

## Divvying Up the Funding Pie: What Share for Health Services and Policy Research?

**A**NNUAL FUNDING OF HEALTH SERVICES RESEARCH BY THE CANADIAN Institutes of Health Research has increased spectacularly from \$1.9 million in 1999/2000, its inaugural year, to \$39.6 million in 2005/06 (personal communication, Ellen Melis, Assistant Director, Institute of Health Services and Policy Research, April 4, 2007).<sup>1</sup> Even after the contributions of other important federal funders of health services research are accounted for, the increase remains impressive – from a baseline of about \$8 million pre-CIHR to \$44.1 million in 2005/06.<sup>2</sup>

This massive growth in federal support should warm the hearts of health services researchers and all those who believe that a vastly expanded pool of relevant research evidence is needed to inform health policy development and health system management in the public interest. However, viewed in the context of the distribution of CIHR funding across its four research themes – biomedical; clinical; health systems and services; and population and public health – the picture is less comforting.

In 2005/06, biomedical research accounted for 70% of CIHR research expenditures, while 13.6% flowed to clinical research, 6% to health services research and 10% to population health research (personal communication, Ellen Melis, Assistant Director, Institute of Health Services and Policy Research, April 4, 2007). The health services' share of research funding has fluctuated between 5.6% and 6.4% since 2002/2003. Between 1999/2000 and 2005/2006, CIHR's research funding expenditures more than doubled from \$275.2 million to \$657.8 million. Of this increase, 60% went to biomedical research, 14.3% to clinical research, 9.9% to health services research and 15.4% to population health research.

Beneath these figures lies a series of questions. How are allocation decisions made? What is the "right" distribution of research funding among the theme areas? Who should decide? On what grounds?

The mandate of CIHR is "to excel, according to international standards of scientific excellence, in the creation of new knowledge and its translation into improved health for Canadians, more effective health services and products and a strengthened

Canadian health care system" (Bill C-13, April 13, 2000). The CIHR's Governing Council is charged with overseeing "the direction and management of the property, business and affairs of the CIHR" (CIHR 2005). Among its responsibilities are the development of "strategic directions, goals and policy" and budget approval, "including funding for research." The current Council consists of 18 members, all but two of whom are researchers, research administrators or both. The Deputy Minister of Health is an *ex-officio* member. CIHR is accountable to Parliament through the Minister of Health.

CIHR has consistently adhered to an informal policy of allocating 70% of its research funding to investigator-initiated research and personnel awards (open competition) and 30% to strategic initiatives. As a result, the allocation of funding to research themes is largely passive, driven by the supply and distribution of capable applicants across the theme areas. These, in turn, reflect historical (pre-CIHR) investments in research and research capacity, and in the development of new research capacity since CIHR's inception.

Because of the processes through which they are identified, strategic initiatives offer only limited scope for altering the distribution of funding across thematic areas. Strategic initiatives are developed primarily by CIHR's 13 Institutes (one of which is the Institute of Health Services and Policy Research), and funds for strategic initiatives are allocated equally among them. All Institutes are expected to allocate some proportion of their strategic funds to each of the four thematic areas, although the proportion flowing to each theme is discretionary. In addition, CIHR supports a small number of cross-cutting strategic initiatives identified by a committee that consists mainly of the Scientific Directors of the Institutes. The horse trading that is likely to be involved in this process, and the modest resources available, militate against any significant realignment of funding to thematic areas through cross-cutting initiatives.

The CIHR Governing Council (GC) has clearly struggled with the issue of resource allocation over the years:

"GC was asked to consider the following strategic questions in its discussion:

1. How should CIHR's resources be allocated?
2. Does CIHR have the correct array and balance of expenditures across initiatives to achieve its legislated mandate? ...

