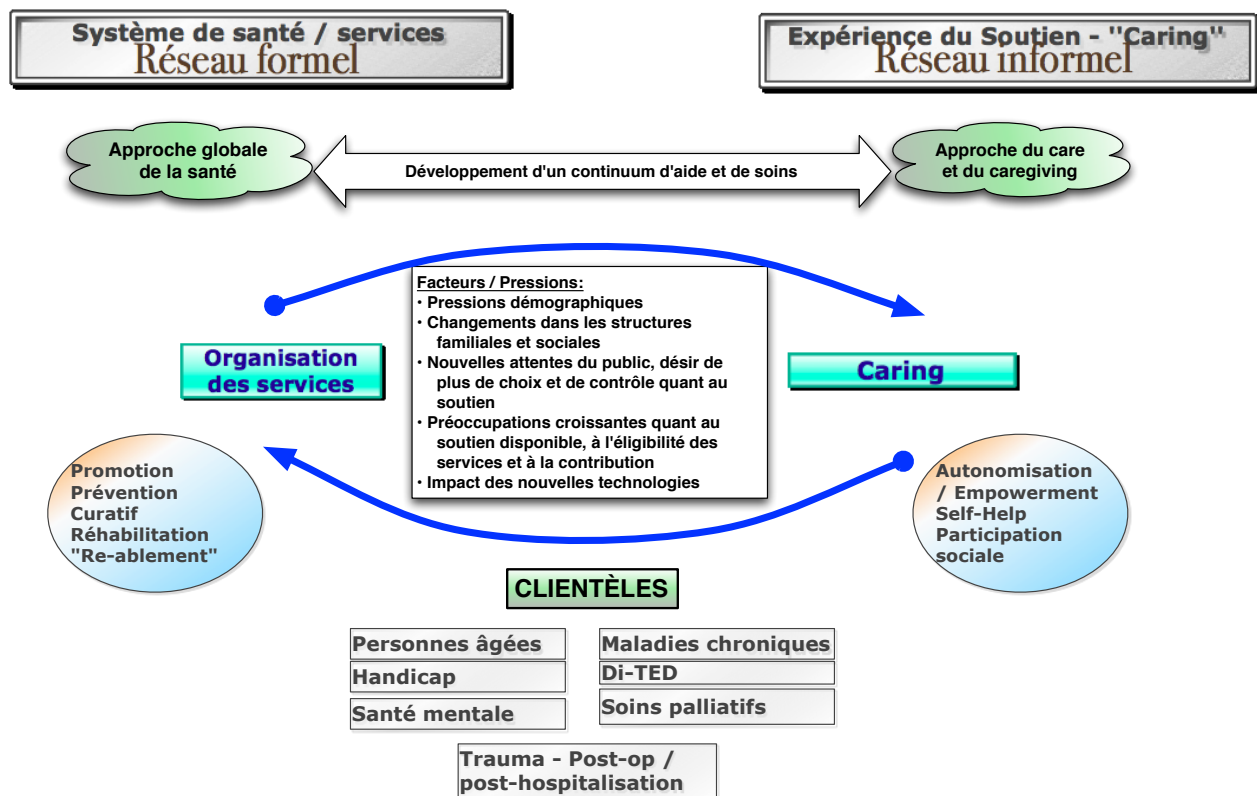
(2) La collecte des documents pertinents est affinée de diverses manières, soit: • par le développement des thesaurus des mots-clés appropriés à chacune des sources bibliographiques, • par l'adaptation des stratégies de recherche par mots-clés en fonction des résultats obtenus, et • par la visualisation de l'ensemble du corpus bibliographique obtenu sur une matrice des mots-clés. Cela permet d'assurer une plus large couverture des thématiques sous-jacentes à la recension et d'introduire au besoin de nouveaux mots-clés ou de réorienter certaines stratégies de recherche.

(3) Les documents et les études sont sélectionnés selon leur pertinence et le contenu informatif. (4) L'opération de traitement intègre les références et documents dans la base relationnelle. (5) Ils sont dépouillés pour recueillir les éléments descriptifs des modèles présentés : population, problématique, type d'intervention, durée, conditions facilitantes. (6) À ce niveau, le protocole de sélection, de collecte, de traitement et d'évaluation des documents et des données recensés, a été inspiré d'une méthodologie propre aux recensions systématiques axée sur la définition de données probantes.

Annexe II

Cadre conceptuel

Cadre conceptuel

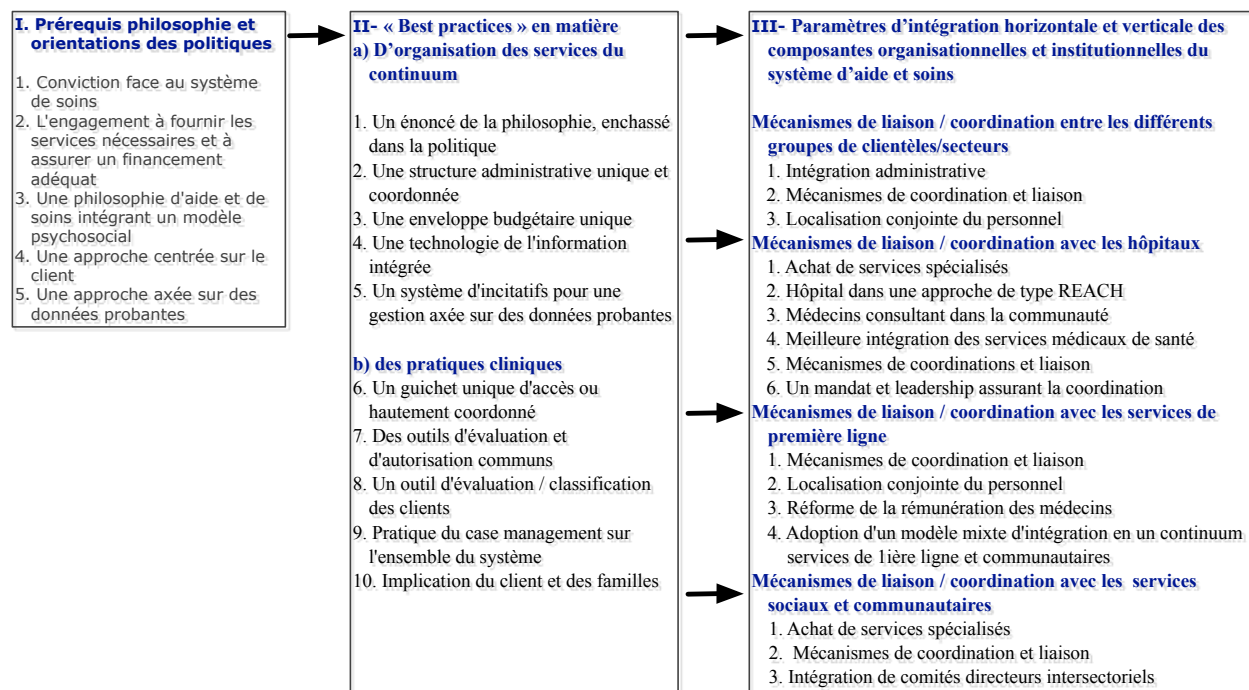


Ce cadre conceptuel met en évidence le rapport entre le réseau formel et le réseau informel, en appelant d'une part à l'organisation des services (Système de santé / services) et à une approche globale de la santé incluant alors la prévention et le curatif; et d'autre part au « caring » relevant de l'expérience du soutien et des aidants¹ (« caregiving ») et soignants (« caring »). Parmi les clientèles touchées par le soutien à domicile, mentionnons les personnes âgées, les personnes handicapées, et les problématiques de santé mentale, maladies chroniques, déficiences intellectuelles et troubles envahissants du développement (« spécial needs children »), traumatismes et post-opération ou hospitalisation, et finalement soins palliatifs, abordés en contexte de soutien à domicile.

¹ Nous incluons ici, parmi les aidants, les bénévoles et ressources communautaires en distinguant ainsi les professionnels des non-professionnels

Annexe III

Grille d'analyse



Cadre d'analyse

(Adaptation du *Best practices Framework of organizing system of continuing / community care services Model*. Hollander & Prince, 2008, fig. 1 p. 48)

Annexe IV

Modèles et programmes recensés

Tableau des modèles/programmes recensés

	Nom du programme ou modèle	Pays	Type de modèle	Secteur clientèle
1	Abbeyfield Sheltered Housing	Other OECD (UK)	Supportive housing	Personnes âgées
2	AiP2.0	USA	Conceptual model	Personnes âgées Handicap Post-op/Trauma Maladies chroniques
3	Allocation d'accompagnement d'une personne en fin de vie	France	Soutien financier	Tous
4	Arizona Long term Care System	USA	Home, Supportive housing	Personnes âgées Santé mentale Handicap DI-TED
5	Assertive Community Treatment (ACT)	USA	Conceptual model	Santé mentale
6	California Model (Medi-Cal)	USA	Day program, Supportive housing and Home	Personnes âgées Handicap
7	Care Network for Seniors	USA	Home	Personnes âgées
8	CARMEN - PROCARE (Europe)	Europe	Framework Integrated Care	Personnes âgées Post-op/Trauma Maladies chroniques
9	CHOICE*	Canada (Alberta)	Day program, Home	Personnes âgées
10	Chronic Care Model (CCM)	Canada	Conceptual model	Personnes âgées Maladies chroniques
11	Community Based Elder Care (C-BEC)	USA	Home, Day program	Personnes âgées
12	Customized Services in NH	USA	Home	Personnes âgées Maladies chroniques Post-op/Trauma

	Nom du programme ou modèle	Pays	Type de modèle	Secteur clientèle
13	Darlington (UK)	UK	Framework Integrated Care	Personnes âgées Maladies chroniques Post-op/Trauma
14	East-Central RHA	Canada (Alberta)	Day program, Supportive housing and Home	Santé mentale Personnes âgées
15	EVERCARE	USA	Supportive housing	Personnes âgées
16	Expanded-broker model	USA	Conceptual model	Personnes âgées Post-op/Trauma Maladies chroniques
17	Family Care Home Model (BC)	Canada (British Columbia)	Supportive housing	Tous
18	Family-centered service delivery model	Canada (Ontario)	Community services	DI-TED Handicap
19	Florida Diversion	USA	LTC	Personnes âgées
20	Florida Frail Elder Option	USA	Home, Day program	Personnes âgées
21	Guided Care	USA	Conceptual model	Personnes âgées Maladies chroniques
22	Halton Region's Municipal Service Coordination Strategy	Canada (Ontario)	Supportive Housing	Personnes âgées
23	HAP Service Coordinators and Public Housing	USA	Supportive housing	Tous
24	Hollander and Prince Continuing Care Model	Canada	Framework	Tous
25	Independent Living BC	Canada (British Columbia)	Supportive Housing	Personnes âgées Maladies chroniques
26	Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) Framework	WHO	Framework Integrated Care	Personnes âgées Maladies chroniques
27	Integrated Care Analysis	Canada	Framework Integrated Care	Tous

	Nom du programme ou modèle	Pays	Type de modèle	Secteur clientèle
28	Intensive case management (ICM) model	USA	Conceptual model	Tous
29	Italy (Rovereto)	Italy	Framework Integrated Care	Personnes âgées
30	Italy (Vittorio Veneto)	Italy	Framework Integrated Care	Personnes âgées
31	Just for Us	USA	Clustered	Clientèles spéciales
32	Kaiser Triangle	USA	Service delivery frameworks	Soins palliatifs Post-op/Trauma Personnes âgées Maladies chroniques
33	Mass Health Senior Care Options (SCO)	USA	Home, Day program	Personnes âgées
34	Medicaid High-Cost Users Initiative	USA	Home, Day program	Clientèles spéciales
35	Medicaid Managed Long-Term Care (MLTC)	USA	LTC	Personnes âgées
36	Minnesota Senior Health Options (MSHO)	USA	LTC	Personnes âgées
37	MnDHO (Minnesota Disability Health Options)	USA	Funding and service delivery	Handicap DI-TED Personnes âgées
38	MSHO	USA	Home LTC services	Personnes âgées
39	New York MLTC Plans	USA	LTC	Personnes âgées
40	NHS and Social Care Model	UK	Conceptual model	Maladies chroniques Personnes âgées
41	North Renfrew LTC Centre	Canada (Ontario)	Supportive Housing	Personnes âgées
42	OnLok	USA	Home, Day program	Personnes âgées
43	Ontario Community Care Access Centres (CCACs)	Canada (Ontario)	Community services	Personnes âgées Handicap Maladies chroniques
44	PACE	USA	Home, Day program	Personnes âgées

	Nom du programme ou modèle	Pays	Type de modèle	Secteur clientèle
45	Peel Senior Link	Canada (Ontario)	Supportive Housing/ Clustered care	Personnes âgées
46	Pfzier approaches	USA	Service delivery frameworks	Tous
47	PRISMA	Canada (Quebec)	Home	Personnes âgées
48	Project PIE (Prevention-Intervention-Education)	Canada (Québec)	Conceptual model	Tous
49	Rehabilitation Model	USA	Conceptual model	Tous
50	Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH II)	USA	Soutien aux aidants	Personnes âgées
51	RISC	Canada (Ottawa)	Home	Personnes âgées
52	Self-Managed Care Programs, Alberta	Canada (Alberta)	Conceptual model	Tous
53	Senior's Supportive Housing BC	Canada (British Columbia)	Supportive housing	Personnes âgées
54	SHMO II	USA	Day program	Personnes âgées
55	SHMO	USA	Day program	Personnes âgées
56	SIPA	Canada (Quebec)	Day program	Personnes âgées
57	Star Plus	USA	Home, Day program	Personnes âgées
58	Strenght Model	USA	Conceptual model	Santé mentale
59	Texas ICM Program	USA	Day program	Personnes âgées
60	The CHAMP program	USA	Conceptual Framework	Personnes âgées
61	The Coming Home Program	USA	Supportive housing	Post-op/Trauma
62	The Continuity of Care Model	UK	Conceptual model	Tous

	Nom du programme ou modèle	Pays	Type de modèle	Secteur clientèle
63	The Danish Model	Denmark	Integrated health care model	Personnes âgées Santé mentale Handicap DI-TED Soins palliatifs Post-op/Trauma Maladies chroniques
64	The Medical Home	USA	Care management	Tous Post-op/Trauma
65	The Mental Health Program of the CSSS Cavendish	Canada (Québec)	Care management	Santé mentale Personnes âgées
66	The Palliative Care Program at Kaiser Permanente TriCentral Service Area	USA	Framework Integrated Care	Soins palliatifs
67	The Public Health Model	USA	Conceptual model	Personnes âgées Santé mentale
68	UK proposal Integrating Social and Health Budget	UK	Conceptual model	Tous
69	Value-Creating Healthcare Process (VVP) Project	Sweeden	Conceptual model	Tous
70	Vancouver Coastal RHA	Canada (Vancouver)	Clustered supportive housing	Personnes âgées Maladies chroniques Post-op/Trauma
71	Veterans Independence Program (VIP)*	Canada (National)	Home, Day program	Personnes âgées
72	VNS CHOICE	USA	Home, Supportive housing	Problèmes complexes Personnes âgées
73	Winnipeg Regional Health Authority (WRHA)	Canada (Manitoba)	Home, Supportive housing	Personnes âgées et dépendantes
74	Wisconsin Family Care Program	USA	Day program	Personnes âgées
75	Wisconsin Partnership Program	USA	Home, Day program, and community care	Personnes âgées

Annexe V

Modèles ou programmes retenus

Programme	Pays	Éléments clés	Constats de validation
Assertive Community Treatment (ACT) Santé mentale	USA	• case and care management • Integrated community care	<u>ACT versus standard community care</u> Those receiving ACT were more likely to remain in contact with services than people receiving standard community care (OR 0.51, 99%CI 0.37-0.70). + People allocated to ACT were less likely to be admitted to hospital than those receiving standard community care (OR 0.59, 99%CI 0.41-0.85) and + spent less time in hospital. In terms of clinical and social outcome, significant and robust differences between ACT and standard community care were found on + i. accommodation status, ii. employment and iii. patient satisfaction. - There were no differences between ACT and control treatments on mental state or social functioning. + ACT invariably reduced the cost of hospital care, but did not have a
CARMEN - PROCARE (Europe) Ânés Personnes dépendantes	Europe	• case and care management; • intermediate care strategies to improve the hospital/community care interface; • multiprofessional needs assessment and joint planning; • Personal budgets and long-term care allowances; • joint working or partnerships among health and social care sectors; • admission prevention and guidance; • moving toward the integration of housing, welfare and care; • supporting informal (family) care; • independent counselling; • quality management as an instrument of mutually agreed outcomes.	• Modèle conceptuel, plan d'action et enquête PROCARE • Rejoint le cadre d'analyse Hollander et Prince quand aux principaux éléments-clé à considérer et aux stratégies d'intégration sous-jacentes. • Va plus loin en considérant l'intégration de l'habitation, santé et serv. sociaux; + mobilisation du réseau de soutien personnel et communautaire "régionalisé" + promotion de la santé globale, de l'indépendance et bien-être
CHOICE* Ânés dépendants	Canada (Alberta)	• Same care assessment process or tool • System-wide casemanager • one service delivery system under one branch, or division, of government	• Same care assessment process or tool • System-wide continuing care casemanager • one service delivery system under one branch, or division, of government • a customized care plan for each client • authorize care in a long-term care facility • a single point of entry, systemwide case management, and case mix funding. • Integrated care management

Programme	Pays	Éléments clés	Constats de validation
Chronic Care Model (CCM) Aînés Maladies chroniques Populations à risque	Canada	• case and care management • Multidisciplinary teams • self-management support • Community resources • Integrated HealthCare Organizations • Promotion and prevention • Coherence system improvement and spread • Task force (Academic, Research, Health Care and citizen empowerment)	a Cochrane systematic review of hundreds of studies suggested a synergistic effect when individual interventions (components of the model) are combined.¹⁹ However until recently, the Chronic Care Model had not been evaluated in controlled studies.²⁰ Observational studies reported better processes, outcomes, or costs in individual organisations adopting the Chronic Care Model, but such studies do not tell us whether the model is more effective than others.^{21,22,23,24,25,26,27,28} RAND led a four-year study of three collaboratives with more than 40 US organisations implementing the model. Although the findings are still being analysed, the evaluators suggest that successful implementation of the Chronic Care Model can lead to better processes and outcomes of care, including clinical outcomes, satisfaction, and costs.^{29,30,31} These trends seem to hold for adults and children³²
EVERCARE Aînés	USA	• Individualised whole person approach • Care provided in least invasive manner in the least intensive setting • Primary care is the central organising force for all care • Decisions based on data and population evaluation • Avoid adverse effects of medications and polypharmacy	• S'inspirant du Chronic Care Model et du ICCCM (
Family-centered service delivery model Personnes handicapées DI-TED Children with Special Needs	Canada (Ontario)	• emphasized parent–professional collaboration • responsiveness to family needs • interdisciplinary teams • accessible and coordinated services • ndividualized and flexible service delivery • nformation sharing • empowerment	• Plusieurs études et résultats positifs face à cette approche; tant au niveau des comportements parentaux que de l'intégration sociale des enfants concernés, que de leur famille (QoL, ...).

