ÉTUDE

OCTOBRE 2026

Portrait des inégalités d'accès aux services de santé dans l'agglomération de La Tuque

RÉDACTION ET RECHERCHE

MATHIEU CHARBONNEAU
chercheur associé

RAPHAËL LANGEVIN
chercheur

SOMMAIRE
SOMMAIRE
SOMMAIRE
SOMMAIRE
SOMMAIRE
SOMMAIRE
SOMMAIRE
SOMMAIRE
SOMMAIRE
SOMMAIRE
SOMMAIRE
SOMMAIRE
SOMMAIRE
SOMMAIRE
SOMMAIRE

- Compte tenu du vaste territoire de l'agglomération de La Tuque, le faible nombre de cliniques offrant des services de santé de première ligne et, en particulier, le faible nombre de CLSC soulèvent des inquiétudes quant à la capacité du réseau public de santé à répondre aux niveaux élevés de défavorisation matérielle, de disparités économiques et de besoins sociosanitaires observés dans ce territoire.

- L'analyse des données suggère la nécessité d'un rattrapage en matière d'effectifs infirmiers dans l'agglomération de La Tuque, plus particulièrement en ce qui concerne le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées, face aux écarts observés avec le reste de la Mauricie et du Québec.

- Dans l'agglomération de La Tuque et dans des MRC éloignées similaires sur les plans démographique et géographique, les indicateurs d'état de santé sont moins favorables que ceux observés à l'échelle du Québec

- Sept des neufs installations hospitalières présentes dans l'agglomération de La Tuque et dans les MRC éloignées de comparaison ont connu des découvertures de services depuis 2024, l'hôpital de La Tuque étant l'une des installations les plus touchées. Parmi les territoires éloignés comparés, l'agglomération de La Tuque présente le plus faible ratio de médecin de famille par habitant·e·s et accuse un retard quant au ratio d'infirmières et d'infirmiers par habitant-e-s par rapport à l'ensemble du Québec.

- Les patient·e·s des MRC éloignées de comparaison ont davantage recours aux urgences pour des cas mineurs que les patient·e·s de l'ensemble du Québec. Sept des neuf installations hospitalières situées dans les les territoires éloignés comparés, y compris l'hôpital de La Tuque, dépassaient la cible ministérielle relative au taux de départs sans prise en charge par un·e médecin aux urgences en 2024-2025.

- Au-delà des comparaisons, l'analyse des indicateurs économiques et sociosanitaires met en évidence la nécessité d'améliorer l'accessibilité des services de santé de première ligne, particulièrement celle des services de proximité axés sur la prévention, afin de répondre aux importants besoins sociosanitaires des populations des MRC éloignées comparées.

- Cette étude recommande notamment d'augmenter l'offre de services de santé de première ligne et de services sociaux et psychosociaux en bonifiant les ressources octroyées aux CLSC présents sur le territoire de l'agglomération de La Tuque et en y augmentant le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées. Elle recommande aussi la mise en place d'une instance intersectorielle de planification du personnel de santé à l'échelle du Québec en fonction des besoins de chaque territoire.

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières

Sommaire 03

Liste des figures, tableaux et graphiques 09

Liste des sigles et acronymes 11

Introduction 15

CHAPITRE 1
Comparaisons intrarégionales : agglomération de La Tuque et Mauricie 19

1.1 Portrait géographique, démographique et économique 19
1.1.1 Caractéristiques démographiques 19
1.1.2 Caractéristiques socioéconomiques 22
1.2 Portrait de l'état de santé 24
1.3 Portrait de l'accès aux services de santé 27
Encadré 1 : Données sur le réseau de la santé et équivalences approximatives entre territoires de MRC/agglomération et territoires de RLS 28
1.3.1 Services de première ligne et hospitaliers 28
1.3.2 Effectifs médicaux et infirmiers 31
1.4 Ruptures et fermetures de service, manque de main-d'œuvre : un aperçu de l'actualité 35
1.5 Résumé des comparaisons intrarégionales en Mauricie 36

CHAPITRE 2
Comparaisons interrégionales : agglomération de La Tuque et MRC éloignées de comparaison 39

2.1 Comparaisons démographiques et économiques 40
2.1.1 Comparaisons des données démographiques 40
2.1.2 Comparaisons des données économiques 41
2.2 Comparaisons des données sanitaires 43
2.3 Comparaisons de l'offre de services et du personnel de santé 45
2.3.1 Services de première ligne et hospitaliers 45
2.3.2 Effectifs médicaux et infirmiers 49
2.4 Conclusions partielles : comparaisons interrégionales de territoires éloignés 52

CHAPITRE 3
Conclusion **55**

Recommandations 57

Annexe A
Méthode de sélection des MRC éloignées de comparaison **58**

Annexe B
Limites des données de la RAMQ sur le nombre de médecins spécialistes par RLS : méthode d'imputation des valeurs censurées **61**

Notes de fin de document **62**

LISTE DES

GRAPHIQUES

TABLEAUX

FIGURES

GRAPHIQUES

TABLEAUX

FIGURES

GRAPHIQUES

TABLEAUX

FIGURES

GRAPHIQUES

TABLEAUX

FIGURES

FIGURE 1	Carte de la région administrative de la Mauricie	20
FIGURE 2	Carte de la RSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec et des réseaux locaux de services (RLS) correspondants	28
FIGURE 3	Découpage du réseau territorial de services de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et localisation des principales installations de santé en Mauricie, 2024	30
TABLEAU 1	Population et densité de la Mauricie et du Centre-du-Québec, par MRC	21
TABLEAU 2	Indicateurs du revenu ou du patrimoine, MRC de la Mauricie	24
TABLEAU 3	Quintiles de défavorisation matérielle et sociale et composantes sociales sélectionnées, MRC de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2021	25
TABLEAU 4	Proportion de naissances de faible poids, de personnes ayant un problème de surdité et de personnes présentant un surplus de poids, MRC de la Mauricie et ensemble du Québec	26
TABLEAU 5	Cliniques de première ligne en Mauricie	29
TABLEAU 6	Centres hospitaliers de la Mauricie	31
TABLEAU 7	Patient·e·s en attente au GAMF et médecins omnipraticien·ne·s et spécialistes en exercice, ratio par 1 000 habitant·e·s	32
TABLEAU 8	Patient·e·s en attente au GAMF et médecins omnipraticien·ne·s et spécialistes pratiquant·e·s, ratio par 100 000 habitant·e·s/km	32
TABLEAU 9	Infirmières, infirmiers et IPS en Mauricie et dans l'ensemble du Québec, au 31 mars 2026	33
TABLEAU 10	Délais moyens de prise en charge médicale en urgence hospitalière en Mauricie, 1er avril 2024 au 8 février 2025	34
TABLEAU 11	MRC éloignées et groupes de MRC de comparaison, territoires de RLS équivalents et population	40
TABLEAU 12	Caractéristiques sociodémographiques et secteurs de territoires isolés de La Tuque et des MRC éloignées de comparaison	41
TABLEAU 13	Indicateurs de revenu et de patrimoine, MRC éloignées de comparaison	42
TABLEAU 14	Indices de défavorisation matérielle et sociale et de vitalité économique, MRC éloignées de comparaison, 2021	43
TABLEAU 15	CLSC, GMF et ratios populationnels dans les MRC éloignées de comparaison	46
TABLEAU 16	Centres hospitaliers et principaux services offerts dans les MRC éloignées de comparaison	48

TABLEAU 17 Médecins omnipraticien·ne·s, spécialistes et patient·e·s en attente au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) par millier d'habitant·e·s par MRC de comparaison, 2024-2025 50

TABLEAU 18 Ratios populationnels du nombre d'infirmières, d'infirmiers et d'IPS par territoires de comparaison, au 31 mars 2025 51

TABLEAU 19 Taux de visites dont la priorité est de niveau 4 (P4) et 5 (P5) par rapport à l'ensemble des visites au service des urgences du 1er avril 2024 au 31 mars 2025, MRC de comparaison 51

TABLEAU 20 Délais moyens de prise en charge médicale et taux de départs sans prise en charge médicale (DSPECM) en urgence hospitalière dans les territoires comparés du 1er avril 2024 au 8 février 2025 52

GRAPHIQUE 1 Population totale de La Tuque, 1996-2025 22

GRAPHIQUE 2 Répartition de la population selon le groupe d'âge (%), MRC de la Mauricie, 2025 22

GRAPHIQUE 3 PIB aux prix de base par habitant·e, en dollars ($) courants, régions administratives et ensemble du Québec, 2023 23

GRAPHIQUE 4 Espérance de vie à la naissance (années), MRC de la Mauricie, 2024 26

GRAPHIQUE 5 Prévalence ajustée de différentes maladies chroniques, MRC de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2022-2023 27

GRAPHIQUE 6 Proportion de visites de priorité niveaux 4 (P4) et 5 (P5) par rapport à l'ensemble des visites aux urgences dans les hôpitaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, par MRC, du 1er avril 2024 au 31 mars 2025 34

GRAPHIQUE 7 Répartition de la population selon le groupe d'âge (%), MRC éloignées de comparaison, 2025 42

GRAPHIQUE 8 Espérance de vie à la naissance (années), MRC éloignées de comparaison, 2024 43

GRAPHIQUE 9 Indicateurs de santé comportementale et psychologique, La Tuque et MRC éloignées de comparaison, 2020-2021 44

GRAPHIQUE 10 Prévalence ajustée de différentes maladies chroniques, agglomération de La Tuque et MRC éloignées de comparaison 45