Balance in terms of funding research excellence across CIHR's four thematic areas of research ... was debated at length. Points made included the relative merits of Institute strategic initiatives over open competitions; the need to accommodate research areas of health policy and services and population health without destabilizing the current support given in the research areas of biomedical and clinical research; the conflicting demands of disciplinary excellence and

capacity building; the need for academic freedom; and the pressure from partners, governments, lobbyists and the public to direct and control the research agenda.” (Meeting minutes, Governing Council Retreat, August 22–23, 2002)

“Council agreed that the 70:30 ratio was arbitrary ... The 70:30 ratio was a surrogate for a number of broader issues which concern council: Are the investments strategic? ... Do these investments represent good value to Canadians and is there a positive impact on the health of Canadians and the health care system? Should (and if so how) Council prioritize the areas of health research that CIHR should focus on?” (Minutes, Governing Council Retreat, August 25–27, 2004)

“Council noted [in response to mid-term evaluations of the Institutes] that ... a number of questions will need to be considered in the future. For example: does CIHR have the balance right between Operating Grants and Strategic Initiatives...?” (Meeting minutes, Governing Council, March 22–23, 2005)

Despite this recurrent soul searching, CIHR’s Governing Council has invariably fallen back on the 70:30 split and has failed to establish targets for the distribution of research and capacity-building resources to the four thematic areas.

CIHR’s difficulty in addressing this issue is understandable. The organization has highlighted the need to demonstrate to Canadians and the federal government its “overall return on investment” (ROI) and has committed itself to establishing funding priorities based on the “best available evidence” (CIHR 2004). However, as CIHR acknowledges, determining return on research investments is “a particularly vexing challenge” because “demonstrating direct and objective links between particular research investments and immediate short-term or long-term, identifiable and measurable outcomes is difficult” (CIHR 2004). If measurement is “difficult,” what does that say about prediction – which forms the basis for resource allocation decisions guided by ROI considerations? Despite CIHR’s determination to develop an ROI framework (CIHR 2004), credible and coherent evidence is unlikely to be available in the foreseeable future (or perhaps ever) to allow CIHR to make confident resource allocation decisions based solely on ROI criteria.

Fundamentally, CIHR is an organization *of* health researchers, *by* health researchers, *for* health researchers, despite occasional rhetoric to the contrary. Accordingly, it is bound to shy away from actions that threaten the cohesion of the research community. Any decision to strategically realign the distribution of research funding across CIHR’s thematic areas (especially in the absence of persuasive evidence about the effects of doing so) is certain to inflame existing tensions between occupants of the four themes. Researchers associated with a losing theme are likely to protest that

academic freedom and support for scientific excellence are being savaged and that Canada's "best and brightest" in that thematic area will depart in droves for greener pastures. And any reallocation to health services research would almost certainly be *from* basic research in a zero sum world. Basic researchers, for historical reasons, are by far the largest, and therefore potentially noisiest and most influential, lobby group within the CIHR family. Given this context, in the absence of strong external pressure, CIHR as currently constituted is likely to alter the current distribution of research funding slowly, in small increments, and mainly passively (i.e., through the open competition process) rather than strategically.

CIHR has declared that "the public interest is of paramount importance in the creation and use of health knowledge through all research and related activities supported by CIHR" (CIHR 2004). If this is true, how should CIHR's research funding priorities be established? Should they be left, as is currently the case, in the hands of the research community or, given researchers' concentrated interest, should CIHR seek systematic input from those who can more legitimately claim to represent the public interest? Subjecting CIHR resource allocation decisions to potentially capricious micro-management by Parliament or the federal Minister of Health seems clearly inappropriate. However, public input could be strengthened by such measures as increasing public representation on the Governing Council and Institute Advisory Boards, adding public representatives to all peer review panels or establishing deliberative processes to engage members of the public in informed discussions of the outcomes and impacts of various types of health research, strategic research funding options and their implications. Such actions would be consistent with CIHR's declared intention to "involve the Canadian public and other stakeholders in priority-setting and appropriate research activities (e.g., peer review panels, forums of various Institutes)" (CIHR 2004).

If a decision were taken to revise the distribution of CIHR's research funding among its themes of biomedical, clinical, health services, and population health research, could the change be accomplished without severely compromising research excellence or fracturing the health research community? Probably yes. Despite CIHR budget increases of 45% between 2001/2002 and 2004/2005, the number of grant applications rated as very good (scores of 3.5 or higher) that were not funded rose from 38% to 50% (CIHR 2006b). This increase in high quality but unfunded research suggests that shifts could be made without sacrificing research quality. If realignment of funding shares were done incrementally – drawing on increases over time in CIHR's budget rather than reallocating funds from one theme to another – researchers working in theme areas with a reduced share might not feel seriously deprived.

What share for health services and policy research? There is not now, and is unlikely ever to be, a "right" answer. But processes to tackle this and related questions need to be developed.

