



Énoncé du CMFC :

Nombre de patients inscrits par médecin de famille au Canada

Résumé exécutif

Dans le domaine des soins de santé, le nombre de **patients inscrits** désigne le nombre de patients dont un médecin de famille assure la prise en charge globale, en tant que prestataire de soins principal.

Cet énoncé de politique présente un aperçu du nombre de patients inscrits par médecin de famille dans l'ensemble des provinces et territoires du Canada*. S'appuyant sur la littérature scientifique, des entrevues avec des intervenants et des données provinciales, il met en évidence une variation du nombre moyen de patients inscrits, allant de moins de 1 000 à 1 500. Cet écart est influencé par la complexité des cas, les modèles de pratique, le profil démographique des médecins et les besoins en matière de soins. Les principales constatations sont présentées ci-dessous.

- Absence de norme universelle** : Le nombre de patients inscrits est fortement lié au contexte et influencé par plusieurs facteurs complexes.
- Grande variation des cibles et des exigences** : Certaines provinces ont établi des seuils minimaux, tandis que d'autres n'ont fixé aucune cible ni exigence.
- Ajustements selon la complexité** : La plupart des provinces utilisent ou développent des systèmes pour ajuster les attentes en matière de rémunération et de nombre de patients inscrits en fonction de la complexité des cas[†].

- Critères d'admissibilité liés au nombre de patients inscrits** : Dans plusieurs provinces, les seuils définis déterminent l'admissibilité des médecins à certains modèles de financement ou options de facturation.
- Outils d'évaluation utilisés** : De nombreuses provinces proposent des outils pour aider les médecins à comprendre et à gérer leur nombre de patients inscrits, souvent dans une perspective d'amélioration de la qualité.

Un trop grand nombre de patients inscrits peut compromettre la qualité des soins^{1,2,3}, l'accès aux soins^{3,4,5} et le bien-être des médecins^{5,6}. Les normes relatives au nombre de patients inscrits doivent privilégier la flexibilité, tenir compte des réalités locales et s'appuyer sur la participation active des médecins de famille. L'objectif est de bâtir un système de soins primaires capable de répondre aux besoins tant des patients que des prestataires. Les seuils établis devraient être définis en collaboration avec les ordres de médecins, afin d'éviter des critères arbitraires ou irréalistes qui risqueraient d'alourdir les conditions de travail des médecins et de compromettre la qualité des soins.

* Basé sur les données provinciales disponibles concernant le nombre de patients inscrits par médecin de famille jusqu'à septembre 2025.

† À titre d'exemple de la façon dont la complexité peut être prise en charge, voir : British Columbia Ministry of Health. Medical Services Commission Longitudinal Family Physician Payment Schedule. Victoria (C.-B.) : British Columbia Ministry of Health, 2025. Consulté le 8 septembre 2025. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/medical-services-plan/longitudinal-family-physician/web-lfp-payment-schedule_may-1-2025.pdf

Aperçu des politiques dans les provinces et territoires

Province	Information importante
Colombie-Britannique	<p>Nombre moyen de patients inscrits : S.O.</p> <p>Nombre minimal de patients inscrits : S.O.</p> <p>Ajustements selon la complexité : S.O.</p> <p>Outils d'évaluation et de gestion du nombre de patients inscrits : FPSC Practice Support Program avec accompagnement ; Health Data Coalition permet aux médecins d'évaluer leur pratique et leur nombre de patients inscrits afin de mieux comprendre leur propre population de patients et leurs modes de pratique, individuellement et en comparaison avec leur clinique ou leur communauté.</p>
Alberta	<p>Nombre moyen de patients inscrits : 1 199⁷ (année : 2020)</p> <p>Nombre minimal de patients inscrits : 500⁸</p> <p>Ajustements selon la complexité : Les paiements liés au nombre de patients inscrits sont pondérés selon la complexité des cas⁹ à l'aide de la méthodologie de regroupement de la population de l'Institut canadien d'information sur la santé.</p> <p>Outils d'évaluation du nombre de patients inscrits : L'Alberta Medical Association propose un outil permettant de calculer le nombre idéal de patients inscrits¹⁰.</p>
Saskatchewan	<p>Nombre moyen de patients inscrits : de 1 001 à 1 500¹¹ (année : 2024)</p> <p>Nombre minimal de patients inscrits : 250¹²</p> <p>Ajustements selon la complexité : Les modificateurs du mode de rémunération transitoire ne sont pas encore élaborés¹².</p> <p>Outils d'évaluation du nombre de patients inscrits : Les Best Practice Primary Care Panel Reports fournissent aux médecins de la Saskatchewan des renseignements sur leur nombre de patients inscrits¹³.</p>
Manitoba	<p>Nombre moyen de patients inscrits : S.O.</p> <p>Nombre minimal de patients inscrits : 250¹⁴</p> <p>Ajustements selon la complexité : S.O.</p> <p>Outils d'évaluation du nombre de patients inscrits : S.O. ; l'Office régional de la santé de Winnipeg propose une ligne directrice permettant de calculer le nombre de patients inscrits¹⁵.</p>

