



Expansion de l'équipe interprofessionnelle de soins primaires (EISP) - Appel à propositions 2026- 2027

Guide à l'intention des cliniciens et des équipes
de soins primaires, des équipes Santé Ontario
et des réseaux de soins primaires

SEPTEMBRE 2025

Table des matières

1. Contexte	3
Aperçu de l'Appel à propositions 2026-2027	3
Propositions menées par les autochtones	4
Priorités d'évaluation stratégique de l'Appel à propositions.....	4
2. Processus de proposition : Rôles et responsabilités.....	6
3. Instructions pour remplir le formulaire de proposition.....	9
4. Remplir et soumettre la proposition	12
Dates importantes	13
FAQ.....	13
Annexe A : Contacts régionaux de Santé Ontario	14
Annexe B : Présentation du modèle EISP	15
Annexe C : Comment utiliser les packages de données pour la planification et l'élaboration de propositions.....	17
Annexe D : Scénarios de cas et exemples	18

Coordonnées

Pour toute question concernant la soumission des propositions, veuillez envoyer un courriel à primarycareexpansion@ontariohealth.ca ou communiquer avec votre représentant régional de Santé Ontario, dont les coordonnées figurent à [l'annexe A](#).

Le ministère de la Santé et Santé Ontario tiendront un webinaire technique le vendredi 26 septembre à 8 h, heure avancée de l'Est, afin de vous informer davantage sur l'appel de propositions et de répondre à vos questions. [Vous pouvez vous inscrire à ici](#)

1. Contexte

Le 22 septembre 2025, le ministère de la Santé (le « ministère »), en collaboration avec Santé Ontario, a lancé l'appel à propositions 2026-2027 afin d'élargir ou de créer environ 75 équipes de soins primaires qui permettront à 500 000 personnes supplémentaires de bénéficier de soins primaires.

Cet Appel à propositions fait partie de l'investissement de 2,1 milliards de dollars du gouvernement dans le [Plan d'action pour les soins primaires de l'Ontario](#), qui permettra d'élargir ou de créer plus de 300 équipes de soins primaires à l'échelle de la province afin de permettre à deux millions de personnes supplémentaires d'être suivies par un clinicien en soins primaires par une équipe à l'horizon 2029.

L'objectif est de garantir que chaque personne en Ontario ait la possibilité d'avoir accès à des soins primaires complets, connectés, pratiques, inclusifs, autonomes et réactifs. Les soins primaires devraient être fournis à proximité du lieu de résidence des Ontariens ou de l'endroit qui leur convient le mieux, et devraient reconnaître les besoins de la population locale et y répondre.

L'Appel à propositions 2026-2027 s'appuie sur la dynamique et les réussites de la Déclaration d'intérêt de 2024 pour les soins primaires et de l'Appel à propositions de 2025-2026, qui ont toutes deux démontré la force de la planification, de la collaboration et de l'innovation locales en matière de soins primaires dans toute la province.

Aperçu de l'Appel à propositions 2026-2027

Dans le cadre de l'Appel à propositions 2026-2027, le gouvernement investira plus de 250 millions de dollars pour créer ou élargir environ 75 équipes de soins primaires qui permettront à 500 000 personnes de plus de bénéficier des soins primaires.

Admissibilité

Les cliniciens et les équipes de soins primaires sont invités à soumettre des propositions de financement par l'intermédiaire de leur équipe Santé Ontario (ESO) et de leur réseau de soins primaires (RSP) associés. Toutes les ESO et leurs RSP peuvent soumettre un nombre déterminé de propositions qui correspondent aux priorités d'évaluation stratégique décrites dans le présent document.

Des propositions peuvent être soumises pour créer ou élargir l'un des modèles d'équipes interprofessionnelles de soins primaires approuvés suivants :

- Équipes de santé familiale (ESF)
- Centres de santé communautaires (CSC)
- Cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien (CPIP)
- Organismes autochtones de soins de santé primaires (OASSP)

Approche

Chaque ESO s'est vu attribuer un nombre spécifique de propositions, déterminé en fonction du nombre de personnes au sein de leurs communautés qui ne bénéficient pas de soins primaires. Le nombre de propositions attribuées à chaque ESO est basé sur différents seuils de détachement dans le sud et le nord de l'Ontario afin de refléter la taille relative de la population et la géographie.

Les ESO et leurs RSP dont les propositions n'ont pas été retenues aux fins de financement dans le cadre de l'Appel à propositions 2025-2026 se sont vu attribuer une (1) soumission supplémentaire pour peaufiner et soumettre à nouveau des propositions qui n'ont pas été sélectionnées aux fins de financement, à condition qu'elles s'harmonisent avec les priorités d'évaluation stratégique du présent Appel à propositions et qu'elles demeurent dans les soumissions globales des propositions attribuées par l'ESO.

Si la justification est solide, les ÉSO et leurs RSP peuvent soumettre jusqu'à deux propositions supplémentaires, conformes aux priorités d'évaluation stratégique du présent appel de propositions, notamment l'intégration de leurs populations locales aux soins. Il peut s'agir de propositions non retenues pour financement lors de l'appel de propositions 2025-2026, mais qui ont été appuyées pour affiner et renforcer leur proposition afin de l'harmoniser avec les priorités d'évaluation du présent appel de propositions.

Afin d'encourager la collaboration et de garantir que chaque proposition reçoive l'attention appropriée, chaque ESO ne peut soumettre plus de cinq (5) propositions.

En collaboration avec les régions Santé Ontario, les ESO et leurs RSP devraient travailler en étroite collaboration avec leurs cliniciens et équipes de soins primaires locaux pour soumettre des propositions et élaborer des plans pluriannuels afin d'atteindre un taux de participation de 100 % de leur population locale à l'horizon 2029.

Propositions menées par les autochtones

Le ministère de la Santé et Santé Ontario s'engagent à veiller à ce que la planification et la prestation des soins primaires tiennent compte du bien-être physique, spirituel, émotionnel et mental des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Bien que les promoteurs de propositions menées par les autochtones soient encouragés à collaborer avec leur ESO/RSP local(e), aucun soutien n'est requis pour soumettre une proposition menée par les autochtones.

Veuillez consulter le document d'orientation sur les propositions menées par les autochtones afin d'obtenir des informations détaillées.