NOTES

1. These figures include both research grants and personnel awards but exclude partner funding and funding for the Canada Research Chairs and National Centres of Excellence programs, which flow through CIHR. Funding allocations to the CRC and NCE programs are established by Parliament. CIHR defines health services research as “research with the goal of improving the efficiency and effectiveness of health professionals and the health care system, through changes in practice and policy” (CIHR 2006a).
2. The Canadian Health Services Research Foundation invested \$3.6 million in research and research capacity development in 1999 and \$4.5 million in 2005 (CHSRF 2000, 2006). The National Health Research and Development Program provided between \$3 million and \$4 million annually to support health services research before its dissolution with the advent of CIHR (personal communication, Ellen Melis, Assistant Director, Institute of Health Services and Policy Research, April 18, 2007). The ongoing funding commitments of NHRDP were transferred to CIHR.

REFERENCES

- Bill C-13, *An Act to establish the Canadian Institutes of Health Research, to repeal the Medical Research Council Act and to make consequential amendments to other Acts* – Chapter No. 6. April 13, 2000. Retrieved May 2, 2007. <<http://www2.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=2328683&Language=E&Mode=1&Parl=36&Ses=2>>.
- Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). 2000. *1999 Annual Report*. Ottawa: Author.
- Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). 2006. *2005 Annual Report*. Ottawa: Author.
- Canadian Institutes of Health Research (CIHR). 2004. *Investing in Canada's Future: CIHR's Blueprint for Health Research and Innovation*. Ottawa: Author.
- Canadian Institutes of Health Research (CIHR). 2005 (November 16). “How We Are Governed.” Retrieved May 2, 2007. <<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/7262.html>>.
- Canadian Institutes of Health Research (CIHR). 2006a. *2006–2007 CIHR Grants and Awards Guide*. Retrieved May 2, 2007. <<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/22630.html>>.
- Canadian Institutes of Health Research (CIHR). 2006b. *Balance of Funding in Canadian Health Research and Future Funding Requirements*. Ottawa: Author.



BRIAN HUTCHISON, MD, MSC, FCFP  
*Editor-in-chief*

## Partager la tarte du financement : quelle portion accorder à la recherche sur les services et les politiques de santé?

**L**E FINANCEMENT ANNUEL DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ par les Instituts de recherche en santé du Canada a augmenté de façon spectaculaire, passant de 1,9 M\$ en 1999-2000 – la première année d’existence des Instituts – à 39,6 M\$ en 2005-2006 (communication personnelle, Ellen Melis, directrice adjointe, Institut des services et des politiques de la santé, 4 avril 2007).<sup>1</sup> Même après avoir pris en compte les contributions des autres importants bailleurs de fonds fédéraux de la recherche sur les services de santé, l’augmentation demeure impressionnante – passant d’environ 8 M\$ avant les IRSC à 44,1 M\$ en 2005-2006.<sup>2</sup>

Cette augmentation massive du soutien fédéral devrait réjouir les chercheurs sur les services de santé et tous ceux qui croient qu’un bassin fortement élargi de preuves pertinentes pour la recherche est nécessaire pour l’élaboration de politiques sur la santé et la gestion du système de santé, et ce, dans l’intérêt du public. Cependant, pris dans le contexte de la répartition du financement des IRSC selon les quatre thèmes de recherche – biomédicale; clinique; systèmes et services de santé, et santé publique et des populations – le tableau est moins réjouissant.

En 2005-2006, la recherche biomédicale représentait 70 % des dépenses de recherche des IRSC; la recherche clinique, quant à elle, représentait 13,6 %, la recherche sur les services de santé 6 % et la recherche sur la recherche sur la santé de la population 10 % (communication personnelle, Ellen Melis, directrice adjointe, Institut des services et des politiques de la santé, 4 avril 2007). La portion du financement allouée à la recherche sur les services de santé a oscillé entre 5,6 % et 6,4 % depuis 2002-2003. Entre 1999-2000 et 2005-2006, les dépenses consacrées par les IRSC au financement de la recherche ont plus que doublé, passant de 275,2 M\$ à 657,8 M\$. Soixante pour cent de cette augmentation ont été alloués à la recherche biomédicale, 14,3 % à la recherche clinique, 9,9 % à la recherche sur les services de santé et 15,4 % à la recherche sur la santé des populations.

Ces chiffres suscitent une série de questions. Comment les décisions relatives à la répartition des fonds sont-elles prises? Quelle est la « bonne » distribution du financement de recherche entre les thèmes? Qui devrait décider? Sur quelles bases?