Province	Information importante
Ontario	<p>Nombre moyen de patients inscrits : 1 187¹⁶ (année : 2025)</p> <p>Nombre minimal de patients inscrits : de 2 400 à 4 000 pour les OSF comprenant entre 3 et 5 médecins de famille¹⁷.</p> <p>Ajustements selon la complexité : La rémunération liée au nombre de patients inscrits dépend de la complexité des cas en vertu de la méthodologie de regroupement de la population de l'Institut canadien d'information sur la santé, avec des modificateurs supplémentaires selon l'âge pour certains services.</p> <p>Outils d'évaluation du nombre de patients inscrits : S.O.</p>
Québec	<p>Nombre moyen de patients inscrits : S.O.</p> <p>Nombre minimal de patients inscrits : S.O.</p> <p>Ajustements selon la complexité : S.O.</p> <p>Outils d'évaluation du nombre de patients inscrits : S.O.</p>
Î.-P.-É.	<p>Nombre moyen de patients inscrits : S.O.</p> <p>Nombre minimal de patients inscrits : 1 300¹⁸ (année : 2025)</p> <p>Ajustements selon la complexité : S.O.</p> <p>Outils d'évaluation du nombre de patients inscrits : S.O.</p>
Nouveau-Brunswick	<p>Nombre moyen de patients inscrits : 1 025[†] (année : 2025)</p> <p>Nombre minimal de patients inscrits : S.O.</p> <p>Ajustements selon la complexité : Calcul fondé sur l'âge et le sexe, applicable uniquement au programme de médecine de famille du Nouveau-Brunswick[§].</p> <p>Outils d'évaluation du nombre de patients inscrits : S.O.</p>
Nouvelle-Écosse	<p>Nombre moyen de patients inscrits : S.O.</p> <p>Nombre minimal de patients inscrits : Aucun seuil minimal¹⁹</p> <p>Ajustements selon la complexité : Le calcul tient compte du temps consacré aux patients non inscrits ainsi qu'à d'autres activités²⁰. Dans le modèle longitudinal de médecine de famille, un facteur d'ajustement est prévu pour refléter la complexité propre à la communauté²¹.</p> <p>Outils d'évaluation du nombre de patients inscrits : S.O.</p>
Terre-Neuve-et-Labrador	<p>Nombre moyen de patients inscrits : S.O.</p> <p>Nombre minimal de patients inscrits : Aucun. Toutefois, la nouvelle entente prévoit un financement additionnel pour les pratiques comptant plus de 1 200 patients dès la deuxième année de service²².</p> <p>Ajustements selon la complexité : S.O.</p> <p>Outils d'évaluation du nombre de patients inscrits : Le MyQ Proxy Panel Reports tool fournit aux médecins de l'information sur leur nombre de patients inscrits afin de les aider à améliorer leur pratique²³.</p>
Territoires	<p>Nombre moyen de patients inscrits : S.O.</p> <p>Nombre minimal de patients inscrits : S.O.</p> <p>Ajustements selon la complexité : S.O.</p> <p>Outils d'évaluation du nombre de patients inscrits : S.O.</p>
Canada	<p>Nombre moyen de patients inscrits : 1 351²⁴</p>

[†] Société médicale du Nouveau-Brunswick (entrevue qualitative), basé sur les données provenant du 90^e centile des médecins de famille rémunérés à l'acte et des médecins de famille de Médecine familiale Nouveau-Brunswick.

