

UNITÉS DE SOUTIEN À LA RECHERCHE AXÉE SUR LE PATIENT

INSTRUCTIONS POUR LA PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE

Révisée décembre 2013

SOMMAIRE

1. CONTEXTE.....3

2. APERÇU3

3. VISION.....4

4. DESCRIPTION5

5. COMPOSANTES DE BASE5

6. GOUVERNANCE8

7. MESURE DU RENDEMENT8

8. PROCESSUS ITÉRATIF D'ÉVALUATION.....9

9. FINANCEMENT DISPONIBLE.....9

10. EXIGENCES DU PLAN D'ACTIVITÉS10

 INSTRUCTIONS SUR LES SECTIONS.....10

 COORDONNÉES.....14

1. CONTEXTE

La recherche axée sur le patient, pilier des soins de santé basés sur des données probantes, désigne un continuum scientifique allant des recherches initiales sur des humains jusqu'aux études comparatives sur l'efficacité et les résultats, et son intégration au système de santé et aux pratiques cliniques.

La Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) du Canada est une stratégie de recherche pancanadienne qui place le patient au premier plan. Fruit de vastes consultations auprès de partenaires nationaux et internationaux, cette stratégie est guidée par un comité directeur national formé d'une coalition de partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux regroupant de nombreux représentants des patients, responsables des politiques, chercheurs et cliniciens. La SRAP reflète un engagement à offrir des soins de santé de grande qualité au Canada en donnant aux patients, aux professionnels de la santé et aux responsables des politiques les renseignements les plus exacts possible afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées en matière de soins de santé. La Stratégie a pour but de renforcer le soutien aux essais cliniques et aux études d'intervention, de même qu'à la recherche comparative portant sur l'efficacité, les bienfaits et les méfaits des options thérapeutiques actuelles. Elle vise aussi à faciliter l'application de méthodes préventives, diagnostiques et thérapeutiques innovatrices dans le domaine des services de santé en étendant la recherche en sciences de la mise en œuvre et en incorporant ces méthodes dans la pratique quotidienne.

La vision de la Stratégie est de démontrer que le Canada aura amélioré de façon manifeste ses résultats cliniques et l'expérience thérapeutique des patients par l'intégration des données scientifiques à tous les niveaux du système de santé.

Les deux éléments clés de la SRAP sont : les réseaux de recherche et d'application des connaissances à l'échelle nationale; les unités de soutien à la recherche axée sur le patient réparties dans le pays (ou « unités de soutien » en abrégé). Le présent cadre d'investissement vise justement la création de ces unités de soutien.

2. APERÇU

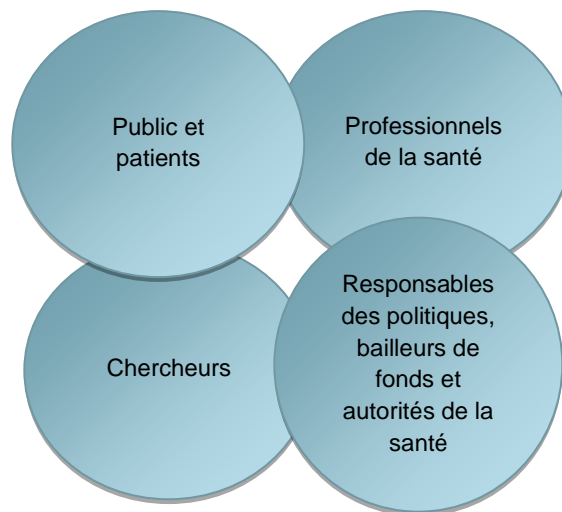
Les unités de soutien mettront en place un centre d'expertise pour une région¹ donnée afin d'améliorer la recherche axée sur le patient et de faciliter la réalisation d'études sur des patients ou nécessitant des dossiers de patients.

Les unités de soutien ont pour but de :

¹ Note du traducteur : Dans le présent document, le terme « région » et sa forme adjectivale (régional) désignent une province, un territoire ou un groupe de provinces ou de territoires qui représentent une région du Canada. L'équivalent anglais est « juridiction/jurisdictional ».