Le mandat des IRSC est « d’exceller, conformément aux normes internationales d’excellence scientifique, dans la création de nouvelles connaissances et dans leur application pour améliorer la santé des Canadiens, assurer des services et des produits de

santé plus efficaces et renforcer le système canadien de soins de santé » (Projet de loi C-13, 13 avril 2000). Le conseil d'administration des IRSC est chargé de surveiller « l'orientation et la gestion des biens, des activités et des affaires des IRSC » (IRSC, 2005). Au titre de ses responsabilités sont « l'élaboration de la politique, des objectifs et des orientations stratégiques », ainsi que l'approbation du budget, « y compris le financement de la recherche. » Le Conseil actuel comprend 18 membres – tous (sauf deux) des chercheurs, des administrateurs de la recherche ou les deux. Le sous-ministre adjoint de la Santé est un membre d'office du conseil. Les IRSC relèvent du Parlement, par l'entremise du ministre de la Santé.

Les IRSC ont toujours adhéré à une politique non officielle en vertu de laquelle ils allouent 70 % des fonds de recherche à la recherche entreprise par les chercheurs et aux bourses personnelles (concours ouverts) et 30 % aux initiatives stratégiques. Par conséquent, la répartition du financement entre les thèmes de recherche est en grande partie passive, mue uniquement par la présence et la répartition de candidats qualifiés dans les divers secteurs. À leur tour, ces candidats reflètent les investissements historiques (avant les IRSC) dans la recherche et les capacités de recherche, et dans le développement de nouvelles capacités de recherche depuis l'avènement des IRSC.

En raison des processus par l'entremise desquels elles sont identifiées, les initiatives stratégiques n'offrent qu'une portée limitée quand il s'agit de modifier la distribution du financement entre les divers domaines thématiques. Les initiatives stratégiques sont élaborées principalement par les 13 Instituts des IRSC et les fonds pour les initiatives stratégiques sont répartis également entre ceux-ci (dont l'Institut de la recherche sur les services et les politiques de santé n'en est qu'un). Tous les Instituts sont censés allouer une certaine portion de leurs fonds stratégiques à chacun des quatre domaines thématiques, bien que la proportion allouée à chaque thème est laissée à la discrétion de chaque Institut. En outre, les IRSC appuient un petit nombre d'initiatives stratégiques interdisciplinaires déterminées par un comité formé principalement des directeurs scientifiques des Instituts. Le maquignonnage qui caractérisera probablement ce processus et les modestes ressources disponibles font obstacle à tout réalignement significatif du financement entre les domaines thématiques par l'entremise d'initiatives interdisciplinaires.

Cette question de l'allocation des ressources a clairement donné du fil à retordre au conseil d'administration (CA) des IRSC au fil des ans :

« On demande au CA d'examiner les questions stratégiques suivantes :

1. Comment les ressources des IRSC devraient-elles être allouées?
2. Le budget des IRSC est-il affecté de manière équilibrée pour permettre à l'organisme de s'acquitter de sa mission?

On parle longuement de l'équité du financement de l'excellence en recherche dans les quatre domaines de recherche des IRSC... On parle des mérites des initiatives stratégiques par rapport aux concours ouverts; de la nécessité de financer les secteurs des services et de la politique de santé et de la santé de la population sans réduire le budget des deux autres secteurs; des demandes contradictoires en matière d'excellence et de renforcement des capacités; du besoin d'autonomie des universités; et de la pression exercée par les partenaires, gouvernements, lobbyistes et le public relativement à l'orientation et au contrôle du programme de recherche en santé. » (Compte rendu de la séance de réflexion du conseil d'administration des IRSC, les 22 et 23 août 2002)

« Le conseil a reconnu que le ratio 70:30 était arbitraire... Le ratio 70:30 remplaçait des enjeux plus généraux qui préoccupent le conseil : Les investissements sont-ils de nature stratégique?... Ces investissements représentent-ils une bonne valeur pour les Canadiens par leur incidence positive sur la santé de la population canadienne et sur le système de santé?... Le conseil devrait-il prioriser les domaines de la recherche en santé sur lesquels les IRSC devraient concentrer leurs efforts (et, le cas échéant, comment devrait-il le faire)? (Compte rendu de la séance de réflexion du conseil d'administration des IRSC, du 25 au 27 août 2004)