[§] Communication électronique du CMFC avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick.

Facteurs qui influencent le nombre de patients inscrits

Déterminer un nombre approprié de patients inscrits par médecin de famille est un exercice complexe et propre à chaque contexte, puisque ce nombre est influencé par divers éléments interdépendants.

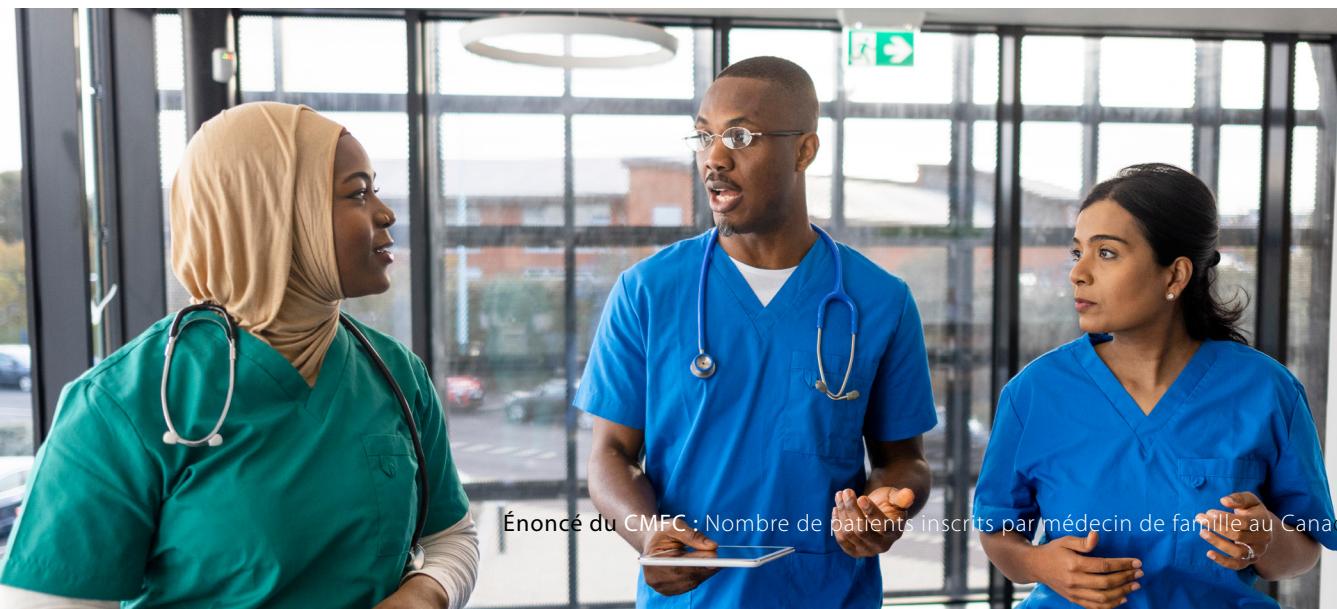
Offre : facteurs propres aux médecins

Divers facteurs propres aux médecins influencent à la fois le temps et la capacité qu'ils peuvent consacrer aux soins et services aux patients, ainsi que le nombre de patients qu'ils peuvent raisonnablement prendre en charge. Les observations qui suivent s'appuient en grande partie sur des entrevues qualitatives menées auprès d'organisations médicales partout au Canada.

- **Charge de travail des médecins** : La charge de travail des médecins a augmenté^{25,26}, notamment en raison des nombreuses tâches liées aux consultations virtuelles (formulaires à remplir, appels téléphoniques, suivi des analyses de laboratoire, renouvellements d'ordonnances et gestion des messages électroniques).
- **Contexte rural** : Dans les régions rurales, les médecins de famille assument souvent un rôle élargi en raison de la disponibilité limitée de spécialistes consultants. Cela accroît leurs responsabilités et leur charge de travail, ce qui restreint le nombre de patients inscrits qu'ils peuvent suivre de façon durable.

- **Considérations liées aux ETP** : De nombreux médecins de famille travaillent à temps partiel ou partagent leur temps entre les soins en clinique et d'autres fonctions essentielles, telles que le travail en tant que médecins hospitalistes, les soins d'urgence ou les soins palliatifs, ce qui se traduit par un nombre moindre de patients inscrits.