UNITÉS DE SOUTIEN À LA RECHERCHE AXÉE SUR LE PATIENT

- définir les besoins des patients et des utilisateurs des connaissances, puis faciliter la recherche tenant compte de ces besoins;
- assurer une masse critique d'expertise méthodologique multidisciplinaire et hautement spécialisée dans la recherche axée sur le patient et son application;
- aider les décideurs et les chercheurs à trouver ou à concevoir des études pertinentes, à réaliser des analyses biostatistiques, à gérer des données, à assurer et à transmettre des compétences en gestion de projets, et à veiller à ce que les études respectent toutes les normes réglementaires pertinentes;
- faire avancer les méthodes et la formation en recherche sur l'efficacité comparative, et former la prochaine génération de spécialistes de la méthodologie;
- fournir un accès rapide à des données couplées et intégrer les bases de données existantes ou nouvelles.



3. VISION

Les unités de soutien :

- aideront à l'établissement des priorités régionales;
- utiliseront et appuieront des méthodes de recherche en sciences de la mise en œuvre et en application des connaissances intégrée;
- contribueront à la conception et à la réalisation d'études cliniques et sur les services de santé portant sur des priorités régionales;
- soutiendront des revues systématiques des données;
- mettront sur pied des systèmes de données pour accélérer la réalisation de recherches cliniques et de recherches sur les services de santé;
- mettront au point des méthodes novatrices;
- offriront de la formation et du perfectionnement professionnel sur les méthodes de recherche dans le domaine des services de santé;

- mettront à contribution et intégreront les ressources existantes liées aux unités de soutien.

4. DESCRIPTION

Des unités de soutien seront mises sur pied d'un bout à l'autre du Canada pour mettre en place le centre d'expertise de la région concernée afin d'améliorer la recherche axée sur le patient et de faciliter la réalisation de grandes études nationales et internationales sur des patients ou nécessitant des dossiers de patients. En collaborant avec leurs partenaires utilisateurs des connaissances, les unités de soutien pourront mieux répondre aux questions de recherche et aux besoins des utilisateurs des connaissances en proposant des solutions concrètes, et en appuyant les utilisateurs des connaissances dans la mise en pratique de ces solutions. Les utilisateurs des connaissances comprennent, notamment, les responsables des politiques provinciaux, territoriaux ou fédéraux, les gestionnaires et administrateurs du système de soins de santé, des autorités régionales de la santé, des hôpitaux ou du secteur communautaire, les fournisseurs de soins de santé, les patients et le public.

Chaque unité de soutien sera établie en collaboration avec les partenaires régionaux afin que sa conception convienne à l'autorité régionale concernée et à l'impact attendu. La présentation des propositions se fera en fonction du degré d'« avancement » de la région, et le financement devrait débuter au cours de l'exercice 2013-2014.

5. COMPOSANTES DE BASE

Chaque unité de soutien devrait comporter six composantes assurant les fonctions de base. Les autorités régionales devront démontrer comment ces composantes combleront leurs besoins, et comment les ressources existantes seront utilisées et intégrées. Certaines composantes de base pourraient être mises en place de façon graduelle.



1. PLATEFORMES ET SERVICES DE DONNÉES

Au nombre des exigences de ce volet figurent le couplage des données administratives aux données cliniques, le couplage de systèmes de données cliniques brutes à des registres nécessitant le consentement et prescrits par la loi et un accès aux données utilisables dans un délai raisonnable (de trois à quatre mois). Quant aux services spécialisés, ils comprennent l'utilisation de dossiers médicaux informatisés, des protocoles de soutien aux décisions cliniques informatisés, le couplage des biobanques, des registres de données cliniques et des systèmes de données administratives, ainsi que le recours à des technologies de pointe et des méthodes avancées, notamment pour l'obtention de résultats qualitatifs et de résultats déclarés par les patients.