« Le conseil signale que [à la suite des évaluations de mi-mandat des Instituts] ... il faudra tenir compte d'un certain nombre de questions à l'avenir. Par exemple, les IRSC ont-ils le bon équilibre entre les subventions de fonctionnement et les initiatives stratégiques? (Compte rendu de la réunion du conseil d'administration des IRSC, les 22 et 23 mars 2005)

Malgré ses maintes réflexions, le conseil d'administration des IRSC revient invariablement au ratio 70:30 et n'a pas établi de cibles pour la distribution des ressources consacrées à la recherche et au renforcement des capacités dans les quatre domaines thématiques.

On peut aisément comprendre pourquoi cette question a donné du fil à retordre aux IRSC. L'organisme a souligné le besoin de démontrer au public canadien et au gouvernement fédéral son « retour global sur l'investissement » et s'est engagé à établir des priorités de financement fondées sur les « meilleures preuves disponibles » (IRSC 2004). Toutefois, comme les IRSC le reconnaissent, déterminer le rendement du capital investi dans la recherche constitue « un exercice particulièrement frustrant » parce qu'« il reste difficile de démontrer une relation directe et objective entre des



investissements particuliers dans la recherche et des résultats identifiables et mesurables immédiats, à court terme ou à long terme » (IRSC 2004). S'il est « difficile » de mesurer, qu'est-ce que cela nous dit au sujet de la prédiction – le fondement des décisions d'allocation des ressources guidées par des considérations liées au RCI? Malgré la détermination des IRSC à élaborer un cadre de RCI (IRSC 2004), il est peu probable que des preuves crédibles et cohérentes soient disponibles dans un avenir prévisible (ou peut-être jamais) pour permettre aux IRSC de prendre des décisions éclairées en matière d'allocation des ressources uniquement d'après des critères liés au RCI.

Fondamentalement, les IRSC sont une organisation de chercheurs en santé, *par* des chercheurs en santé, *pour* des chercheurs en santé, malgré les arguments occasionnels soutenant le contraire. Ils se garderont donc immanquablement de poser tout geste susceptible de menacer la cohésion du milieu de la recherche. Toute décision de réaligner stratégiquement la distribution du financement de recherche entre les domaines thématiques des IRSC (surtout en l'absence de preuves persuasives des avantages que cela procurerait) ne manquera pas d'exacerber les tensions existantes entre les membres des quatre domaines thématiques. Les chercheurs qui évoluent dans un domaine thématique « perdant » sont susceptibles de prétendre que la liberté universitaire et le soutien de l'excellence scientifique sont en train d'être démolis et que les « meilleurs et les plus brillants » du domaine thématique en question fileront en grand nombre vers des pâturages plus verdoyants. Et toute réallocation vers la recherche sur les services de santé s'effectuerait presque certainement à *partir* des fonds pour la recherche de base dans une situation gagnant-perdant. Les chercheurs de base, pour des raisons historiques, sont de loin le groupe de pression le plus vaste et donc potentiellement le plus bruyant et le plus influent de la famille des IRSC. Étant donné ce contexte, en l'absence de pressions extrêmes fortes, il est probable que l'actuelle constitution des IRSC modifie la distribution actuelle du financement de recherche de façon lente, très graduelle et surtout passive (c.-à-d., par l'entremise d'un processus de concours ouverts) plutôt que stratégique.

Les IRSC préconisent fortement « l'intérêt du public dans la création et l'utilisation de connaissances en matière de santé au cours de la recherche et des activités connexes appuyées par les IRSC. » (IRSC 2004). Si cela est vrai, comment devrait-on s'y prendre pour établir les priorités en matière de financement de la recherche? Devraient-elles – comme c'est le cas actuellement – être laissées à la discrétion du milieu de la recherche ou – étant donné l'intérêt concentré des chercheurs – les IRSC devraient-ils chercher systématiquement à recueillir les commentaires et opinions de ceux qui peuvent, de manière plus légitime, prétendre représenter l'intérêt du public? L'assujettissement des décisions liées à l'allocation des ressources à une micro-gestion potentiellement capricieuse du Parlement ou du ministère fédéral de la Santé semble

clairement inapproprié. Cependant, la participation du public pourrait être rehaussée par des mesures telles le renforcement de la représentation publique au sein du conseil d'administration et des conseils consultatifs des Instituts, l'inclusion de représentants du public dans tous les groupes d'examen par les pairs ou la mise en place de processus de délibération visant à amener les membres du public à prendre part à des discussions éclairées sur les effets et l'incidence des divers types de recherche en santé, les options de financement stratégique de la recherche et leurs conséquences. De telles mesures seraient conformes à l'intention déclarée des IRSC, à savoir, de « faire participer le public canadien et d'autres intervenants à l'établissement des priorités et aux activités de recherche appropriées (p. ex. les groupes d'examen par les pairs, les forums des divers instituts). (IRSC, 2004).