LISTE DES SIGLES ACRONYMES

SIGLES ACRONYMES SIGLES ACRONYMES SIGLES ACRONYMES SIGLES ACRONYMES SIGLES ACRONYMES SIGLES ACRONYMES SIGLES

CDQ	Centre-du-Québec
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CISSSCN	Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (maintenant « SQCN »)
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSSMCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (maintenant « SQMCQU »)
CLSC	Centre local de services communautaires
CMSSS	Centre multiservice de santé et de services sociaux
DSPECM	Départs sans prise en charge médicale
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
GMF	Groupe(s) de médecine familiale
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
IDMS	Indice de défavorisation matérielle et sociale
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
ISQ	Institut de la statistique du Québec
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MAMH	Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation
MRC	Municipalité régionale de comté
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIB	Produit intérieur brut
RLS	Réseau local de service
RRSSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SQAB	Santé Québec Abitibi-Témiscamingue
SQCN	Santé Québec Côte-Nord
SQMCQU	Santé Québec Mauricie-et-Centre-du-Québec – Universitaire
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

INTRODUCTION

Des recherches menées par l'IRIS au cours des dernières années ont permis de démontrer que certaines régions souffrent d'un manque d'accès aux services de santé en comparaison du reste du Québec et que des inégalités d'accès existent également à l'intérieur même de certaines de ces régions[1]. Les iniquités régionales dans l'accès aux services de santé s'expliquent par une combinaison de facteurs structurels et politiques, notamment les difficultés de recrutement et de rétention des professionnel·le·s en milieux rural, éloigné et frontalier, l'instabilité des effectifs, les contraintes liées à l'éloignement géographique ainsi que la centralisation historique du réseau de la santé, ce qui a d'ailleurs contribué à une organisation des services qui ne répond pas toujours de manière optimale aux besoins de santé des populations locales[2]. Il est important de rendre compte de ces iniquités régionales dans l'accès aux services de santé, puisque, dans certains cas, la reconnaissance des particularités d'une région peut s'accompagner de ressources supplémentaires consenties par les pouvoirs publics, par exemple, afin de pallier les difficultés de recrutement dans un territoire donné.

Jusqu'à maintenant, les deux régions desservies par l'ancien Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, renommé Santé Québec Mauricie-et-Centre-du-Québec – Universitaire (SQMCQU) dans la foulée de la création de Santé Québec[3], n'ont pas fait l'objet d'une telle analyse. Or, cette vaste région sociosanitaire recouvre des réalités très contrastées.

D'une part, la région sociosanitaire (RSS) de la Mauricie et du Centre-du-Québec est composée du territoire correspondant à la région administrative du Centre-du-Québec située au sud du fleuve Saint-Laurent et, sur sa rive nord, à la région administrative de la Mauricie. D'autre part, près des deux tiers du territoire desservi par SQMCQU sont occupés par l'agglomération de La Tuque (ou simplement « La Tuque »)[a]. Malgré un vaste territoire s'étendant vers le nord, le Centre multiservices de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice (communément appelé « l'hôpital de La Tuque ») et l'unique groupe de médecins de famille (GMF) sont situés au centre-ville de la municipalité de La Tuque.

Face à d'aussi grandes disparités géographiques, on peut s'attendre à ce qu'il existe des inégalités en matière d'accessibilité des services de santé sur le territoire desservi par SQMCQU. Cette étude démontre effectivement que La Tuque partage plusieurs caractéristiques propres aux régions éloignées, mais qu'en raison de son inclusion dans la RSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec dont le sud est fortement urbanisé, ces caractéristiques peinent à être identifiées et reconnues dans l'offre de soins de santé sur le territoire de l'agglomération.

L'objectif général de cette étude est de construire un portrait des inégalités d'accès aux services de santé dans l'agglomération de La Tuque. L'étude vise deux objectifs spécifiques. Le premier consiste à comparer les besoins en services de santé à La Tuque ainsi que leur accessibilité avec les besoins et l'accès aux services dans les autres municipalités régionales de comtés (MRC) de la Mauricie. Cette analyse comparative est l'objet du premier chapitre.

---

a Afin de limiter la confusion, nous utiliserons l'expression « La Tuque » afin de désigner le territoire couvert par l'agglomération de La Tuque tout au long du document, et les termes « municipalité », « ville-centre » ou « ville de La Tuque » pour désigner le territoire de la municipalité correspondante. Voir la section 1.1 pour une description des distinctions entre ces deux entités.

Le second objectif spécifique consiste à comparer les besoins et l'accès aux services de santé à La Tuque avec les besoins et l'accès dans des MRC éloignées qui sont jugées comparables sur les plans géographique et démographique. Cette dernière analyse comparative est l'objet du deuxième chapitre.

Cette étude montre non seulement que La Tuque se distingue fortement des autres MRC de la Mauricie sur les plans démographique, économique et de l'accès aux soins de santé, mais également que les MRC qui partagent le plus de caractéristiques avec l'agglomération de La Tuque sont celles de Témiscamingue, dans la région administrative de l'Abitibi-Témiscamingue, et des MRC de la région administrative de la Côte-Nord. Fondés sur une série d'indicateurs socioéconomiques et d'accès aux soins de santé, les résultats montrent que la population de La Tuque se compare souvent défavorablement par rapport aux MRC éloignées de comparaison retenues, pourtant similaires géographiquement et démographiquement. En conclusion, nous formulons des recommandations visant à remédier aux iniquités de santé vécues sur le territoire de l'agglomération de La Tuque.

CHAPITRE 1

CHAPITRE 1
CHAPITRE 1
CHAPITRE 1
CHAPITRE 1
CHAPITRE 1
CHAPITRE 1
CHAPITRE 1
CHAPITRE 1
CHAPITRE 1
CHAPITRE 1

CHAPITRE 1

Comparaisons intrarégionales : agglomération de La Tuque et Mauricie

Au moyen d'une approche comparative intrarégionale et d'analyses transversales des données officielles et administratives les plus récentes en matière de démographie, d'économie, d'état de santé et de services de santé, ce premier chapitre compare des indicateurs sélectionnés dans l'agglomération de La Tuque à ceux des MRC de la Mauricie ainsi qu'à ceux de l'ensemble du Québec. Bien que les établissements de santé de La Tuque soient intégrés à la RSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, nous utilisons principalement les MRC de la Mauricie afin de procéder aux comparaisons intrarégionales, dans le but d'alléger la présentation des résultats. Nous présentons toutefois des résultats pour toutes les MRC de la RSS lorsque jugé approprié.

1.1 Portrait géographique, démographique et économique

L'agglomération[a] de La Tuque se trouve au nord de la région administrative de la Mauricie (voir figure 1), mais à l'intérieur de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec (voir section 1.3 ci-dessous). La région administrative de la Mauricie est située sur le territoire ancestral non cédé du peuple autochtone des Attikameks[4]. Nommé « Nitaskinan » en langue attikamek, signifiant « Notre terre », ce territoire ancestral de près de 80 000 km² s'étend sur la majorité du territoire de la Mauricie et est délimité par le fleuve Saint-Laurent au sud, la région du Lac-Saint-Jean à l'est, la région des Laurentides à l'ouest et le Nord-du-Québec au nord[5].

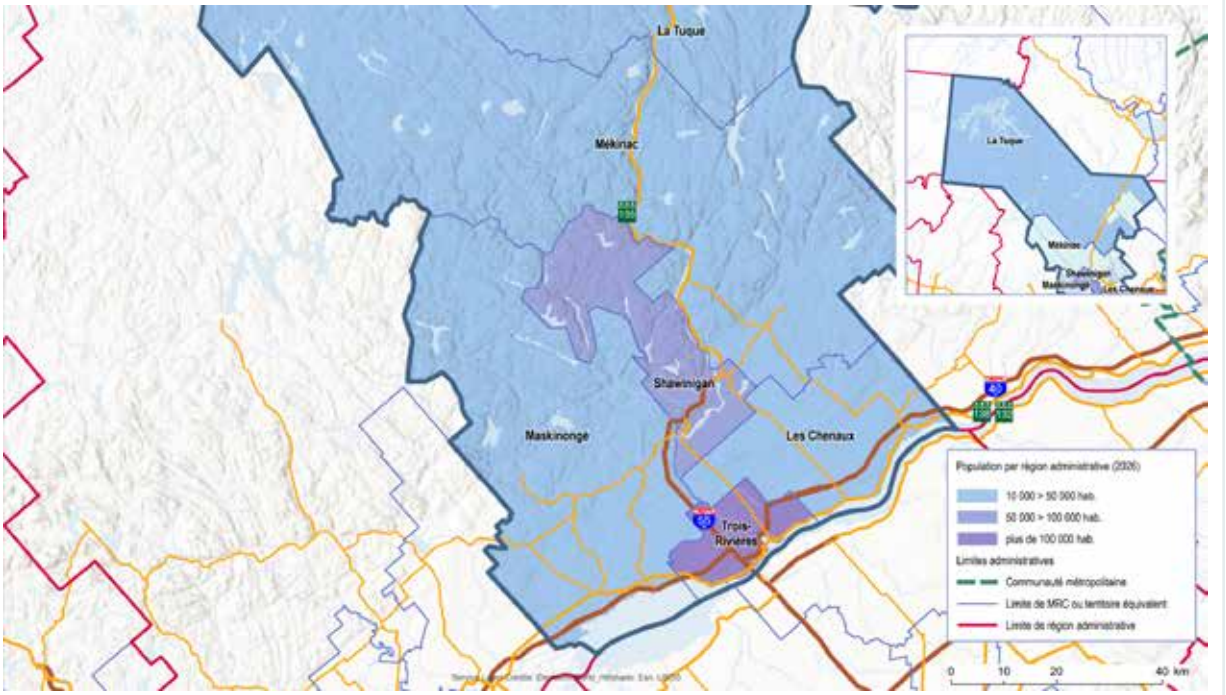
La géographie et la démographie de La Tuque se distinguent du reste de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Parmi toutes les MRC du Québec, sa superficie terrestre est la 11e plus importante (25 999 km²) et sa densité de population est la 7e plus faible (moins de 0,6 habitant·e par km² en 2025)[6]. La municipalité de La Tuque est souvent considérée comme la plus grande ville au Canada[7], avec une superficie de 24 776 km², soit 95 % de la superficie de l'agglomération[8]. Afin de donner un ordre de grandeur, la superficie terrestre (excluant les étendues d'eau) de La Tuque représente environ deux fois et demie celle de la région administrative de l'Estrie, alors que sa superficie totale (28 294 km²) est comparable à celle de la Belgique (30 688 km²).