Programme	Pays	Éléments clés	Constats de validation
Guided Care Maladie chronique Aînés avec conditions chroniques multiples	USA	- Using community matrons to provide case management - primary care - comprehensive assessment and care planning, - best practices' for chronic conditions, - self-management, - healthy lifestyles, - coordinating care - nforming and supporting family - accessing community resources.	Case manager
Hollander and Prince Continuing Care Model Personnes dépendantes	Canada	Philosophical, Conceptual and Policy Prerequisites 1. Belief in the benefits of the system 2. A commitment to a full range of services and sustainable funding 3. A commitment to the psycho-social model of care 4. A commitment to client-centred care 5. A commitment to evidence-based decision-making Administrative Best Practices 6. A clear statement of philosophy, enshrined in policy 7. A single or highly coordinated administrative structure 8. A single funding envelope 9. Integrated information systems 10. Incentive systems for evidence-based management Clinical Best Practices 11. A single/coordinated entry system	Analyse en cours; cependant, les éléments définissant le modèle sont essentiellement repris des éléments validés d'autres programmes.
Kaiser Triangle Aînés fragiles Palliatif Discharge patients	USA	- Unplanned hospital use is an indicator of system failure - Align care to the needs of the client - No boundary between primary and secondary care - Patients are 'partners' in care - Patients are providers of care - Information is essential - Improvement occurs through commitment and shared vision, - proactive approach to managing care for people with long-term conditions	- In California, this model is associated with improved quality of life, and fewer hospital admissions and days spent in hospital" - UK Trials - This model is being formally trialled in nine PCTs in England"

Programme	Pays	Éléments clés	Constats de validation
MSHO • aînés 65 ans + (éligible à Medicare & Medicaid)	USA	• comprehensive assessment and care planning, • case and care management • integration of primary, acute and long-term care services for persons over age 65 who are dually eligible for both Medicare • more extensive use of geriatric nurse practitioners	MSHO plans work hard at preventing premature nursing home placement of their community members (MDHS 2000). {Grabowski, 2006, p29296}: A multivariate analysis of the MSHO did not show substantial differences in outcomes across function, satisfaction, and caregiver burden across the treatment and control groups. However, given the fact the intervention consisted primarily of funding consolidation, the stability in these outcomes is not altogether unexpected.
NHS and Social Care Model tous problématiques de maladies chroniques	UK	• a systematic approach that links health, social care, patients and carers, • identifying everyone with a long-term condition, • stratifying people so they can receive care according to their needs, • focusing on frequent users of secondary care services, • using community matrons to provide case management, • developing ways to identify people who may become very high intensity service users, • establishing multi-disciplinary teams in primary care, supported by specialist advice, • developing local ways to support self care, • expanding the Expert Patient Programme and other self-management programmes, • and using tools and techniques already available to make an impact	na
OnLok Aînés	USA	Extensive breadth of services that include • in-patient units, • nursing and physician care, • in-home services, • after-hour supports, • social programs, recreational therapy, and transportation.	- The trade-off however is that such a model may not work for clients who cannot, or do not wish to be transported to care. Furthermore, this model assumes significant investment in a locale which is able to house all providers, services and mechanisms for inter-professional collaboration. Voir PACE*

Programme	Pays	Éléments clés	Constats de validation
Ontario Community Care Access Centres (CCACs) Maladie chronique Handicap phys, intellect Aînés Palliatif	Canada (Ontario)	• commitment to continuous quality improvement and learning • Focus on improved standards of service – listening to clients and caregivers with a commitment to understanding and improving their experience. • Do what’s mission critical – build expertise; focus on core strengths and partner to deliver the rest. • Empower staff – simplify processes and empower staff to deliver exceptional service and quality, enabling decision making at point of care. • <u>Specific to the technology applications it was vital that:</u> • Business process and redesign efforts be tightly linked • Maximize knowledge and technology – develop effective tools and processes that optimize the use of available resources.	• en cours d'évaluation
PACE* Aînés dépendants	USA	• Single access point • Targetting day centre users • Integrated care for the elderly • Multidisciplinary teams • risk-based capitation financing for elderly nursing home certifiable population	US Health (2007): + Lower rates of hospital use, NH and ER visits, + higher use of ambulatory services, + lower mortality, + better health status and quality of life than controls. ± No strong evidence of cost savings. {Grabowski, 2006, p29296}: • Quality of care and access to services were found to either improve or remain stable. PACE was associated with the following statistically significant outcomes: greater adult day health care use, lower nurse home visits, fewer hospitalizations, fewer nursing home admissions, a higher probability of receiving ambulatory care, greater survival, an increased number of days in
PRISMA* Aînés dépendants	Canada (Quebec)	• Single entry • Case management • Individualized service plans • Single client classification system • Computerized clinical chart available across care provider organizations • Inter-organizational coordination among partners • Budget negotiations between partner organisations	• Tourigny, 2004 + Overall, a declining trend in institutionalisation was observed, + as well as a lower client preference to be institutionalised. + more frail clients in the study group being maintained at their assessed levels at time 1 and time 2; however, the effect disappeared at time 3. - The intervention failed to alter the use of services. + Finally, the pilot had a positive effect on carer burden, - but not on mortality (survival). -- {Kodner, 2006, p26840} + Declining trend in institutionalisation and client preference to be institutionalised + No deterioration in autonomy/ functioning at T1 and T2, but effect disappeared at T3. Little effect on utilisation of services;

Programme	Pays	Éléments clés	Constats de validation
SHMO II* Aînés Personnes dépendantes	USA	• Assessment of the patient's medical and social needs • case management • personal attendant care • transportation, day care, prepared meals, respite care, and social services	
SHMO* Aînés dépendants	USA	• The S/HMO is one form of long term care insurance • Case management, called resource coordination • single entry point into the program, • The program is funded on a capitated basis by the U.S. Health Care Financing Administration. Capitation is in the form of a single funding envelope.	• Case management, called resource coordination • single entry point into the program, • The program is funded on a capitated basis by the U.S. Health Care Financing Administration. Capitation is in the form of a single funding envelope. • The use of co-payment
SIPA* • Aînés vulnérables à domicile	Canada (Quebec)	• Single entry • Case management • Geriatric assessment and management through the use of interdisciplinary protocols • Multidisciplinary teams • Physician involvement in the care team • Responsibility for delivering integrated care through the provision of community health and social services • Coordination of hospital and nursing home care • Inter-organizational coordination • Capitation payment (not implemented in the initial demonstration project)	McGill Université/Université de Montréal Research Group on Integrated Services for the Elderly (GRSIPA), 2000 U + No statistically significant differences, but trend in IG towards lower use of hospital emergency services; + C + IG emergency physician fees estimated to be 23% less; Ø difference not statistically significant (Randomised design based on two geographical sites. The SIPA group receives integrated social and medical care and case management; the control group receives conventional care. (60) Results presented here are initial results based on first five months of operation.) • Béland et al. (2006) + Substitution of community-based for institutional services at no additional cost to the system. + increased client satisfaction, with no increase in caregiver burden or

Programme	Pays	Éléments clés	Constats de validation
Strenght Model Santé mentale	USA	• Case management • community based services	• Some authors suggest that by drawing on people’s own strengths, interventions and costs can be contained.⁹³ • Although there is evidence that the Strengths Model can improve satisfaction and quality of life in mental health, {Singh, 2006, p31219} identified no studies of the effectiveness of this as a broader framework for chronic care service delivery.
The Danish Model Tous citoyens	Denmark	• Integrated community care • community based services • case and care management • Wide range of community local and regional services/provider network services • integrate health and community care across regions and municipalities using financial incentives and measures of fiscal accountability to reinforce the new patterns of care delivery	Denmark’s system involves remodelling institution-based long-term care into nationally run home-based and community-based services. ^{115,116} Denmark’s model combines the Expanded Chronic Care Model, the Continuity of Care Model, and the Spanish home healthcare service model. ^{117,118} However {Singh, 2006, p31219} did not identify any evidence of the effects of this approach.
The Mental Health Program of the CSSS Cavendish Santé mentale Aînés dépendant	Canada (Québec)	• Continuum of care • Collaborative team based care. • developing a vision of care built on a continuum of service • There is a responsibility not only to be curative but preventative in practice. • Screening: the Psychogeriatric and Risk Behaviour Assessment Scale (PARBAS)¹³ • Responsiveness, including to those who do not ask for service • Active participation of community partners, i.e. crisis centre, police • Providing mental health education to clients and their systems and providing ongoing training of personnel • Comprehensive biopsychosocial evaluations • Interdisciplinary team offering comprehensive biopsychosocial services • Telephone support service (psychosocial intake) that receives all the incoming calls from traditional and nontraditional referral sources. • If necessary, and accepted by the client, evaluation by an interdisciplinary Adult Mental Health team who can offer a multitude of services either in the	En cours d'évaluation

Programme	Pays	Éléments clés	Constats de validation
The Palliative Care Program at Kaiser Permanente TriCentral Service Area Soins palliatifs	USA	• interdisciplinary team approach • patient and family education and support • Telephone support via a toll-free number • after-hours home visits • guidance based on established treatment guidelines	Rejoint les orientations définies par le programme canadien en soins palliatifs.
Value-Creating Healthcare Process (VVP) Project Personnes dépendantes	Sweeden	• new patient-centred and pro-coordination healthcare model • more involved patient whose relatives also have a much more important role in their care. • information technology (ICT) and e-health	NA. Modèle conceptuel s'inspirant du modèle danois quand aux grandes orientations (Santé = capital social)
Vancouver Coastal RHA Aînés Handicap	Canada (Vancouver)	• client directed/chronic disease management service delivery model + expanded range of service options. => support for clients in independent living situations utilizing self-management and community support, transitional care units , community housing wh supportive or assisted living, residential care facilities. • A Community Population Health and Service Delivery Framework provide services to clients based on individual needs and characteristics. • + provide enhanced services to seniors through residential care, supportive / assisted living & in some cases independent housing and other health services located on the same site. Individualsand couples at the same site. Campuses of Promote continuity of care, support client independence, and serve as integrated systems that bridge gaps in service delivery. • Services are delivered directly by the health region and by profit and non-profit provider organizations	• The CCN is improving navigation and transition across the service continuum for specific populations such as the frail elderly, people with disabilities (rehabilitation) and people with dementia. Transitional Care Units provide a crucial interface with acute and subacute, home, and complex care. •

Programme	Pays	Éléments clés	Constats de validation
VNS CHOICE Aînés à domicile (LTC) Aînés hébergés	USA	• improving or stabilizing level of independence and functional status • Intervenant-pivot (care-manager) • Single access point • consumer choice • involving the member and his/her family in the care planning process • Multidisciplinary teams • collaborating with community providers & facilities to provide fully coordinated care • Continuous care evaluation process wh clinical guidelines • integrating acute and long-term care services • collaboration between interdisciplinary care teams	• no formal evaluation/control trial {MacAdam, 2008, p26926}, yet reports reductions in hospital admissions and days over a four-year period (Fisher and McCabe, 2005), because the program has not been formally evaluated. • de: {Hokenstad, 2005, p30702}: Formal evaluations of New York City's Medicaid MLTC plans' outcomes are limited, but + preliminary evidence is promising in three key areas: + more effective care coordination, + better medication management, and + fewer hospitalizations than for comparable patients in other programs. A recent study by the quality improvement organization IPRO of New York, for {Hansen, 2008, p26340}: One less restrictive model based on PACE is the Wisconsin Partnership Program. + A study found that the highly regulated PACE model was significantly more effective than this more flexible program in controlling hospital and ED use for its enrollees.¹¹ One reason for this may be that PACE is an integrated system of care staffed by physicians who embrace PACE's values and interdisciplinary approach. Changing practice styles to provide better chronic care management is difficult but seems essential.
Wisconsin Family Care Program* Aînés Handicap	USA	• Case management • Interdisciplinary approach • aging and disability resource centers • Entry point & ressources Centers • Community resources referral & Linking	

Annexe VI

Références par ordre alphabétique

- (ACSS), Canadian. (2005). *Stitching the Patchwork Quilt Together: Facility-Based Long-Term Care within Continuing Care—Realities and Recommendations*.
- (EoLC), NHS. (2006). *Introductory guide to end of life care in care homes*.
- (FCRSS), F., & Silversides, A. (2010). Recueil des innovations en soins de santé primaires.
- (NHSRU), Nursing. (2007). *Promoting Awareness and Uptake of Best Practice Guidelines in Long-Term Care: An Impact Evaluation. Phase 2 Interim Report*.
- Abrahams, R., Capitman, J., Leutz, W., & Macko, P. (1989). Variations in care planning practice in the social/HMO: an exploratory study. *Gerontologist*, 29(6), 725-736.
- Access Economics. (2010). The future of Aged Care in Australia. *Public policy discussion paper*.
- Adams, S. G., Smith, P. K., Allan, P. F., Anzueto, A., Pugh, J. A., & Cornell, J. E. (2007). Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arch Intern Med*, 167, 551-561.
- Aldwin, C. M., Wykle, M. L., Kahana, E., & Kowal, J. (1992). Aging, coping, and efficacy: Theoretical framework for examining coping in life-span developmental context. *Stress and health among the elderly* (pp. 96-113).
- Alecxi, L. (2002). *Wisconsin family care implementation process evaluation: Final report III*.
- Aliotta, S., Boulton, C., Butin, D., Clarke, J., Derouin, P., Euchner, N., et al. (1998). Essential components of geriatric care provided through health maintenance organizations. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(3), 303-308.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*.
- Andreasson, S., & Winge, M. (2010). Innovation for sustainable Health and Social care - Value-creating Health and Social Processes based on Patient Need. *VINNOVA Report, VR 2010:02*.
- Antonelli, R., & Antonelli, D. (2004). Providing a medical home: the cost of care coordination services in a community- *Pediatrics*.
- Arah, O., & Westert, G. (2005). Correlates of Health and Healthcare Performance: Applying the Canadian Health Indicators Framework at the Provincial-Territorial Level. *BMC Health Serv Res*, 5(76).
- Arah, O., Westert, G., Hurst, J., & Klazinga, N. (2006). A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*, 5-13.
- Arendts, G., & Howard, K. (2010). The interface between residential aged care and the emergency department: a systematic review. *Age and Ageing*, 1-7.
- Armstead, R., Elstein, P., & Gorman, J. (1995). Toward a 21st century quality-measurement system for managed-care organizations. *Health Care Financ Rev*, 16(4), 25-37.
- Ashburner, C., Meyer, J., Johnson, B., & Smith, C. (2004). Using Action Research to Address Loss of Personhood in a Continuing Care Setting. *Illness*.

- Assertive Community Treatment Association. (2010). ACT model. ACTA.
- Aubin, G., Hachey, R., & Mercier, C. (1999). Meaning of daily activities and subjective quality of life in people with severe mental illness. *Scandinavian-Journal-of-Occupational-Therapy (SCAND-J-OCCUP-THER)*, 6(2), 53-62 (49 ref).
- Australia Publications, A. s. (2010). Toward a National Demential Preventative Health Strategy. *Alzheimer's Australia Paper*, 21.
- Banks, P. (2004). Policy framework for integrated care for older people developed by the Carmen *lenus.ie*.
- Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dots, A., Ravensdale, D., et al. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strageties from Populatoin Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82.
- Bass, D., & Noelker, L. (1987). The influence of family caregivers on elder's use of in-home services: An expanded conceptual framework. *Journal of Health and Social Behavior*, 28(2), 184-196.
- Bass, D. M., & Noelker, L. S. (1987). The influence of family caregivers on elder's use of inhme services: An expanded conceptual framework. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 184-196.
- Bate, P., Robert, G., McLeod, H., & Policy, H. (2002). *Report on the 'Breakthrough' Collaborative approach to quality and service improvement within four regions of the NHS*.
- BCMA Council on Health Economics and Policy (CHEP). (2008). Bridging the Islands Re-Building BC's Home & Community Care System A Policy Papers by BC's Physicians. *Policy Paper*.
- Becker, P. M., & Cohen, H. J. (1984). The functional approach to the care of the elderly: A conceptual framework. *Journal of the American Geriatrics Society*, 32, 923-929.
- Béland, F. (2010). Service integration (geriatric). *International Encyclopedia of Rehabilitation*.
- Béland, F., Bergman, H., lebel, P., & âgées, G. d. r. U. d. M. e. M. s. l. s. i. a. p. (2004). SIPA - Évaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Dallaire, L., Fletcher, J., Contandriopoulos, A.-P., et al. (2006). Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA) : expérimentation d'un modèle pour le Canada. *Canadian Journal of Aging*, 25(1), 5-24.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Dallaire, L., Fletcher, J., Tousignant, P., et al. (2006). Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada. *Canadian Journal on Aging*, 25(1), 25-42.
- Béland, F., Howard, B., Paule, L., Luc, D., John, F., Pierre, T., et al. (2006). Des services integres pour les personnes agees fragiles (SIPA): experimentation d'un modele pour le Canada. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 25(1), 5-24.

- Bellerose, C., Lavallée, C., & Camirand, J. (1994). *Enquête sociale et de santé 1992-1993 : faits saillants*.
- Bellerose, C., Lavallée, C., & Pampalon, R. (1995). *Santé Québec : rapport de l'enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
- Ben Natan, M., Lowenstein, A., & Eisikovits, Z. (2010). Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities. *Int Nurs Rev*, 57(1), 113-120.
- BENEFIELD, L. (2003). Implementing evidence-based practice in home care. *Home Healthcare Nurse*, 21(12), 804-809.
- Bergman, H., Béland, F., Karunanathan, S., Hummel, S., Hogan, D., & Wolfson, C. (2004). Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gérontologie et société*(109), 15-29.
- Bettio, F., & Solinas, G. (2009). Which European model for elderly care? Equity and cost-effectiveness in home based care in three European countries. *JEL*.
- Bhatia, M., & Rifkin, S. (2010). A renewed focus on primary health care: revitalize or reframe? *Globalization and Health* 2010 6:13, 6(1), 13.
- Billette, V., Charpentier, M., & Lavoie, J.-P. (2010). Vies pour Vieillissements, Exclusifs sociaux et Solidarités. *Pluriâges*, 1(2), 4-6.
- Billings, J., Leichsenring, K., Billings, J., & Leichsenring, K. (2006). *Integrating Health and Social Care Services for Older Persons: Evidence from Nine European Countries (Public Policy & Social Welfare S.)*
- Birch, S., Kephart, G., Tomblin-Murphy, G., O'Brien-Pallas, L., Alder, R., & MacKenzie, A. (2006). *Health human resources planning and the production of health: Development of an extended analytical framework for needsbased health human resources planning*.
- Birrer, R., Singh, U., & Kumar, D. (1999). Disability and dementia in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 17(2), 505-517.
- Blazi, Z. V., Hurley, A. C., & Volicer, L. (2002). End-of-Life Care in Dementia: A Review of Problems, Prospects, and Solutions in Practice. *Journal of the American Medical Directors Association*, 3(2), 57-65.
- Bodenheimer, T., Wagner, E., & Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness: The Chronic Care Model, Part 2. *Jama*, 288(15), 1909-1914.
- Boisvert, D., Bonin, L., Couture, G., Dallaire, C., Tourigny, A., & santé, C. (2006). *Recherche évaluative d'un modèle de réseau de services intégrés avec une approche de gestion de cas (Case Management) auprès des aînés présentant une déficience intellectuelle*
- Bolancé, C., Alemany, R., & Guillén, M. (2010). Prediction of the economic cost of individual long-term care in the Spanish population. *IREA Working Papers*.
- Bond, J., Bond, S., Donaldson, C., Gregson, B., & Atkinson, A. (2008). Evaluation of an innovation in the continuing care of very frail elderly people. *Ageing and Society*, 9, 347-381.
- Bonomi, A., Wagner, E., Glasgow, R., & VonKorff, M. (2002). Assessment of Chronic Illness

- Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement. *Health Serv Res*, 37(3), 791-820.
- Boon, H., Verhoef, M., & O'Hara, D. (2004). From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Services*
- Braithwaite, J. (2010). Between-group behaviour in health care: gaps, edges, boundaries, disconnections, weak ties, spaces and holes. A systematic review. *BMC Health Services Research* 10:330, 10(1), 330.
- Brataas, H., Bjugan, H., & Wille, T. (2010). Experiences of day care and collaboration among people with mild dementia. *J Clin Nurs*, 10.
- Brathwaite, A. (2003). Selection of a conceptual model/framework for guiding research interventions. *Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 6(1).
- Bravo, G., Raïche, M., Dubois, M.-F., & Hébert, R. (2008). L'intégration des services gérontologiques. Apport de l'expérimentation PRISMA à la construction d'un cadre d'évaluation français. *Gérontologie et société*, mars(124), 147-163.
- Brook, R., Williams, K., & Avery, A. (1976). Quality assurance today and tomorrow: forecast for the future. *Ann Intern Med*, 85(6), 809-817.
- Brown, K. E. (2010). Older Americans Act - Preliminary Observations of Services Requested by Seniors and Challenges in Providing Assistance.
- Brumley, R., Enguidanos, S., & Cherin, D. (2003). Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. *Journal of Palliative Medicine*, 6(5), 715-724.
- Brummel-Smith, K. (1998). Essential components of geriatric care provided through health maintenance organizations. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(3), 303-308.
- Burns, L., Lamb, G., & Wholey, D. (1996). Impact of integrated community nursing services on hospital utilization and costs in a medicare risk plan. *Inquiry - Blue Cross and Blue Shield Association*, 33, 30-41.
- Byock, I., Norris, K., Curtis, J., & Patrick, D. (2001). Improving End-of-Life Experience and Care in the Community A Conceptual Framework. *Journal of pain and symptom management*, 22(3), 759-772.
- Caciula, I., Livingston, G., & Caciula, R. (2010). Recognition of elder abuse by home care workers and older people in Romania. *International*
- Cameron, J., & Gignac, M. (2008). "Timing It Right": A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 305-314.
- Cameron, S., Regalado, M., Quitoles, M., & Ordonez, L. (1999). Harnessing Technology: The Creation of an Electronic Care Management Record in a Social Health Maintenance Organization. *Managed Care Quarterly*, 7(1), 11-15.
- Canadian Home Care - Association canadienne des soins et services à domicile. (2008). Portraits of Home Care in Canada.
- Canadian Home Care - Association canadienne des soins et services à domicile. (2009). Scan

- of promising practices and existing services delivery models integrating and coordinating mental health and home care services in Canada. *CHCA Report*.
- Canadian Institute for Health Information. (2009). Home and Continuing Care Reporting Systems. *Home and Continuing Care News, Summer*.
- Canadian Institute for Health Information. (2010). Supporting Informal Caregivers -- The Heart of Home care. *Analysis in Brief, August, 22*.
- Canadian Institute for Health Information. (2010). Caring for Seniors With Alzheimer's Disease and Other Forms of Dementia. *Analysis in Brief, August, 21*.
- Canam, C., & Acorn, S. (1999). Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. *Rehabil Nurs, 24*(5), 192-196.
- Care, Institute. (2007). *Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered Care: How to Get Started*.
- Care, I. n. o. I. (2009). Lost in Transition: Meeting the Challenge Through Integrated Care. *International Network of Integrated Care*.
- Ceci, C., & Purkis, M. (2009). Bridging gaps in risk discourse: home care case management and client choices. *Sociology of Health & Illness, 31*(2), 201-214.
- Chapman, S. (2005). Theorizing about Aging Well: Constructing a Narrative. *Can J Aging., 24*(1), 8-18.
- CHAPPELL, N., Ditt, B., Hollander, M., Miller, J., & McWilliam, C. (2004). Comparative costs of home care and residential care. *The Gerontologist, 44*(3), 389.
- Charatan, F. (2000). Leading health maintenance organisation near bankruptcy. *British Medical Journal, 320*(7228), 135.
- Chassin, M. (1998). Is health care ready for Six Sigma quality? *Milbank Q, 76*(4), 565-591, 510.
- Chowdhury, H., Zelenyuk, V., & Wodchis..., W. (2010). Efficiency and Technological Change in Health Care Services in Ontario. *CEPA Working Papers*
- Commission de la santé mentale du Canada. (2009). Vers le rétablissement et le bien-être - Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada. *Cadre de référence, 129*.
- Conseil des aînés. (2010). Avis sur l'agisme envers les aînés.
- Consortium, National, services, Department, & Project, Minnesota. (1997). *Case Management for the Frail elderly: A Literature Review on Selected Topics*.
- COOKE, L., GEMMILL, R., & Grant, M. (2008). Advanced practice nurses core competencies: a framework for developing and Testing and Advanced Practice Nurse Discharge Intervention. *Clinical Nurse Specialist, 22*(5), 218-225.
- COQSS. (2009). COQSS - Soins de longue durée. *COQSS, MAI*.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1991). A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. *Research and Theory for Nursing*
- Cretin, S., Shortell, S., & Keeler, E. (2004). An evaluation of collaborative interventions to

- improve chronic illness care: framework and study design. *Evaluation Review*, 28(1), 28-51.
- Cryns, A., Nichols, R., Katz, L., & Calkins, E. (1989). The hierarchical structure of geriatric patient satisfaction. An Older Patient Satisfaction Scale designed for HMOs. *Med Care*, 27(8), 802-816.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(suppl 1), 116-111/131.
- Daniel, D., Norman, J., Davis, C., Lee, H., Hindmarsh, M., McCulloch, D., et al. (2004). A state-level application of the chronic illness breakthrough series: results from two collaboratives on diabetes in Washington State. *Jt Comm J Qual Saf.*, 30(2), 69-79.
- Davies, S., & Nolan, M. (2003). 'Making the best of things': relatives' experiences of decisions about care-home entry. *Ageing and Society*, 23, 429-450.
- Dawson, R., Sellers, D., Spross, J., Jablonski, E., Hoyer, D., & Solomon, M. (2005). Do patients' beliefs act as barriers to effective pain management behaviors and outcomes in patients with cancer-related or noncancer-related pain? *Oncology Nursing Forum*, 32(2), 363-374.
- Deber, R., Hollander, M., & Jacobs, P. (2008). Models of funding and reimbursement in health care: A conceptual framework. *Canadian Public Administration*, 51(3), 381-405.
- Delon, S., MacKinnon, B., & Alberta Health CDM Advisory Committee. (2009). Alberta's Systems Approach to Chronic Disease Management and Prevention Utilizing the Expanded Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly*, 13(Special Issue), 98-104.
- Demiris, G., Shigaki, C., & Schopp, L. (2005). An evaluation framework for a rural home-based telerehabilitation network. *Journal of Medical Systems*, 29(6), 595-603.
- Department of Health (UK). (2005). *Long-term Conditions National Service Framework*.
- Department for Work and Pensions (UK). (2010). A good place to grow older : learning and innovation from local government.
- Department Of Health (UK). (2009). Common Assessment Framework for Adults: A consultation on proposals to improve information sharing around multi-disciplinary assessment and care planning.
- Desmarais, H. (2010). Financial Incentives in the Long-Term Care Context: A First Look at Relevant Information - Kaiser Family Foundation. *Medicare*.
- Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R., & Dutil, E. (1995). Normative data for grip strenght of elderly men and women. *American Journal of occupational Therapy*, 49(7), 637-644.
- Dewing, J. (2004). Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centredness in nursing with older people. *Journal of Clinical Nursing*, 13(s1), 39-44.
- DiJerome, L. (1992). The nursing case management computerized system: meeting the challenge of health care delivery through technology. *Comput Nurs*, 10(6), 250-258.
- Dilworth-Anderson, P., Williams, I., & Gibson, B. (2002). Issues of Race, Ethnicity, and Culture

- in Caregiving Research: A 20-Year Review (1980-2000). *The Gerontologist*, 42(2), 237.
- Diwan, S., Hougham, G. W., & Sachs, G. A. (2004). Strain Experienced by Caregivers of Dementia Patients Receiving Palliative Care: Findings from the Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE) Program. *Journal of Palliative Medicine*, 7(6), 797-807.
- domicile, C. H. C. A. c. d. s. e. s. à. (200). Chronic Care Model. *CHCA Report*.
- Donnelly, S., & Battley, J. (2010). Relatives' experience of the moment of death in a tertiary referral hospital. *Mortality*.
- Dosman, D., & Keating, N. (2005). Cheaper for whom? costs experienced by formal caregivers in adult family living programs. *J Aging Soc Policy*, 17(2), 67-83.
- Dubois, M.-F., Dubuc, N., Raïche, M., Caron, C. D., & Hébert, R. (2008). Correlates of the perceived need for institutionalisation among older adults without cognitive impairment. *Gerontology*, 54(4), 244-251.
- Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M., & Trottier, L. (2006). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Archives of gerontology and geriatrics*, 42(2), 191-206.
- Duckitt, J. H. (1983). Predictors of subjective well-being in later life: An empirical assessment of theoretical framework in social gerontology. *Humanista: Journal for research in the human sciences*, 9, 211-219.
- Dupuis, S. L., & Norris, J. E. (1997). A multidimensional and contextual framework for understanding diverse family members' roles in long-term care facilities. *Journal of Aging Studies*, 11(4), 297-325.
- durée, M. d. I. S. e. d. s. d. I. (2009). Vieillir chez soi - L'Ontario transforme les osins à domicile et communautaires pour les personnes âgées. *Vieillir chez soi*.
- Egan, M., Munroe, S., Hubert, C., Rossiter, T., Gauthier, A., Eisner, M., et al. (2007). Caring for residents with dementia and aggressive behavior: impact of life history knowledge. *J Gerontol Nurs*, 33(2), 24-30.
- Ejaz, F., Noelker, L., Schur, D., Whitlatch, C., & Looman, W. (2002). Family satisfaction with nursing home care for relatives with dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 21(3), 368.
- Eleazer, P., & Fretwell, M. (2004). The PACE Model (Program of All Inclusive Care of the Elderly) : A Review. *Chap. 5 Emerging Systems in Long term Care*, 4.
- Epping-Jordan, J., Pruilt, S., Bengoa, R., & Wagner, E. (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*, 13, 299-305.
- Essock, S., Frisman, L., & Kontos, N. (1998). Cost-effectiveness of assertive community treatment teams. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 179-190.
- Evensen, A., Sanson-Fisher, R., D'este, C., & Fitzgerald, M. (2010). Trends in publications regarding evidence practice gaps: A literature review. *Implementation Science* 2010 5:7, 5(1), 11.
- Executive, NHS. (1999). *Quality and Performance in the NHS: Clinical Indicators*.

- Executive, NHS. (2000). NHS Performance Indicators : July 2000. 2002(04-08).
- Experton, B., Ozminkowski, R., Pearlman, D., Li, Z., & Thompson, S. (1999). How does managed care manage the frail elderly? The case of hospital readmissions in free-for-service versus HMO systems. *American Journal of Preventive Medicine*, 16(3), 163-172.
- Falk-Rafael, A. (2000). Watson's Philosophy, Science, and Theory of Human Caring as a Conceptual Framework for Guiding Community Health Nursing Practice. *Advances in Nursing Science*, 23(2), 34-49.
- Farquhar, J. (2010). C'est quoi, le suivi intensif en équipe dans la communauté? Présentaiton apr James Farquhard MD, psychiatre de l'équipe PACT de l'hôpital Douglas (Montréal, Canada). *Communication*.
- Fazekas, M., Ettelt, S., Newbould, J., & Nolte, E. (2010). Framework for assessing, improving and enhancing health service planning. *Technican Reports*(TR-847-BF), 86.
- Feldman, H. (2005). Improving Health Care for Children with Chronic Conditions: Toward a "Wholistic" Approach. *Current Pediatric Reviews*.
- Ferlie, E., & Shortell, S. (2001). Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. *Milbank Quarterly*, 79(2), 281-315.
- Field, D., Minkler, M., Cowan, P., Field, D., Hanser, D., Skolnick, A., et al. (1993). The Importance of Family in Advanced Old Age: The Family is "Forever". *Family, self and society: Toward a New Agendy for Family Research* (pp. 331-351).
- Fischer, L. R., Green, C. A., Goodman, M. J., Brody, K. K., Aickin, M., Wei, F., et al. (2003). Community-Based Care and Risk of Nursing Home Placement. *Medical care*, 41(12), 1407-1416.
- Fisher, H., & Raphael, T. (2003). Managed long-term care: care integration through care coordination. *J Aging Health*, 15(1), 223-245.
- Fisher, H. M., & McCabe, S. (2005). Managing chronic conditions for elderly adults: The VNS CHOICE model. *Health Care Financing Review*, 27(1), 33.
- Forbes, D., & Neufeld, A. (2008). Looming Dementia Care Crisis: Canada Needs an Integrated Model of Continuing Care Now! *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*.
- Forster, A., Lambley, R., & Young, J. (2010). Is physical rehabilitation for older people in long-term care effective? Findings from a systematic review. *Age and Ageing*.
- Fortinsky, R. H. (2001). Health care triads and dementia care: integrative framework and future directions. *Aging and Mental Health*, 5(Suppl 1), 35-48.
- Foster-Fishman, P., SL, B., Lounsbury, D., Jacobson, S., & Allen, N. (2001). Building collaborative capacity in community coalitions: a review and integrative framework. *Am J Community Psychol.*, 29(2), 241-146.
- Fraser, G., Singh, P., & Bennett, H. (1996). Variables associated with cognitive function in elderly California Seventh-day Adventists. *American Journal of Epidemiology*, 143, 1181-1190.
- Freeman, G., Olesen, F., & Hjortdahl, P. (2003). Continuity of care: an essential element of

- modern general practice? *Fam Pract*, 20(6), 623-627.
- Garcia-Perez, L., Linertova, R., & Martin-Olivera, R. (2009). A systematic review of specialised palliative care for terminal patients: which model is better? *Palliative Medicine*, 23(1), 17-22.
- Gasparini, L., Govoni, S., & Battaini, F. (1998). *A review on the neurobiological basis of memory*.
- Gergory, N., Collins-Atkins, C., Macpherson, R., Ford, S., & Palmer, A. (2006). Identifying the needs of carers in mental health services. *Nurs Times*, 102(17), 32-35.
- Gillette-Guyonnet, S., Andrieu, S., & Nourhashémi, F. (2003). The French multicenter prospective study: hospitalisation predictive factors and management of Alzheimer disease patients (REAL.FR). *La Revue de médecine ...*, 24, 278s-282s.
- Ginsburg, I., & Eng, C. (2009). On-Site Mental Health Services for PACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly) Centers. *Journal of the American Medical Directors ...*
- Ginsburg, L., Lewis, S., Zackheim, L., & Casebeer, A. (2007). Revisiting interaction in knowledge translation. *Implement Sci.*, 2(1), 34.
- Gitlin, L. (2003). Conducting Research on Home Environments: Lessons Learned and New Directions. *The Gerontologist*, 43(5), 628.
- Given, B., & Sherwood, P. (2006). Family care for the older person with cancer. *Seminars in oncology nursing*, 22(1), 43-50.
- Gladstone, J., & Wexler, E. (2002). The development of relationships between families and staff in long-term care facilities: Nurses' perspectives. *Canadian Journal on Aging-Revue Canadienne Du Vieillissement*, 21(2), 217-228.
- Glasgow, R., Funnell, M., Bonomi, A., Davis, C., Beckham, V., & Wagner, E. (2002). Self-Management Aspects of the Improving Chronic Illness Care Breakthrough Series: Implementation With Diabetes and Heart Failure Teams. *Ann Behav Med*, 24(2), 80-87.
- Glasgow, R., Tracy Orleans, C., Wagner, E., Curry, S., & Solberg, L. (2001). Does the Chronic Care Model Serve Also as a Template for Improving Prevention? *Milbank Quarterly*, 79(4), 579-612.
- Gleckman, H. (2010). The Faces Of Home Care. *Health Affairs*, 29(1), 125-129.
- Golding, B., Foley, A., Brown, M., & Harvey, J. (2010). Senior men's learning and wellbeing through community participation in Australia.
- Goldman, J., Meuser, J., Rogers, J., Lawrie, L., & Reeves, S. (2010). Interprofessional collaboration in family health teams: An Ontario-based study. *Canadian Family Physician*, 56(10), e368.
- Gomes, B., & Higginson, I. (2006). Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *British Medical Journal*.
- Gouvernement du Canada. (1999). *Effective Dissemination and Implementation of Canadian Task Force Guidelines on Preventive Health Care: Literature Review and Model Development*.

- Gouvernement of Alberta. (2010). Aging population policy framework
- Gouvernement of Scotland. (2010). Shaping Bereavement Care: Consultation on A Framework for Action for Bereavement Care In NHS Scotland. *Consultation : Sharping Bereavement Care 1*.
- Government, O. (2010). Le gouvernement McGuinty introduit une nouvelle loi sur les maisons de retraite. *Communiqués*.
- Government, O. (2010). Community Care Access Centre - Centre d'accès aux soins communautaires (Ontario). *Site web*.
- Government of Alberta. (2010). Aging Populaiton Policy Framework. *Report*.
- Government Of Alberta, M. (2010). Alberta's 5-Year Health Action Plan, 2010–2015. *Becoming the Best*.
- Government of Ontario. (2010). The Excellent Care for All Act - Strengthening the Focus on Quality, Value and Evidence-based Care in Ontario. *Site web*, 18.
- Government Offices of Sweden. (2010). The future need for care - Results from the LEV project. *Report*, 52.
- Grabowski, D. (2006). The cost-effectiveness of noninstitutional long-term care services: Review and synthesis of the Most Recent Evidence. *Medical Care Research and Review*, 63(1), 3-28.
- Grant, J., Brutscher, P.-B., Kirk, S., Butler, L., & Wooding, S. (2010). Capturing Research Impacts: A review of international practice. *Rand Coproration documented briefing series*.
- Gravelle, H., Dusheiko, M., Sheaff, R., Sargent, P., Boaden, R., Pickard, S., et al. (2007). Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ*, 334(7583), 31.
- Green, C., & Wheeler, J. (2003). Physician variability in the management of acute postoperative and cancer pain: a quantitative analysis of the Michigan experience. *Pain Med*, 4(1), 8-20.
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Grey, M., Knafl, K., & McCorkle, R. (2006). A framework for the study of self-and family management of chronic conditions. *Nursing Outlook*, 54(5), 278-286.
- Gross, D., TEMKIN-GREENER, H., Kunitz, S., & Mukamel, D. (2004). The growing pains of integrated health care for the elderly: lessons from the expansion of PACE. *Milbank Quarterly*, 82(2), 257-282.
- Guérin, F. (2006). The sociological debate about the “competency model”. *Psychologie du travail et des organisations*.
- Guillot, V. (2010). Réseau de services intégrés pour les personnes âgées : bilan régional de déploiement. *Rapport*.