Priorités d'évaluation stratégique de l'Appel à propositions

Le ministère et Santé Ontario sollicitent des propositions qui correspondent aux trois priorités suivantes. Ces propositions seront évaluées selon les critères suivants :

- A. **Attachement aux soins primaires** : Fournir un nouveau lien net et continu avec les soins primaires, en donnant la priorité aux communautés présentant des taux élevés de détachement. Ce lien comprend la mise en relation de personnes sur la liste d'attente d'Accès Soins.
- B. **Préparation à la mise en œuvre** : Démontrer la capacité d'être opérationnel et de commencer à affecter des personnes à un clinicien ou à une équipe de soins primaires d'ici le printemps 2026. Cette préparation comprend la démonstration de la façon dont votre équipe nouvelle ou élargie proposée peut tirer parti des infrastructures existantes, des ressources humaines et des partenariats locaux pour répondre rapidement aux besoins d'affectation des collectivités.
- C. **Atteinte des objectifs des soins primaires** : Engagement et capacité démontrée d'atteindre les objectifs de soins primaires, comme il est indiqué ci-dessous, au fil du temps.
1. **À l'échelle de la province** : Les Ontariens devraient avoir la possibilité d'entretenir une relation documentée et continue avec un clinicien ou une équipe de soins primaires.
 2. **Connecté** : Les Ontariens devraient avoir la possibilité de recevoir des services de soins primaires coordonnés avec les services de santé et sociaux existants.
 3. **Pratique** : Les Ontariens devraient avoir accès à des services de soins primaires en temps opportun.
 4. **Compris** : Les Ontariens devraient avoir la possibilité de recevoir des services de soins primaires exempts d'obstacles et de discrimination interdits par le Code des droits de la personne ou la Charte canadienne des droits et libertés.
 5. **Autorisé** : Les Ontariens devraient avoir la possibilité d'accéder à leurs renseignements personnels sur la santé au moyen d'un système de soins primaires numérique intégré qui met en contact les personnes assurées avec des cliniciens ou des équipes de soins primaires participant à leurs soins.
 6. **Sensible** : Le système de soins primaires devrait répondre aux besoins des collectivités qu'il dessert, et les Ontariens devraient avoir accès aux informations sur la façon dont le système fonctionne et s'adapte.

2. Processus de proposition : Rôles et responsabilités

Aperçu

Les ESO et leurs RSP jouent un rôle essentiel pour garantir que chaque personne en Ontario soit rattachée à un clinicien ou une équipe de soins primaires. Ensemble, ce personnel de soins de santé mène des efforts visant à cerner et à combler les lacunes en matière d'accès aux soins primaires, notamment en veillant à ce que tous les patients inscrits sur la liste d'attente d'Accès Soins (à compter du 1er janvier 2025) aient accès à des soins primaires.

Les ESO et les RSP coordonnent les soins primaires au sein de leurs communautés. Plus tôt cette année, le ministère de la Santé et Santé Ontario ont demandé à toutes les ESO de commencer à élaborer des plans pluriannuels pour atteindre un taux de participation de 100 % aux soins primaires au sein de leurs communautés locales à l'horizon 2029. Un élément essentiel de ce travail est l'engagement et la collaboration avec les cliniciens et les équipes de soins primaires directement par l'intermédiaire des RSP pour identifier et permettre des solutions locales. Cette pratique comprend la facilitation de la collaboration entre les équipes locales et les cliniciens de soins primaires afin de mieux coordonner et organiser des soins réactifs et culturellement adaptés dans les quartiers de leurs communautés.

Les [RSP](#), composés de cliniciens ou de membres de l'équipe de soins primaires de première ligne, sont la voix des soins primaires au sein de chaque ESO. Leur rôle est de connecter et de soutenir les cliniciens de soins primaires et les autres membres de l'équipe, en veillant à ce que leurs points de vue soient au cœur de la prise de décision au sein de leur ESO. En aidant à organiser les soins au sein de leurs communautés locales, les RSP améliorent l'efficacité, réduisent les doublons et assurent la coordination des soins au niveau local. À terme, les RSP favoriseront une plus grande intégration et une plus grande collaboration entre les organismes de soins primaires et les partenaires communautaires afin que les patients reçoivent des soins de haute qualité, connectés et proches de leur domicile.

Cliniciens de soins primaires et les autres membres de l'équipe de soins primaires ainsi que les dirigeants d'organismes sont fortement encouragés à s'impliquer dans leur RSP afin que le secteur local des soins primaires puisse s'exprimer d'une seule voix lors des prises de décision de l'ESO et diriger la planification des soins primaires dans leurs communautés. Les équipes de soins primaires, les organisations et les autres partenaires du système de santé sont encouragés à identifier et à travailler ensemble pour partager des ressources (par exemple, des programmes, des soutiens administratifs, du personnel) afin de fournir des soins à leur population locale.

Rôles et responsabilités

Les responsabilités pour le financement de l'Appel à propositions 2026-2027 comprennent :

Les équipes de Santé Ontario et leurs réseaux de soins primaires	• Distribuer les dossiers de propositions aux cliniciens, équipes et partenaires locaux de soins primaires. • Soutenir les cliniciens et les équipes de soins primaires locaux, y compris ceux qui n'ont pas été sélectionnés pour un financement dans le cadre de l'Appel à propositions 2025-2026, pour collaborer et soumettre des propositions alignées sur les priorités d'évaluation stratégique. • Utiliser les ensembles de données de l'ESO et les données locales pour élaborer des propositions qui accordent la priorité aux collectivités où le taux d'absence est élevé. • Rencontrer régulièrement les représentants régionaux de Santé Ontario pendant la période d'élaboration de la proposition. Au moins une réunion devrait avoir lieu au cours de la première semaine pour assurer l'alignement et une compréhension claire de l'Appel. Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir la liste des contacts régionaux de Santé Ontario. • Encourager et faciliter la collaboration entre les soins primaires et les autres partenaires des services de santé et sociaux pour renforcer les propositions. • Veiller à ce que les propositions reflètent des procédures d'engagement équitables et de prise de décision collaborative (CDMA), y compris en matière de conflits d'intérêts. • Soumettre des propositions à Santé Ontario.
Équipes et cliniciens de soins primaires	• Demander le dossier de proposition, vérifier votre éligibilité et obtenir un identifiant unique auprès de votre ESO/RSP associé(e). Veuillez communiquer avec votre contact régional de Santé Ontario (annexe A) si vous avez des doutes au sujet de votre ESO/RSP. • Diriger l'élaboration de propositions, notamment en définissant le modèle de soins et en remplissant le formulaire de proposition et les modèles de budget. • Collaborer avec l'ESO/le RSP et recevoir son soutien pour élaborer une ou plusieurs propositions. • Soumettre la proposition finalisée à votre ESO/RSP.
Régions de Santé Ontario	• Connecter les cliniciens et les équipes de soins primaires avec leurs ESO/RSP associé(e)s. • Rencontrer régulièrement les ESO/RSP pendant la période d'élaboration de la proposition. Au moins une réunion devrait avoir lieu au cours de la première semaine pour assurer l'alignement et une compréhension claire de l'Appel.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Partager des ressources (par exemple, des ensembles de données, des webinaires et des conseils) avec les ESO/RSP et répondre aux demandes de renseignements tout au long de la période de proposition.• Aider les ESO/RSP à travailler avec les cliniciens et les équipes de soins primaires, en assurant au moins une réunion et des contrôles réguliers avec les promoteurs pour soutenir l'élaboration des propositions. |
|--|--|