1.1.1 Caractéristiques démographiques

L'agglomération de La Tuque comptait 15 584 habitant·e·s en 2025, soit 2,8 % de la population des régions administratives de la Mauricie et du Centre-du-Québec, et 0,2 % de la population du Québec (voir le tableau 1). L'agglomération est constituée de trois municipalités distinctes du point de vue administratif : la ville de La Tuque, La Bostonnais et Lac-Édouard. Selon les estimations du ministère des Affaires municipales et de l'Habitation (MAMH), la municipalité de La Tuque représente 72,6 % de la population de l'agglomération en 2026, contre 3,9 % pour La Bostonnais et 1,5 % pour Lac-Édouard[9]. Le centre-ville de la municipalité de La Tuque est situé au sud-est de l'agglomération, le long de la route 155, à mi-chemin entre Shawinigan et Roberval. Notons aussi que la municipalité de La Tuque comprend plusieurs petits villages, comme celui de La Croche, situé à environ 20 km au nord du centre-ville, et ceux de Sanmaur, Parent et Clova, situés à environ 115, 200 et 280 km au nord-ouest du centre-ville, respectivement.

a Au Québec, une agglomération « est un territoire comprenant celui d'un certain nombre de municipalités qui sont liées aux fins de l'exercice de certaines compétences d'intérêt commun. L'une de ces municipalités liées, la municipalité centrale, est chargée d'exercer ces compétences sur tout le territoire de l'agglomération. Elle a donc compétence non seulement sur son propre territoire, mais aussi sur celui de toute autre municipalité liée. Ainsi, la municipalité centrale a, outre son conseil municipal, un conseil d'agglomération formé de [représentantes élues] de toutes les municipalités liées ». Source : MINISTÈRE DES AFFAIRES MUNICIPALES ET DE L'HABITATION (MAMH), *L'organisation municipale au Québec en 2026*, Gouvernement du Québec, février 2026, en ligne.

FIGURE 1
Carte de la région administrative de la Mauricie



SOURCE : MAMH, « Région administrative 04 : Mauricie », Gouvernement du Québec, février 2026, en ligne.

Deux communautés autochtones attikameks complètent le portrait démographique de l'agglomération[a]. La communauté autochtone d'Obedjiwan, située à 330 km de route forestière au nord-ouest de la ville de La Tuque, est la plus grande, avec 2 141 habitant·e·s, alors que la seconde, Wemotaci, compte 1 296 habitant·e·s et est située à 115 km à l'ouest du centre-ville (au nord de Sanmaur)[10]. Combinées, les populations des communautés d'Obedjiwan et de Wemotaci représentent environ 22 % de la population totale de l'agglomération selon les plus récentes estimations. Notons que lors du dernier recensement de Statistique Canada effectué en 2021, 29,9 % de la population de La Tuque disait s'identifier comme étant autochtone[11].

Le tableau 1 montre qu'il existe des différences notables entre La Tuque et le reste de la Mauricie et le Centre-du-Québec au niveau démographique. Par exemple, les densités de population du reste de la Mauricie et du Centre-du-Québec sont environ 48 et 64 fois supérieures à celle de La Tuque, respectivement. Notons que le pourcentage d'individus s'identifiant comme autochtones est environ 17 fois supérieur à La Tuque par rapport au reste de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Quant à la croissance démographique, la population de l'agglomération de La Tuque est passée de 16 499 à 15 584 habitant·e·s entre 1996 et 2025, soit une décroissance de 5,5 %, comparativement à une croissance démographique de 9,5 % en Mauricie et de 25 % dans l'ensemble du Québec sur la même période[12]. Toutefois, cette tendance historique baissière semble s'être inversée depuis la pandémie de COVID-19, ce que l'on peut constater au graphique 1.

Cette récente poussée démographique s'explique exclusivement par l'arrivée de nouvelles personnes sur le territoire de La Tuque, le nombre de décès (1 059) y

a Selon le MAMH, une troisième communauté autochtone, Coucoucache, est située sur le territoire de l'agglomération à 131 km de la ville de La Tuque. Le MAMH y recensait une superficie de 0,1 km² et aucun·e habitant·e en 2026. Le territoire de Coucoucache est administré par la communauté de Wemotaci. MAMH, « Région administrative 04 » : Mauricie », Gouvernement du Québec, 2026, en ligne.

TABLEAU 1

Population et densité de la Mauricie et du Centre-du-Québec, par MRC

	Population, 2025*	Part démographique MCQ (%)	Identité autochtone, 2021 (%)	Densité, 2025 (hab./km²)
Mauricie (sans La Tuque)	274 138	49,4	1,8	29,0
Mauricie	289 722	52,2	3,4	8,2
Mékinac	13 175	2,4	1,6	2,6
Shawinigan	51 739	9,3	1,7	70,2
Trois-Rivières	149 934	27,0	1,9	518,8
Les Chenaux	20 500	3,7	1,7	23,5
Maskinongé	38 790	7,0	2,1	16,3
La Tuque	15 584	2,8	29,9	0,6
Centre-du-Québec	264 820	47,8	1,8	38,26
L'Érable	24 549	4,4	1,6	19,07
Bécancour	22 429	4,0	2,2	19,61
Arthabaska	77 644	14,0	1,3	41,18
Drummond	115 697	20,9	1,7	72,36
Nicolet-Yamaska	24 501	4,4	3,1	24,37
Mauricie et Centre-du-Québec	554 542	100	2,6	13,09
Québec	9 058 297	-	2,5	5,9

***** Correspond à des données provisoires qui seront révisées dans un futur proche.

SOURCES : STATISTIQUE CANADA, *Population ayant une identité autochtone selon le genre et l'âge : Canada, provinces et territoires, divisions de recensement et subdivisions de recensement*, tableau 98-10-0293-01, 15 novembre 2023, en ligne ; ISQ, *Estimations de la population des MRC (classées par régions administratives) selon l'âge et le genre, âge médian et âge moyen*, Québec, 14 janvier 2026, en ligne ; GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, « Répertoire des municipalités », 20 août 2026, en ligne ; calculs des auteurs.

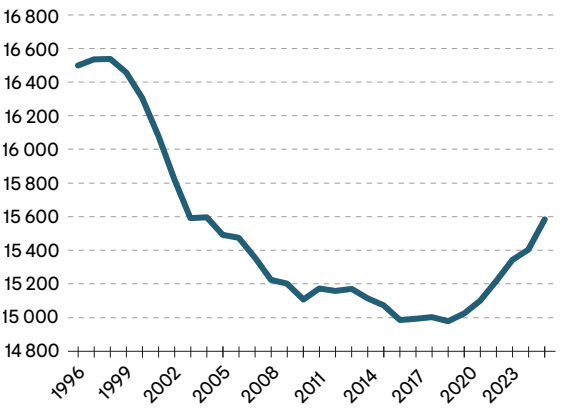
étant légèrement supérieur au nombre de naissances (1 043) depuis l'année 2020[13]. Par exemple, pour l'année 2024-2025 seulement, La Tuque a connu un solde migratoire total positif de + 1,01 %, un peu en deçà de celui de la Mauricie (+ 1,18 %), mais plus élevé que celui du Centre-du-Québec (+ 0,95 %) et de la province (+ 0,72 %)[a,14]. De plus, il est important de noter que, comme le territoire de La Tuque compte plusieurs zones d'exploitation contrôlée pour la chasse et la pêche, les estimations démographiques présentées dans cette étude peuvent être considérées comme prudentes, car elles ne prennent pas en compte les individus effectuant des séjours prolongés dans l'agglomération.

Avec 25 % de personnes âgées de 65 ans ou plus en 2025, l'agglomération de La Tuque a une population vieillissante plus importante que celle de l'ensemble du Québec (21,7 %), mais moindre que le reste de la Mauricie (28,6 %, voir graphique 2). L'agglomération se distingue cependant de toutes les autres MRC de la Mauricie par sa plus grande proportion de personnes âgées de 0 à 14 ans, notamment parce que les communautés autochtones sur le territoire de l'agglomération sont beaucoup plus jeunes, en moyenne, que le reste de la population. En

a Le solde migratoire total correspond à la somme du solde migratoire externe (c.-à.-d. international et interprovincial) et du solde migratoire interne (c.-à.-d. à l'intérieur du Québec).