2. MISE AU POINT ET SOUTIEN DE MÉTHODES

Ce volet comprend la prestation rapide de services en biostatistique, en épidémiologie et en économie de la santé aux intervenants de la région concernée. Les responsables scientifiques en matière de méthodes appliquées concentreraient leurs activités sur des secteurs prioritaires prédéterminés, mettraient au point des méthodes avancées et joueraient un rôle de direction et de mentorat auprès des étudiants. Les services offerts pourraient aussi inclure la gestion et le recensement de données nécessaires aux bases de données et aux études de cohortes et multicentriques de petite ou de moyenne taille. Des services plus spécialisés pourraient viser l'innovation et les services en méthodologie avancée, par exemple pour la bio-informatique génétique, les essais cliniques adaptés, les essais exhaustifs, les résultats déclarés par le patient et les études de cohortes multicentriques internationales.

3. RECHERCHE SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ, L'APPLICATION DES CONNAISSANCES ET LA MISE EN ŒUVRE

Le financement des unités de soutien servira à octroyer aux responsables scientifiques en recherche sur les systèmes de santé les fonds nécessaires pour collaborer avec des décideurs et renforcer la capacité de recherche sur les systèmes de santé. Voici quelques domaines d'intérêt : l'évaluation des interventions cliniques et ayant trait aux programmes, des modèles d'obtention de fonds et de financement, et des mécanismes de gouvernance et de responsabilisation; la recherche comparative sur l'efficacité ou sur les politiques et les systèmes de santé. Les programmes tiendraient compte des besoins des utilisateurs des connaissances locaux ou de la région responsable, et appuieraient la prise de décision sur la zone desservie.

APPLICATION DES CONNAISSANCES (AC) – L'AC est obligatoire pour les unités de soutien. Les fonctions spécialisées pourraient comprendre l'exécution d'une synthèse des connaissances ou l'étude de la synthèse des connaissances, ainsi que des études primaires de mise en œuvre des sciences de l'AC.

RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE – Elle est essentielle à la promotion de la découverte d'approches plus efficaces pour promouvoir l'application des résultats de la recherche clinique et d'autres méthodes fondées sur des données probantes à la

pratique quotidienne, dans le but d'améliorer la qualité (efficacité, fiabilité, sécurité, pertinence, équité, efficience) des services de santé.

4. ESSAIS CLINIQUES DANS UN CONTEXTE RÉEL DANS LE CADRE D'UNE STRATÉGIE D'AMÉLIORATION DES RÉSULTATS POUR LA SANTÉ

En tant que service de base, les unités de soutien offriront de l'expertise dans des domaines comme la conception d'essais innovateurs, la gestion de données, l'analyse statistique, l'évaluation éthique et la gestion d'essais cliniques multicentriques, de manière à transformer les résultats pour la santé et à appuyer les décideurs dans tous les domaines des soins de santé au Canada. Plus particulièrement, une importance accrue sera accordée aux essais cliniques évaluant l'efficacité et la sécurité comparée de traitements dans un contexte réel de soins de santé. Les résultats de ces essais serviront à la conception de lignes directrices en matière de pratique clinique, d'outils d'aide à la décision automatisée, de modèles de rentabilité économique et de modules éducatifs destinés aux fournisseurs de soins de santé et à d'autres décideurs, que ce soit les patients et leurs soignants, ou les responsables des régimes de remboursement des gouvernements provinciaux. La création de partenariats pourrait se traduire par des essais cliniques menant à la commercialisation de produits. Toutefois, les essais cliniques contribuant à l'optimisation des résultats cliniques en contexte réel restent une priorité.

5. PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL EN RECHERCHE SUR LES MÉTHODES ET LES SERVICES DE SANTÉ

La formation, le mentorat et le perfectionnement professionnel pour les chercheurs des domaines cliniques, de la recherche sur les services et les systèmes de santé et des méthodes de recherche axée sur le patient incombent aux unités de soutien.

Les unités de soutien offriront un milieu favorisant le développement de la prochaine génération d'experts en méthodologies spécialisées et multidisciplinaires, ainsi que des chercheurs des domaines cliniques et de la recherche sur les services et les systèmes de santé spécialisés en recherche axée sur le patient.

On s'attend à ce que les établissements de recherche soient des partenaires essentiels du programme de formation et de mentorat des unités de soutien, et qu'ils participent à l'élaboration d'un plan de viabilité innovateur pour la formation et le mentorat à long terme.