3. Instructions pour remplir le formulaire de proposition

La présente section décrit les instructions à suivre pour soutenir l'élaboration de propositions solides, éclairées et percutantes qui cadrent avec les priorités d'évaluation stratégique pour l'Appel à propositions. Pour obtenir des exemples illustrant la façon dont ces priorités peuvent être appliquées dans la pratique, reportez-vous aux études de cas présentées à l'[annexe E](#), qui montrent comment ces informations sont mises en œuvre dans divers contextes d'équipe.

Collaboration pour les équipes élargies ou nouvelles

Le ministère et Santé Ontario encouragent fortement les propositions axées sur la collaboration et les partenariats qui visent des objectifs plus importants, dans la mesure du possible, en accordant la priorité à l'attachement continu, en particulier au sein des communautés où un grand nombre de personnes ne bénéficient pas de soins primaires de la part d'un clinicien régulier. Les modèles collaboratifs favorisent l'évolutivité, le partage des ressources et une meilleure connexion tout au long du continuum de soins.

Pour faciliter la planification, toutes les ESO ont reçu des ensembles de données comprenant des données provinciales sur les taux d'attachement pouvant être filtrées selon diverses unités géographiques comme les régions de tri avancé (RTA), les régions de diffusion agrégées (RDA) et les subdivisions de recensement (SDR). Ces données devraient être utilisées pour éclairer les décisions concernant l'expansion ou la création d'équipes (reportez-vous à l'[annexe C](#) pour de plus amples informations sur la manière d'utiliser les ensembles de données pour la planification et l'élaboration de propositions). Des données locales supplémentaires peuvent être utilisées pour étayer la demande d'une équipe nouvelle ou élargie.

Les propositions de création d'équipes nouvelles et élargies seront acceptées.

Pour l'expansion des équipes au sein de nouvelles communautés, les promoteurs peut envisager des modèles collaboratifs de type « hub-and-spoke » (réseau en étoile) ou similaires, dans lesquels les populations locales sont desservies par des équipes satellites opérant sous une structure de gouvernance centralisée.

Considérations dans l'élaboration des propositions

Cette section fournit des orientations sur l'identification et la satisfaction des besoins des populations clés afin de garantir que les EISP nouvelles ou élargies soient inclusives, culturellement adaptées et accessibles sur le plan linguistique.

Populations autochtones	• Veuillez vous référer au document d'orientation sur les populations autochtones pour obtenir des informations détaillées.
--------------------------------	---

Populations francophones	• Évaluer si ces populations se trouvent dans une zone désignée en vertu de la Loi sur les services en français (LSF) ou si elles desservent une telle zone. • Si vous êtes situé dans une zone désignée en vertu de la LSF ou si vous desservez une telle zone, dans le cadre de l'objectif d'inclusion, décrivez un plan clair pour identifier et servir les patients francophones, notamment en créant des postes bilingues au sein de l'équipe, en établissant des partenariats ou des voies de référence avec des organismes communautaires francophones et en mettant en œuvre des stratégies d'offre active pour garantir l'accès à des services de soins primaires en français. • Une proposition est considérée axé sur les francophones si l'organisme principal ou codirigeant est entièrement ou partiellement désigné en vertu de la LSF. • Dans les zones sans équipes désignées, un candidat à l'équipe serait encouragé à travailler avec sa région SO pour obtenir la désignation LSF. • Si vous êtes situé dans une zone désignée par la LSF ou si vous desservez une population en dehors de cette zone, dans le cadre de l'objectif d'inclusion, décrivez les mesures adaptées visant à faciliter l'accès aux services de santé en français pour les populations francophones (par exemple, identification des patients francophones, établissement de partenariats avec des organismes francophones ayant des capacités bilingues, offre de solutions de traduction, etc.)
Populations locales	• Identifier les cliniciens ou les équipes de soins primaires dans la zone géographique qui offrent des services culturellement adaptés et accessibles sur le plan linguistique aux populations prioritaires locales, afin que les besoins de ces populations puissent être reflétés dans les propositions soumises. • Par exemple, dans les régions ayant une forte proportion d'une population spécifique, les propositions solides devraient démontrer un leadership ou des partenariats avec des organismes communautaires qui ont l'expérience de répondre aux besoins de ces communautés. Les propositions devraient également décrire des approches et des voies de services spécifiques pour répondre aux besoins de ces populations. Ces propositions peuvent inclure la mise en avant des fournisseurs de services adaptés à la culture avec lesquels le promoteur collaborera dans la zone

	géographique concernée afin de garantir que les services sont adaptés à la culture, accessibles sur le plan linguistique et sûrs.
--	---

Lors de la planification de vos soumissions, tenez compte des questions suivantes qui peuvent être utilisées pour garantir que les populations mal desservi auront un accès équitable aux services qui répondent à leurs besoins, notamment :

- Quelle expérience l'équipe ou les partenaires collaborateurs ont-ils dans la fourniture de services aux mal desservi?
- Quelles approches l'équipe utilisera-t-elle pour assurer la sécurité culturelle et l'accessibilité linguistique des mal desservi?
- Comment allez-vous atteindre et mobiliser les mal desservi? Comment l'équipe s'attaquera-t-elle aux obstacles et garantira-t-elle l'accessibilité aux populations prioritaires qui ont du mal à accéder aux services?