GRAPHIQUE 1

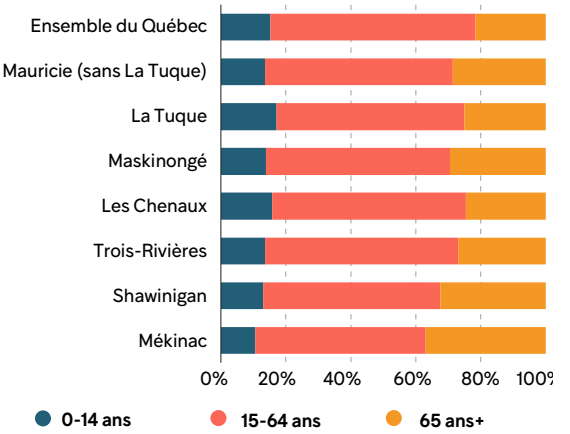
Population totale de La Tuque, 1996-2025



SOURCE : ISQ, *Estimations de la population des MRC (classées par régions administratives) selon l'âge et le genre, âge médian et âge moyen*, Québec, 1er juillet 1996 à 2025, 14 janvier 2026, en ligne.

GRAPHIQUE 2

Répartition de la population selon le groupe d'âge (%), MRC de la Mauricie, 2025



SOURCE : ISQ, *Estimations de la population des MRC (classées par régions administratives) selon l'âge et le genre, âge médian et âge moyen*, Québec, 1er juillet 1996 à 2025, 14 janvier 2026, en ligne.

effet, lors du recensement de 2021[a], environ le tiers de la population des communautés d'Obedjiwan (33,1 %) et de Wemotaci[b] (32,0 %) était âgé de moins de 15 ans, alors que ce taux baisse à 14,5 % dans la ville de La Tuque et à 16,7 % dans l'ensemble du Québec[15]. Cette jeunesse relative s'explique par un fort taux de fécondité[16] combiné à une plus courte espérance de vie au sein des communautés autochtones québécoises[17]. Avec 25 % de personnes de 65 ans et plus en 2025, la population de La Tuque est néanmoins relativement âgée, ce qui s'inscrit dans la tendance lourde du vieillissement de la population au Québec.

1.1.2 Caractéristiques socioéconomiques

L'économie de l'agglomération ainsi que de la ville de La Tuque peut être qualifiée de monoindustrielle, car elle repose largement sur le secteur forestier[18]. Les évolutions récentes de l'industrie forestière génèrent évidemment de grandes incertitudes socioéconomiques sur le territoire[19]. Les autres principaux employeurs dans la ville de La Tuque sont le réseau de la santé et des services sociaux et la Commission scolaire de l'Énergie, alors qu'Hydro-Québec (détenant six des sept barrages sur la rivière Saint-Maurice) et le secteur récréotouristique constituent les principaux employeurs sur le reste du territoire de l'agglomération[20].

Cette structure économique contribue à faire de la Mauricie, où se situe l'agglomération de La Tuque, l'une des régions administratives dont le produit intérieur brut (PIB) par habitant·e est le plus faible au Québec. Comme le montre le graphique 3, le PIB par habitant de la Mauricie en 2023 (46 540 $) était le 4e plus faible parmi toutes les régions administratives, loin derrière celui de l'ensemble du Québec.

Afin de brosser un portrait plus détaillé de la situation socioéconomique de La Tuque, nous utiliserons quatre indicateurs : le revenu d'emploi médian, qui permet de mesurer la vigueur du milieu de l'emploi dans un territoire ; le revenu disponible par habitant·e, qui mesure le pouvoir d'achat de la population ; le taux de faible revenu, qui est une mesure de pauvreté ; et la valeur imposable uniformisée des résidences unifamiliales, qui est un indicateur de patrimoine. Lorsque l'on compare La Tuque aux autres MRC en Mauricie, on constate que l'agglomération se situe sous la moyenne pour l'ensemble des indicateurs socioéconomiques retenus.

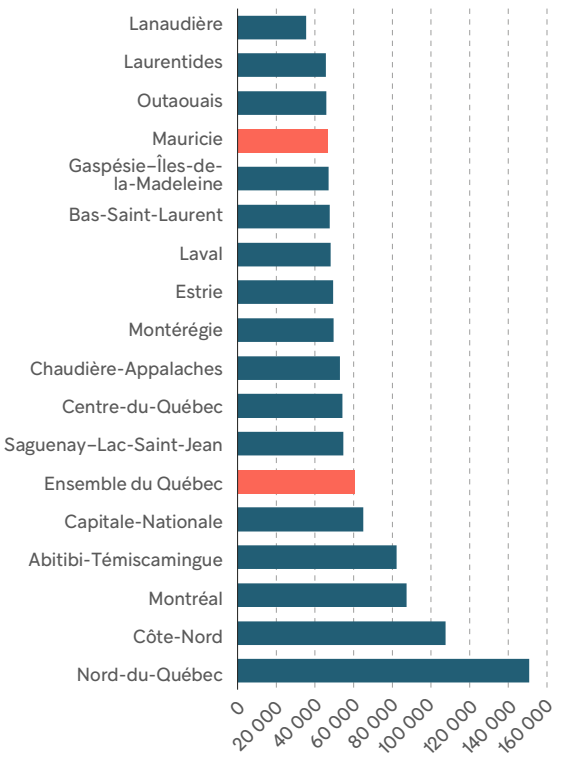
Le tableau 2 présente chacun des quatre indicateurs du revenu ou du patrimoine retenus pour l'ensemble des MRC de la Mauricie, ainsi que pour la moyenne des MRC de la Mauricie (sans La Tuque) et pour l'ensemble du Québec. On observe tout de suite que l'agglomération

a Les données du recensement de 2026 n'étaient toujours pas disponibles lors de la rédaction de cette étude.

b À noter que la communauté autochtone de Coucoucache, troisième territoire autochtone enclavé dans l'agglomération de La Tuque, est administrée par la communauté de Wemotaci.

GRAPHIQUE 3

PIB aux prix de base par habitant·e, en dollars ($) courants, régions administratives et ensemble du Québec, 2023



SOURCE : ISQ, *Panorama des régions du Québec, édition 2025*, octobre 2025, en ligne.

de La Tuque se situe en queue de peloton pour trois des quatre indicateurs, soit le revenu disponible par habitant·e, le taux de faible revenu et la valeur imposable des résidences unifamiliales. De plus, le tableau 2 montre que La Tuque se compare désavantageusement, en moyenne, au reste de la Mauricie ainsi qu'à la moyenne québécoise pour tous les indicateurs retenus. Une telle situation économique défavorable est aussi observable si on compare La Tuque aux MRC du Centre-du-Québec (résultats non présentés).

Le revenu d'emploi médian des personnes de 25 à 64 ans permet de mesurer la vigueur du marché du travail dans un territoire donné sans être faussé par les très hauts ou très bas salaires et en excluant la population étudiante et retraitée. En 2024, le revenu d'emploi médian des personnes de 25 à 64 ans dans l'agglomération de La Tuque était inférieur de 1 155 $ à la moyenne des autres MRC de la Mauricie et de 6 200 $ à celui de l'ensemble du Québec. Quant au revenu disponible par habitant·e, qui mesure le pouvoir d'achat moyen des ménages, l'agglomération de La Tuque est en queue de peloton en Mauricie, avec un revenu inférieur de 2 069 $ à la moyenne des autres MRC de la région et de 5 237 $ à celle de l'ensemble du Québec.

La situation est similaire en ce qui concerne le taux de faible revenu : l'agglomération de La Tuque se caractérise par le plus haut taux de ménages à faible revenu (15,7 %) de la Mauricie, loin devant la moyenne des autres MRC de la région (8,5 %) et presque deux fois supérieur à celui de l'ensemble du Québec (8,4 %). Ce portrait défavorable en matière de revenu à La Tuque se reflète également dans un indicateur du patrimoine. En 2025, la valeur imposable moyenne uniformisée des résidences unifamiliales dans l'agglomération de La Tuque était inférieure de 130 599 $ à la moyenne des autres MRC de la Mauricie et de 287 954 $ par rapport à celle de l'ensemble du Québec. Ces données montrent bien que, malgré un revenu d'emploi comparable à celui de la Mauricie, la population du territoire de La Tuque jouit, en moyenne, d'un niveau de vie inférieur à celui des populations de la Mauricie et du Québec.

Ce niveau de vie inférieur peut engendrer une plus grande défavorisation matérielle et sociale. Élaboré par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'indice de défavorisation matérielle et sociale (IDMS) permet de mesurer les inégalités socioéconomiques à l'échelle de petits territoires, et donc d'évaluer les inégalités sociales de santé et d'identifier les populations vulnérables. Le calcul de l'IDMS associe deux grands facteurs de précarité : l'aspect matériel, basé sur le niveau d'instruction, l'emploi et le revenu moyen, et l'aspect social, lié à l'isolement (personnes vivant seules) et à la structure familiale (personnes veuves, séparées ou divorcées et familles monoparentales). L'IDMS est construit sur une échelle allant de 1 à 5, « 1 » représentant la population la plus favorisée, et « 5 », la plus défavorisée[21].