- Guruge, S., McGilton, K., Yetman, L., Campbell, H., Librado, R., Bloch, L., et al. (2005). Unit Manager's Role with Family Members of Clients in Complex Continuing Care Settings: An Untold Story. *Can J Aging*, 24(2), 127-138.
- Haggerty, J., Burge, F., Levesque, J.-F., Gass, D., Pineault, R., Beaulieu, M.-D., et al. (2007). Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts. *Annals of Family Medicine*, 5(4), 336-344.
- Ham, C. (2009). Chronic Care in the English National Health Service: Progress and Challenges. *Health affairs*, 28(1), 190-201.
- Handler, A., Issel, M., & Turnock, B. (2001). A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1235-1239.
- Hannan, S., Norman, I., & Redfern, S. (2001). Care work and quality of care for older people: a review of the research literature. *Reviews in clinical gerontology*, 11, 189-203.
- Hansen, J. C. (2008). Community and in-home models. *American Journal of Nursing*, 108(9 Suppl), 69-72.
- Harris, R., Helfand, M., Woolf, S., Lohr, K., Mulrow, C., Teutsch, S., et al. (2001). Current Methods of the U.S. Preventive Services Task Force: A Review of the Process. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(suppl 3), 21-35.
- Hauser, J., & Kramer, B. (2004). Family caregivers in palliative care. *Clinics in geriatric medicine*, 20(4), 671-688.
- Haute Autorité de Santé (FR). (2010). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. *Espace professionnels de santé*.
- Health Quality Council of Alberta. (2010). Patient Safety Framework for Albertans.
- Healthcare, A. (2003). Family Care Independent Assessment: An Evaluation of Access, Quality and Cost-Effectiveness for Calendar Year 2002 *Miscellaneous*.
- Hebert, M. (2001). Telehealth success: evaluation framework development. *Studies in health technology and informatics*.
- Hebert, M., Korabek, B., & Scott, R. (2006). Moving research into practice : A decision framework for integrating home telehealth into chronic illness care. *International Journal of Medical Informatics*, 75(12), 786-794.
- Hébert, R. (2009). Home care: from adequate funding to integration of services. *HealthcarePapers*.
- Hébert, R., Dubois, M.-F., Raïche, M., Dubuc, N., & Group, PRISMA-Estrie. (2008). The effectiveness of the PRISMA integrated service delivery network: preliminary report on methods and baseline data. *Journal of Integrated Care*, 8(feb), e1-15.
- Hébert, R., Dubois, M.-F., Raïche, M., Dubuc, N., & Group, A. t. P.-E. (2008). The effectiveness of the PRISMA integrated service delivery network: preliminary report on methods and baseline data. *International Journal of Integrated Care*, 8(11).
- Hébert, R., Durand, S., Somme, D., & Raïche, M. (2009). Annual Conference Supplement 2009: PRISMA in Québec and France: implementation and impact of a coordination-type

integrated service delivery (ISD) system for frail older people. 9(Suppl).

- Hébert, R., & PRISMA Group*. (2003). L'intégration des services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité. *Santé, Société et solidarité, Hors série 2003 - Vieillesse et santé II*, 67-76.
- Hebert, R., Raiche, M., Dubois, M., Gueye, N., Dubuc, N., & Tousignant, M. (2009). Impact of PRISMA, a Coordination-Type Integrated Service Delivery System for Frail Older People in Quebec (Canada): A Quasi-experimental Study. *The Journals of Gerontology: Series B*.
- Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M.-F., Dubuc, N., Gueye, N. d. R., Blanchette, D., et al. (2008). Les impacts du réseau intégré de services PRISMA. *Gérontologie et société*, 124(mars), 15-48.
- Hebert, R., Raiche, M., Dubois, M.-F., Gueye, N. D. R., Dobuc, N., & Tousignant, M. (2010). Impact of PRISMA, a Coordination-Type Integrated Service Delivery System for Frail Older People in Quebec (Canada): A Quasi-experimental Study. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(1), 107-118.
- Hébert, R., Tourigny, A., & Gagnon..., M. (2007). Book Review/Compte rendu. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du*
- Hébert, R., Veil, A., Raïche, M., Dubois, M.-F., Dubuc, N., Tousignant, M., et al. (2008). Evaluation of the Implementatio of PRISMA, a Coordination-Type Integrated Service Delivery System for Frail Older peopole in Québec. *Journal of integrated care*, 16(6), 4-14.
- Helfrich, C., Damschroder, L., Hagedorn, H., Daggett, G., Sahay, A., Ritchie, M., et al. (2010). A critical synthesis of literature on the Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) framework. *Implementation Science* 2009 4:29, 5(1), 82.
- Hensel, B., Demiris, G., & Courtney, K. (2006). Defining obtrusiveness in home telehealth technologies: A conceptual framework. *Journal of the American Medical*
- Hibbard, J. (2003). Engaging health care consumers to improve the quality of care. *Medical Care*, 41(1), 61-70.
- Hogg, W., Dahrouge, S., Russell, G., Tuna, M., Geneau, R., Muldoon, L., et al. (2009). Health promotion activity in primary care: performance of models and associated factors *Open Medicine*, 3(3).
- Hollander, M. (2006). Providing integrated care and support for persons with ongoing care needs: Policy, evidence, and models of care. *From ideas to action: Integrating community support services within regionalized models: Innovations and best practices from across Canada*.
- Hollander, M. (2010). National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care (Canada). *Site web*.
- Hollander, M., Chappell, N., Prince, M., & Shapiro, E. (2007). Providing care and support for an aging population: Briefing notes on key policy issues. *Healthcare Quarterly*, 10(3), 34-45.

- Hollander, M., & Chappell, N. L. (2007). A Comparative Analysis of Costs to Government for Home Care and Long-term Residential Care Services, Standardized for Client Care Needs. *Canadian Journal on Aging*.
- Hollander, M., & Corbett, C. (2010). Time for a Paradigm Shift: Managing Smarter by Moving from Data and Information to Knowledge and Wisdom in Healthcare Decision-Making. *Healthcare quarterly*, 13(2), 49-54.
- Hollander, M., Liu, G., & Chappell, N. (2009). Who Cares and How Much? The Imputed Economic Contribution to the Canadian Healthcare System of Middle-Aged and Older Unpaid Caregivers Providing Care to The Elderly. *Healthcare Quarterly*, 12(2), 42-49.
- Hollander, M., Miller, J., MacAdam, M., Chappell, N., & Pedlar, D. (2009). Increasing Value for Money in the Canadian Healthcare System: New Findings and the Case for Integrated Care for Seniors. *Health Care Q*, 12(1), 39-47.
- Hollander, M., & Prince, M. (2008). Organizing Healthcare Delivery Systems for Persons with Ongoing Care Needs and Their Families: A Best Practices Frameworks. *Healthcare Quarterly*, 11(1), 44-54.
- Hollander, M. J., Miller, J. A., & Kadlec, H. (2010). Evaluation of Healthcare Services : Asking the Right Questions to Develop Nieu Policy and Program-Renevant Knowledge for Decision-Making. *Healthcare Quarterly*, 13(4), 40-47.
- Hu, P. (2003). Evaluating telemedicine systems success: a revised model. *Proceedings of the 36th Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS 03)*, January, 6-9.
- Huber, M., Rodrigues, R., & European Centre for Social Welfare Policy and Research. (2010). Facts & Figures on Long-term Care - Europe and North America - A framework for measuring long-term care expenditure in Europe.
- Hudson, P., Quinn, K., O'Hanlon, B., & Aranda, S. (2008). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, 7(1), 12.
- Hughes, E., King, C., & Kitt, S. (2002). Using the Australian and New Zealand Telehealth Committee framework to evaluate telehealth: identifying conceptual gaps. *Journal of telemedicine and telecare*, 8, 36-38.
- Hyer, L., Ragan, A., Norris, M., Molinari, V., & Ogland, H. (2002). Training in long-term care facilities: Critical issues; Emerging trends in psychological practice in long-term care. Part II. *Clinical gerontologist.*, 25(3/4), 197-237.
- ICIS. (2006). Soins de longue durée en établissement au Canada en 2004-2005 - Un nouveau portrait de la continuité des soins *Rapports du Système d'information sur les soins de longue durée*.
- Improvement Health Institute. (2003). *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*.
- Improvement Health Institute. (2004). *Improving the Reliability of Health Care*.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2010). Utilisation des services d'urgence en Ontario par les personnes âgées, 2004-2005 à 2008-2009. *Analyse en bref (ICIS • CIHI)*, fev.

- Institut canadien d'information sur la santé. (2010). Depression Among Seniors in Residential Care. *Analysis in Brief, May 2010 Types of Care*, 18.
- Ivy, G. O., MacLeod, C. M., Petit, T. L., Markus, E. J., Craik, F. I. M., & Salthouse, T. A. (1992). A physiological framework for perceptual and cognitive changes in aging. *The Handbook of Aging and Cognition* (pp. 273-314).
- Jackson, R., How, N., & Nakashima, K. (2010). The Global Aging Preparedness Index. 76.
- Jacobson, G., Neuman, T., & Damico, A. (2010). Medicare Spending and Use of Medical Services for Beneficiaries in Nursing Homes and Other Long-Term Care Facilities: A Potential for Achieving Medicare Savings and Improving the Quality of Care - Kaiser Family Foundation. *Medicare*.
- Jonas-Simpson, C., & Mitchell, G. (2005). Giving voice to expressions of quality of life for persons living with dementia through story, music, and art. *Alzheimer's Care Quarterly*, 6(1), 52-61.
- Jull, J., Canadian Association of Occupational Therapists, & Public Health Agency of Canada. (2010). Seniors Caring for Seniors. *caot.ca*.
- Just, J., Schulz, C., Bongartz, M., & Schnell, M. (2010). Palliative care for the elderly - developing a curriculum for nursing and medical students. *BMC Geriatrics* 2010 10:66, 10(1), 66.
- Juth, N., Lindblad, A., Lynoe, N., Sjostrand, M., & Helgesson, G. (2010). European Association for Palliative Care (EAPC) framework for palliative sedation: an ethical discussion. *BMC Palliative Care* 2010 9:20, 9(1), 20.
- Kaiser Family Foundation. (2010). Briefing Examines High Medicare Spending for Beneficiaries in Long-Term Care. *Medicare*.
- Kalubi, J., Beauregard, F., & Houde, S. (2008). Pratiques d'intervention et pratiques novatrices en déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED) Recension d'écrits. *sites.google.com*.
- Kane, R. (1995). Expanding the home care concept: Blurring distinctions among home care, institutional care, and other long-term care services. *The Milbank Quarterly*, 73(2), 161-186.
- Kelly, J., & Orr, A. (2009). Accountability, Responsiveness and Quality for Clients Model of Home Support: A model for improved home support services to promote aging at home. *HealthcarePapers*, 10(1), 65-71.
- Kennedy, A. (2009). Evaluating Nursing Staff Mix in Long-term Care : A comprehensive Framework. *Healthcare Quarterly*, 12(4), 46-53.
- Kerr, A., & NHS in Scotland, E. (2005). Building a Health Service fit for the future - A national Framework for Service Change in the NHS in Scotland.
- Kickbusch, I., & Buckett, K. (2010). Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. *South Australian Policy Online*.
- King, S., Teplicky, R., King, G., & Rosenbaum, P. (2004). Family-Centered service for children

- with cerebral palsy and their families: a review of the literature. *Seminars in Pediatric Neurology*, 11(1), 78-86.
- Klazinga, N. (2000). Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems. *Int J Qual Health Care*, 12(3), 183-189.
- Kodner, D., & Kyriacou, C. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1(1), 1-19.
- Kodner, D. L. (2006). Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health & Social Care in the Community*, 14(5), 384-390.
- Kozyrskyj, A., Black, C., Chateau, D., & Steinbach, C. Discharge Outcomes in Seniors Hospitalized for More than 30 Days. *Canadian Journal on Aging/ La Revue Canadienne du Vieillessement*, 24(suppl. 1), 107-119.
- Kramer, A., Shaughnessy, P., & Bauman, M. (1990). Assessing and assuring the quality of home health care: A conceptual framework. *The Milbank ...*, 68(3), 413-443.
- KTECOP. (2010). Ontario Knowledge Transfer and Exchange Community of Practice (KTECOP). *Site web*.
- Lambert, M., Bock, T., Schöttle, D., & Golks, D. (2010). Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first-and multiple-episode schizophrenia spectrum *The Journal of clinical Psychiatry*.
- Lapaige, V. (2010). "Integrated knowledge translation" for globally oriented public health practitioners and scientists: Framing together a sustainable transfrontier knowledge translation vision. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 3, 33-47.
- Lavallart, P. R. e. B. (2009). Le plan Alzheimer 2008-2012. *Gérontologie et société*, n° 128-129(1), 13-31.
- Lavis, J. N., & Shearer, J. (2010). Strengthening Primary Healthcare in Canada. *McMaster Health Forum - Issue Brief*.
- Lavis, J. N., & Sheater, J. (2010). Dialogue Summary : Strengthening Primary Health care in Canada (Dialogue 2) - McMaster Health Forum 2009. *McMaster Health Forum*.
- Lavoie, J.-P., & Guberman, N. (2007). Prendre soin des personnes âgées ayant des incapacités. Quel partage de responsabilité entre les familles et l'état? *CAIRN (Caisse nationale des Allocations familiales) Informations sociales*, 7(143), 76-86.
- Leclerc, B.-S., Begin, C., Cadieux, E., Goulet, L., Allaire, J.-F., Meloche, J., et al. (2010). Relationship between home hazards and falling among community-dwelling seniors using home-care services. *Rev Epidemiol Sante*, 58(1), 3-11.
- Lee, T. (2010). Putting the Value Framework to Work. *New England Journal of Medicine*, 3.
- Lehning, A., & Austin, M. (2010). Long-Term Care in the United States: Policy Themes and Promising Practices. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(1), 43-63.
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older

- persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'brien, K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science* 2010 5:69, 5(1), 69.
- Levine, C., Halper, D., Peist, A., & Gould, D. (2010). Bridging Troubled Waters: Family Caregivers, Transitions, And Long-Term Care. *Health Affairs*, 29(1), 116-124.
- Lewis, R. (1998). The impact of the marital relationship on the experience of caring for an elderly spouse with dementia. *Ageing and Society*, 18, 209-231.
- Lewis, R., & Dixon, J. (2004). Rethinking management of chronic diseases. *BMJ*, 328(7433), 220-222.
- Li, G., Phillips, C., & Weber, K. (2009). On lok: a successful approach to aging at home. *HealthcarePapers*.
- Ling, T., & Nason, E. (2006). An Evaluation Framework for "Foundations for Living": Supporting Disabled People to Live Independently in the Community. *rand.org*.
- Lingler, J., Sherwood, P., Crighton, M., Song, M., & Happ, M. (2008). Conceptual Challenges in the Study of Caregiver-Care Recipient Relationships. *Nursing Research*, 57(5), 367.
- Lipietz, A. (1999). *Qu'est-ce que l'écologie politique : La grande transformation du XXIe siècle*.
- Logue, R. M. (2003). Maintaining family connectedness in long-term care. An advanced practice approach to family-centered nursing homes. *J Gerontol Nurs*, 29(6), 24-31.
- Lorenz, K., Lynn, J., Dy, S., Hughes, R., Mularski, R., Shugarman, L., et al. (2006). Cancer care quality measures: symptoms and end-of-life care. *Evidence report/technology assessment*(137), 1.
- Lowenstein, A. (2004). Gerontology coming of Age: The Transformation of Social Gerontology into a Distinct Academic Discipline. *Educational Gerontology*, 30(2), 129-141.
- Lui, C. (2010). Care and support for people with dementia and their carers. *espace.library.uq.edu.au*.
- Lum, J. M., & Aikens, A. (2009). From Denmark to Deep River: Integrating Care in Small and Rural Communities in Ontario. *Healthcare Papers*, 10(1), 52-57.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., Koenig, H.-H., Braehler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39(1), 31-38.
- Lynch, J., & Smith, G. (2005). A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology. *Annual Review of Public Health*, 26, 1-35.
- Lynn, U., & Thomas, T. (2004). A Systems Framework for Evaluating Nursing Care Quality in Nursing Homes. *Journal of Medical Systems*, 28(2), 197.
- MacAdam, M. (2000). Home care: it's time for a Canadian model. *HealthcarePapers*, 1(4).
- MacAdam, M. (2004). Examining Home Care in Other Countries: The Policy Issues. *Home Health Care Management & Practice*, 16(5), 393.
- MacAdam, M. (2009). Moving Toward Health Service Integration: Provincial Progress in

System Change for Seniors. *CPRN Research Report, May.*

- MacAdam, M., & Networks, R. c. d. r. e. p. p. C. P. R. (2008). *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review.*
- Macko, P., Dunn, S., Blech, M., Ashby, F., & Schwab, T. (1995). The social HMOs : meeting the challenge of integrated team care coordination. *Journal of Case Management*, 4(3), 102-106.
- Magnussen, J., Vrangbaek, K., & Saltman, R. B. (2009). Nordic health care systems - Recent reforms and current policy challenges. *Nordic health care systems.*
- Mahmood, M., & Medewitz, J. (1985). Impact of design methods on decision support systems success: an empirical assessment. *Information and Management.*, 9(3), 137-151.
- Mahoney, D., Purtilo, R., Webbe, F., & Alwan, M. (2007). In-home monitoring of persons with dementia: Ethical guidelines for technology research and *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's*
- Marije, S., & Michael, E. (2006). *A New Explanatory Model for Policy Analysis and Evaluation.*
- Marshall, M. (2007). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *medscape.com.*
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (2000). Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews (Online)(2).*
- Marshall, M., & Lockwood, A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews (Online)(2).*
- Marshall, M., & Lockwood, A. (2003). Early Intervention for Psychosis: Review. *mrw.interscience.wiley.com.*
- Martelli, M., Zasler, N., Bender, M., & Nicholson, K. (2004). Psychological, neuropsychological, and medical considerations in assessment and management of pain. *J Head Trauma Rehabil*, 19(1), 10-28.
- Marx, C., Dailey, G., Cheney, C., Vint, I., & Muchmore, D. (1992). Do Estrogens Improve Bone Mineral Density in Osteoporotic Women over Age 65? *Journal of Bone and Mineral Research*, 7(11), 1275-1279.
- Mason, A., Weatherly, H., Spilsbury, K., Arksey, H., Golder, S., Adamson, J., et al. (2007). A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. *Health Technol Assess*, 11(15), 1-157.
- Mason, A., Weatherly, H., Spilsbury, K., Golder, S., Arksey, H., Adamson, J., et al. (2007). The effectiveness and cost-effectiveness of respite for caregivers of frail older people.- A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. *J Am Geriatr Soc*, 55, 90-299.
- Mastel-Smith, B. (2008). A Life Review Model: The Bridge between Older Home Care Clients and Direct Care Workers. *Geriatric Nursing.*

- McColl, M., Shortt, S., Godwin, M., & Smith, K. (2009). Models for integrating rehabilitation and primary care: A scoping study. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*(90), 1523-1531.
- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3a), 31-38.
- McCormick, J., Clifton, J., Sachrajda, A., Chereti, M., & McDowell, E. (2009). Getting on : Well-being in later life. *Institute for Public Policy Research*.
- McCubbin, H., McCubbin, M., McCubbin, H., & Thompson, A. (1987). Family System Assessment in Health Care. *Family Assessment Inventories for Research and Practice* (pp. 51-78).
- McCullough, D., Price, M., Hindmarsh, M., & Wagner, E. (1998). A Population-Based Approach to Diabetes Management in a Primary Care Setting: Early Results and Lessons Learned. *ACP Online*.
- McGilton, K., Guruge, S., Librado, R., Bloch, L., & Boscart, V. (2008). Health Care Aides' Struggle to Build and Maintain Relationships with Families in Complex Continuing Care Settings. *Canadian Journal on Aging*, 27(2), 135-143.
- McGLYNN, E. (2003). Introduction and overview of the conceptual framework for a national quality measurement and reporting system. *Medical Care*, 41(1 Suppl), 1-7.
- McHugh, M., & Rainone, F. (2007). Patient-Centered Palliative Care in the Home. *Choices in Palliative Care*, 31-44.
- Meagher, G., & Szebehely, M. (2010). Private financing of elder care in Sweden - Arguments for and against.
- Medicaid Institute at United Hospital Fund. (2009). An overview of Medicaid Long-Term Care Programs in New York.
- Mezey, M., Kobayashi, M., & Grossman..., S. (2004). Nurses Improving Care to Health System Elders (NICHE): implementation of best practice models. *Journal of Nursing Administration*, 34(10), 451-457.
- Miller, E., & Weissert, W. (2000). Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality : A Synthesis. *Medical Care Research and Review*(57), 259-297.
- Mills, E. (1994). The effect of low-intensity aerobic exercise on muscle strenght, flexibillity, and balance among sedentary elderly persons. *Nursing Research*, 43(4), 207-211.
- Milne, T. (2000). Strengtening local public health practice: a view to the millennium. *J Public Health Manag Pract.*, 6(1), 61-66.
- Minister's Advisory Commitee on Health. (2009). A Foundation for Alberta's Health System. Report of the Minister's Advisory Committee on Health. A New Legislative Framework for Health. *Report of the Minster's Advisory Committee on Health*
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ontario). (2010). Stratégie Vieillir chez soi (Ontario). *Site Web*.