Ressources humaines en santé (RHS) concernées

Les équipes de soins primaires sont des groupes interprofessionnels composés de personnes possédant une expertise en matière de santé, de bien-être et de soins sociaux, travaillant ensemble pour répondre aux besoins uniques des patients en matière de santé et de bien-être. Les équipes interprofessionnelles de soins primaires mettent les patients en contact avec divers professionnels de la santé travaillant ensemble sous un même toit, notamment des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées, des adjoints au médecin, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux, des diététiciens, des sages-femmes et des pharmaciens, qui exercent pleinement leur champ de pratique. Selon la population desservie, les équipes peuvent également collaborer avec d'autres experts, comme des guérisseurs traditionnels, pour répondre aux besoins des patients

Les RHS alliées devrait être embauchées dans le but de maximiser l'attachement des médecins de famille dans les modèles d'inscription des patients qui pourraient être affiliés à une ESF, ou à des médecins de famille ou des infirmières praticiennes employés par des IPHCO, des CHC ou des NPLC.

4. Remplir et soumettre la proposition

Processus d'achèvement de la proposition

Santé Ontario fournira le dossier de proposition et les identifiants uniques à tous les ESO/RSP qui seront ensuite responsables de le partager avec les cliniciens et les équipes de soins primaires locaux.

Les cliniciens et les équipes de soins primaires doivent travailler avec leurs ESO/RSP associé(e)s pour compléter le dossier de proposition. Remplir les modèles de proposition et de budget est une exigence à prendre en compte. Veuillez suivre les instructions fournies dans le modèle de proposition et veuillez vous reporter à la [section 2](#) de ce document d'orientation pour plus de détails sur les rôles et responsabilités.

Composantes du dossier de proposition

Le dossier de proposition comprend :

- Formulaire de proposition (PDF à remplir) avec les sections suivantes :
 - Section 1 : Informations sur le promoteur
 - Section 2 : Modèle d'équipe
 - Section 3 : Clinique d'enseignement des soins primaires
 - Section 4 : Résumé et justification de la proposition
 - Section 5 : Attachement d'équipe
 - Section 6 : Plan pour atteindre les objectifs des soins primaires
 - Section 7 : Composition de l'équipe
 - Section 8 : Plan de mise en œuvre et état de préparation
 - Section 9 : Risques et atténuation
 - Section 10 : Budget
- Les annexes suivantes font également partie du dossier de proposition :
 - Annexe A : Modèle de budget (Excel) - doit être soumis avec le modèle de proposition
 - Annexe B : Liste de contrôle des propositions
 - Annexe C : Processus et critères d'évaluation
 - Annexe D : Régions désignées de langue française en Ontario

Remarque : Les dossiers de propositions comportant des sections vides ou manquantes seront considérés comme incomplets et ne seront pas évalués. Seules les lettres d'engagement peuvent être

soumises comme pièces complémentaires. Toutes les autres pièces jointes ou documents non explicitement demandés dans le cadre de la demande ne seront pas examinés.

Processus de soumission de propositions

La date limite pour que les ESO soumettent des propositions à Santé Ontario est **le 14 novembre 2025 à 17 h, heure avancée de l'Est**.

Les propositions doivent être soumises à primarycareexpansion@ontariohealth.ca et inclure dans l'objet du courriel l'identifiant unique correspondant.

Les documents joints doivent utiliser des noms de fichiers qui incluent le nom de l'ESO, le nom du demandeur et l'identifiant unique.

Seules les propositions complètes et les documents supplémentaires soumis directement à l'adresse e-mail ci-dessus avant la date limite seront acceptés.

Un accusé de réception sera envoyé pour toutes les propositions soumises avant la date limite, à partir du courriel ci-dessus.

Pour toute question concernant la soumission de propositions, veuillez contacter primarycareexpansion@ontariohealth.ca.

Attestation ESO

En plus du dossier de proposition, les éléments suivants doivent être remplis et soumis par l'ESO :

- Formulaire d'attestation de soumission de proposition

Veuillez communiquer avec votre contact régional de Santé Ontario pour obtenir de l'aide pour compléter la proposition (reportez-vous à l'[annexe A](#) pour obtenir la liste des contacts).

Dates importantes

Vendredi, 26 septembre 2025, à 8 heures du matin HAE: Webinaire technique, organisé par Santé Ontario, pour parcourir les formulaires et répondre aux questions

14 novembre 2025, à 17 h HAE : Date limite pour la soumission des propositions par les ESO/RSP à Santé Ontario.

Printemps 2026 : Communication des propositions retenues et des lettres de financement émises.

Automne 2026 : Le processus d'appel à propositions 2027-2028 sera annoncé.

FAQ

Veuillez vous référer au document « Foire aux questions » (FAQ) [sur le site Web du ministère de la Santé](#).

Annexe A : Contacts régionaux de Santé Ontario

Les personnes-ressources de Santé Ontario travailleront avec les ESO et les promoteurs tout au long du processus. Voir ci-dessous la liste des contacts pour votre région.

Région	Contacts des soins primaires	Contacts ESO
Nord-Est	kelsey.shaw@ontariohealth.ca	lynne.kinuthia@ontariohealth.ca laura.boston@ontariohealth.ca
Nord-Ouest	OH-NW-Submissions@OntarioHealth.ca	kiirsti.stilla@ontariohealth.ca
Est	OH_East_Clinical_Submissions@ontariohealth.ca	laurel.hoard@ontariohealth.ca theast-ohts@ontariohealth.ca
Centre	OH-Central_PrimaryCareAdvancement@ontariohealth.ca	OH-CentralOHTs@ontariohealth.ca
Toronto	OHTorontoIPC@ontariohealth.ca	TorontoRegionOHTs@ontariohealth.ca
Ouest	OH-West-PCEOI@ontariohealth.ca	OHWest-OHTs@ontariohealth.ca

Si vous n'êtes pas sûr de votre région, cet [outil de recherche de subdivision de recensement vers Santé Ontario](#) peut vous être utile.