Comme le montre le tableau 3, l'agglomération de La Tuque figure parmi les MRC de la Mauricie et du Centre-du-Québec les plus favorisées socialement, mais constitue le territoire le plus défavorisé matériellement des deux régions administratives. Notons toutefois que la plus forte favorisation sociale observée à La Tuque s'explique notamment par la proportion plus faible de personnes vivant seules dans les communautés autochtones que dans les communautés non autochtones (voir tableau 3), ce qui peut masquer une situation défavorable sur le plan individuel si cette situation tient davantage à la surpopulation des logements qu'à l'existence d'un réseau de soutien social. À l'inverse, la proportion de

TABLEAU 2

Indicateurs du revenu ou du patrimoine, MRC de la Mauricie

	Revenu d'emploi médian 25-64 ans (2024*)	Revenu disponible par habitant·e (2024*)	Taux de faible revenu (2023)	Valeur imposable moyenne uniformisée des résidences unifamiliales (2026)
Mékinac	48 500 $	35 408 $	8,9 %	272 371 $
Shawinigan	51 200 $	34 474 $	10,8 %	303 312 $
Trois-Rivières	55 900 $	35 481 $	7,8 %	372 402 $
Les Chenaux	57 200 $	35 326 $	6,7 %	309 485 $
Maskinongé	51 700 $	35 365 $	8,6 %	316 633 $
La Tuque	53 000 $	33 189 $	15,7 %	211 296 $
Mauricie (sans La Tuque)**	54 155 $	35 258 $	8,5 %	341 895 $
Ensemble du Québec	59 200 $	38 426 $	8,4 %	499 250 $

* Correspond à des données provisoires qui seront révisées dans un futur proche.

** Calculés à l'aide d'une moyenne pondérée par la population de chaque MRC en 2024 (excluant La Tuque).

SOURCES : ISQ, *Marché du travail dans les MRC*, décembre 2026, en ligne ; ISQ, *Revenu disponible par habitant, régions administratives et ensemble du Québec*, 2002-2024, 1er juin 2026, en ligne ; ISQ, *Mesure du faible revenu par région administrative et par MRC*, 27 octobre 2025, en ligne ; ISQ, *Nombre d'unités d'évaluation et valeur imposable moyenne uniformisée par type d'immeuble résidentiel, MRC*, exercices financiers 1999 à 2026, 23 avril 2026, en ligne.

familles monoparentales est généralement plus élevée dans les communautés autochtones qu'ailleurs au Québec, ce qui contribue à expliquer pourquoi cette proportion est plus élevée à La Tuque que dans la plupart des MRC de la Mauricie et du Centre-du-Québec (dernière colonne du tableau 3). Néanmoins, la proportion de personnes qui se disent très satisfaites de leur vie sociale est significativement plus élevée (à un niveau de confiance de 95 %) à La Tuque que dans l'ensemble du Québec selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)[22]. De plus, le taux de personnes souffrant de détresse psychologique est significativement plus faible à La Tuque que dans le reste de la province selon la même enquête[23].

Parmi les MRC du Centre-du-Québec, seule la MRC de l'Érable est aussi favorisée socialement que l'agglomération de La Tuque et la MRC des Chenaux, alors qu'aucune MRC du Centre-du-Québec ne possède un indice de défavorisation matérielle aussi élevé que l'agglomération de La Tuque. On observe donc que la situation défavorable de l'agglomération de La Tuque en matière économique se reflète dans son indice de défavorisation matérielle, qui est le plus élevé en Mauricie et au Centre-du-Québec, alors que la région de la Mauricie est elle-même défavorisée sur le plan économique en comparaison au reste du Québec.

1.2 Portrait de l'état de santé

Le revenu et la favorisation matérielle étant deux des principaux déterminants de la santé, voyons maintenant comment la situation économique relativement défavorable de La Tuque (par rapport au reste de la Mauricie et au Québec dans son ensemble) se répercute sur une série d'indicateurs de l'état de santé de la population. Pour des raisons d'accès aux données, nous présentons quatre indicateurs de santé par MRC : l'espérance de vie à la naissance, la proportion de naissances de faible poids, la proportion de personnes ayant un problème de surdité et la proportion de personnes présentant un surplus de poids.

L'espérance de vie à la naissance mesure la durée de vie moyenne, reflétant ainsi l'impact global des maladies, des accidents et des conditions de vie dans une population. C'est à la fois un indicateur général d'état de santé et un indicateur d'accès à des soins permettant de prolonger la

TABLEAU 3

Quintiles de défavorisation matérielle et sociale et composantes sociales sélectionnées, MRC de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2021

	Défavorisation sociale, quintile	Défavorisation matérielle, quintile	Personnes vivant seules (%)	Familles monoparentales (%)
Trois-Rivières	5	2	20,6	29,0
Les Chenaux	2	2	14,7	20,9
Mékinac	4	4	21,2	32,0
Shawinigan	5	4	23,2	32,4
Maskinongé	3	4	16,1	23,1
La Tuque	2	5	16,9	30,5
L'Érable	2	4	16,5	20,5
Bécancour	4	2	16,1	24,4
Arthabaska	3	3	16,6	24,1
Drummond	5	3	16,7	26,2
Nicolet-Yamaska	3	3	16,2	29,3

NOTE : Les quintiles de défavorisation matérielle et sociale pour chaque MRC ont été obtenus en calculant une moyenne pondérée des notes factorielles de défavorisation par aire de diffusion (AD) selon les données fournies par l'INSPQ, les poids correspondant à la part populationnelle de chaque AD présente au sein de la MRC. Les notes factorielles correspondent aux résultats de l'agrégation des composantes de défavorisation (par exemple, le taux de faible revenu, le taux de faible scolarité, le taux d'emploi, la proportion de personnes veuves, séparées ou divorcées, etc.) obtenus par une analyse en composante principale (ACP) et permettent d'ordonner les AD selon leur niveau respectif de défavorisation matérielle ou sociale. Les quintiles de défavorisation sont ensuite calculés à partir des notes factorielles moyennes obtenues pour chaque MRC. Pour plus de détails sur les indices de défavorisation matérielle et sociale, voir INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), *Indice de défavorisation matérielle et sociale 2021 : guide d'utilisation*, mars 2024, en ligne.

SOURCES : INSPQ, *Indice de défavorisation matérielle et sociale* compilé par le Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) à partir des données des recensements canadiens de 1991, 1996, 2001, 2006, 2011, 2016, 2021, en ligne (26 juin 2026) ; CIUSSSMCQ, *Atlas des inégalités de santé et bien-être de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, 2021, en ligne (21 septembre 2026).

vie[a]. La proportion de naissances de faible poids (< 5,5 livres) est corrélée positivement avec différents problèmes de santé publique, comme la malnutrition et l'absence de soins appropriés durant la grossesse[24]. Plusieurs études ont démontré que la perte d'audition est associée à un risque plus élevé de mortalité, notamment par cancer et par maladies cardiovasculaires[25]. Finalement, la proportion de personnes présentant un surplus de poids correspond à la proportion de personnes en situation d'embonpoint ou d'obésité dans un territoire donné.

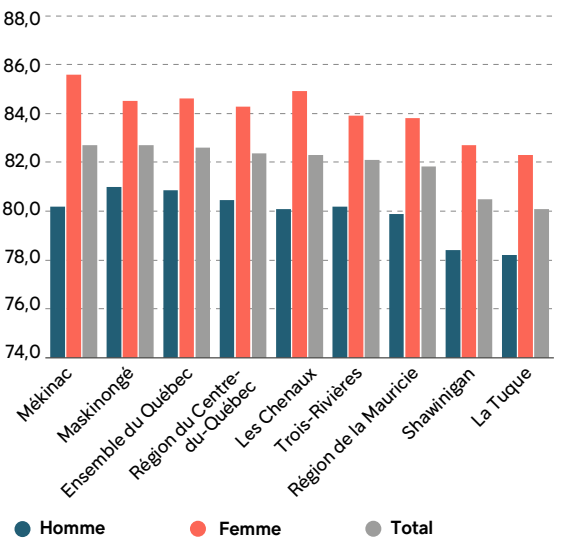
Le graphique 4 montre que l'espérance de vie est plus faible dans l'agglomération de La Tuque que dans toutes les autres MRC de la Mauricie, et ce, autant pour les hommes que pour les femmes. Cela est aussi vrai quand on compare l'espérance de vie à La Tuque à celle observée dans le Centre-du-Québec et dans l'ensemble du Québec.

Le tableau 4 montre que La Tuque présente une proportion de naissances de faible poids plus élevée que celle de toutes les autres MRC de la Mauricie. Elle est aussi plus élevée que les proportions observées dans la RSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec et dans l'ensemble du Québec. Quant à la proportion de personnes ayant des problèmes de surdité ou un surplus de poids, La Tuque se place au deuxième rang des MRC de la

a Un autre indicateur appelé « espérance de vie ajustée sur la santé » permet de mieux représenter l'état de santé des populations, mais il n'est pas calculé systématiquement dans les différentes régions du Québec. STATISTIQUE CANADA, *Espérance de vie ajustée sur la santé*, 25 mars 2026, en ligne.

GRAPHIQUE 4

Espérance de vie à la naissance (années), MRC de la Mauricie, 2024



SOURCES : ISQ, *Mise à jour 2025 des perspectives démographiques des MRC du Québec*, en ligne ; ISQ, *Espérance de vie à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Québec, 1975-1977 à 2025*, 16 juin 2026, en ligne.

Mauricie pour ces deux indicateurs de santé. Les valeurs observées à La Tuque sont de plus bien supérieures aux moyennes de la RSS et de l'ensemble du Québec.