- Ministry of Health (New Zealand). (2010). Food and Nutrition Guidelines for Healthy Older People - A background paper.
- Ministry of Health and Long-Term Care (Ontario). (2007). Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario's Framework. *Report*.
- Mitchell, P., & Lang, N. (2004). Framing the Problem of measuring and improving healthcare quality: has the Quality Health Outcomes Model been useful? *Medical Care*, 42(2), II-4-II-11.
- Mitrani, V., Lewis, J., Feaster, D., & Czaja, S. (2006). The Role of Family Functioning in the Stress Process of Dementia Caregivers: A Structural Family Framework. *The Gerontologist*, 46(1), 97-105.
- Mnistère du Travail de la Solidarité et de la Fonction Publique (France), & Berra, N. (2010). Bientraitance des personnes âgées : Nora Berra dote les établissements et les professionnels de kits de formation. *Site web*.
- Moen, P. (2010). From 'Work-Family'to the 'Gendered Life Course'and 'Fit': Five Challenges to the Field. *bibliothek.wz-berlin.de*.
- Montgomery, R., & Kwak, J. (2008). TCARE: Tailored Caregiver Assessment and Referral. *AJN The American Journal of Nursing*, 108(9), 54.
- Morrison, K., Andersen, R., & Aday, L. (1998). Understanding the context of healthcare utilization : assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Services Research*, 33(3), 571-596.
- Mou, H., & Winer, S. L. (2010). Fiscal incidence when both individual welfare and family structure matter : the case of subsidization of home-care for the elderly. *Working Paper Series*.
- Moyer, C., Maule, C., Cameron, R., Manske, S., Garcia, J., & Initiative, Canadian. (2004). *Better Solutions for Complex Problems - Description of a Model To Support Better Practices for Health*.
- Mueser, K., Bond, G., & Drake, R. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 37-74.
- Mui, A. (1992). Caregiver strain among black and white daughter caregivers: a role theory perspective. *The Gerontologist*, 32(2), 203.
- Mukamel, D. B., Peterson, D. R., Temkin-Greener, H., Delavan, R., Gross, D., Kuntz, S. J., et al. (2007). Program characteristics and enrollees' outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). *The Milbank Quarterly*, 85(3), 499-531.
- Murnaghan, D., & Comprehensive School Health Research Team. (2006). *The Better Practices Model Resource Guide: Informing Future Researchers, Policy Makers and Organizations*.
- Murray, C., & Evans, D. (2003). Health systems performance assessment: goals, framework and overview. *Health Systems Performance Assessment*.
- Murray, E., May, C., & Mair, F. (2010). Development and formative evaluation of the e-Health

- Implementation Toolkit (e-HIT). *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2010 10:61, 10(1), 61.
- Murray, E., Treweek, S., Pope, C., Macfarlane, A., Ballini, L., Dowrick, C., et al. (2010). Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC medicine*, 8(1), 63.
- Murray, M., Morrow, D., Weiner, M., & Clark, D. (2004). A conceptual framework to study medication adherence in older adults. *American Journal of Pharmacotherapy* 2(1), 36-43.
- Nabitz, U., Klazinga, N., & Walburg, J. (2000). The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. European Foundation for Quality Management. *Int J Qual Health Care*, 12(3), 191-201.
- Naegele, G., Schnabel, E., Van De Maat, J., Kubicki, P., Chiatti, C., & Rostgaard, T. (2010). Measures for social inclusion of the elderly: The case of volunteering - Working paper. *Working Papers*, 43.
- Naleppa, M. (1996). Families and the institutionalized elderly: A review. *Journal of Gerontological Social Work*, 27(1-2), 87-111.
- National Seniors Australia. (2010). Later Life Learning : Unlocking the Potential for Productive Ageing.
- Networks, NHS. (2005). Database of Good ideas
- NHI. (2000). Measuring Performance in the Australian Health System - Towards a National Performance Assessment Framework.
- NHS. (1999). *A National Service Framework for Mental Health*.
- NHS. (2002). "Health Improvement". 108 pp.
- NHS. (2003). *Quality Indicators ; Older People*.
- NHS Institute for Innovation and Improvement, & Sskatchewan Health Quality Council. (2009). HQC - Releasing Time to Care. *Report*.
- Nikolidakis, S., Vergados, D., & Anagnostopoulos, I. (2010). Health Care Web Information Systems and Personalized Services for Assisting Living of Elderly People at Nursing Homes. *Semantics in Adaptive and Personalized Services*, 145-162.
- Nolan, M., & Mock, V. (2004). A conceptual framework for end-of-life care: a reconsideration of factors influencing the integrity of the human person. *Journal of Professional Nursing*, 20(6), 351-360.
- Norris, M., Molinari, V., & Ogland Hand, S. (2002). Emerging trends in psychological practice in long-term care. Part II. *Clinical Gerontologist*, 25(3/4), 125.
- Nour, K. (2010). Guidelines for Community-Based Team Interventions for Older Adults with Severe and Persistent Mental Health Problems. *Intervention*.
- Nour, K., Hébert, M., Dallaire, B., Lavoie, J.-P., Regenstreif, A., & Moscovitz, N. (2010). Une évaluation du programme communautaire de santé mentale pour les 60 ans et plus du CSSS Cavendish. *Rapport de recherche, version préliminaire*, 68.

- Nourhashemi, F., Andrieu, S., & Gillette-Guyonnet..., S. (2010). Effectiveness of a specific care plan in patients with Alzheimer's disease: cluster randomised trial (PLASA study). *British Medical*
- O'Connor, D., Ames, D., Gardner, B., & King, M. (2008). Psychosocial treatment of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. *International Psychogeriatrics*.
- O'Donnell, S., Li, L., King, J., Lauzon, C., & Finn, H. (2010). Development of a framework for reporting health service models for managing rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*.
- Ogland-Hand, S., & Florsheim, M. (2002). Family work in a long-term care setting. *Clinical Gerontologist*, 25(1/2), 105-123.
- Omachonu, V. K., & Einspruch, N. G. (2010). Innovation in Healthcare Delivery Systems : A Conceptual Framework. *The Innovation Journal*, 15(1), Article 2.
- Ontario Home Care Association. (2010). Achieving value in home care through the interdisciplinary team. *Home Care Ontario Position Papers*.
- Ontario Home Care Association. (2010). Home Care in 2010 - Essential for an Aging Population. *Home Care Ontario Position Papers*.
- Ontario Home Care Association. (2010). Home care in brief 2010. *Home Care Ontario Position Papers, September*, 3.
- Ontario Home Care Association. (2010). Private home care - a vital component of the health care continuum in Ontario. *Home Care Ontario Position Papers, Sept*, 2.
- Ontario Public Health. (2009). Towards Evidence-Informed Practice. *TEIP*.
- Ontario Public Health. (2010). Expansion de la stratégie Vieillir chez soi.
- ONU. (2010). Current Status the social situation, well-being, participation in development and rights of older persons worldwide.
- Paez, A., Mercado, R., Farber, S., Morency, C., & Roorda, M. (2010). Accessibility to health care facilities in Montreal Island: An application of relative accessibility indicators from the perspective of senior and non-senior residents. *International Journal of Health Geographics*, 9(1), 52.
- Paré, I. (2003). Le SIPA: les soins aux aînés bien orchestrés. *L'infirmière du Québec*, 10(4), 28-31.
- Patil, C., Singh, V., Satyanarayan, P., Jain, N., Singh, A., & Kulkarni, S. (2003). Protective effect of flavonoids against aging- and lipopolysaccharide-induced cognitive impairment in mice. *Pharmacology*, 69(2), 59-67.
- Pearson, M., & Theis, S. (1991). Program Evaluation Application of a Comprehensive Model for a Community-Based Respite Program. *Journal of Community Health Nursing*, 8(1), 25-31.
- Pearson, M. A., & Theiso, S. L. (1991). Program Evaluation Application of a Comprehensive Model for a Community-Based Respite Program. *Journal of Community Health Nursing*, 8.

- Peckham, A. (2010). Caring for Caregivers: Balancing Formal and Informal Care for Frail Older Persons. *tSPACE.library.utoronto.ca*.
- Pedlar, D., Lockhart, W., & Macintosh, S. (2009). Canada's Veterans Independence Program: A Pioneer of "Aging at Home". *Healthcare Papers*, 10(1), 72-77.
- Perry, M., Cummings, J., Jacobson, G., Neuman, T., & Cubanski, J. (2010). To Hospitalize or Not to Hospitalize? Medical Care for Long-Term Care Facility Residents - Kaiser Family Foundation. *Medicare*.
- Peterson, G., Drone, I., & Munetz, M. (1997). Diversity in case management modalities; the summit model. *Community Mental Health Journal*, 33(3), 245-250.
- Phelan, E., Williams, B., LaCroix, A., Grothaus, L., LoGerfo, J., & Wagner, E. (2004). Effects of Provider Practice on Functional Independence in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*, 52(8), 1233-1239.
- Phillips, L. (1983). Abuse and neglect of the frail elderly at home: An exploration of theoretical relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 8, 379-392.
- Phipps, R., Quantz, D., Shakespeare, M., Stitt, S., & Williams, L. (2002). *Grassroots Leadership in Health Promotion Funding - A Framework for Action*.
- Piatt, G., Orchard, T., Emerson, S., Simmons, D., Songer, T., Brooks, M., et al. (2006). Translating the chronic care model into the community. *Diabetes Care*, 29(4), 811.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2005). Ethnic Differences in Stressors, Resources, and Psychological Outcomes of Family Caregiving: A Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 45(1), 90.
- Profit, J., Typpo, K., Hysong, S., Woodard, L., Kallen, M., & Petersen, L. (2010). Improving benchmarking by using an explicit framework for the development of composite indicators: an example using pediatric quality of care. *Implementation Science* 2010 5:16, 5(1), 13.
- Pun, B., Gordon, S., Peterson, J., Shintani, A., Jackson, J., Foss, J., et al. (2005). Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: a report from two medical centers. *Crit Care Med*, 33(6), 1199-1205.
- Raïche, M., & Dubois, P. (2009). Repérer les personnes âgées en perte d'autonomie significative à l'urgence des personnes âgées en perte d'autonomie avec le questionnaire PRISMA-7 : une opportunité pour les infirmières. *Première ligne*, XXIII3, 10-11.
- Raiche, M., Hebert, R., & Dubois, M. (2008). PRISMA-7: A case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 47(1), 9-18.
- Raïche, M., Hébert, R., Dubois, M.-F., Grégoire, M., Bolduc, J., Bureau, C., et al. (2007). Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7 : présentation, implantation et utilisation. *La Revue de Gériatrie*.
- Richmond, D., McCracken, H., & Broad, J. (1996). Older adults and healthy lifestyle issues:

- results of a community study. *New Zealand Medical Journal*, 12 avril, 122-125.
- Riegelman, R., Evans, C., & Garr, D. (2004). Why a clinical prevention and population health curriculum framework? *American Journal of Preventive Medicine*, 27(5), 477.
- Robinson, L., Bamford, C., Beyer, F., Clark, A., Dickinson, C., Emmet, C., et al. (2010). Patient preferences for future care - how can Advance Care Planning become embedded into dementia care: a study protocol. *BMC Geriatrics*, 10(1), 2.
- Rothman, A., & Wagner, E. (2003). Chronic Illness management: What is the Role of Primary Care? *Ann Intern Med*, 138, 256-268.
- Rozario, P., Morrow-Howell, N., & Hinterlong, J. (2004). Role Enhancement or Role Strain: Assessing the Impact of Multiple Productive Roles on Older Caregiver Well-Being. *Research on Aging*, 26(4), 413.
- Rudd, K., Roxon, N., & Minister for Health and Ageing. A National Health and Hospitals Network for Australia's Future.
- Ryan, T., Nolan, M., Reid, D., & Enderby, P. (2008). Using the Senses Framework to achieve relationship-centred dementia care services. *Dementia*, 7(1), 71.
- Ryburn, B., Wells, Y., & Foreman, P. (2009). Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. *Health & Social Care in ...*, 17(3), 225-234.
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., & Harvey, G. (2002). Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*(11), 174-180.
- Safran, D., Tarlov, A., & Rogers, W. (1994). Primary care performance in fee-for-service and prepaid health care systems. Results from the Medical Outcomes Study. *Jama*, 271(20), 1579-1586.
- Salisbury, C., Bosanquet, N., Wilkinson, E., Franks, P., Kite, S., Lorentzon, M., et al. (1999). The impact of different models of specialist palliative care on patients' quality of life: a systematic literature review. *Palliative medicine*, 13(1), 3.
- Salois, R. (2010). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 - Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications.
- Sangani, P., Rutherford, G., & Kennedy, G. E. (2004). Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection (Cochrane Review). *Cochrane Library*, 2.
- Saucier, P., Burwell, B., Gerst, K., (Firm), M. G., Edmund, S., & United States. Dept. of Health and Human Services. Office of Disability, A. (2005). *The Past, Present, and Future of Managed Long-term Care*.
- Savard, J., Leduc, N., Ibel, P., Béland, F., & Bergman, H. (2007). L'utilisation des services de centre de jour par les personnes âgées qui présentent des incapacités. *Canadian Journal on Aging*, 26(3), 255-274.
- Sawdon, J. (2006). *Connect with us: a resource manual for care home managers developing*

services for people with dementia.

- Schene, A. (1994). Objective and Subjective Dimensions of Family Burden - Towards an integrative framework for research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 289-297.
- Schmoldt, A., Benthe, H. F., & Haberland, G. (1975). Digitoxin metabolism by rat liver microsomes. *Biochem Pharmacol*, 24(17), 1639-1641.
- Schofield, H., Bloch, S., Nankervis, J., Murphy, B., Singh, B., & Herrman, H. (2008). Health and well-being of women family carers: a comparative study with a generic focus. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(6), 585-589.
- Schofield, H. L., Murphy, B., Herrman, H. E., Bloch, S., & Singh, B. (1997). Family Caregiving: measurement of Emotional Well-being and Various Aspects of the Caregiving Role. *Psychological Medicine*, 27, 647-657.
- Schopler, J., Abell, M., & Galinsky, M. (1998). Technology-based groups: a review and conceptual framework for practice. *Social Work*, 43(3), 254-267.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Caparro, M., Mutale, F., & Agrawal, S. (2008). Effects of Caregiving Demand, Mutuality, and Preparedness on Family Caregiver Outcomes During Cancer Treatment. *Oncology Nursing Forum*, 35(1), 49-56.
- Schwarz, K. C. (1999). A study of the relationship of caregiving appraisal to depressive symptomatology and home care utilization. *Journal of Community Health Nursing*, 16(2), 95-108.
- Scott, C., Seidel, J., Bowen, S., & Gall, N. (2009). Integrated Health Systems and Integrated Knowledge : Creating Space for Putting Knowledge into Action. *Healthcare Quarterly*, 13(Special Issue), 30-36.
- Seow, H., Barbera, L., & Howell, D. (2010). Did Ontario's end-of-life care strategy reduce acute care service use? ... *quarterly (Toronto)*.
- Sevigny, A., Dumont, S., Cohen, S., & Frappier, A. (2009). Helping Them Live Until They die: Volunteer Practices in Palliative Home Care. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*.
- Shaw, K., Clifford, C., Thomas, K., & Meehan, H. (2010). Improving end-of-life care: a critical review of the Gold Standards Framework in primary care. *Palliative Medicine*, 0269216310362005v0269216310362001.
- Shaw, K., Clifford, C., Thomas, K., & Meehan, H. (2010). Improving end-of-life care: a critical review of the Gold Standards Framework in *Palliative Medicine*.
- Sherwood, P., Given, B., Given, C., Schiffman, R., Murman, D., & Lovely, M. (2004). Caregivers of persons with a brain tumor: a conceptual model. *Nursing Inquiry*, 11(1), 43-53.
- Shi, L., & Singh, D. (2007). Delivering health care in America: A systems approach. *books.google.com*.
- Shortell, S., Marsteller, J., Lin, M., Pearson, M., Wy, S.-Y., Mendenhall, P., et al. (2004). The Role of Perceived Team Effectiveness in Improving Chronic Illness Care. *Medical care*,

42(11), 1040-1048.