Annexe B : Présentation du modèle EISP

Les promoteurs peuvent soumettre une proposition pour créer ou étendre l'un des modèles d'équipe existants :

DESCRIPTION DES MODELES D'EQUIPES INTERPROFESSIONNELLES DE SOINS PRIMAIRES			
Centre de santé communautaire (CSC)	Équipe de santé familiale (ESF)	Organisme autochtone de soins de santé primaires	Clinique dirigée par du personnel infirmier praticien (CPIP)
Les CSC fournissent des services interprofessionnels complets de soins de santé primaires en mettant l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé. Ils servent les populations générales et prioritaires qui font face à des obstacles aux soins, comme les personnes à faible revenu, les nouveaux arrivants, les personnes ayant des besoins complexes en matière de santé mentale et les personnes non assurées Les CSC adaptent leurs programmes aux besoins locaux et comprennent souvent des services comme l'éducation en santé, la gestion des maladies chroniques, le soutien	Les ESF sont des organismes de soins primaires axés sur la communauté qui rassemblent des équipes interprofessionnelles, notamment des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des infirmières, des travailleurs sociaux, des agents de santé communautaires et d'autres professionnels, pour fournir des soins complets et coordonnés adaptés aux besoins de la population locale. Elles se concentrent sur la prestation de services de soins primaires en mettant l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et la gestion des maladies chroniques.	Les IPHCO sont des organismes de santé gérés par les autochtones et dirigés par les communautés qui fournissent des services de soins primaires holistiques, intégrés et adaptés à la culture des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones vivant en milieu urbain, ainsi qu'à leurs familles. Les IPHCO combinent les pratiques de guérison autochtones traditionnelles avec les services cliniques traditionnels, offrant des soins qui reflètent les visions du monde et les valeurs autochtones. En plus des soins primaires fournis par les médecins de famille et les infirmières praticiennes, les IPHCO offrent des services comme la médecine traditionnelle, la	Les CPIP sont des équipes interprofessionnelles dirigées par des IP, conçues pour fournir des services de soins primaires complets. Ils soutiennent ceux qui ont besoin de soins primaires, y compris les communautés mal desservies. Dans ce modèle, les patients sont inscrits à la clinique où les infirmières praticiennes et les infirmières exercent leur champ d'exercice au complet, en plus des autres membres de l'équipe interprofessionnelle. Les CPIP offrent des services de soins primaires et d'autres services adaptés aux besoins. Les CPIP peuvent recevoir des allocations pour les

en santé mentale et la sensibilisation communautaire. Ils sont régis par des conseils communautaires bénévoles et ont pour mandat d'améliorer l'équité et l'accès aux soins de santé. Les médecins salariés sont des employés du CSC.	Les ESF s'affilieront aux médecins dans le cadre de modèles de financement éligibles. Le modèle de salaire combiné (MSC) rémunère les médecins principalement au moyen d'un salaire et de modèles non MSC, qui rémunèrent les médecins selon un modèle combiné de rémunération forfaitaire par personne. Le réseau de santé familiale (RSF), l'organisation de santé familiale (OSF) et l'accord de groupe de médecins ruraux et du Nord (AGMRN) sont des exemples de modèles de capitation combinés. Les médecins indépendants rémunérés à l'acte ne sont pas admissibles à une affiliation à une ESF.	programmation culturelle, la navigation dans le système et la programmation en santé maternelle et infantile. Les médecins salariés sont des employés de l'IPHCO. Les IPHCO étaient officiellement appelés centres d'accès aux soins de santé pour les Autochtones.	médecins collaborateurs.
--	---	--	---------------------------------

Annexe C : Comment utiliser les packages de données pour la planification et l'élaboration de propositions

TABLEAU DE BORD DES DONNEES DES ESO

Afin d'appuyer l'attachement de 100 % de la population aux soins primaires et de permettre aux ESO d'effacer leurs listes d'attente dans le cadre du programme Accès Soins, le ministère de la Santé et Santé Ontario ont fourni aux ESO des données pour comprendre leur population locale. Ces données sont disponibles dans le « dossier de données PCAT », qui a été lancé en avril 2025 dans le tableau de bord des données des ESO de Santé Ontario et a été mis à jour comme indiqué ci-dessous.

Remarque : Le nombre de propositions attribuées à chaque ESO est fondé sur les renseignements relatifs aux patients seuls au moyen de données d'attribution mises à jour.

Le rapport comprend des informations sur les sujets suivants (les domaines nouveaux et mis à jour sont indiqués) :

- Indicateurs sociodémographiques, y compris le pourcentage de francophones, le pourcentage d'Autochtones et les quintiles de l'indice de marginalisation de l'Ontario
- Mise à jour de l'information sur la population non rattachée, y compris une estimation de la population francophone non rattachée, et liste d'attente pour Accès Soins pouvant être filtrée selon deux nouvelles zones géographiques – subdivision de recensement (SDR) et aire de diffusion agrégée (ADA) – en plus de la région de tri d'acheminement (RTA)
- Coordonnées professionnelles du médecin (nouveau), notamment le nom, le numéro OMCO, les langues parlées, la spécialité et l'adresse
- Emplacements des équipes mis à jour

Les ESO peuvent consulter les données des ESO voisins qui servent les résidents de leur zone géographique, ou de toute ESO d'intérêt, afin d'identifier les opportunités de collaboration croisée.

Le ministère de la Santé et Santé Ontario continueront de partager des données mises à jour et de nouveaux indicateurs dès qu'ils seront disponibles. Le ministère et Santé Ontario s'engagent à collaborer avec les ESO et d'autres intervenants du système de santé afin d'affiner davantage les supports de données des ESO.

INSCRIPTION AU TABLEAU DE BORD DES DONNEES DES ESO

L'inscription au tableau de bord des données des ESO nécessite deux éléments : (1) un identifiant OneID et (2) la confirmation que vous faites partie d'une ESO ou que vous soutenez une ESO avec des analyses.

Si vous possédez déjà un identifiant OneID, envoyez votre identifiant de connexion à OHTanalytics@ontariohealth.ca. Envoyez le courriel à partir de l'adresse électronique de l'ESO ou copiez un membre d'une ESO qui peut confirmer que vous soutenez son équipe.

Si vous n'avez pas d'identifiant OneID, envoyez votre adresse courriel et votre numéro de téléphone à OHTanalytics@ontariohealth.ca. Envoyez le courriel à partir de l'adresse électronique de l'ESO ou copiez un membre d'une ESO qui peut confirmer que vous soutenez son équipe. L'équipe vous guidera tout au long du processus OneID.