Pour compléter ce portrait de santé, le graphique 5 montre la prévalence, ajustée selon l'âge, de quatre maladies chroniques courantes dans les différentes MRC de la Mauricie et du Centre-du-Québec : le diabète, l'hypertension, les cardiopathies ischémiques et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). On remarque d'abord que La Tuque arrive au premier rang pour les prévalences ajustées du diabète et des cardiopathies ischémiques et que seule la MRC de Shawinigan présente des prévalences ajustées supérieures à celles de La Tuque pour l'hypertension et les MPOC. Autrement dit, le graphique 5 renforce l'idée selon laquelle la population de La Tuque a, en général, un état de santé plus précaire que celui des populations des autres MRC de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

De plus, le « Portrait de santé 2025 » de la Mauricie et du Centre-du-Québec[26] montre que les taux présentés au graphique 5 sont significativement plus élevés à La Tuque que dans l'ensemble du Québec. Le même document indique également que le taux ajusté d'hospitalisations totales était significativement plus élevé sur le territoire de l'agglomération de La Tuque que dans l'ensemble du Québec entre avril 2021 et mars 2024, en plus d'être le plus élevé de toutes les MRC de la Mauricie et du Centre-du-Québec sur la même période.

TABLEAU 4

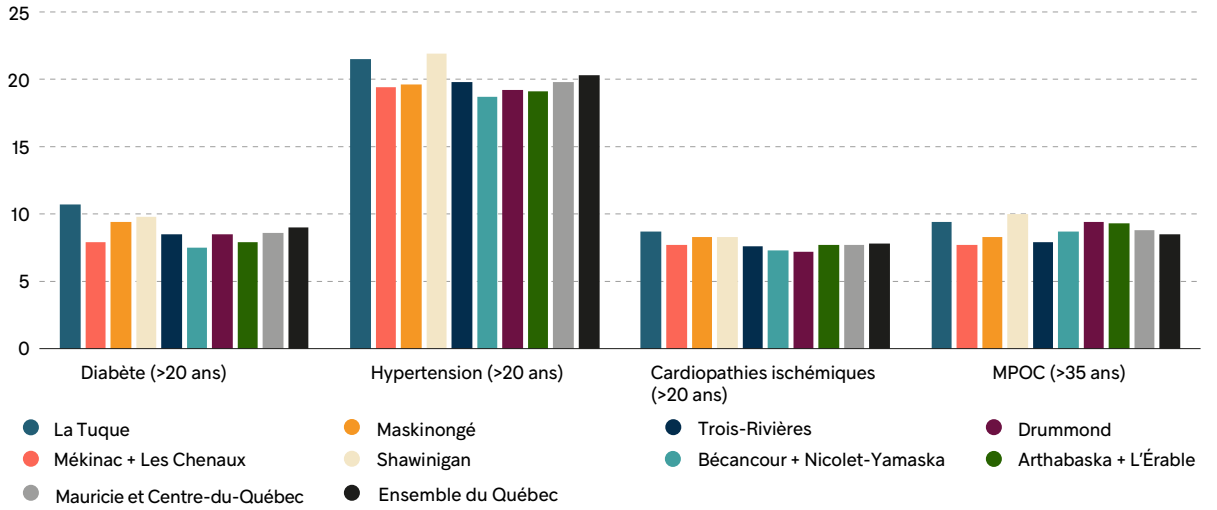
Proportion de naissances de faible poids, de personnes ayant un problème de surdité et de personnes présentant un surplus de poids, MRC de la Mauricie et ensemble du Québec

	Naissances de faible poids (2018-2022)	Surdité (2020-2021)	Surplus de poids (2020-2021)
Mékinac	6,50 %	23,40 %	63,90 %
Trois-Rivières	6,40 %	19,40 %	62,30 %
Les Chenaux	5,90 %	16,50 %	64,50 %
Shawinigan	5,50 %	18,20 %	62,90 %
Maskinongé	5,60 %	20,50 %	62,70 %
La Tuque	7,60 %	23,30 %	64,20 %
Mauricie et Centre-du-Québec	5,90 %	19,90 %	62,30 %
Ensemble du Québec	6,30 %	15,50 %	63,90 %

SOURCE : CIUSSSMCQ, *Portrait de santé 2025 de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, édition 2025*, 9 décembre 2025, en ligne.

GRAPHIQUE 5

Prévalence ajustée de différentes maladies chroniques, MRC de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2022-2023*



* Le regroupement de certaines MRC est nécessaire en raison de la présentation des données originales par RLS. Voir l'encadré 1 pour plus d'informations à ce sujet.

SOURCE : CIUSSSMCQ, *Portrait de santé 2025 de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, édition 2025*, 9 décembre 2025, en ligne.

En somme, les différents indicateurs de santé populationnelle disponibles montrent que la population de La Tuque semble être généralement en moins bonne santé que celles vivant dans les autres MRC de la Mauricie, du Centre-du-Québec, ainsi que la population québécoise dans son ensemble. Cela n'est pas surprenant étant donné l'importante défavorisation matérielle observée à La Tuque comparativement au reste de la Mauricie et au Centre-du-Québec. En plus de la défavorisation matérielle, l'état de santé populationnelle observé à La Tuque peut aussi s'expliquer par un accès insuffisant aux services d'un réseau de la santé qui peine à répondre adéquatement aux besoins de la population de l'agglomération. Cet aspect est étudié dans la prochaine section.

1.3 Portrait de l'accès aux services de santé

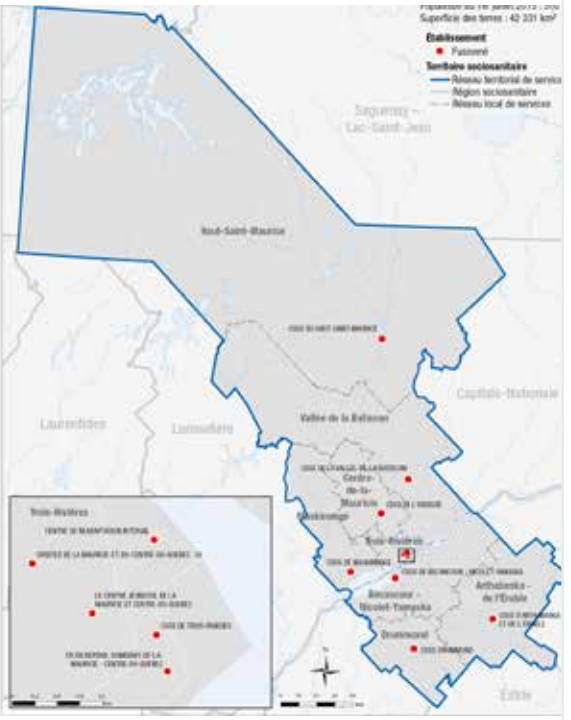
Afin de brosser un portrait de l'accès aux services de santé dans l'agglomération de La Tuque par rapport au reste de la Mauricie et du Centre-du-Québec, nous nous tournons maintenant vers une analyse des données administratives du réseau de la santé et des services sociaux sur l'offre de services, sur les effectifs médicaux et infirmiers et sur l'accessibilité des services de première ligne et hospitaliers. Ces données sont disponibles publiquement dans les études des crédits budgétaires ou ont été obtenues par des demandes d'accès à l'information.

L'agglomération de La Tuque fait partie de la région sociosanitaire (RSS) de la Mauricie et du Centre-du-Québec[a]. Les administrations de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont été fusionnées en 2015 dans la foulée de la réforme mise en œuvre par le Parti libéral du Québec et le ministre de la Santé de l'époque, Gaétan Barrette[27]. Chaque RSS est composée de plusieurs réseaux locaux de services (RLS ; voir figure 2). Les RLS représentent des territoires de prestation de soins de santé et de services sociaux, chaque RLS comprenant au moins un centre local de services communautaires (CLSC). À l'instar des RSS et des régions administratives, le territoire couvert par un RLS correspond souvent à celui d'une seule MRC. Toutefois, il existe plusieurs divergences importantes entre les deux systèmes cartographiques. Or, la majorité

a Les RSS servent principalement à la surveillance et la recherche sur la santé de la population et chaque RSS est affilié à au moins un établissement territorial, STATISTIQUE CANADA, « Région sociosanitaire », 15 février 2023, en ligne ; GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, « Structure du système de santé et de services sociaux québécois », 15 avril 2026, en ligne.

FIGURE 2

Carte de la RSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec et des réseaux locaux de services (RLS) correspondants



SOURCE : MSSS, *Cartes régionales des réseaux territoriaux de services, Région 04 – Réseau territorial de services de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec*, 5 octobre 2018, en ligne.

des données sur l'offre de services et le personnel de santé que nous avons obtenues sont compilées par RLS. Pour limiter la confusion, nous utilisons la terminologie des MRC même si certains éléments ou résultats font référence aux différents RLS (voir l'encadré 1 pour des précisions).

1.3.1 Services de première ligne et hospitaliers

Le tableau 5 présente les différentes cliniques de première ligne sur le territoire de la Mauricie[a], soit les

a Les services de santé de première ligne devraient constituer la porte d'entrée principale du système de santé. Ils offrent des soins de proximité, de nature curative et parfois préventive, pour résoudre la majorité des problèmes de santé courants. Ces services orientent les patient·e·s dans le continuum de soins si des services spécialisés sont requis.

Encadré 1 : Données sur le réseau de la santé et équivalences approximatives entre territoires de MRC/agglomération et territoires de RLS

Afin de permettre la comparabilité des données sur le réseau de santé et de services sociaux par territoire, nous avons dû faire correspondre les territoires des MRC/agglomérations de la région administrative de la Mauricie aux RLS équivalents de la RSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les limites territoriales des MRC/agglomérations divergeant dans certains cas des limites des RLS, nous avons comparé les ressources cartographiques du ministère des Ressources naturelles et des Forêts[53] et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)[54] pour établir l'équivalence approximative des territoires des MRC/agglomérations et des RLS. À l'intérieur de la RSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, l'agglomération de La Tuque correspond au territoire du RLS du Haut-Saint-Maurice, à l'exception du territoire enclavé de la communauté autochtone d'Obedjiwan, elle-même intégrée au RLS Domaine-du-Roy de la RSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean (voir la figure 3). Le tableau ici-bas montre les correspondances approximatives entre les MRC/agglomération et les RLS. Dans ce qui suit, nous utilisons la terminologie des MRC.