- Si, D., Bailie, R., Cunningham, J., & Robinson, G. (2008). Describing and analysing primary health care system support for chronic illness care in Indigenous communities in Australia's Northern Territory. *BMC Health Services*
- Silva, K., Sena, R., & Seixas, C. (2010). Home care as change of the technical-assistance model. *Revista de Saúde*
- Siminerio, L. (2010). The role of technology and the chronic care model. *J Diabetes Sc Technol*, 4(2), 470-475.
- Siminerio, L., Piatt, G., & Emerson, S. (2006). Deploying the chronic care model to implement and sustain diabetes self-management Training Programs. *The diabetes*
- Simons, K., Shepherd, N., & Munn, J. (2008). Advancing the evidence base for social work in long-term care: the disconnect between practice and research. *Social work in health care*, 47(4), 392-415.
- Singh, A., Chin, A., Bosscher, R., & van Mechelen, W. (2006). Cross-sectional relationship between physical fitness components and functional performance in older persons living in long-term care facilities. *BMC Geriatr.*, 6, 4.
- Singh, D., & Ham, C. (2006). Improving care for people with long-term conditions: a review of UK and international frameworks. *Health Services Management Centre*.
- Singh, V., & Guthikonda, P. (1997). Circulating cytokines in Alzheimer's disease. *J Psychiatr Res*, 31(6), 657-660.
- Sittig, D., & Classen, D. (2010). Safe Electronic Health Record Use Requires a Comprehensive Monitoring and Evaluation Framework. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 303(5), 450.
- Smith, K. L., Soriano, T. A., & Boal, J. (2007). Brief Communication : National Quality-of-Care Standards in Home-Based primary care. *Annals of Internal Medicine*(146), 188-192.
- Solans, M., Pane, S., Estrada, M., Serra-Sutton, V., Berra, S., Herdman, M., et al. (2008). Health-related quality of life measurement in children and adolescents: A systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value Health*, 107(4), 742-764.
- Somme, D., Hébert, R., Bravo, G., Blanchard, F., & Saint-Jean, O. (2007). The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment. *International Journal of Integrated Care*, 7, e1-13.
- Somme, D., Trouvé, H., Périsset, C., Leneveut, L., Lemonnier, S., Taprest, V., et al. (2008). PRISMA-France et la recherche-action. Implanter c'est aussi innover. *Gérontologie et société*, 124(mars), 95-107.
- Sox, C. M., Gribbons, W. M., Loring, B. A., Mandi, K. D., Batista, R., & Porter, S. C. (2010). Patient-Centered Design of an Information Management Module for a Personally Controlled Health Record. <http://www.jmir.org>, 12(3), e36.
- Stetler, C., Mcqueen, L., Demakis, J., & Mittman, B. (2008). An organizational framework and strategic implementation for system-level change to enhance research-based practice:

- QUERI Series. *Implementation Science* 2009 4:29, 3(1), 30.
- Stevenson, L., & McRae, C. (2008). Moving to a culture of safety in community home health care. *Journal of Health Services*
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Public Health, 10*(4), 282-298.
- Stone, R., & Reinhard, S. (2007). The place of assisted living in long-term care and related service systems. *The Gerontologist, 47*(suppl_1), 23.
- Stover Gingerich, B. (2007). The 36-hour day. *Home Health Care Management & Practice, 20*(1), 93-95.
- Suter, P., Hennessey, B., Harrison, G., & Martha Fagan ..., C. (2008). Home-Based Chronic Care: An Expanded Integrative Model for Home Health Professionals. *Home Healthcare Nurse.*
- Team, Care. (2005). National Framework for Service Change in the NHS in Scotland - Report of the Care in Local Settings Action Team. 127.
- Tetlow, R. (2006). *Continuing care retirement communities - A guide to planning.*
- The Scottish Government. (2010). Scotland's national dementia strategy.
- Thomas, P., Hazif-Thomas, C., & Clément, J.-P. (2008). Les aidants amiliaux de malades déments jeunes vivant à domicile - Caregiver burden and young demented patients. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*(8), 30-36.
- Tice, C., & Perkins, K. (1998). Case management for the baby boom generation: a strenghts perspective. *Journal of Case Management, 7*(1), 31-36.
- Titchen, A. (2000). *Professional Craft Knowledge in Patient-Centred Nursing and the Facilitation of its Development.*
- Titchen, A., Ersser, S., Higgs, J., & Titchen, A. (2001). The nature of professional craft knowledge *Practice Knowledge and Expertise in the Health Professions* (pp. 35–41).
- Titchen, A., Higgs, J., & Titchen, A. (2001). Critical companionship: a conceptual framework for developing expertise. *Practice Knowledge and Expertise in the Health Professions* (pp. 80-90).
- Torgerson, R., & Wortsman, A. (2006). Towards a Broader Framework for Understanding Accessibility in Canadian Health Care. *Ottawa: Canadian Policy*
- Totten, A., MPA, P., & Naik, D. (2009). Promoting Excellence in Home Care for Older People. *Home Health Care Management &*
- Tu, H., & Reschovsky, J. (2002). Assessments of medical care by enrollees in for-profit and nonprofit health maintenance organizations. *N Engl J Med, 346*(17), 1288-1293.
- Uebel, K., Nash, J., & Avalos, A. (2007). Caring for the Caregivers: Models of HIV/AIDS Care and Treatment Provision for Health Care Workers in Souhtern Africa. *The Journal of Infectious Diseases*(196 Suppl 3), S5600-S5504.
- Valerie Alsbrook, B., Sherry White, B., Vaughan-Wrobel, B., & Initiative, A. (2007). Training

Caregivers for Older Adults in the Home: A Search for Curricula. *The Caregiving Project for Older Americans - Developing National In-Home Caregiver Training Standards : A Consensus Conference.*

- Variés. (2010). Pour une gérontologie sociale du XXI^è siècle. *Pluriâges*, 1(2), 28.
- Variés. (2010). Welcome to On Lok Lifeways. *Site web*.
- Variés. (2010). National PACE Association: Home. *Site web*.
- Veil, A., Michaud, L., & Hébert, R. (2007). Les perceptions de continuité des services de clientèles âgées en perte d'autonomie suivies en gestion de cas dans le cadre de l'implantation du réseau de services intégrés. *Intervention*, 125, 97-108.
- Veillard, J., Huynh, T., Ardal, S., Kadandale, S., & Klazinga ..., N. (2010). Making Health System Performance Measurement Useful to Policy Makers: Aligning Strategies, Measurement and Local Health System Accountability in Ontario. *Healthcare Policy*, 5(3), 49-65.
- Vogt, T., Aickin, M., Ahmed, F., & Schmidt, M. (2004). The Prevention Index: using technology to improve quality assessment. *Health Serv Res*, 39(3), 511-530.
- Vollmann, A., Wilson, D., MacKean, G., Felix, R., & Wright, M.-F. (2003). Development and testing of a framework for assessing the effectiveness of health promotion. *Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, 48(5), 301.
- Voydanoff, P. (2001). Conceptualizing community in the context of work and family. *Community, Work & Family*, 4(2), 133-156.
- Wade, D., & de Jong, B. (2000). Recent advances: Recent advances in rehabilitation. *British Medical Journal*, 320, 1385-1388.
- Wagner, E. (2004). Chronic disease care. *BMJ*, 328(7433), 177-178.
- Wagner, E., Austin, B., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff*, 20(6), 64-78.
- Wagner, E., Glasgow, R., C., D., Bonomi, A., Provost, L., McCulloch, D., et al. (2001). Quality Improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv*, 27(2), 63-80.
- Wallace, J. (2004). Dementia Care Mapping - A research report. What happens in the day of a life of a long stay dementia pateint? "Not a lot". *Nurse2*.
- Wallsten, S. (2000). Effects of caregiving, gender, and race on the health, mutuality, and social supports of older couples. *Journal-of-Aging-and-Health (J-AGING-HEALTH)*, 12(1), 90-111 (132 ref).
- Walsh, F. (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations*, 51(2), 130-137.
- Walter, U., Flick, U., Neuber, A., Fischer, C., Hussein, R., & Schwartz, F. (2010). Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. *BMC Family Practice* 2010 11:68, 11(1), 68.

- Ward-Griffin, C., Bol, N., Hay, K., & Dashnay, I. (2003). Relationships between Families and Registered Nurses in Long-Term-Care Facilities: A Critical Analysis - Analyse critique de la relation entre familles et infirmières autorisées dans les centres de soins de longue durée. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(4), 150-174(125).
- Ware, J., Bayliss, M., Rogers, W., Kosinski, M., & Tarlov, A. (1996). Differences in 4-year health outcomes for elderly and poor, chronically ill patients treated in HMO and fee-for-service systems: results from the medical outcomes study. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 276(13), 1039-1047.
- Warm, E. (2007). Diabetes and the chronic care model: a review. *Current Diabetes Reviews*.
- WHO. (2010). WHO I Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *WHO*.
- Wiener, J., Anderson, W., & Khatutsky, G. (2007). Are consumer-directed home care beneficiaries satisfied? Evidence from Washington State. *The Gerontologist*.
- Wigger, U. (1996). *Medical Students' And Primary Care Physicians' Opinions And Concerns On The Use Of Information Technology (Computers)*.
- Williams, A. (2007). Strategic Purchasing in Home and Community Care across Canada: Coming to Grips with "What" to Purchase. *HealthcarePapers*, 8, 93.
- WILLIAMS, C. (2008). Cognitive behaviour therapy within assertive outreach teams: barriers to implementation: a qualitative peer audit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(10), 850-856.
- Williams, V., Mccrindle, R., & Victor, C. (2010). Older People's Perceptions of Assistive Technology — An Exploratory Pan-European Study. *Journal of Integrated Care*, 18(1), 38-44.
- Wilson, C., & Dowlatabadi, H. (2007). Models of decision making and residential energy use. *Annua Rev Environ Resour*, 32, 169-203.
- Wilson, D., Justice, C., Thomas, R., Sheps, S., MacAdam, M., & Brown, M. (2005). End-of-life care volunteers: a systematic review of the literature. *Health Services Management Research*, 18(4), 244.
- Winkelman, W., & Leonard, K. (2004). Overcoming structural constraints to patient utilization of electronic medical records : A critical review and proposal for an evaluation framework. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11(2), 151-161.
- Wister, A. V. (1992). Residential attitudes and knowledge, use, and future use of home support agencies. *J. Appl Gerontol*, 11(1), 84-100.
- Wolff, J., & Rand-Giovannetti, E. (2009). Caregiving and Chronic Care: The Guided Care Program for Families and Friends. *Journal of Gerontology*, 1-7.
- Wu, S., Pearson, M., Schaefer, J., Bonomi, A., Shortell, S., Mendel, P., et al. (2003). *Assessing the Implementation of the Chronic Care Model in Quality Improvement Collaboratives: Does Baseline System Support for Chronic Care Matter?* Paper presented at the Human factors in Organizational Design and Management.

- Yang, J., Law, S., Chow, W., Andermann, L., Steinberg, R., & Sadavoy, J. (2005). Assertive Community Treatment for Persons With Severe and Persistent Mental Illness in Ethnic Minority Groups. *Psychiatric Services*, 56(9), 1053-1055.
- Yoshitake, T., Kiyohara, Y., Kato, I., Ohmura, T., Iwamoto, H., Nakayama, K., et al. (1995). Incidence and risk factors of vascular dementia and Alzheimer's disease in a defined elderly Japanese population: the Hisayama Study. *Neurology*, 45, 1161-1168.
- Zapka, J., Taplin, S., Solberg, L., & Manos, M. (2003). A framework for improving the quality of cancer care. ... *Epidemiology Biomarkers &*
- Zhang, N., Wan, T., Breen, G., & Unruh, L. (2010). Comparison of nursing home care between the USA and China. *International journal of Public Policy*, 5(2-3), 121-132.
- Zimmermann, C., Riechelmann, R., Krzyzanowska, M., Rodin, G., & Tannock, I. (2008). Effectiveness of Specialized Palliative Care: A Systematic Review. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 299(14), 1698.

Annexe VII

Références par programmes ou modèles retenus

Assertive Community Treatment (ACT)

- Nour, K. (2010). Guidelines for Community-Based Team Interventions for Older Adults with Severe and Persistent Mental Health Problems. *Intervention*.
- Lambert, M., Bock, T., Schöttle, D., & Golks, D. (2010). Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first-and multiple-episode schizophrenia spectrum *The Journal of clinical Psychiatry*.
- Farquhar, J. (2010). C'est quoi, le suivi intensif en équipe dans la communauté? Présentaiton apr James Farquhard MD, psychiatre de l'équipe PACT de l'hôpital Douglas (Montréal, Canada). *Communication*.
- Assertive Community Treatment Association. (2010). ACT model. *ACTA*.
- WILLIAMS, C. (2008). Cognitive behaviour therapy within assertive outreach teams: barriers to implementation: a qualitative peer audit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(10), 850-856.
- Marshall, M. (2007). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *medscape.com*.
- Gergory, N., Collins-Atkins, C., Macpherson, R., Ford, S., & Palmer, A. (2006). Identifying the needs of carers in mental health services. *Nurs Times*, 102(17), 32-35.
- Yang, J., Law, S., Chow, W., Andermann, L., Steinberg, R., & Sadavoy, J. (2005). Assertive Community Treatment for Persons With Severe and Persistent Mental Illness in Ethnic Minority Groups. *Psychiatric Services*, 56(9), 1053-1055.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (2003). Early Intervention for Psychosis: Review. *mrw.interscience.wiley.com*.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*(2).
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (2000). Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*(2).
- Mueser, K., Bond, G., & Drake, R. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 37-74.
- Essock, S., Frisman, L., & Kontos, N. (1998). Cost-effectiveness of assertive community treatment teams. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 179-190.

Carmen – Procare

- Egan, M., Munroe, S., Hubert, C., Rossiter, T., Gauthier, A., Eisner, M., et al. (2007). Caring for residents with dementia and aggressive behavior: impact of life history knowledge. *J Gerontol Nurs*, 33(2), 24-30.
- Billings, J., Leichsenring, K., Billings, J., & Leichsenring, K. (2006). *Integrating Health and Social Care Services for Older Persons: Evidence from Nine European Countries (Public Policy & Social Welfare S.)*
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4.
- Banks, P. (2004). Policy framework for integrated care for older people developed by the Carmen *lenus.ie*.
- Green, C., & Wheeler, J. (2003). Physician variability in the management of acute

- postoperative and cancer pain: a quantitative analysis of the Michigan experience. *Pain Med*, 4(1), 8-20.
- Bellerose, C., Lavallée, C., & Pampalon, R. (1995). *Santé Québec : rapport de l'enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
- Bellerose, C., Lavallée, C., & Camirand, J. (1994). *Enquête sociale et de santé 1992-1993 : faits saillants*.
- Kozyrskyj, A., Black, C., Chateau, D., & Steinbach, C. Discharge Outcomes in Seniors Hospitalized for More than 30 Days. *Canadian Journal on Aging/ La Revue Canadienne du Vieillessement*, 24(suppl. 1), 107-119.

CHOICE

- Access Economics. (2010). The future of Aged Care in Australia. *Public policy discussion paper*.
- Arendts, G., & Howard, K. (2010). The interface between residential aged care and the emergency department: a systematic review. *Age and Ageing*, 1-7.
- Béland, F. (2010). Service integration (geriatric). *International Encyclopedia of Rehabilitation*.
- Ben Natan, M., Lowenstein, A., & Eisikovits, Z. (2010). Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities. *Int Nurs Rev*, 57(1), 113-120.
- Billette, V., Charpentier, M., & Lavoie, J.-P. (2010). Vies pour Vieillessements, Exclusifs sociales et Solidarités. *Pluriâges*, 1(2), 4-6.
- Bolancé, C., Alemany, R., & Guillén, M. (2010). Prediction of the economic cost of individual long-term care in the Spanish population. *IREA Working Papers*.
- Brataas, H., Bjugan, H., & Wille, T. (2010). Experiences of day care and collaboration among people with mild dementia. *J Clin Nurs*, 10.
- Brown, K. E. (2010). Older Americans Act - Preliminary Observations of Services Requested by Seniors and Challenges in Providing Assistance.
- Caciula, I., Livingston, G., & Caciula, R. (2010). Recognition of elder abuse by home care workers and older people in Romania. *International*
- Conseil des aînés. (2010). Avis sur l'agisme envers les aînés.
- Department for Work and Pensions (UK). (2010). A good place to grow older : learning and innovation from local government.
- Donnelly, S., & Battley, J. (2010). Relatives' experience of the moment of death in a tertiary referral hospital. *Mortality*.
- Forster, A., Lambley, R., & Young, J. (2010). Is physical rehabilitation for older people in long-term care effective? Findings from a systematic review. *Age and Ageing*.
- Gleckman, H. (2010). The Faces Of Home Care. *Health Affairs*, 29(1), 125-129.
- Golding, B., Foley, A., Brown, M., & Harvey, J. (2010). Senior men's learning and wellbeing through community participation in Australia.
- Government of Alberta. (2010). Aging Population Policy Framework. *Report*.
- Government Offices of Sweden. (2010). The future need for care - Results from the LEV project. *Report*, 52.
- Hebert, R., Raiche, M., Dubois, M.-F., Gueye, N. D. R., Dobuc, N., & Tousignant, M. (2010). Impact of PRISMA, a Coordination-Type Integrated Service Delivery System for Frail Older People in Quebec (Canada): A Quasi-experimental Study. *Journals of*

- Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(1), 107-118.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2010). Depression Among Seniors in Residential Care. *Analysis in Brief, May 2010 Types of Care*, 18.
- Jull, J., Canadian Association of Occupational Therapists, & Public Health Agency of Canada. (2010). Seniors Caring for Seniors. *caot.ca*.
- Just, J., Schulz, C., Bongartz, M., & Schnell, M. (2010). Palliative care for the elderly - developing a curriculum for nursing and medical students. *BMC Geriatrics* 2010 10:66, 10(1), 66.
- Leclerc, B.-S., Begin, C., Cadieux, E., Goulet, L., Allaire, J.-F., Meloche, J., et al. (2010). Relationship between home hazards and falling among community-dwelling seniors using home-care services. *Rev Epidemiol Sante*, 58(1), 3-11.
- Levine, C., Halper, D., Peist, A., & Gould, D. (2010). Bridging Troubled Waters: Family Caregivers, Transitions, And Long-Term Care. *Health Affairs*, 29(1), 116-124.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., Koenig, H.-H., Braehler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39(1), 31-38.
- Meagher, G., & Szebehely, M. (2010). Private financing of elder care in Sweden - Arguments for and against.
- Ministry of Health (New Zealand). (2010). Food and Nutrition Guidelines for Healthy Older People - A background paper.
- Ministère du Travail de la Solidarité et de la Fonction Publique (France), & Berra, N. (2010). Bientraitance des personnes âgées : Nora Berra dote les établissements et les professionnels de kits de formation. *Site web*.
- Mou, H., & Winer, S. L. (2010). Fiscal incidence when both individual welfare and family structure matter : the case of subsidization of home-care for the elderly. *Working Paper Series*.
- Naegel, G., Schnabel, E., Van De Maat, J., Kubicki, P., Chiatti, C., & Rostgaard, T. (2010). Measures for social inclusion of the elderly: The case of volunteering - Working paper. *Working Papers*, 43.
- National Seniors Australia. (2010). Later Life Learning : Unlocking the Potential for Productive Ageing.
- Nikolidakis, S., Vergados, D., & Anagnostopoulos, I. (2010). Health Care Web Information Systems and Personalized Services for Assisting Living of Elderly People at Nursing Homes. *Semantics in Adaptive and Personalized Services*, 145-162.
- Nour, K., Hébert, M., Dallaire, B., Lavoie, J.-P., Regenstreif, A., & Moscovitz, N. (2010). Une évaluation du programme communautaire de santé mentale pour les 60 ans et plus du CSSS Cavendish. *Rapport de recherche, version préliminaire*, 68.
- ONU. (2010). Current Status the social situation, well-being, participation in development and rights of older persons worldwide.
- Paez, A., Mercado, R., Farber, S., Morency, C., & Roorda, M. (2010). Accessibility to health care facilities in Montreal Island: An application of relative accessibility indicators from the perspective of senior and non-senior residents. *International Journal of Health Geographics*, 9(1), 52.
- Peckham, A. (2010). Caring for Caregivers: Balancing Formal and Informal Care for Frail Older Persons. *tSPACE.library.utoronto.ca*.

- Variés. (2010). National PACE Association: Home. *Site web*.
- Walter, U., Flick, U., Neuber, A., Fischer, C., Hussein, R., & Schwartz, F. (2010). Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. *BMC Family Practice* 2010 11:68, 11(1), 68.
- Williams, V., Mccrindle, R., & Victor, C. (2010). Older People's Perceptions of Assistive Technology — An Exploratory Pan-European Study. *Journal of Integrated Care*, 18(1), 38-44.
- Zhang, N., Wan, T., Breen, G., & Unruh, L. (2010). Comparison of nursing home care between the USA and China. *International journal of Public Policy*, 5(2-3), 121-132.