Annexe D : Scénarios de cas et exemples

Cette section présente des exemples illustratifs conçus pour aider les cliniciens et les équipes de soins primaires, en collaboration avec leurs ESO et leurs RSP, à renforcer l'attachement des patients et à faire progresser les objectifs du Plan d'action des soins primaires. Ces exemples visent à inspirer les promoteurs à concevoir des modèles innovants, collaboratifs, équitables et adaptés au contexte, qui s'alignent sur les priorités stratégiques de l'Appel à propositions.

1. Optimisation d'équipe

L'optimisation des équipes est une stratégie clé pour augmenter la capacité d'accès et de rattachement aux soins primaires. Elle comprend à la fois la maximisation de la portée et de l'impact des membres individuels de l'équipe et l'affinement des structures de l'équipe pour améliorer l'efficacité et la réactivité.

CHAMP D'EXERCICE COMPLET DANS UNE ESF DE BANLIEUE

Une ESF dans une communauté de banlieue en pleine croissance était confrontée à de longs délais d'attente pour la prise en charge des patients et à une demande croissante de soins de gestion des maladies chroniques. Pour remédier à cela, l'équipe a mis en œuvre une stratégie visant à maximiser le champ de pratique de ses fournisseurs de soins de santé interprofessionnels (FSI), permettant une utilisation plus efficace des ressources cliniques.

Les principaux changements comprenaient :

- Infirmières autorisées (IA) qui dirigent les visites de routine des bébés, dispensent une éducation sur les maladies chroniques et gèrent les suivis de routine pour les maladies chroniques stables, notamment le diabète, l'insuffisance cardiaque congestive et l'hypertension.
- Travailleurs sociaux (MSW) fournissant des conseils en santé mentale et de brèves interventions pour l'anxiété et la dépression
- Pharmaciens effectuant le rapprochement des médicaments, gérant les renouvellements et proposant des séances d'éducation sur les médicaments aux patients atteints de polypharmacie

L'ESF a organisé des réunions régulières pour coordonner les soins, relever les défis et assurer la continuité. Ces changements ont permis aux médecins de famille et aux infirmières praticiennes de se concentrer sur les patients existants et sur les évaluations des nouveaux patients. Au cours d'une année, la clinique a pu accueillir plus de 1 000 nouveaux patients. Cette approche a également

amélioré la satisfaction de l'équipe et réduit l'épuisement professionnel en répartissant la charge de travail plus efficacement.

UN MODELE DE RESEAU EN ETOILE EN MILIEU RURAL

Un CSC desservant une grande région rurale a mis en œuvre un modèle de réseau en étoile pour améliorer l'accès et l'attachement. Le centre hospitalier, situé dans une ville de taille moyenne, abrite une équipe interprofessionnelle composée de médecins de famille, de travailleurs sociaux et de pharmaciens. De plus petites cliniques satellites (rayons) dans les collectivités avoisinantes sont dotées d'infirmières et d'infirmiers praticiens, qui ont accès à l'équipe du centre.

Le modèle a été élaboré grâce à une planification collaborative avec l'ESO et soutenu par des données locales sur l'équité en santé. Le CSC a utilisé des DME partagés, des protocoles d'admission standardisés et des conférences de cas interprofessionnelles mensuelles pour assurer la continuité et la qualité sur tous les sites. Principales caractéristiques incluses :

- Consultations virtuelles entre les sites satellites et les équipes centrales
- Action mobile de sensibilisation aux vaccinations
- Des services culturellement adaptés aux populations autochtones et francophones locales
- Les résultats comprenaient une augmentation de l'attachement des patients sur une période d'un an, une réduction des obstacles liés aux déplacements pour les résidents en milieu rural, une amélioration de la continuité des soins et une réduction du dédoublement des services, ainsi qu'une amélioration de la collaboration et du maintien en poste grâce au soutien en équipe.

MODELE TEAMLET DANS UNE GRANDE ESF EN MILIEU URBAIN

Une grande ESF située dans un quartier urbain diversifié a été confrontée à des défis en matière de coordination des soins, d'épuisement professionnel de l'équipe et de longs délais d'attente pour l'attachement. L'équipe dessert une population présentant une forte prévalence de maladies chroniques, de besoins en santé mentale et de complexité sociale, notamment les nouveaux arrivants, les communautés racialisées et les personnes ayant une maîtrise limitée de l'anglais.

Pour améliorer l'efficacité et la capacité d'attachement, l'ESF a adopté un modèle d'équipe. Ce changement a été guidé par des efforts internes d'amélioration de la qualité avec le soutien d'un spécialiste de l'aide à la décision pour l'amélioration de la qualité (QIDSS). La clinique a réorganisé son personnel en micro-équipes cohérentes, chacune composée de :

- un médecin de famille;
- une infirmière auxiliaire autorisée (IAA);
- et un assistant de cabinet médical (ACM)
- Soutenu par un accès partagé à un travailleur social, une diététiste agréée et un pharmacien.

Chaque patient était rattaché à un médecin de famille et à son équipe spécifique, ce qui a facilité la continuité, la confiance et le sentiment d'appartenance. Les équipes ont organisé des réunions quotidiennes pour examiner les besoins des patients, coordonner les suivis et planifier les soins. Des rôles définis et des espaces de travail partagés ont permis une gestion efficace de tous les besoins complets en soins primaires.

Le modèle était soutenu par des flux de travail standardisés et des réunions d'équipe régulières. Il a également été intégré au plan d'amélioration de la qualité (PAdQ) de la clinique. Les résultats comprenaient une augmentation de la capacité d'attachement des patients sur une année, une amélioration de la satisfaction et de la rétention de l'équipe, une amélioration de la continuité des soins et une réduction de la duplication des services.

2. Partenariats communautaires pour soutenir la capacité des soins primaires en matière d'attachement

Les partenariats stratégiques avec des organismes communautaires, notamment les bureaux de santé publique et les organismes de santé et de services sociaux, peuvent étendre la portée et la capacité des équipes de soins primaires, permettant ainsi à davantage d'Ontariens d'accéder à des soins primaires complets.