6. CONSULTATION ET SERVICES DE RECHERCHE

Des services de consultation pourraient se concentrer sur la conception, la mesure, la mise au point des méthodes, l'analyse des données, l'évaluation économique, la revue de la littérature et la rédaction scientifique. Les services offerts pourraient inclure également la gestion et le calcul de données pour de petites ou moyennes bases de données, études de cohortes et études multicentriques. Les clients de l'unité de soutien pourront avoir accès à du personnel de recherche hautement qualifié, notamment des gestionnaires et des analystes de données, des coordonnateurs de la recherche et du personnel infirmier. La prestation de ces services pourra

être confiée à des chercheurs ou des équipes de chercheurs, qui pourront aider à gérer et à réaliser des recherches sur les systèmes de santé et des essais cliniques multicentriques.

Par ailleurs, les services de gestion de projet des unités de soutien pourraient offrir leur expertise dans le domaine de la gestion d'équipes participant à des études cliniques, qu'elles soient de petite taille ou multicentriques, notamment pour ce qui est de l'élaboration de plans d'activités, du suivi et de l'évaluation des résultats attendus, de la coordination des éléments du projet, des stratégies de communication et de la mise en œuvre du projet. Des services plus spécialisés pourraient également être proposés : service complet (clés en main) de mise sur pied et de gestion de projet d'envergure nationale ou internationale, y compris, par exemple, des méthodes de recherche qualitative, des méthodes d'enquête, des évaluations adaptatives des résultats déclarés par les patients et des méta-analyses. Les services d'experts-conseils pourraient être offerts contre rémunération à l'acte, source de revenus qui servirait à financer l'infrastructure et le fonctionnement des unités de soutien.

6. GOUVERNANCE

Une approche collaborative de leadership et de gouvernance permettant l'intégration des personnes essentielles à la transformation des pratiques, à l'utilisation des résultats et à la viabilité devrait être adoptée afin de garantir la réussite de l'unité de soutien. Cette approche requerrait la participation des utilisateurs des connaissances, notamment les responsables des politiques provinciaux, territoriaux ou fédéraux, les gestionnaires et administrateurs du système de soins de santé, des autorités régionales de la santé, des hôpitaux ou du secteur communautaire, les fournisseurs de soins de santé, les patients et le public.

7. MESURE DU RENDEMENT

Des discussions préliminaires ont été entamées sur la mesure du rendement à l'*Atelier de renforcement et de perfectionnement* (janvier 2013). Un ensemble d'indicateurs de base de la mesure du rendement, portant sur les six composantes de base, sera élaboré et examiné conjointement par les IRSC et les représentants de chaque unité de soutien régionale.

En fonction de leurs besoins, les autorités régionales devront établir un cadre de mesure du rendement, y compris des indicateurs et des points de repère touchant les six composantes, afin d'assurer un suivi adéquat tout au long de la période de financement ainsi qu'à la toute fin.

8. PROCESSUS ITÉRATIF D'ÉVALUATION

Les plans d'activités seront évalués selon un processus itératif en deux phases conçu pour offrir une rétroaction aux régions au cours de leur élaboration et de leur mise en œuvre. Suivra une troisième étape visant à faciliter le réseautage et l'amélioration continue des activités des unités de soutien.

Par ailleurs, toutes les autorités régionales ont été invitées à présenter leur vision pour leur unité de soutien lors de l'Atelier de renforcement et de développement en janvier 2013. L'objectif de l'atelier était de permettre aux autorités régionales d'apprendre les unes des autres, de mettre en commun idées et pratiques exemplaires, et de peaufiner leurs propositions de plans d'activités.

Les résultats visés par cet atelier étaient les suivants :

- l'amélioration de la compréhension de la vision, des objectifs et des priorités régionales;
- le renforcement des idées initiales afin de finaliser des plans d'activités plus efficaces;
- la production d'un cadre d'apprentissage, de surveillance et d'évaluation.