- **Enseignement, recherche et leadership** : Les médecins de famille contribuent à la pérennité du système de soins primaires en assumant des rôles en enseignement, en recherche et en leadership, notamment par la supervision clinique d'étudiants en médecine.
- **Modèles de pratique et soutien aux équipes** : L'accès aux soins offerts en équipe, au soutien administratif et aux structures incitatives varie selon les contextes, ce qui influe sur la manière dont les médecins de famille dispensent les soins et gèrent leur charge de travail.
- **Genre** : Les hommes ont plus souvent un nombre de patients inscrits plus élevé : en Ontario, la taille moyenne de la patientèle des médecins de famille offrant des soins complets et globaux est de 1 318 pour les hommes, comparativement à 1 062 pour leurs collègues féminines¹⁶.
- **Âge et étape de carrière** : Les médecins en début de carrière ont souvent un moins grand nombre de patients inscrits, le temps de constituer leur pratique¹⁶, tandis que les patientèles plus nombreuses sont généralement associées aux médecins plus âgés et aux diplômés internationaux en médecine²⁷.



Demande : Facteurs propres aux patients

Le profil des patients détermine en grande partie le temps qu'un médecin leur consacre, tant en consultation qu'en matière de soins indirects. Lorsque les cas sont plus complexes, les rendez-vous ont tendance à être plus longs, les consultations plus fréquentes et la coordination des soins plus exigeante, ce qui réduit le nombre de patients inscrits qu'un médecin peut raisonnablement prendre en charge^{5,28}.

- **Âge** : Les adultes plus âgés sont plus susceptibles de présenter plusieurs maladies chroniques ainsi que des syndromes gériatriques. Près d'un cinquième des Canadiens ont maintenant plus de 65 ans, et ce groupe de population est en croissance.
- **Maladies chroniques et multimorbidité**^{28,29} : Ces patients nécessitent une coordination continue ainsi que des consultations plus fréquentes et plus longues. Près de 45 % des Canadiennes et des Canadiens vivent déjà avec au moins une maladie chronique majeure, et la multimorbidité est en hausse³⁰. L'utilisation de médicaments⁵ et la fréquence des consultations²⁸ reflètent cette complexité et influencent directement le nombre de patients inscrits.
- **Compétences linguistiques et préférences** : La communication avec les patients qui ont besoin de services d'interprétation prend plus de temps ; par exemple, un appel téléphonique peut durer deux à trois fois plus longtemps⁵.
- **Troubles de santé mentale** : Les consultations en soins primaires pour des troubles de santé mentale ont augmenté après la pandémie³¹, car la hausse des taux de troubles de l'humeur et d'anxiété³² et la baisse de l'auto-évaluation de la santé mentale³³ contribuent à une plus grande complexité des cas.
- **Déterminants sociaux de la santé** : Les patients ayant un statut socioéconomique faible, un logement inadéquat ou ayant vécu un traumatisme ont souvent besoin de plus de soutien pour accéder aux soins et d'une meilleure coordination avec les ressources communautaires.

Risques associés à un trop grand nombre de patients inscrits

Les données sur le nombre de patients inscrits peuvent éclairer la planification et les discussions sur les politiques, mais elles doivent être interprétées et utilisées avec prudence. Les médecins qui enseignent, occupent des postes de direction ou exercent en tant que médecins hospitalistes, ou ceux qui sont sur le point de prendre leur retraite, ont souvent des listes de patients moins longues, pour des raisons légitimes. L'imposition de seuils minimaux obligatoires pourrait décourager ces modèles de pratique mixtes, réduisant ainsi la flexibilité du système et l'accès global aux soins.