COLLABORER AVEC LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Une équipe s'est associée à une agence de santé mentale communautaire pour améliorer l'accès aux soins primaires pour les populations mal desservies. L'agence de santé mentale a apporté des informations sur les besoins de santé de la population locale et sur les services qu'elle fournit pour éclairer la planification. Elle a également mis à profit ses relations établies avec les communautés méritant l'équité pour soutenir des soins culturellement appropriés et une sensibilisation coordonnée. Les services de santé mentale et de soins primaires ont été regroupés pour soutenir la planification conjointe et simplifier les références et l'accès des patients.

Les initiatives conjointes comprenaient :

- Intégrer les travailleurs sociaux en santé mentale dans la pratique pour soutenir la coordination des soins
- Mettre en œuvre un processus d'admission commun pour faciliter les références et améliorer la continuité
- Coordonner la prestation de services pour garantir que les personnes les plus nécessiteuses reçoivent les services appropriés par ces canaux
- Collaborer à la conception de services pour les programmes de santé mentale de groupe
- Fournir un espace clinique en nature à l'équipe pour améliorer la capacité de service.

Les principaux résultats de ce partenariat comprennent :

- Attachement accru aux soins primaires, notamment pour les populations ayant des besoins élevés.
- Les services sont plus accessibles grâce à des actions de sensibilisation ciblées et à des partenariats.
- Fourniture de services rationalisée et intégrée qui concentre les ressources en soins primaires et en santé mentale sur les domaines de besoin appropriés.
- Amélioration de la prise de décision pour éclairer la planification, la fourniture et l'évaluation des soins primaires.

- Des liens plus forts entre la santé mentale communautaire et les soins primaires, permettant des soins plus réactifs et mieux coordonnés.

SENSIBILISATION INTEGREE DANS UN CSC URBAIN : PARTENARIAT SOUTENU PAR L'HOPITAL

Un CSC dans un milieu urbain densément peuplé s'est associé directement à un hôpital local pour offrir conjointement des services aux populations méritant l'équité, notamment les nouveaux arrivants et les sans-abri.

Le partenariat a été initié par le biais de la table de planification de l'équité des ESO locaux, qui a identifié des lacunes dans les soins préventifs et le soutien à la transition. Un accord de service collaboratif a été élaboré pour formaliser la coordination et le partage des ressources. Alors que le CSC dirigeait la fourniture de services de proximité, l'hôpital soutenait le modèle en :

- Offrant un accès accéléré aux diagnostics et aux consultations spécialisées pour les patients identifiés grâce à la sensibilisation
- Participant à la planification des soins partagés pour les patients ayant des besoins complexes
- Soutenant l'échange de données et les voies de référence pour assurer la continuité entre les soins primaires et les soins aigus

Ces services ont été intégrés aux programmes de sensibilisation du CSC, y compris les cliniques sans rendez-vous et les évaluations de la santé des nouveaux arrivants, appuyés par une planification commune et un échange de données par l'entremise de l'ESO. L'implication de l'hôpital a renforcé la profondeur clinique des interventions et amélioré les transitions et la continuité vers les soins aigus et spécialisés.

Les résultats comprenaient une augmentation de l'attachement des patients sur 6 mois, une amélioration de la confiance et de l'engagement avec les populations locales et une réduction de la dépendance aux services d'urgence pour les soins épisodiques.

SOUTIEN GLOBAL DANS UN CPIP EN MILIEU RURAL

Un CPIP d'une communauté rurale s'est associé à un organisme de services de soutien communautaire pour améliorer les soins aux patients ayant des besoins sociaux complexes. La clinique a servi une population aux taux élevés de pauvreté, d'insécurité du logement et d'options de transport limitées, y compris les résidents autochtones et les nouveaux arrivants.

Le partenariat a été officialisé par un protocole d'entente (PE). Le partenaire communautaire a intégré un navigateur système au sein de la clinique pour aider les patients avec :

- les demandes de logement et l'aide au revenu;
- l'aide juridique et la coordination des transports;
- les services et interprétation culturellement adaptés.

Le navigateur a travaillé en étroite collaboration avec l'équipe interprofessionnelle de la clinique, en participant aux réunions de planification des soins et en utilisant des outils de documentation partagés pour assurer la continuité. Les résultats comprenaient une réduction des rendez-vous

manqués, l'adhésion de plus de 400 nouveaux patients au cours de la première année de services collaboratifs et une amélioration de la satisfaction des patients.

COLLABORATION ENTRE LES ÉQUIPES POUR FOURNIR DES SOINS PRÉVENTIFS

Un CPIP, une ESF et un CSC travaillent en collaboration pour mettre en œuvre le programme de soins préventifs en mettant l'accent sur l'accès aux populations ayant des besoins élevés sur une plus grande zone géographique partagée. Ensemble, les équipes utilisent les données pour comprendre les besoins de l'ensemble de la population dans leur zone géographique et identifier les lacunes ou les besoins accrus en matière de services de soins préventifs. Au sein des équipes, des membres spécifiques sont identifiés pour aider à répondre à ces besoins.

Les infirmières autorisées (IA) et les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) agissent en tant que spécialistes de la prévention en offrant une éducation en matière de santé, une évaluation des risques, un encadrement en matière de santé et une planification des soins préventifs, ainsi qu'une navigation système. Les spécialistes de la prévention sont intégrés aux équipes de soins primaires et travaillent aux côtés des ambassadeurs de la santé communautaire et des ambulanciers paramédicaux communautaires pour soutenir la sensibilisation et l'attachement. Cette pratique comprend la facilitation de l'accès aux services cliniques (par exemple, le dépistage du cancer, les services liés au diabète) et aux services communautaires qui répondent aux besoins sociaux.

Les considérations de mise en œuvre comprenaient la garantie que les spécialistes de la prévention étaient intégrés dans les flux de travail de l'équipe et soutenus par des protocoles partagés, des systèmes de données et des voies de référence. Les stratégies de sensibilisation ont été adaptées aux besoins de la population locale, avec des horaires flexibles et une fourniture de services mobiles lorsque cela était approprié. La formation et la clarté des rôles au sein des équipes étaient essentielles pour maximiser l'impact et éviter les doublons.

Des partenariats clés avec le Conseil consultatif des communautés autochtones de l'ESO, le PCN, les programmes de paramédecine communautaire et les pharmacies permettent aux spécialistes de la prévention d'atteindre les communautés autochtones ainsi que les adultes de 40 ans et plus dans les zones rurales et urbaines à faible revenu.