Chronic Care Model

- Adams, S. G., Smith, P. K., Allan, P. F., Anzueto, A., Pugh, J. A., & Cornell, J. E. (2007). Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arch Intern Med*, 167, 551-561.
- Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dots, A., Ravensdale, D., et al. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82.
- BENEFIELD, L. (2003). Implementing evidence-based practice in home care. *Home Healthcare Nurse*, 21(12), 804-809.
- Bodenheimer, T., Wagner, E., & Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness: The Chronic Care Model, Part 2. *Jama*, 288(15), 1909-1914.
- Bonomi, A., Wagner, E., Glasgow, R., & VonKorff, M. (2002). Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement. *Health Serv Res*, 37(3), 791-820.
- Cretin, S., Shortell, S., & Keeler, E. (2004). An evaluation of collaborative interventions to improve chronic illness care: framework and study design. *Evaluation Review*, 28(1), 28-51.
- Daniel, D., Norman, J., Davis, C., Lee, H., Hindmarsh, M., McCulloch, D., et al. (2004). A state-level application of the chronic illness breakthrough series: results from two collaboratives on diabetes in Washington State. *Jt Comm J Qual Saf.*, 30(2), 69-79.
- Delon, S., MacKinnon, B., & Alberta Health CDM Advisory Committee. (2009). Alberta's Systems Approach to Chronic Disease Management and Prevention Utilizing the Expanded Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly*, 13(Special Issue), 98-104.
- domicile, C. H. C. A. c. d. s. e. s. à. (200). Chronic Care Model. *CHCA Report*.
- Epping-Jordan, J., Pruit, S., Bengoa, R., & Wagner, E. (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*, 13, 299-305.
- Feldman, H. (2005). Improving Health Care for Children with Chronic Conditions: Toward a "Wholistic" Approach. *Current Pediatric Reviews*.
- Glasgow, R., Funnell, M., Bonomi, A., Davis, C., Beckham, V., & Wagner, E. (2002). Self-Management Aspects of the Improving Chronic Illness Care Breakthrough Series: Implementation With Diabetes and Heart Failure Teams. *Ann Behav Med*, 24(2), 80-87.
- Glasgow, R., Tracy Orleans, C., Wagner, E., Curry, S., & Solberg, L. (2001). Does the Chronic

- Care Model Serve Also as a Template for Improving Prevention? *Milbank Quarterly*, 79(4), 579-612.
- Ham, C. (2009). Chronic Care in the English National Health Service: Progress and Challenges. *Health affairs*, 28(1), 190-201.
- Improvement Health Institute. (2003). *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*.
- Lavis, J. N., & Shearer, J. (2010). Strengthening Primary Healthcare in Canada. *McMaster Health Forum - Issue Brief*.
- Lavis, J. N., & Sheater, J. (2010). Dialogue Summary : Strengthening Primary Health care in Canada (Dialogue 2) - McMaster Health Forum 2009. *McMaster Health Forum*.
- Lehning, A., & Austin, M. (2010). Long-Term Care in the United States: Policy Themes and Promising Practices. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(1), 43-63.
- Lewis, R., & Dixon, J. (2004). Rethinking management of chronic diseases. *BMJ*, 328(7433), 220-222.
- Ministry of Health and Long-Term Care (Ontario). (2007). Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario's Framework. *Report*.
- Piatt, G., Orchard, T., Emerson, S., Simmons, D., Songer, T., Brooks, M., et al. (2006). Translating the chronic care model into the community. *Diabetes Care*, 29(4), 811.
- Rothman, A., & Wagner, E. (2003). Chronic Illness management: What is the Role of Primary Care? *Ann Intern Med*, 138, 256-268.
- Salois, R. (2010). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 - Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications.
- Shortell, S., Marsteller, J., Lin, M., Pearson, M., Wy, S.-Y., Menderl, P., et al. (2004). The Role of Perceived Team Effectiveness in Improving Chronic Illness Care. *Medical care*, 42(11), 1040-1048.
- Si, D., Bailie, R., Cunningham, J., & Robinson, G. (2008). Describing and analysing primary health care system support for chronic illness care in Indigenous communities in Australia's Northern Territory. *BMC Health Services*
- Siminerio, L. (2010). The role of technology and the chronic care model. *J Diabetes Sc Technol*, 4(2), 470-475.
- Siminerio, L., Piatt, G., & Emerson, S. (2006). Deploying the chronic care model to implement and sustain diabetes self-management Training Programs. *The diabetes*
- Suter, P., Hennessey, B., Harrison, G., & Martha Fagan ..., C. (2008). Home-Based Chronic Care: An Expanded Integrative Model for Home Health Professionals. *Home Healthcare Nurse*.
- Team, Care. (2005). National Framework for Service Change in the NHS in Scotland - Report of the Care in Local Settings Action Team. 127.
- Wagner, E. (2004). Chronic disease care. *BMJ*, 328(7433), 177-178.
- Wagner, E., Austin, B., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff*, 20(6), 64-78.
- Wagner, E., Glasgow, R., C., D., Bonomi, A., Provost, L., McCulloch, D., et al. (2001). Quality Improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv*, 27(2), 63-80.
- Warm, E. (2007). Diabetes and the chronic care model: a review. *Current Diabetes Reviews*.

Wu, S., Pearson, M., Schaefer, J., Bonomi, A., Shortell, S., Mendel, P., et al. (2003). *Assessing the Implementation of the Chronic Care Model in Quality Improvement Collaboratives: Does Baseline System Support for Chronic Care Matter?* Paper presented at the Human factors in Organizational Design and Management.

Evercare

Gravelle, H., Dusheiko, M., Sheaff, R., Sargent, P., Boaden, R., Pickard, S., et al. (2007). Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ*, 334(7583), 31.

Family-Centered Service Delivery Model

Antonelli, R., & Antonelli, D. (2004). Providing a medical home: the cost of care coordination services in a community- *Pediatrics*.

Care, Institute. (2007). *Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered Care: How to Get Started*.

Haggerty, J., Burge, F., Levesque, J.-F., Gass, D., Pineault, R., Beaulieu, M.-D., et al. (2007). Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts. *Annals of Family Medicine*, 5(4), 336-344.

King, S., Teplicky, R., King, G., & Rosenbaum, P. (2004). Family-Centered service for children with cerebral palsy and their families: a review of the literature. *Seminars in Pediatric Neurology*, 11(1), 78-86.

Logue, R. M. (2003). Maintaining family connectedness in long-term care. An advanced practice approach to family-centered nursing homes. *J Gerontol Nurs*, 29(6), 24-31.

Lorenz, K., Lynn, J., Dy, S., Hughes, R., Mularski, R., Shugarman, L., et al. (2006). Cancer care quality measures: symptoms and end-of-life care. *Evidence report/technology assessment*(137), 1.

Ogland-Hand, S., & Florsheim, M. (2002). Family work in a long-term care setting. *Clinical Gerontologist*, 25(1/2), 105-123.

Guided Care

Levine, C., Halper, D., Peist, A., & Gould, D. (2010). Bridging Troubled Waters: Family Caregivers, Transitions, And Long-Term Care. *Health Affairs*, 29(1), 116-124.

Wolff, J., & Rand-Giovannetti, E. (2009). Caregiving and Chronic Care: The Guided Care Program for Families and Friends. *Journal of Gerontology*, 1-7.

Hollander and Prince Continuing Care Model

Hollander, M. J., Miller, J. A., & Kadlec, H. (2010). Evaluation of Healthcare Services : Asking the Right Questions to Develop Nieu Policy and Program-Renevant Knowledge for Decision-Making. *Healthcare Quarterly*, 13(4), 40-47.

Hollander, M., & Corbett, C. (2010). Time for a Paradigm Shift: Managing Smarter by Moving from Data and Information to Knowledge and Wisdom in Healthcare Decision-Making.

- Healthcare quarterly*, 13(2), 49-54.
- Hollander, M. (2010). National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care (Canada). *Site web*.
- Canadian Institute for Health Information. (2010). Caring for Seniors With Alzheimer's Disease and Other Forms of Dementia. *Analysis in Brief*, August, 21.
- Pedlar, D., Lockhart, W., & Macintosh, S. (2009). Canada's Veterans Independence Program: A Pioneer of "Aging at Home". *Healthcare Papers*, 10(1), 72-77.
- Hollander, M., Miller, J., MacAdam, M., Chappell, N., & Pedlar, D. (2009). Increasing Value for Money in the Canadian Healthcare System: New Findings and the Case for Integrated Care for Seniors. *Health Care Q*, 12(1), 39-47.
- Hollander, M., Liu, G., & Chappell, N. (2009). Who Cares and How Much? The Imputed Economic Contribution to the Canadian Healthcare System of Middle-Aged and Older Unpaid Caregivers Providing Care to The Elderly. *Healthcare Quarterly*, 12(2), 42-49.
- Canadian Institute for Health Information. (2009). Home and Continuing Care Reporting Systems. *Home and Continuing Care News*, Summer.
- McGilton, K., Guruge, S., Librado, R., Bloch, L., & Boscart, V. (2008). Health Care Aides' Struggle to Build and Maintain Relationships with Families in Complex Continuing Care Settings. *Canadian Journal on Aging*, 27(2), 135-143.
- Hollander, M., & Prince, M. (2008). Organizing Healthcare Delivery Systems for Persons with Ongoing Care Needs and Their Families: A Best Practices Frameworks. *Healthcare Quarterly*, 11(1), 44-54.
- Forbes, D., & Neufeld, A. (2008). Looming Dementia Care Crisis: Canada Needs an Integrated Model of Continuing Care Now! *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*.
- Deber, R., Hollander, M., & Jacobs, P. (2008). Models of funding and reimbursement in health care: A conceptual framework. *Canadian Public Administration*, 51(3), 381-405.
- Bond, J., Bond, S., Donaldson, C., Gregson, B., & Atkinson, A. (2008). Evaluation of an innovation in the continuing care of very frail elderly people. *Ageing and Society*, 9, 347-381.
- Stone, R., & Reinhard, S. (2007). The place of assisted living in long-term care and related service systems. *The Gerontologist*, 47(suppl_1), 23.
- Hollander, M., & Chappell, N. L. (2007). A Comparative Analysis of Costs to Government for Home Care and Long-term Residential Care Services, Standardized for Client Care Needs. *Canadian Journal on Aging*.
- Hollander, M., Chappell, N., Prince, M., & Shapiro, E. (2007). Providing care and support for an aging population: Briefing notes on key policy issues. *Healthcare Quarterly*, 10(3), 34-45.
- Tetlow, R. (2006). *Continuing care retirement communities - A guide to planning*.
- Sawdon, J. (2006). *Connect with us: a resource manual for care home managers developing services for people with dementia*.
- ICIS. (2006). Soins de longue durée en établissement au Canada en 2004-2005 - Un nouveau portrait de la continuité des soins *Rapports du Système d'information sur les soins de longue durée*.
- Hollander, M. (2006). Providing integrated care and support for persons with ongoing care needs: Policy, evidence, and models of care. *From ideas to action: Integrating community support services within regionalized models: Innovations and best practices*

from across Canada.

- Guruge, S., McGilton, K., Yetman, L., Campbell, H., Librado, R., Bloch, L., et al. (2005). Unit Manager's Role with Family Members of Clients in Complex Continuing Care Settings: An Untold Story. *Can J Aging*, 24(2), 127-138.
- Dosman, D., & Keating, N. (2005). Cheaper for whom? costs experienced by formal caregivers in adult family living programs. *J Aging Soc Policy*, 17(2), 67-83.
- (ACSS), Canadian. (2005). *Stitching the Patchwork Quilt Together: Facility-Based Long-Term Care within Continuing Care—Realities and Recommendations*.
- Wallace, J. (2004). Dementia Care Mapping - A research report. What happens in the day of a life of a long stay dementia patient? "Not a lot". *Nurse2*.
- Gross, D., TEMKIN-GREENER, H., Kunitz, S., & Mukamel, D. (2004). The growing pains of integrated health care for the elderly: lessons from the expansion of PACE. *Milbank Quarterly*, 82(2), 257-282.
- CHAPPELL, N., Dlitt, B., Hollander, M., Miller, J., & McWilliam, C. (2004). Comparative costs of home care and residential care. *The Gerontologist*, 44(3), 389.
- Ashburner, C., Meyer, J., Johnson, B., & Smith, C. (2004). Using Action Research to Address Loss of Personhood in a Continuing Care Setting. *Illness*.
- Freeman, G., Olesen, F., & Hjortdahl, P. (2003). Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Fam Pract*, 20(6), 623-627.
- Davies, S., & Nolan, M. (2003). 'Making the best of things': relatives' experiences of decisions about care-home entry. *Ageing and Society*, 23, 429-450.

Kaiser Triangle

- Desmarais, H. (2010). Financial Incentives in the Long-Term Care Context: A First Look at Relevant Information - Kaiser Family Foundation. *Medicare*.
- Fischer, L. R., Green, C. A., Goodman, M. J., Brody, K. K., Aickin, M., Wei, F., et al. (2003). Community-Based Care and Risk of Nursing Home Placement. *Medical care*, 41(12), 1407-1416.
- Jacobson, G., Neuman, T., & Damico, A. (2010). Medicare Spending and Use of Medical Services for Beneficiaries in Nursing Homes and Other Long-Term Care Facilities: A Potential for Achieving Medicare Savings and Improving the Quality of Care - Kaiser Family Foundation. *Medicare*.
- Kaiser Family Foundation. (2010). Briefing Examines High Medicare Spending for Beneficiaries in Long-Term Care. *Medicare*.
- Perry, M., Cummings, J., Jacobson, G., Neuman, T., & Cubanski, J. (2010). To Hospitalize or Not to Hospitalize? Medical Care for Long-Term Care Facility Residents - Kaiser Family Foundation. *Medicare*.

MSHA

- Consortium, National, services, Department, & Project, Minnesota. (1997). *Case Management for the Frail elderly: A Literature Review on Selected Topics*.
- Grabowski, D. (2006). The cost-effectiveness of noninstitutional long-term care services: Review and synthesis of the Most Recent Evidence. *Medical Care Research and*

Review, 63(1), 3-28.

NHS and social care model

- (EoLC), NHS. (2006). *Introductory guide to end of life care in care homes*.
(NHSRU), Nursing. (2007). *Promoting Awareness and Uptake of Best Practice Guidelines in Long-Term Care: An Impact Evaluation. Phase 2 Interim Report*.
Billings, J., Leichsenring, K., Billings, J., & Leichsenring, K. (2006). *Integrating Health and Social Care Services for Older Persons: Evidence from Nine European Countries (Public Policy & Social Welfare S.)*
Executive, NHS. (1999). *Quality and Performance in the NHS: Clinical Indicators*.
Executive, NHS. (2000). NHS Performance Indicators : July 2000. 2002(04-08).
Hogg, W., Dahrouge, S., Russell, G., Tuna, M., Geneau, R., Muldoon, L., et al. (2009). Health promotion activity in primary care: performance of models and associated factors *Open Medicine*, 3(3).
Kerr, A., & NHS in Scotland, E. (2005). Building a Health Service fit for the future - A national Framework for Service Change in the NHS in Scotland.
Networks, NHS. (2005). Database of Good ideas
NHS. (1999). *A National Service Framework for Mental Health*.
NHS. (2002). "Health Improvement". 108 pp.
NHS. (2003). *Quality Indicators ; Older People*.
NHS Institute for Innovation and Improvement, & Saskatchewan Health Quality Council. (2009). HQC - Releasing Time to Care. *Report*.
Singh, D., & Ham, C. (2006). Improving care for people with long-term conditions: a review of UK and international frameworks. *Health Services Management Centre*.

OnLok

- Eleazer, P., & Fretwell, M. (2004). The PACE Model (Program of All Inclusive Care of the Elderly) : A Review. *Chap. 5 Emerging Systems in Long term Care*, 4.
Variés. (2010). Welcome to On Lok Lifeways. *Site web*.

Ontario Community Care Access Centres

- Canadian Institute for Health Information. (2010). Supporting Informal Caregivers -- The Heart of Home care. *Analysis in Brief, August, 22*.
Chowdhury, H., Zelenyuk, V., & Wodchis..., W. (2010). Efficiency and Technological Change in Health Care Services in Ontario. *CEPA Working Papers*
COQSS. (2009). COQSS - Soins de longue durée. *COQSS, MAI*.
durée, M. d. I. S. e. d. s. d. I. (2009). Vieillir chez soi - L'Ontario transforme les osins à domicile et communautaires pour les personnes âgées. *Vieillir chez soi*.
Goldman, J., Meuser, J., Rogers, J., Lawrie, L., & Reeves, S. (2010). Interprofessional collaboration in family health teams: An Ontario-based study. *Canadian Family Physician*, 56(10), e368.
Government, O. (2010). Le gouvernement McGuinty introduit une nouvelle loi sur les maisons

- de retraite. *Communiqués*.
- Government, O. (2010). Community Care Access Centre - Centre d'accès aux soins communautaires (Ontario). *Site web*.
- KTECOP. (2010). Ontario Knowledge Transfer and Exchange Community of Practice (KTECOP). *Site web*.
- Lum, J. M., & Aikens, A. (2009). From Denmark to Deep River: Integrating Care in Small and Rural Communities in Ontario. *Healthcare Papers*, 10(1), 52-57.
- MacAdam, M. (2009). Moving Toward Health Service Integration: Provincial Progress in System Change for Seniors. *CPRN Research Report*, May.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ontario). (2010). Stratégie Vieillir chez soi (Ontario). *Site Web*.
- Ontario Home Care Association. (2010). Achieving value in home care through the interdisciplinary team. *Home Care Ontario Position Papers*.
- Ontario Home Care Association. (2010). Home Care in 2010 - Essential for an Aging Population. *Home Care Ontario Position Papers*.
- Ontario Home Care Association. (2010). Home care in brief 2010. *Home Care Ontario Position Papers*, September, 3.
- Ontario Home Care Association. (2010). Private home care - a vital component of the health care continuum in Ontario. *Home Care Ontario Position Papers*, Sept, 2.
- Ontario Public Health. (2009). Towards Evidence-Informed Practice. *TEIP*.
- Ontario Public Health. (2010). Expansion de la stratégie Vieillir chez soi.
- santé, I. c. d. i. s. I. (2010). Utilisation des services d'urgence en Ontario par les personnes âgées, 2004-2005 à 2008-2009. *Analyse en bref (ICIS • CIHI)*, fev.
- Seow, H., Barbera, L., & Howell, D. (2010). Did Ontario's end-of-life care strategy reduce acute care service use? ... *quarterly (Toronto)*.
- Veillard, J., Huynh, T., Ardal, S., Kadandale, S., & Klazinga ..., N. (2010). Making Health System Performance Measurement Useful to Policy Makers: Aligning Strategies, Measurement and Local Health System Accountability in Ontario. *Healthcare Policy*, 5(3), 49-65.