Un nombre de patients inscrits supérieur à la capacité réelle d'un médecin est systématiquement associé à des effets négatifs, tant pour les médecins que pour les patients. Les données montrent qu'à mesure que le nombre de patients inscrits augmente, la qualité des soins, la globalité des soins¹, le dépistage du cancer¹ et la qualité des soins offerts aux patients diabétiques² diminuent. Un nombre trop élevé de patients inscrits est également lié à une hausse des hospitalisations pour des affections propices aux soins ambulatoires¹, à des prescriptions moins appropriées^{2,34,35}, à des délais d'attente plus longs pour obtenir des soins^{3,4,5,29}, à une satisfaction moindre des patients²⁹ et à un nombre plus limité de consultations approfondies²⁷. Il est aussi associé à une hausse de l'épuisement professionnel chez les médecins^{5,6}. Au Canada, les médecins de famille consacrent déjà de 10 à 19 heures par semaine à des tâches administratives³⁶, un fardeau qui risque d'augmenter si le nombre de patients inscrits dépasse leur capacité réelle.

Faire pression sur les médecins pour qu'ils augmentent leur nombre de patients inscrits sans tenir compte de l'infrastructure, de la complexité ou de la charge de travail risque d'aggraver l'épuisement professionnel, de réduire la disponibilité des rendez-vous et de compromettre la qualité des soins. Les données nationales reflètent une réalité marquée par une complexité croissante, un fardeau administratif accru et l'évolution des modèles de pratique : le nombre moyen de patients inscrits est passé de 1 746 en 2013 à 1 353 en 2021²⁴.

Exemples de cibles pour le nombre de patients inscrits

Le calcul ci-dessous illustre le nombre de consultations qu'un médecin de famille devrait effectuer chaque jour pour maintenir des cibles de 1 200 et 1 600 patients inscrits, respectivement.

Hypothèses :

- Les patients inscrits présentent une complexité moyenne
- Nombre moyen de 3,8 consultations par patient par année³⁷
- Six semaines réservées à la formation médicale continue, aux jours fériés et aux vacances, laissant 46 semaines de travail
- Durée moyenne des consultations de 20 minutes avec un médecin de famille (la plupart consacrent de 15 à 25 minutes par consultation³⁸)
- Au moins 10 heures de travail administratif par semaine^{36,39}, soit environ deux heures par jour pour une semaine de travail de cinq jours

Nombre de patients inscrits : 1 200

$1\,200 \times 3,8 = 4\,560$ consultations par année –
46 semaines – 99 consultations par semaine, 5 jours par semaine = ~20 consultations par jour

20 consultations × 20 minutes par consultation =
6,6 heures par jour + 2 heures de travail administratif =
8,6 heures par jour

Nombre de patients inscrits : 1 600

$1\,600 \times 3,8 = 6\,080$ consultations par année –
46 semaines – 132 consultations par semaine, 5 jours par semaine = ~26 consultations par jour

26 consultations × 20 minutes par consultation =
8,6 heures par jour + 2 heures de travail administratif =
10,6 heures par jour

Ce calcul montre que pour garder 1 600 patients inscrits, un médecin de famille devrait consacrer environ 10,6 heures par jour aux soins aux patients et aux tâches administratives. L'imposition de cibles en matière de nombre de patients inscrits sans tenir compte des ressources de l'équipe, du soutien administratif disponible ou du milieu de pratique rend la charge de travail quotidienne impossible à soutenir à long terme, augmentant le risque d'épuisement professionnel et compromettant la qualité des soins.

Recommandations du CMFC concernant le nombre de patients inscrits

Dans certaines provinces, des seuils minimaux relatifs au nombre de patients inscrits sont déjà en vigueur et déterminent l'admissibilité à certains modes de rémunération. Si ces critères peuvent faciliter la planification du système, des seuils trop élevés ou trop rigides peuvent avoir des conséquences imprévues.

Recommandations du CMFC :

Éviter d'établir des seuils minimaux trop élevés ou trop rigides

- Les décideurs doivent veiller à ce que les seuils tiennent compte de la complexité des cas, de la disponibilité des médecins et de la capacité du système.
- Les cibles relatives au nombre de patients inscrits doivent être conçues de manière à refléter la complexité des cas et à permettre une certaine souplesse.

Mobiliser les médecins de famille et les partenaires provinciaux

- Les provinces devraient collaborer avec les médecins de famille à l'élaboration des politiques relatives au nombre de patients inscrits, afin qu'elles reflètent le contexte local et les modèles de soins.
- Il est essentiel de consulter des médecins de famille qui enseignent, supervisent des étudiants et/ou travaillent à temps partiel, ainsi que des médecins à différents stades de leur carrière et exerçant dans divers milieux de pratique, afin d'élaborer des lignes directrices et des critères pertinents quant au nombre de patients inscrits.