RENFORCER L'ACCES FRANCOPHONE PAR LA DESIGNATION ET L'EXPANSION STRATEGIQUE

Deux équipes interprofessionnelles de soins primaires, l'une en milieu urbain de taille moyenne et l'autre en région rurale, ont mis en œuvre des stratégies novatrices pour améliorer l'accès des populations francophones. Ensemble, elles démontrent comment la désignation en vertu de la Loi sur les services en français (LSF), les partenariats stratégiques et la planification des services peuvent soutenir l'expansion axée sur l'équité et l'amélioration des processus.

Équipe urbaine :

- Partiellement désignée en vertu de la Loi sur les services en français (LSF)
- Servir plus de 2 500 personnes francophones non rattachées, y compris les nouveaux arrivants, les Franco-Ontariens de longue date et les populations francophones racialisées
- L'équipe comprend des infirmières praticiennes bilingues, des travailleurs sociaux et des navigateurs système à des postes désignés

- Ces personnes utilisent des stratégies clés pour soutenir l'accès et l'expansion des francophones, comme l'offre active de services en français et l'identification de la langue basée sur le DME; les partenariats avec des organismes francophones; la fourniture de soins virtuels en français; et le suivi et l'évaluation de l'attachement et de la satisfaction des patients francophones

Équipe rurale :

- Zone géographique sans fournisseurs désignés LSF existants
- La nouvelle équipe de la région a pour objectif de répondre aux besoins de plus de 2 200 francophones non rattachés et s'est engagée à obtenir la désignation LSF d'ici quatre ans.
- Elle a utilisé des stratégies clés pour répondre aux besoins des patients francophones locaux en recrutant du personnel bilingue, en offrant des cliniques mobiles et des soins virtuels en français, en fournissant des voies de référence vers les services de santé mentale et sociaux francophones et en appliquant un plan de renforcement des capacités par étapes pour rendre compte des progrès vers la désignation

3. Planification de la santé de la population et utilisation des données locales

En fondant la planification sur les données locales, les équipes peuvent identifier les besoins en matière de santé, cibler efficacement les ressources et concevoir des soins qui reflètent les réalités de la communauté. Cette approche favorise une fourniture de soins plus équitable, proactive et intégrée.

CARTOGRAPHIE DES QUARTIERS POUR FAVORISER L'ACCES AUX SOINS PRIMAIRES

Une ESO dans une zone urbaine diversifiée a développé un modèle de quartier pour guider la conception et la mise en œuvre de soins en équipe. Ce modèle a été élaboré par un comité de planification des soins primaires, qui comprenait des représentants de plusieurs ESO, hôpitaux et fournisseurs de services de soutien communautaire voisins.

La cartographie des quartiers a été réalisée à l'aide de données locales sur l'utilisation des soins de santé (par exemple, les visites aux urgences, les taux de dépistage, le nombre de personnes non attachées) et les mesures de croissance démographique.

Les quartiers prioritaires ont été identifiés à l'aide d'outils comme le tableau de bord des données des ESO, les données au niveau de la zone de diffusion agrégée (ADA) et les données de la liste d'attente d'Accès Soins

Ces données ont ensuite été utilisées pour :

- Collaborer avec les collectivités et concevoir conjointement avec les populations méritant l'équité
- Établir des pôles dans les zones à besoins élevés, en intégrant les EISP aux services spécialisés nécessaires (par exemple, la santé mentale)
- Soutenir une équipe de coordination centralisée pour les soins après les heures normales, la suppléance et les stages de formation (p. ex., préceptorat)

- Établir des partenariats avec les hôpitaux et les pharmacies locales pour permettre des services complets et une meilleure navigation système

Cette approche a permis une sensibilisation ciblée, une amélioration de l'équité et a jeté les bases d'une stratégie qui aligne les activités fragmentées au niveau des cliniques sous un modèle de quartier cohérent.

PLANIFICATION GEOGRAPHIQUE DES CAPACITÉS DE SOINS PRIMAIRES POUR LES COMMUNAUTES RURALES ET NORDIQUES

Dans une vaste zone rurale du Nord, une ESO a élaboré une stratégie visant à élargir l'accès aux soins primaires dans l'ensemble de ses communautés. Cette approche s'appuie sur les efforts de planification collaborative antérieurs de l'ESO en collaboration avec les régions de SO et s'aligne sur une proposition antérieure soumise dans le cadre d'un appel antérieur à l'expansion de l'EISP.

La planification géographique a été guidée par des données, dans lesquelles les patients non rattachés ont été cartographiés par des communautés naturelles. La planification était axée sur l'identification des zones mal desservies et l'évaluation de la capacité locale à soutenir les équipes nouvelles ou élargies. L'ESO a travaillé directement avec les équipes, les médecins et les infirmières praticiennes pour comprendre ce dont ils auraient besoin pour rattacher davantage de patients. La région de SO était disponible pour apporter son soutien à l'ESO.

La stratégie comprenait le renforcement des capacités des cliniciens de soins primaires existants grâce à un soutien interprofessionnel partagé et la promotion des prémices d'un modèle de quartier de santé rural en intégrant des services comme la paramédecine communautaire, la santé mentale, les soins palliatifs et les équipes d'évaluation gériatrique.

Ces cliniciens ont utilisé le tableau de bord des données des ESO et un outil de planification des données de leur propre création pour soutenir ce travail, et ont également formé une table de planification collaborative avec des partenaires des soins primaires et de la communauté, y compris des organismes de soins de santé primaires autochtones.

Les résultats du travail de planification géographique comprenaient :

- **une meilleure compréhension des besoins et de la capacité locaux** : la cartographie et l'engagement ont permis d'identifier des lacunes spécifiques et d'adapter les stratégies aux contextes;
- **des partenariats renforcés** : la planification collaborative a favorisé l'alignement entre les équipes et les organismes;
- **un développement du modèle de planification évolutive** : l'approche a créé une base pour la mise en œuvre future de soins en équipe, avec des voies claires d'expansion à mesure que les ressources deviennent disponibles;
- **une préparation renforcée au financement** : l'ESO est bien placée pour répondre aux futurs appels à propositions avec un plan axé sur les données et la communauté qui reflète les priorités locales.