MRC/agglomération	RLS correspondant
La Tuque	Haut-Saint-Maurice (excluant Obedjiwan)
Mékinac	Vallée-de-la-Batiscan
Les Chenaux	Vallée-de-la-Batiscan
Maskinongé	Maskinongé
Shawinigan	Centre-de-la-Mauricie
Trois-Rivières	Trois-Rivières
Arthabaska	Arthabaska-et-de-L'Érable
L'Érable	Arthabaska-et-de-L'Érable
Bécancourt	Bécancour–Nicolet-Yamaska
Nicolet-Yamaska	Bécancour–Nicolet-Yamaska
Drummond	Drummond

TABLEAU 5

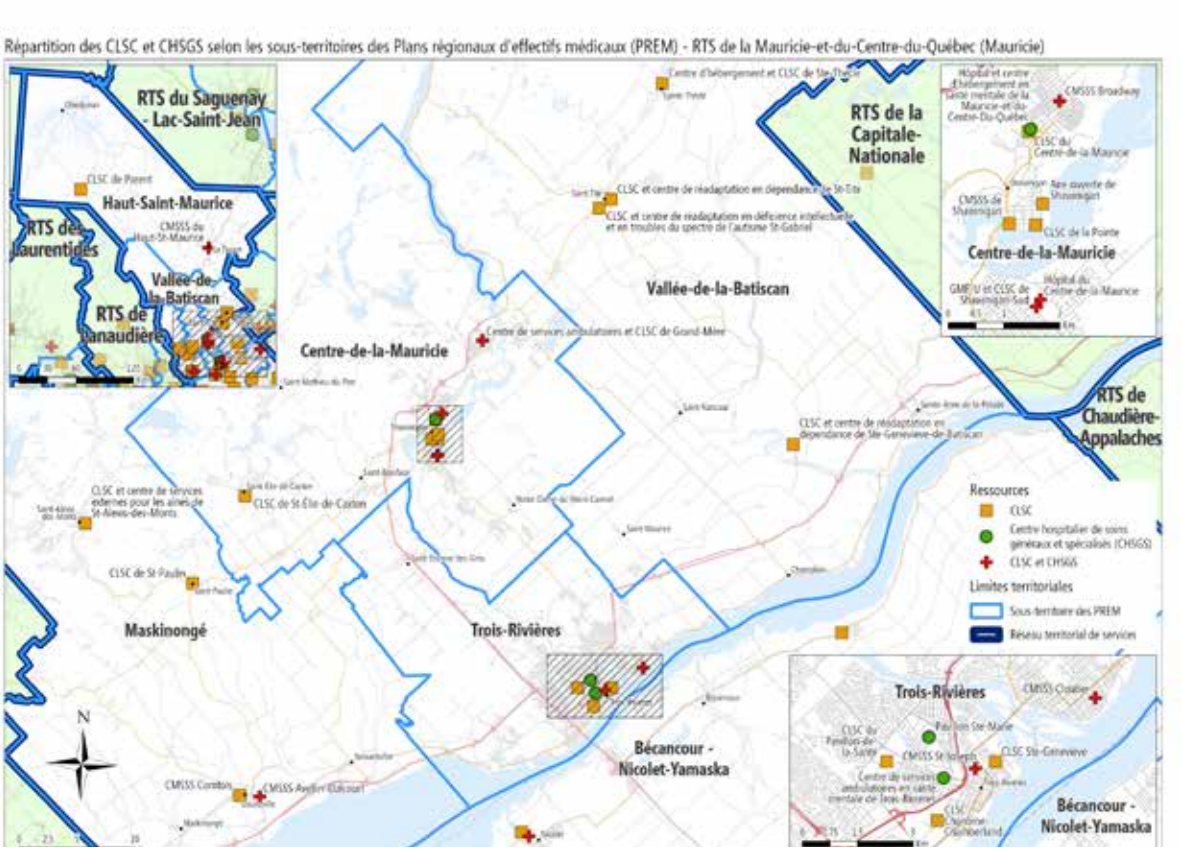
Cliniques de première ligne en Mauricie

	CLSC ou installations	GMF	Cliniques médicales ou publiques d'IPS
La Tuque	CMSSS du Haut-Saint-Maurice	GMF Haut-Saint-Maurice	
	CLSC de Parent	Centre de santé Wemotaci (GMF)	
	Service de Santé Opitciwan		
Mékinac	Centre d'hébergement et CLSC de Sainte-Thècle	GMF Vallée-de-la-Batiscan	
	CLSC et Centre de réadaptation en dépendance de Saint-Tite		
Les Chenaux	CLSC et Centre de réadaptation en dépendance de Sainte-Geneviève-de-Batiscan		
Maskinongé	CMSSS Avellin-Dalcourt	GMF Clinique médicale Saint-Laurent	
	CMSSS Comtois	GMF Les Grès	
	CLSC de Saint-Élie-de-Caxton		
	CLSC de Saint-Paulin		
	CLSC et Centre de services externes pour les aînés de Saint-Alexis-des-Monts		
Shawinigan	Aire ouverte de Shawinigan	GMF de l'Énergie	Clinique d'IPS – Shawinigan
	Centre de services ambulatoires et CLSC de Grand-Mère	GMF Grand-Mère	
	CLSC du Centre-de-la-Mauricie	GMF-U de Shawinigan (CLSC de Shawinigan)	
	CLSC et centre de réadaptation en déficience physique de la Pointe		
	CLSC de Shawinigan (GMF-U de Shawinigan)		
Trois-Rivières	CMSSS Cloutier	GMF Clinique de médecine familiale des Récollets	Clinique d'IPS – Cloutier
	CMSSS Saint-Joseph	GMF Clinique réseau de Trois-Rivières	
	CLSC Sainte-Geneviève	GMF de Trois-Rivières	
		GMF du Cap	
		GMF du Carmel	
		GMF-U de Trois-Rivières	

SOURCE : SQMCQU, *Coordonnées des installations*, en ligne (6 juillet 2026).

FIGURE 3

Découpage du réseau territorial de services de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et localisation des principales installations de santé en Mauricie, 2024



SOURCE : MSSS, DGPSP, DGAIPE, DAIA, *Répartition des CLSC et CHSGS selon les sous-territoires des Plan régionaux d'effectifs médicaux (PREM) – RTS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (Mauricie)*, septembre 2024, en ligne.

CLSC, les groupes de médecine familiale (GMF) et les cliniques publiques d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS). Outre la concentration attendue de cliniques de première ligne sur les territoires urbains des MRC de Shawinigan (5 CLSC, 3 GMF et une clinique d'IPS) et de Trois-Rivières (3 CLSC, 6 GMF et une clinique d'IPS), on remarque que les MRC rurales des Chenaux et de Mékinac sont desservies par trois CLSC et un seul GMF. On observe aussi que, malgré son vaste territoire s'étendant vers le nord-ouest, l'agglomération de La Tuque n'est desservie que par deux GMF, un situé à l'intérieur du CMSSS du Haut-Saint-Maurice, dans le centre-ville de La Tuque, et l'autre, le Centre de santé Wemotaci, situé dans la communauté autochtone du même nom. De plus, mis à part le CLSC intégré au CMSSS du Haut-Saint-Maurice, le seul autre CLSC de l'agglomération est situé dans le village de Parent, à 192 km (ou 3 heures de route forestière) au nord-ouest du centre-ville de La Tuque. Finalement, il existe aussi un centre de santé dans la communauté autochtone d'Obedjiwan (Service de Santé Opitciwan), qui offre des services d'accompagnement et de soutien aux membres de la communauté dans le respect des « valeurs de la culture [a]tikamekw et [d]es coutumes ancestrales[28] ».

Le tableau 6 présente les centres hospitaliers et les installations équivalentes situées dans la région administrative de la Mauricie. Outre l'absence de centres hospitaliers dans les MRC des Chenaux et de Mékinac, on remarque que le CMSSS du Haut-Saint-Maurice, aussi nommé « hôpital de La Tuque », dessert un vaste territoire qui s'étend loin vers le nord-ouest. Mis à part le CLSC de Parent, récemment aux prises avec des ruptures de service et un manque de

TABLEAU 6

Centres hospitaliers de la Mauricie

MRC	Centre hospitalier ou équivalent
La Tuque	CMSSS Haut-Saint-Maurice (hôpital)
Mékinac	(Aucun)
Les Chenaux	(Aucun)
Maskinongé	CMSSS Avellin-Dalcourt
Shawinigan	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
Trois-Rivières	Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR)
Trois-Rivières	Centre d'hébergement et hôpital Cloutier-du-Rivage

SOURCE : SQMCQU, *Coordonnées des installations*, sans date, en ligne (6 juillet 2026).

premiers répondants, l'hôpital de La Tuque assure le seul service d'urgence médicale de l'agglomération. Pour cette raison, certain·e·s patient·e·s à proximité de Parent peuvent être contraint·e·s de parcourir plus de 200 km pour se rendre à l'hôpital de Mont-Laurier dans la région administrative des Laurentides. De plus, certain·e·s patient·e·s du nord de l'agglomération sont parfois dirigé·e·s vers la clinique externe de l'hôpital de Roberval dans la région administrative du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Dans un tel contexte, il n'est pas exclu que l'hôpital du Centre-de-la-Mauricie de Shawinigan (à 134 km de celui de La Tuque) et que le Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) de Trois-Rivières (à 163 km de l'hôpital de La Tuque) agissent comme pôles d'attraction du personnel de santé en Mauricie, au détriment de l'agglomération de La Tuque. Étant donné la concentration des services spécialisés[a] à Trois-Rivières, on peut évidemment s'attendre à ce que les installations de ce grand centre urbain attirent davantage de personnel spécialisé au sein de la Mauricie.

a Les services de santé spécialisés désignent les services diagnostiques, thérapeutiques, de réadaptation ou de suivi qui nécessitent l'intervention de professionnels possédant une expertise spécialisée ou surspécialisée, des plateaux techniques ou des équipements médicaux spécialisés. Ces services sont généralement accessibles sur référence d'un professionnel de première ligne et sont offerts principalement dans les centres hospitaliers ou les cliniques spécialisées.