Investir dans l'infrastructure pour soutenir la pratique complète et globale de la médecine de famille

- Avant d'établir des cibles plus élevées en matière de nombre de patients inscrits, les provinces doivent s'assurer que les médecins disposent de l'infrastructure nécessaire pour gérer efficacement ces changements. Cela comprend les ressources qui appuient directement leur travail, comme un soutien administratif dédié et des outils numériques adéquats (p. ex., dossiers médicaux électroniques complets, outils d'intelligence artificielle pour la prise de notes, solutions efficaces pour l'aiguillage des patients).

- Alléger le fardeau administratif permettrait aux médecins de consacrer davantage de temps aux soins directs aux patients et de maintenir un nombre de patients inscrits plus élevé. Parmi les solutions possibles :
 - Simplifier ou éliminer certaines exigences administratives fédérales⁴⁰, comme le formulaire de crédit d'impôt pour personnes handicapées⁴¹.
 - Adopter une loi interdisant le recours aux médecins de famille pour obtenir des attestations de maladie et accéder aux prestations d'assurance⁴².
 - Financer l'utilisation à long terme d'outils d'intelligence artificielle pour la prise de notes cliniques⁴³.
 - Investir dans l'expansion interprovinciale de plateformes éprouvées d'aiguillage vers les services appropriés, comme Pathways BC.
 - Investir de façon importante dans les équipes interdisciplinaires afin de soutenir les médecins de famille, d'élargir la gamme de services offerts et de répartir la charge de travail administratif.