PHASE 1 – PLAN D'ACTIVITÉS PROVISOIRE

Les autorités régionales ont la possibilité de présenter un plan d'activités provisoire depuis le **1^{er} novembre 2012**. Les IRSC procèdent à l'examen interne de ces plans. On assurera un suivi par téléphone avec les autorités régionales afin de leur fournir une première rétroaction pour les guider dans la préparation du plan d'activités définitif.

PHASE 2 – PLAN D'ACTIVITÉS DÉFINITIF

Un groupe d'experts internationaux évaluera les plans d'activités définitifs selon un processus itératif. Les autorités régionales auront l'occasion de répondre aux questions du groupe au cours du processus d'évaluation.

Les autorités régionales peuvent présenter leurs plans d'activités définitifs dès qu'ils seront prêts. Les décisions relatives au financement seront rendues de 6 à 12 semaines après la date de présentation.

Une fois qu'un plan d'activités est avalisé par le comité d'évaluation et que l'on recommande son financement, le processus d'élaboration de l'accord de subvention peut débuter. Une partie du financement pour la première année peut être rendu disponible sous forme de subvention de démarrage (pouvant atteindre 250 000 \$) afin de permettre de lancer les activités en cours de parachèvement de l'accord.

PHASE 3 – DÉVELOPPEMENT CONTINU

Les autorités régionales auront régulièrement l'occasion de faire du réseautage et d'échanger des idées afin de poursuivre leur apprentissage. Ces mises en commun devraient avoir lieu une fois par année.

9. FINANCEMENT DISPONIBLE

Le budget annuel total d'une unité de soutien pourrait varier selon les besoins et la capacité de la région. Les IRSC égaleront les engagements financiers investis par les autorités régionales

à hauteur d'environ 2 à 10 millions de dollars par année, par unité de soutien, sur une période de cinq ans.

10. EXIGENCES DU PLAN D'ACTIVITÉS

Afin que leur proposition contienne les renseignements nécessaires, les autorités régionales devraient inclure les sections suivantes dans leur plan d'activités :

1. Aperçu de la vision
2. Description des composantes de base de l'unité de soutien
3. Résumé des participants
4. Conformité avec les priorités régionales et la SRAP nationale
5. Gouvernance
6. Mesure du rendement
7. Engagement des intervenants
8. Annexes
 - a) Exigences en matière de dépenses
 - b) Structure de gouvernance
 - c) Biographies des principaux participants
 - d) Lettres de participation ou d'appui

INSTRUCTIONS SUR LES SECTIONS

Une fois remplies, les sections suivantes constitueront le plan d'activités de l'unité de soutien. Le nombre de pages précisé à chaque section s'avère une suggestion, et non une exigence.

SECTION 1 : APERÇU DE LA VISION (1 PAGE EN FORMAT LIBRE)

Sous forme de résumé, décrire la vision de l'autorité régionale et les résultats attendus de l'unité de soutien.

CRITÈRE D'ÉVALUATION PROVISOIRE

- Dans quelle mesure la vision et les résultats attendus sont-ils ciblés, clairs et appropriés? La vision devrait décrire les résultats et les impacts pour les partenaires et les utilisateurs des connaissances durant la période de financement proposée, au bénéfice des Canadiens.

SECTION 2 : DESCRIPTION DES COMPOSANTES DE BASE DE L'UNITÉ DE SOUTIEN (MAXIMUM 10 PAGES EN FORMAT LIBRE)

Fournir des renseignements sur la façon dont l'autorité régionale établira et mettra en place les six composantes de base de l'unité de soutien. S'il n'est pas possible de déterminer les six composantes au moment de la présentation, ajouter un plan de ce qui reste à accomplir.

Pour chacune des six composantes de base, indiquer :

- une description détaillée des activités ou des services proposés;
- un aperçu des besoins budgétaires pour les activités proposées (voir les annexes);
- un résumé de la façon dont ces composantes combleront les besoins de la région;
- une description de l'exploitation et de l'intégration des ressources existantes;
- un plan de flexibilité (adaptabilité à l'augmentation ou à la diminution de la demande, plan ou approche d'intégration graduelle pour les composantes de base qui ne sont pas encore complètement prêtes);
- un aperçu des principaux risques menaçant la prestation des activités et des services décrits dans la composante, ainsi qu'une stratégie d'atténuation;
- un plan de viabilité.