PACE

- Bettio, F., & Solinas, G. (2009). Which European model for elderly care? Equity and cost-effectiveness in home based care in three European countries. *JEL*.
- Billette, V., Charpentier, M., & Lavoie, J.-P. (2010). Vies pour Vieillissements, Exclusifs sociaux et Solidarités. *Pluriâges*, 1(2), 4-6.
- Braithwaite, J. (2010). Between-group behaviour in health care: gaps, edges, boundaries, disconnections, weak ties, spaces and holes. A systematic review. *BMC Health Services Research* 2010 10:330, 10(1), 330.
- Ginsburg, I., & Eng, C. (2009). On-Site Mental Health Services for PACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly) Centers. *Journal of the American Medical Directors*
- Ginsburg, L., Lewis, S., Zackheim, L., & Casebeer, A. (2007). Revisiting interaction in knowledge translation. *Implement Sci.*, 2(1), 34.
- Goldman, J., Meuser, J., Rogers, J., Lawrie, L., & Reeves, S. (2010). Interprofessional collaboration in family health teams: An Ontario-based study. *Canadian Family*

- Physician*, 56(10), e368.
- Government Of Alberta, M. (2010). Alberta's 5-Year Health Action Plan, 2010–2015. *Becoming the Best*.
- Hansen, J. C. (2008). Community and in-home models. *American Journal of Nursing*, 108(9 Suppl), 69-72.
- Haute Autorité de Santé (FR). (2010). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. *Espace professionnels de santé*.
- Hébert, R., Durand, S., Somme, D., & Raïche, M. (2009). Annual Conference Supplement 2009: PRISMA in Québec and France: implementation and impact of a coordination-type integrated service delivery (ISD) system for frail older people. 9(Suppl).
- Lehning, A., & Austin, M. (2010). Long-Term Care in the United States: Policy Themes and Promising Practices. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(1), 43-63.
- Li, G., Phillips, C., & Weber, K. (2009). On lok: a successful approach to aging at home. *HealthcarePapers*.
- Lui, C. (2010). Care and support for people with dementia and their carers. *espace.library.uq.edu.au*.
- Lum, J. M., & Aikens, A. (2009). From Denmark to Deep River: Integrating Care in Small and Rural Communities in Ontario. *Healthcare Papers*, 10(1), 52-57.
- McHugh, M., & Rainone, F. (2007). Patient-Centered Palliative Care in the Home. *Choices in Palliative Care*, 31-44.
- Medicaid Institute at United Hospital Fund. (2009). An overview of Medicaid Long-Term Care Programs in New York.
- Mukamel, D. B., Peterson, D. R., Temkin-Greener, H., Delavan, R., Gross, D., Kuntz, S. J., et al. (2007). Program characteristics and enrollees' outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). *The Milbank Quarterly*, 85(3), 499-531.
- Paez, A., Mercado, R., Farber, S., Morency, C., & Roorda, M. (2010). Accessibility to health care facilities in Montreal Island: An application of relative accessibility indicators from the perspective of senior and non-senior residents. *International Journal of Health Geographics*, 9(1), 52.
- Peckham, A. (2010). Caring for Caregivers: Balancing Formal and Informal Care for Frail Older Persons. *tspace.library.utoronto.ca*.
- Scott, C., Seidel, J., Bowen, S., & Gall, N. (2009). Integrated Health Systems and Integrated Knowledge : Creating Space for Putting Knowledge into Action. *Healthcare Quartely*, 13(Special Issue), 30-36.
- Silva, K., Sena, R., & Seixas, C. (2010). Home care as change of the technical-assistance model. *Revista de Saúde*
- Solans, M., Pane, S., Estrada, M., Serra-Sutton, V., Berra, S., Herdman, M., et al. (2008). Health-related quality of life measurement in children and adolescents: A systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value Health*, 107(4), 742-764.
- Sox, C. M., Gribbons, W. M., Loring, B. A., Mandi, K. D., Batista, R., & Porter, S. C. (2010). Patient-Centered Design of an Information Management Module for a Personally Controlled Health Record. <http://www.jmir.org>, 12(3), e36.
- Thomas, P., Hazif-Thomas, C., & Clément, J.-P. (2008). Les aidants amiliaux de malades déments jeunes vivant à domicile - Caregiver burden and young demented patients. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*(8), 30-36.

- Variés. (2010). Pour une gérontologie sociale du XXI^e siècle. *Pluriâges*, 1(2), 28.
- Variés. (2010). Welcome to On Lok Lifeways. *Site web*.
- Variés. (2010). National PACE Association: Home. *Site web*.

PRISMA

- Boisvert, D., Bonin, L., Couture, G., Dallaire, C., Tourigny, A., & santé, C. (2006). *Recherche évaluative d'un modèle de réseau de services intégrés avec une approche de gestion de cas (Case Management) auprès des aînés présentant une déficience intellectuelle*
- Bravo, G., Raïche, M., Dubois, M.-F., & Hébert, R. (2008). L'intégration des services gérontologiques. Apport de l'expérimentation PRISMA à la construction d'un cadre d'évaluation français. *Gérontologie et société*, mars(124), 147-163.
- Care, I. n. o. I. (2009). Lost in Transition: Meeting the Challenge Through Integrated Care. *International Network of Integrated Care*.
- Dubois, M.-F., Dubuc, N., Raïche, M., Caron, C. D., & Hébert, R. (2008). Correlates of the perceived need for institutionalisation among older adults without cognitive impairment. *Gerontology*, 54(4), 244-251.
- Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M., & Trottier, L. (2006). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Archives of gerontology and geriatrics*, 42(2), 191-206.
- Hébert, R. (2009). Home care: from adequate funding to integration of services. *HealthcarePapers*.
- Hébert, R., Dubois, M.-F., Raïche, M., Dubuc, N., & Group, PRISMA-Estrie. (2008). The effectiveness of the PRISMA integrated service delivery network: preliminary report on methods and baseline data. *Journal of Integrated Car*, 8(feb), e1-15.
- Hébert, R., Dubois, M.-F., Raïche, M., Dubuc, N., & Group, A. t. P.-E. (2008). The effectiveness of the PRISMA integrated service delivery network: preliminary report on methods and baseline data. *International Journal of Integrated Care*, 8(11).
- Hébert, R., Durand, S., Somme, D., & Raïche, M. (2009). Annual Conference Supplement 2009: PRISMA in Québec and France: implementation and impact of a coordination-type integrated service delivery (ISD) system for frail older people. 9(Suppl).
- Hebert, R., Raiche, M., Dubois, M., Gueye, N., Dubuc, N., & Tousignant, M. (2009). Impact of PRISMA, a Coordination-Type Integrated Service Delivery System for Frail Older People in Quebec (Canada): A Quasi-experimental Study. *The Journals of Gerontology: Series B*.
- Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M.-F., Dubuc, N., Gueye, N. d. R., Blanchette, D., et al. (2008). Les impacts du réseau intégré de services PRISMA. *Gérontologie et société*, 124(mars), 15-48.
- Hebert, R., Raiche, M., Dubois, M.-F., Gueye, N. D. R., Dobuc, N., & Tousignant, M. (2010). Impact of PRISMA, a Coordination-Type Integrated Service Delivery System for Frail Older People in Quebec (Canada): A Quasi-experimental Study. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(1), 107-118.
- Hébert, R., Tourigny, A., & Gagnon..., M. (2007). Book Review/Compte rendu. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du*
- Hébert, R., Veil, A., Raïche, M., Dubois, M.-F., Dubuc, N., Tousignant, M., et al. (2008).

- Evaluation of the Implementation of PRISMA, a Coordination-Type Integrated Service Delivery System for Frail Older people in Québec. *Journal of integrated care*, 16(6), 4-14.
- Kodner, D. L. (2006). Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health & Social Care in the Community*, 14(5), 384-390.
- Raïche, M., & Dubois, P. (2009). Repérer les personnes âgées en perte d'autonomie significative à l'urgence des personnes âgées en perte d'autonomie avec le questionnaire PRISMA-7 : une opportunité pour les infirmières. *Première ligne*, XXIII3, 10-11.
- Raïche, M., Hébert, R., & Dubois, M. (2008). PRISMA-7: A case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 47(1), 9-18.
- Raïche, M., Hébert, R., Dubois, M.-F., Grégoire, M., Bolduc, J., Bureau, C., et al. (2007). Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7 : présentation, implantation et utilisation. *La Revue de Gériatrie*.
- Somme, D., Hébert, R., Bravo, G., Blanchard, F., & Saint-Jean, O. (2007). The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment. *International Journal of Integrated Care*, 7, e1-13.
- Somme, D., Trouvé, H., Périsset, C., Leneveu, L., Lemonnier, S., Taprest, V., et al. (2008). PRISMA-France et la recherche-action. Implanter c'est aussi innover. *Gérontologie et société*, 124(mars), 95-107.
- Veil, A., Michaud, L., & Hébert, R. (2007). Les perceptions de continuité des services de clientèles âgées en perte d'autonomie suivies en gestion de cas dans le cadre de l'implantation du réseau de services intégrés. *Intervention*, 125, 97-108.
- Williams, A. (2007). Strategic Purchasing in Home and Community Care across Canada: Coming to Grips with "What" to Purchase. *HealthcarePapers*, 8, 93.

SHMO

- Hébert, R., Durand, S., Somme, D., & Raïche, M. (2009). Annual Conference Supplement 2009: PRISMA in Québec and France: implementation and impact of a coordination-type integrated service delivery (ISD) system for frail older people. 9(Suppl).
- Kodner, D., & Kyriacou, C. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1(1), 1-19.
- Saucier, P., Burwell, B., Gerst, K., (Firm), M. G., Edmund, S., & United States. Dept. of Health and Human Services. Office of Disability, A. (2005). *The Past, Present, and Future of Managed Long-term Care*.
- Stevenson, L., & McRae, C. (2008). Moving to a culture of safety in community home health care. *Journal of Health Services*
- Tu, H., & Reschovsky, J. (2002). Assessments of medical care by enrollees in for-profit and nonprofit health maintenance organizations. *N Engl J Med*, 346(17), 1288-1293.
- Wiener, J., Anderson, W., & Khatutsky, G. (2007). Are consumer-directed home care beneficiaries satisfied? Evidence from Washington State. *The Gerontologist*.

SIPA

- (FCRSS), F., & Silversides, A. (2010). Recueil des innovations en soins de santé primaires.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., & âgées, G. d. r. U. d. M. e. M. s. l. s. i. a. p. (2004). SIPA - Évaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Dallaire, L., Fletcher, J., Contandriopoulos, A.-P., et al. (2006). Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA) : expérimentation d'un modèle pour le Canada. *Canadian Journal of Aging*, 25(1), 5-24.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Dallaire, L., Fletcher, J., Tousignant, P., et al. (2006). Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada. *Canadian Journal on Aging*, 25(1), 25-42.
- Béland, F., Howard, B., Paule, L., Luc, D., John, F., Pierre, T., et al. (2006). Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA): expérimentation d'un modèle pour le Canada. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 25(1), 5-24.
- Dawson, R., Sellers, D., Spross, J., Jablonski, E., Hoyer, D., & Solomon, M. (2005). Do patients' beliefs act as barriers to effective pain management behaviors and outcomes in patients with cancer-related or noncancer-related pain? *Oncology Nursing Forum*, 32(2), 363-374.
- Guillot, V. (2010). Réseau de services intégrés pour les personnes âgées : bilan régional de déploiement. *Rapport*.
- Hébert, R., Durand, S., Somme, D., & Raïche, M. (2009). Annual Conference Supplement 2009: PRISMA in Québec and France: implementation and impact of a coordination-type integrated service delivery (ISD) system for frail older people. 9(Suppl).
- Hébert, R., & PRISMA Group*. (2003). L'intégration des services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité. *Santé, Société et solidarité, Hors série 2003 - Vieillesse et santé II*, 67-76.
- Kodner, D. L. (2006). Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health & Social Care in the Community*, 14(5), 384-390.
- Lipietz, A. (1999). *Qu'est-ce que l'écologie politique : La grande transformation du XXI^e siècle*.
- Paré, I. (2003). Le SIPA: les soins aux aînés bien orchestrés. *L'infirmière du Québec*, 10(4), 28-31.
- Savard, J., Leduc, N., Lebel, P., Béland, F., & Bergman, H. (2007). L'utilisation des services de centre de jour par les personnes âgées qui présentent des incapacités. *Canadian Journal on Aging*, 26(3), 255-274.

Strenght Model

- Birrer, R., Singh, U., & Kumar, D. (1999). Disability and dementia in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 17(2), 505-517.
- Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R., & Dutil, E. (1995). Normative data for grip strenght of elderly men and women. *American Journal of occupational Therapy*, 49(7), 637-644.
- Fraser, G., Singh, P., & Bennett, H. (1996). Variables associated with cognitive function in

- elderly California Seventh-day Adventists. *American Journal of Epidemiology*, 143, 1181-1190.
- Gasparini, L., Govoni, S., & Battaini, F. (1998). *A review on the neurobiological basis of memory*.
- McCubbin, H., McCubbin, M., McCubbin, H., & Thompson, A. (1987). Family System Assessment in Health Care. *Family Assessment Inventories for Research and Practice* (pp. 51-78).
- Mills, E. (1994). The effect of low-intensity aerobic exercise on muscle strenght, flexibillity, and balance among sedentary elderly persons. *Nursing Research*, 43(4), 207-211.
- Patil, C., Singh, V., Satyanarayan, P., Jain, N., Singh, A., & Kulkarni, S. (2003). Protective effect of flavonoids against aging- and lipopolysaccharide-induced cognitive impairment in mice. *Pharmacology*, 69(2), 59-67.
- Schofield, H., Bloch, S., Nankervis, J., Murphy, B., Singh, B., & Herrman, H. (2008). Health and well-being of women family carers: a comparative study with a generic focus. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(6), 585-589.
- Schofield, H. L., Murphy, B., Herrman, H. E., Bloch, S., & Singh, B. (1997). Family Caregiving: measurement of Emotional Well-being and Various Aspects of the Caregiving Role. *Psychological Medecine*, 27, 647-657.
- Shi, L., & Singh, D. (2007). Delivering health care in America: A systems approach. *books.google.com*.
- Singh, A., Chin, A., Bosscher, R., & van Mechelen, W. (2006). Cross-sectional relationship between physical fitness components and functional performance in older persons living in long-term care facilities. *BMC Geriatr.*, 6, 4.
- Singh, D., & Ham, C. (2006). Improving care for people with long-term conditions: a review of UK and international frameworks. *Health Services Management Centre*.
- Singh, V., & Guthikonda, P. (1997). Circulating cytokines in Alzheimer's disease. *J Psychiatr Res*, 31(6), 657-660.
- Tice, C., & Perkins, K. (1998). Case management for the baby boom generation: a strenghts perspective. *Journal of Case Management*, 7(1), 31-36.

The Danish Model

- BCMA Council on Health Economics and Policy (CHEP). (2008). Bridging the Islands Re-Building BC's Home & Community Care System A Policy Papers by BC's Physicians. *Policy Paper*.
- Birrer, R., Singh, U., & Kumar, D. (1999). Disability and dementia in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 17(2), 505-517.
- Fraser, G., Singh, P., & Bennett, H. (1996). Variables associated with cognitive function in elderly California Seventh-day Adventists. *American Journal of Epidemiology*, 143, 1181-1190.
- Patil, C., Singh, V., Satyanarayan, P., Jain, N., Singh, A., & Kulkarni, S. (2003). Protective effect of flavonoids against aging- and lipopolysaccharide-induced cognitive impairment in mice. *Pharmacology*, 69(2), 59-67.
- Schofield, H., Bloch, S., Nankervis, J., Murphy, B., Singh, B., & Herrman, H. (2008). Health and well-being of women family carers: a comparative study with a generic focus. *Australian*

- and *New Zealand Journal of Public Health*, 23(6), 585-589.
- Schofield, H. L., Murphy, B., Herrman, H. E., Bloch, S., & Singh, B. (1997). Family Caregiving: measurement of Emotional Well-being and Various Aspects of the Caregiving Role. *Psychological Medicine*, 27, 647-657.
- Shi, L., & Singh, D. (2007). Delivering health care in America: A systems approach. *books.google.com*.
- Singh, A., Chin, A., Bosscher, R., & van Mechelen, W. (2006). Cross-sectional relationship between physical fitness components and functional performance in older persons living in long-term care facilities. *BMC Geriatr.*, 6, 4.
- Singh, D., & Ham, C. (2006). Improving care for people with long-term conditions: a review of UK and international frameworks. *Health Services Management Centre*.
- Singh, V., & Guthikonda, P. (1997). Circulating cytokines in Alzheimer's disease. *J Psychiatr Res*, 31(6), 657-660.

The Mental Health Programme of the CSSS Cavendish

- Gillette-Guyonnet, S., Andrieu, S., & Nourhashemi, F. (2003). The French multicenter prospective study: hospitalisation predictive factors and management of Alzheimer disease patients (REAL.FR). *La Revue de médecine ...*, 24, 278s-282s.
- Lavoie, J.-P., & Guberman, N. (2007). Prendre soin des personnes âgées ayant des incapacités. Quel partage de responsabilité entre les familles et l'état? *CAIRN (Caisse nationale des Allocations familiales) Informations sociales*, 7(143), 76-86.
- Nour, K. (2010). Guidelines for Community-Based Team Interventions for Older Adults with Severe and Persistent Mental Health Problems. *Intervention*.
- Nour, K., Hébert, M., Dallaire, B., Lavoie, J.-P., Regenstreif, A., & Moscovitz, N. (2010). Une évaluation du programme communautaire de santé mentale pour les 60 ans et plus du CSSS Cavendish. *Rapport de recherche, version préliminaire*, 68.
- Nourhashemi, F., Andrieu, S., & Gillette-Guyonnet..., S. (2010). Effectiveness of a specific care plan in patients with Alzheimer's disease: cluster randomised trial (PLASA study). *British Medical*

The Palliative Care Program at Kaiser Permanente TriCentral Service Area

- Desmarais, H. (2010). Financial Incentives in the Long-Term Care Context: A First Look at Relevant Information - Kaiser Family Foundation. *Medicare*.
- Fischer, L. R., Green, C. A., Goodman, M. J., Brody, K. K., Aickin, M., Wei, F., et al. (2003). Community-Based Care and Risk of Nursing Home Placement. *Medical care*, 41(12), 1407-1416.
- Jacobson, G., Neuman, T., & Damico, A. (2010). Medicare Spending and Use of Medical Services for Beneficiaries in Nursing Homes and Other Long-Term Care Facilities: A Potential for Achieving Medicare Savings and Improving the Quality of Care - Kaiser Family Foundation. *Medicare*.
- Kaiser Family Foundation. (2010). Briefing Examines High Medicare Spending for Beneficiaries in Long-Term Care. *Medicare*.
- Perry, M., Cummings, J., Jacobson, G., Neuman, T., & Cubanski, J. (2010). To Hospitalize or

Not to Hospitalize? Medical Care for Long-Term Care Facility Residents - Kaiser Family Foundation. *Medicare*.

Value-creating Healthcare Process (VVP) Project

Andreasson, S., & Winge, M. (2010). Innovation for sustainable Health and Social care - Value-creating Health and Social Processes bases on Patient Need. *VINNOVA Report, VR 2010:02*.

Vancouver Coastal RHA

Kelly, J., & Orr, A. (2009). Accountability, Responsiveness and Quality for Clients Model of Home Support: A model for improved home support services to promote aging at home. *HealthcarePapers, 10*(1), 65-71.

VNS CHOICE

Fisher, H., & Raphael, T. (2003). Managed long-term care: care integration through care coordination. *J Aging Health, 15*(1), 223-245.

Fisher, H. M., & McCabe, S. (2005). Managing chronic conditions for elderly adults: The VNS CHOICE model. *Health Care Financing Review, 27*(1), 33.

Hollander, M., Miller, J., MacAdam, M., Chappell, N., & Pedlar, D. (2009). Increasing Value for Money in the Canadian Healthcare System: New Findings and the Case for Integrated Care for Seniors. *Health Care Q, 12*(1), 39-47.

MacAdam, M. (2000). Home care: it's time for a Canadian model. *HealthcarePapers, 1*(4).

MacAdam, M. (2004). Examining Home Care in Other Countries: The Policy Issues. *Home Health Care Management & Practice, 16*(5), 393.

MacAdam, M. (2009). Moving Toward Health Service Integration: Provincial Progress in System Change for Seniors. *CPRN Research Report, May*.

MacAdam, M., & Networks, R. c. d. r. e. p. p. C. P. R. (2008). *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review*.

Wilson, D., Justice, C., Thomas, R., Sheps, S., MacAdam, M., & Brown, M. (2005). End-of-life care volunteers: a systematic review of the literature. *Health Services Management Research, 18*(4), 244.

Wisconsin Family Care Program

Alecxi, L. (2002). *Wisconsin family care implementation process evaluation: Final report III*.

Healthcare, A. (2003). Family Care Independent Assessment: An Evaluation of Access, Quality and Cost-Effectiveness for Calendar Year 2002 *Miscellaneous*.