Références

- 1 Dahrouge S, Hogg W, Younger J, Muggah E, Russell G, Glazier RH. Primary Care Physician Panel Size and Quality of Care: A Population-Based Study in Ontario, Canada. *Ann Fam Med.* 2016;14(1):26-33.
- 2 Cheung A, Stukel TA, Alter DA, Glazier RH, Ling V, Wang W, et al. Primary Care Physician Volume and Quality of Diabetes Care: A Population-Based Cohort Study. *Ann Intern Med.* 2017;166(4):240-247.
- 3 Angstman KB, Horn JL, Bernard ME, Kresin MM, Klavetter EW, Maxson J, et al. Family Medicine Panel Size with Care Teams: Impact on Quality. *J Am Board Fam Med.* 2016;29(4):444-51.
- 4 Johnson C, Bourgoin D, Dupuis JB, Manuèle Félix JM, LeBlanc V, McLennan D, et al. Exploration of primary care models and timely access to care in New Brunswick (Canada). *BMC Prim Care.* 2024;25(1):366.
- 5 Kivlahan C, Pellegrino K, Grumbach K, Skootsky SA, Raja N, Gupta R, et al. *Calculating Primary Care Panel Size.* Oakland, CA: University of California, Center for Health Quality and Innovation; 2017. Consulté le 8 septembre 2025. https://www.ucop.edu/uc-health/_files/uch-chqi-white-paper-panel-size.pdf
- 6 Helfrich CD, Simonetti JA, Clinton WL, Wood GB, Taylor L, Schectman G, et al. The Association of Team-Specific Workload and Staffing with Odds of Burnout Among VA Primary Care Team Members. *J Gen Intern Med.* 2017;32(7):760-766.
- 7 McDonald T, Lethebe BC, Green LA. Calculating physician supply using a service day method and the income percentiles method: a descriptive analysis. *CMAJ Open.* 2020;8(4):E747-E753.
- 8 Alberta Medical Association. PCPCM FAQ – What are the PCPCM eligibility requirements? Consulté le 8 septembre 2025. <https://www.albertadoctors.org/practice/physician-compensation/pcpcm/pcpcm-faq/#model-eligibility>
- 9 Alberta Medical Association. PCPCM Operations Manual. Consulté le 8 septembre 2025. <https://www.albertadoctors.org/practice/physician-compensation/pcpcm/pcpcm-operations-manual>
- 10 Alberta Medical Association. Access Measures Tracker [Workbook]. Consulté le 8 septembre 2025. <https://www.albertadoctors.org/resource-centre/enhanced-access-resources/access-measures-tracker/>
- 11 Government of Saskatchewan. Medical Services Branch Annual Statistical Reports [2013–14 to 2023–24]. Consulté le 8 septembre 2025. <https://publications.saskatchewan.ca/#/products/11793>
- 12 Saskatchewan Medical Association. *Transitional Payment Model Information Booklet.* Saskatoon, SK: Saskatchewan Medical Association; 2024. Consulté le 8 septembre 2025. https://issuu.com/sma_docs/docs/tpm_info_book_final
- 13 Saskatchewan Health Quality Council, Saskatchewan Medical Association, Saskatchewan College of Family Physicians, University of Saskatchewan College of Medicine. Best Practice: Your primary care report [PowerPoint slides]. Consulté le 8 septembre 2025. <https://www.bestpracticesask.ca/wp-content/uploads/2022/10/sample-panel-report-2022.pdf>
- 14 Doctors Manitoba. Indirect Clinical Services. Consulté le 8 septembre 2025. <https://doctorsmanitoba.ca/managing-your-practice/remuneration/billing-fees/family-medicine-plus/indirect-clinical-services>
- 15 Winnipeg Regional Health Authority. *Primary Health Care Operational Guideline.* Winnipeg, MB: Winnipeg Regional Health Authority; 2020. Consulté le 8 septembre 2025. <https://professionals.wrha.mb.ca/old/professionals/primary-care-providers/files/PCOG38PCDashboard.pdf>
- 16 Premji K, Glazier RH, Green ME, Khan S, Mathews M, Nastos S, et al. Trends colliding: Aging comprehensive family physicians and the growing complexity of their patients. *Can Fam Physician.* 2025;71(6):406-416.
- 17 Ontario Medical Association. *Family Health Organization Agreement* [template]. Toronto, ON: Ontario Medical Association; 2007. Consulté le 8 septembre 2025. <https://www.oma.org/siteassets/oma/media/pagetree/pps/starting/primary-care-models/2007harmonizedfhotemplate.pdf>
- 18 Neatby S. Survey finds close to 20 percent of P.E.I. family doctors could stop practising if controversial policy put in place. June 27, 2025. *The Guardian.* Consulté le 8 septembre 2025. <https://www.saltwire.com/prince-edward-island/survey-says-pei-policy-could-impact-doctor-retention>
- 19 Nova Scotia Health. *Panel Accountabilities in Primary Health Care.* Halifax, NS: Nova Scotia Health; 2024. Consulté le 8 septembre 2025. <https://physicians.nshealth.ca/sites/default/files/2024-10/Panel%20Accountabilities.pdf>
- 20 Nova Scotia Health. *Attachment and Panel Identification in Primary Health Care.* Halifax, NS: Nova Scotia Health; 2021. Consulté le 8 septembre 2025. <https://physicians.nshealth.ca/sites/default/files/2022-08/phc-attachment-and-panel-identification-workbook.pdf>
- 21 Doctors Nova Scotia. Everything you need to know about panels or rosters. Consulté le 8 septembre 2025. <https://doctorsns.com/page/everything-you-need-know-about-panels-or-rosters>
- 22 Department of Health and Community Services. *Family Practice Programs Policy Manual.* St. John's, NL: Government of Newfoundland and Labrador; 2025. Consulté le 8 septembre 2025. <https://www.gov.nl.ca/hcs/files/Program-Manual-Family-Practice-Programs-1.pdf>
- 23 Family Practice Renewal Program. MyQ resources. Consulté le 8 septembre 2025. <https://myq.familypracticerenewalnl.ca/resources/>