CRITÈRES D'ÉVALUATION PROVISOIRES

- Y a-t-il des signes que le plan d'activités proposé permettra la conception, la mise en place et la gestion permanente de l'unité de soutien?
- Les composantes de base décrites dans le plan d'activités remplissent-elles les exigences minimales d'une unité de soutien?
- Y a-t-il des signes que les composantes de base contribueront de façon significative à l'atteinte :
 - des objectifs généraux de l'initiative des unités de soutien?
 - d'une meilleure capacité de recherche axée sur le patient à l'échelle régionale, nationale et internationale?
- Dans quelle mesure les prévisions budgétaires sont-elles appropriées et justifiées en lien avec les activités proposées? La période d'intégration graduelle semble-t-elle raisonnable et réaliste?
- Les principaux risques sont-ils clairement formulés? Une stratégie d'atténuation des risques convenable a-t-elle été présentée?
- Le plan de viabilité est-il solide et réaliste? A-t-il des chances d'être réalisé?

SECTION 3 : RÉSUMÉ DES PARTICIPANTS (MAXIMUM 4 PAGES EN FORMAT LIBRE)

Sous forme de tableau, fournir une liste de tous les participants régionaux avec leur expertise, les activités planifiées et leur rôle prévu dans la réussite de l'unité de soutien. Inclure les biographies en annexe.

Afin de faciliter les communications avec les IRSC, la région doit être représentée par une personne-ressource qu'elle a nommée et approuvée.

CRITÈRES D'ÉVALUATION PROVISOIRES

- Y a-t-il des signes que les compétences et l'expérience des dirigeants de l'unité de soutien augmenteront de façon significative les chances de réussite de la conception, de la mise en place et de la gestion permanente de l'unité de soutien?
- Les rôles et responsabilités des participants, y compris le ministère ou l'autorité sanitaire, les autres décideurs et responsables des politiques, les chercheurs et les autres partenaires et intervenants, sont-ils clairement définis?
- La composition proposée de l'équipe de gestion opérationnelle est-elle appropriée?

SECTION 4 : CONFORMITÉ AVEC LES PRIORITÉS RÉGIONALES ET LA SRAP NATIONALE (2 PAGES EN FORMAT LIBRE)

Décrire la valeur ajoutée de la mise en place d'une unité de soutien dans la région concernée en fonction de ses besoins et de ses priorités. Indiquer comment les projets existants pourront accéder à l'unité de soutien.

Décrire comment la vision et les résultats attendus de l'unité de soutien s'harmonisent avec la SRAP nationale.

CRITÈRES D'ÉVALUATION PROVISOIRES

- Dans quelle mesure la proposition justifie-t-elle la valeur ajoutée de la mise en place de l'unité de soutien dans le contexte des besoins et des priorités de la région, ainsi que des structures existantes au pays ou ailleurs dans le monde?
- Dans quelle mesure l'unité de soutien semble-t-elle capable de servir dès le départ aux projets existants?
- Dans quelle mesure l'unité de soutien s'harmonise-t-elle avec la SRAP nationale?

SECTION 5 : GOUVERNANCE (2 PAGES EN FORMAT LIBRE)

Soumettre une structure de gouvernance prévoyant les principaux rôles et processus décisionnels. Notons que le modèle devrait être fondé sur une approche collaborative de leadership, comprendre les décideurs principaux et être conçu pour appuyer l'atteinte de la vision de l'unité de soutien.

Inclure un organigramme de gouvernance en annexe.

CRITÈRE D'ÉVALUATION

- Dans quelle mesure la structure de gouvernance et le processus décisionnel proposés de l'unité de soutien sont-ils appropriés?

SECTION 6 : MESURE DU RENDEMENT (2 PAGES EN FORMAT LIBRE)

Proposer un cadre de gestion du rendement visant à faciliter la surveillance et l'évaluation des principaux résultats de l'unité de soutien.

CRITÈRES D'ÉVALUATION

- Dans quelle mesure le cadre de gestion du rendement est-il en conformité avec les résultats décrits dans la vision?
- Les paramètres de rendement proposés sont-ils pertinents? Solides? Possibles? Mesurables? Réalistes?