Si les IRSC décidaient de réviser la distribution du financement entre les thèmes de recherche (biomédicale, clinique, sur les services de santé et sur la santé des populations), ce changement pourrait-il s'effectuer sans gravement compromettre l'excellence dans la recherche ou fragmenter le milieu de la recherche en santé? Probablement que oui. Le fait que malgré des augmentations budgétaires de 45 % entre 2001-2002 et 2004-2005 dans les IRSC, le nombre de demandes de bourses considérées comme très bonnes (note de 3,5 ou plus) et qui n'ont pas été financées a augmenté de 38 % à 50 % (IRSC 2006b), suggère qu'on pourrait apporter des changements sans pour autant sacrifier la qualité de la recherche. Si le réaligement des portions du financement était effectué de façon graduelle – en puisant petit à petit dans les augmentations budgétaires des IRSC – au lieu de réaffecter des fonds d'un thème à un autre – les chercheurs qui évoluent dans un domaine thématique ayant reçu une part réduite pourraient ne pas se sentir sérieusement lésés.

Quelle portion accorder à la recherche sur les services et les politiques de santé? Il n'y a pas, pour l'instant – et il est fort probable qu'il n'en ait jamais – de « bonne » réponse. Il faut toutefois élaborer des processus pour examiner cette question et d'autres questions connexes.

#### NOTES

1. Ces chiffres comprennent à la fois les bourses de recherche et les bourses personnelles mais excluent le financement des partenaires et le financement pour les programmes des Chaires de recherche du Canada et des Centres nationaux d'excellence, qui est octroyé par l'entremise des IRSC. Les allocations de fonds aux CRC et des CNE sont déterminées par Le Parlement. Les IRSC définissent la recherche sur les services de santé comme étant de la « recherche qui a pour but d'améliorer l'efficacité des professionnels et des services de santé à l'aide de changements aux pratiques et aux politiques » (IRSC 2006a).

2. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a investi 3,6 M\$ dans la recherche et le développement des capacités de recherche en 1999 et 4,5 M\$ en 2005 (FCRSC

2000, 2006). Le Programme national de recherche et de développement en matière de santé – annulé depuis l'avènement des IRSC – fournissait de 3 à 4 M\$ annuellement pour appuyer la recherche sur les services de santé (communication personnelle, Ellen Melis, directrice adjointe, Institut de recherche sur les services et politiques de santé, 18 avril 2007). Les engagements continus du PNRDS en matière de financement ont été transférés aux IRSC.

#### RÉFÉRENCES

Projet de loi C-13, *Loi portant création des Instituts de recherche en santé du Canada, abrogeant la Loi sur le Conseil de recherches médicales et modifiant d'autres lois en conséquence* – Chapitre 6. 13 avril 2000. Extrait le 2 mai 2007. <<http://www2.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=2328683&Language=E&Mode=1&Parl=36&Ses=2>>.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). 2000. *Rapport annuel 1999*. Ottawa : auteur.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). 2006. *Rapport annuel 2005*. Ottawa : auteur.

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). 2004. *Investir dans l'avenir du Canada : Plan stratégique des IRSC pour l'innovation et la recherche en santé*. Ottawa : auteur.

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). 2005 (16 novembre). « Comment nous sommes gouvernés. » Extrait le 2 mai 2007. <<http://www.irsc.gc.ca/e/7262.html>>.

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). 2006a. *2006-2007 Guide des subventions et bourses des IRSC*. Extrait le 2 mai 2007. <http://www.IRSC-irsc.gc.ca/e/22630.html>,

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). 2006b. *Équilibre du financement de la recherche en santé au Canada et besoins de financement futurs*. Ottawa : auteur.



BRIAN HUTCHISON, MD, MSC, FCFP

*Rédacteur en chef*