- 24 Institut canadien d'information sur la santé. Changements dans la pratique des médecins de famille au Canada. 26 mars 2024. Consulté le 8 septembre 2025. <https://www.cihi.ca/fr/changements-dans-la-pratique-des-medecins-de-famille-au-canada>
- 25 Lavergne R, Peterson S, Rudoler D, Stock D, Marshall E. The same, only different: Using physician billing data from four provincial payment systems to describe family physician practice patterns in Canada. *International Journal of Population Data Science*. 2022;7(3):076. Consulté le 8 septembre 2025. <https://ijpds.org/article/view/1849/3577>
- 26 Lavergne R, Peterson S, Rudoler D, Scott I, Mccracken R, Mitra G, et al. Productivity Decline or Administrative Avalanche? Examining Factors That Shape Changing Workloads in Primary Care. *Healthc Policy*. 2023;19(1):114-129.
- 27 McDonald T, Seidel JE, Patel AB, Zhu H, Bailey AL, McBrien KA, et al. High-volume general practitioners in Alberta: a descriptive analysis. *CMAJ Open*. 2018;6(3):E254-E260.
- 28 Harrington C. Considerations for Patient Panel Size. *De la J Public Health*. 2022;8(5):154-157.
- 29 Abu Dabrh AM, Farah WH, McLeod HM, Bazar P, Mohabbat AB, Munipalli B, et al. Determining Patient Panel Size in Primary Care: A Meta-Narrative Review. *J Prim Care Community Health*. 2025;16:21501319251321294.
- 30 Steffler M, Li Y, Weir S, Shaikh S, Murtada F, Wright JG, et al. Trends in prevalence of chronic disease and multimorbidity in Ontario, Canada. *CMAJ*. 2021;193(8):E270-E277.
- 31 Morkem R, Salman A, Kosowan L, Singer A. The burden of mental health on Canadian primary care following Covid-19. *Ann Fam Med*. 2024;22(Supplement 1):5951.
- 32 Stephenson E. Insights on Canadian Society – Mental disorders and access to mental health care. Statistics Canada; 2023. Consulté le 8 septembre 2025. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-eng.htm>
- 33 Statistique Canada. La santé de la population canadienne. Statistique Canada; 2023. Consulté le 8 septembre 2025. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-570-x/82-570-x2023001-fra.pdf?st=TC6rclpc>
- 34 Gidengil CA, Linder JA, Hunter G, Setodji C, Mehrotra A. The volume-quality relationship in antibiotic prescribing: when more isn't better. *Inquiry*. 2015;Feb:52:0046958015571130.
- 35 Lane NE, Ling V, Glazier RH, Stukel TA. Primary care physician volume and quality of care for older adults with dementia: a retrospective cohort study. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):51.
- 36 Collège des médecins de famille du Canada. *Réduire le fardeau administratif*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2025. Consulté le 8 septembre 2025. <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Government/HPGR-Administrative-Burden-FR.pdf>
- 37 McDonald T, Schultz SE, Green LA, Lethbe BC, Glazier RH. Family physician count and service provision in Ontario and Alberta between 2005/06 and 2017/18: a cross-sectional study. *CMAJ Open*. 2023;11(6):E1102-E1108.
- 38 Institut canadien d'information sur la santé. *Résultats du Canada : Enquête internationale de 2019 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires — Rapport en format accessible*. Ottawa, ON: CIHI; 2020. Consulté le 8 septembre 2025. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/cmwf-2019-accessible-report-fr-web.pdf>
- 39 Doctors Nova Scotia. Physician Administrative Burden Survey – Final Report [Diapos PowerPoint]; 2020. Consulté le 8 septembre 2025. <https://doctorsns.com/sites/default/files/2020-11/admin-burden-survey-results.pdf>
- 40 Collège des médecins de famille du Canada. Résultats de l'enquête du CMFC sur les formulaires fédéraux [Diapos PowerPoint]; 2023. Consulté le 8 septembre 2025. <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Health-Policy/CFPC-Federal-Forms-Survey-Revised-FR.pdf>
- 41 Collège des médecins de famille du Canada. *Moins de paperasse, plus de temps pour les soins*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2024. Consulté le 8 septembre 2025. <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Health-Policy/HPGR-DTC-Call-to-Action-FR-Jun24-final.pdf>
- 42 Association médicale canadienne. Réduire les exigences relatives aux attestations de maladie. Consulté le 8 septembre 2025. <https://www.cma.ca/fr/nos-objectifs-prioritaires/farneau-administratif/reduire-exigences-relatives-aux-attestations-maladie>
- 43 Inforoute Santé du Canada. Programme de transcription par IA – Simplifier la prise de notes et réduire la charge administrative des professionnels de première ligne. Consulté le 8 septembre 2025. <https://www.inforoute-sante.ca/fr/la-avant-plan/programme-de-transcription-par-ia>