* *Nota* : En plus du cadre proposé par l'autorité régionale, un ensemble d'indicateurs de base de mesure du rendement, portant sur les six composantes de base, sera élaboré et examiné conjointement par les IRSC et les représentants de chaque unité de soutien.

SECTION 7 : ENGAGEMENT DES INTERVENANTS (2 PAGES EN FORMAT LIBRE)

Fournir un aperçu du plan d'engagement et de collaboration des intervenants. Ce plan devrait comprendre les patients et le public.

CRITÈRE D'ÉVALUATION

- Dans quelle mesure le plan d'engagement et de collaboration convient-il? Y a-t-il des signes que le plan d'approche proposé contribuera sensiblement à l'atteinte d'un engagement approprié des patients et du public?

SECTION 5 : ANNEXES

ANNEXE A : EXIGENCES EN MATIÈRE DE DÉPENSES

À l'aide du tableau provisoire, prévoir les dépenses budgétaires de toutes les sources de financement (par année de financement). **Toutes les dépenses indiquées au tableau doivent être justifiées en détail dans le plan d'activités.**

Vous trouverez ci-dessous de plus amples détails sur l'admissibilité des dépenses pour une contribution des IRSC :

1. Les fonds des IRSC pour les unités ne peuvent être utilisés pour les infrastructures et les biens d'équipement.
2. Les fonds des IRSC peuvent servir à payer les dépenses de fonctionnement qui sont directement nécessaires à la mise en œuvre et à la gestion de l'unité de soutien, par exemple les articles de bureau et autres fournitures requises pour les activités courantes de l'unité. Les fonds des IRSC ne doivent pas servir aux dépenses normalement couvertes par l'établissement d'accueil d'un chercheur et/ou d'autres programmes de financement fédéraux (p. ex. programme des coûts indirects). Parmi les dépenses non admissibles, mentionnons : les immobilisations (p. ex. construction d'un immeuble, ou travaux de rénovation ou d'amélioration), les dépenses liées aux frais généraux (p. ex. loyer, électricité) et celles liées à l'administration (p. ex. frais fixes pour la gestion des fonds par l'organisation d'accueil).
3. Sous réserve du point 2, le financement des IRSC doit respecter les critères énoncés à la section *Utilisation des subventions* du [Guide d'administration financière des trois organismes subventionnaires \(IRSC, CRSNG et CRSH\)](#).

ANNEXE B : STRUCTURE DE GOUVERNANCE

Illustrer la structure de gouvernance organisationnelle pour la gestion des activités de l'unité de soutien.

ANNEXE C : BIOGRAPHIES DES PRINCIPAUX PARTICIPANTS (EN FORMAT LIBRE – 2 À 4 PAGES PAR BIOGRAPHIE)

Fournir les biographies de tous les principaux participants, notamment les membres du conseil et des sous-comités (ou l'équivalent), le personnel de gestion opérationnelle, les responsables scientifiques, les experts, etc.

ANNEXE D : LETTRES DE PARTICIPATION OU D'APPUI (AUCUNE LIMITE)

Les lettres de participation ou d'appui confirment l'engagement des participants et des partenaires envers l'unité de soutien et ses activités. L'unité de soutien devrait recevoir des lettres de participation ou d'appui décrivant le soutien ou la participation (dont la participation financière, le cas échéant) des principaux participants, des intervenants pertinents et des partenaires. Il est primordial que le ministère ou l'autorité sanitaire, ainsi que les autres décideurs ou responsables des politiques, soient compris dans la liste des participants

2013-12-01

principaux pour la réussite de l'unité de soutien.

COORDONNÉES

Veillez envoyer le plan d'activités provisoire par courriel à l'adresse ci-dessous. Pour toute question sur cette initiative, la présentation d'une demande ou le processus de sélection, veuillez communiquer avec :

Linda McKenzie

Directrice adjointe, Instituts de recherche en santé du Canada

Courriel : linda.mckenzie@cihr-irsc.gc.ca

Téléphone : 613-948-2600