1.3.2 Effectifs médicaux et infirmiers

Compte tenu de la forte concentration des installations de santé dans les régions urbaines de la Mauricie, il est possible de faire l'hypothèse d'une concentration relative des effectifs médicaux et infirmiers dans les MRC de Shawinigan et de Trois-Rivières. Le tableau 7 présente d'abord les ratios de médecins omnipraticiens et spécialistes et les ratios de patient·e·s en attente au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) par millier d'habitant·e·s dans chaque MRC de la Mauricie, dans le Centre-du-Québec et dans l'ensemble du Québec. On constate que le ratio de médecins spécialistes est beaucoup plus élevé dans les MRC urbaines que dans les MRC rurales, ce qui confirme en partie l'hypothèse initiale. Cependant, le nombre de patient·e·s en attente au GAMF est plus faible dans l'agglomération de La Tuque qu'ailleurs en Mauricie (à l'exception de la MRC de Maskinongé), alors que le ratio de médecins omnipraticien·ne·s dans l'agglomération est semblable à celui qu'on retrouve ailleurs en Mauricie.

Le tableau 7 montre qu'il n'est pas forcément plus difficile d'avoir accès à un·e médecin de famille ou à la première ligne à La Tuque qu'ailleurs en Mauricie. En revanche, ces chiffres ne prennent pas en compte les contraintes géographiques propres au territoire de La Tuque. Afin de mieux rendre compte des différences entre les étendues de territoire couvertes par les différentes MRC et agglomérations, le tableau 8 présente les mêmes ratios qu'au tableau 7, mais en remplaçant le dénominateur par 100 000 habitant·e·s, multiplié par la racine carrée de la superficie terrestre de la MRC (sa « taille »). L'utilisation de tels ratios permet de tenir compte à la fois des contraintes géographiques et démographiques dans l'accès aux soins médicaux sur chaque territoire.

Sans surprise, le tableau 8 montre que l'agglomération de La Tuque présente les plus faibles ratios de médecins omnipraticien·ne·s et médecins spécialistes de toute la Mauricie lorsque la taille des territoires couverts est prise en compte dans le calcul. On y constate aussi que la MRC de Trois-Rivières accapare une part disproportionnée des médecins omnipraticien·ne·s et spécialistes comparativement aux autres MRC, ce qui confirme la concentration des services spécialisés dans le centre urbain de Trois-Rivières, ville dotée d'un CHAUR. Notons aussi que les chiffres pour l'ensemble du Québec sont influencés par la très grande superficie du territoire québécois, ce qui rend impertinente la comparaison des chiffres présentés au tableau 8 avec ceux de l'ensemble du Québec.

Le tableau 9 présentent les ratios populationnels d'infirmières, d'infirmiers et d'IPS. Le tableau 9 montre

TABLEAU 7

Patient·e·s en attente au GAMF et médecins omnipraticien·ne·s et spécialistes en exercice, ratio par 1 000 habitant·e·s

	Patient·e·s en attente au GAMF, 2025	Médecins omnipraticien·ne·s, 2024-2025	Médecins spécialistes, 2026
La Tuque	81,4	1,30	0,58
Mékinac + Les Chenaux	87,3	0,82	0,0
Maskinongé	25,8	1,09	0,0
Shawinigan	141,5	1,30	0,85
Trois-Rivières	99,0	1,20	1,75
Mauricie (sans La Tuque)	102,1	1,18	1,20
Mauricie	101,0	1,19	1,17
Centre-du-Québec	106,2	0,96	0,53
Ensemble du Québec	72,4	1,09	1,30

SOURCES : RAMQ, demande d'accès à l'information, nº DAI-2026-03472, 2 juin 2026, *Nombre de médecins omnipraticiens du Québec selon la région où il a reçu le plus de rémunération pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2026* ; CIUSSSMCQ, demande d'accès à l'information, nº AI-2386, 4 juin 2026, *Nombre de médecins spécialistes par spécialité et par RLS au 31 mars 2026 et au 31 mars 2026* ; Commission de la santé et des services sociaux, *L'étude des crédits 2025-2026*, vol. 1, MSSS-3RP-37, 6 mai 2025, en ligne.

TABLEAU 8

Patient·e·s en attente au GAMF et médecins omnipraticien·ne·s et spécialistes pratiquant·e·s, ratio par 100 000 habitant·e·s/km

	Patient·e·s en attente au GAMF, 2025	Médecins omnipraticien·ne·s, 2024-2025	Médecins spécialistes, 2026
La Tuque	50,48	0,81	0,36
Mékinac + Les Chenaux	112,43	1,06	0,00
Maskinongé	52,93	2,24	0,00
Shawinigan	521,01	4,79	3,13
Trois-Rivières	582,25	7,07	10,27
Mauricie (sans La Tuque)	105,03	1,21	1,23
Mauricie	53,63	0,63*	0,62
Centre-du-Québec	127,67	1,15	0,64

***** Cette faible valeur (plus faible que pour La Tuque) n'est pas une erreur, étant donné l'effet multiplicatif entre la taille et la population au dénominateur.

SOURCES : RAMQ, demande d'accès à l'information, nº DAI-2026-03472, 2 juin 2026, *Nombre de médecins omnipraticiens du Québec selon la région où il a reçu le plus de rémunération pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2026* ; CIUSSSMCQ, demande d'accès à l'information, nº AI-2386, 4 juin 2026, *Nombre de médecins spécialistes par spécialité et par RLS au 31 mars 2026 et au 31 mars 2026* ; Commission de la santé et des services sociaux, *L'étude des crédits 2025-2026*, vol. 1, MSSS-3RP-37, 6 mai 2025, en ligne ; ISQ, *Estimations de la population des MRC (classées par régions administratives) selon l'âge et le genre, âge médian et âge moyen, Québec, 1er juillet 1996 à 2025*, 14 janvier 2026, en ligne.

TABLEAU 9

Infirmières, infirmiers et IPS en Mauricie et dans l'ensemble du Québec, au 31 mars 2026

	Infirmières et infirmiers par 1 000 hab.	Infirmières et infirmiers par 100 000 hab./km	IPS par 1 000 hab.	IPS par 100 000 hab./km
La Tuque	6,2	3,8	0,19	0,12
Mékinac + Les Chenaux	2,4	3,1	0,04	0,05
Maskinongé	3,8	7,8	0,12	0,25
Shawinigan	7,6	28,0	0,26	0,96
Trois-Rivières	8,5	50,1	0,21	1,24
Mauricie (sans La Tuque)	7,3	7,5	0,20	0,20
Mauricie	7,2	3,8	0,20	0,11
Centre-du-Québec	5,4	6,5	0,17	0,21
Ensemble du Québec	9,2	0,7	0,19	0,02

NOTE : Pour la Maurice et Centre-du-Québec, les données sur les IPS correspondent à l'année 2025. Pour les données sur l'ensemble du Québec, « infirmières » comprend infirmières cliniciennes, techniques, auxiliaires et candidates, et « IPS » comprend IPS en exercice et candidates (Santé Québec, 12 juin 2026). Afin de représenter adéquatement les effectifs régionaux des services de première ligne, les données de la Mauricie et du Centre-du-Québec excluent 7 infirmières et infirmiers en centre jeunesse, 13 en centre de réadaptation en dépendance et 15 en centre de réadaptation en déficience physique, car il nous est impossible de les attribuer à un RLS. Cinquante-six infirmières et infirmiers attribué·e·s au « CIUSSS » Mauricie et Centre-du-Québec sont inclus·es au total régional sans être comptabilisé·e·s dans les différents RLS. En 2026, aucune infirmière ni aucun infirmier n'était recensé·e en centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme dans la RSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

SOURCES : SQMCQU, demande d'accès à l'information, nº AI-2421, 14 juillet 2026, tableaux sans titres, IPS par spécialités de 2020 à 2025 inclusivement ; SANTÉ QUÉBEC, demande d'accès à l'information, nº 26-SQ-0001-244, 12 juin 2026 ; *IPS, infirmières et total général du 31 mars 2024, 2025 et 2026* ; ISQ, *Estimations de la population des MRC (classées par régions administratives) selon l'âge et le genre, âge médian et âge moyen, Québec, 1er juillet 1996 à 2025*, 14 janvier 2026, en ligne.

que l'effectif infirmier en Mauricie, autant les infirmières régulières que les IPS, est légèrement plus concentré dans les MRC urbaines de Shawinigan et de Trois-Rivières que dans les MRC plus rurales, et ce, sans même prendre en considération la taille du territoire dans le calcul. Les deuxième et quatrième colonnes du tableau 9 montrent que, lorsque la taille du territoire est prise en compte dans les ratios, l'agglomération de La Tuque et les MRC des Chenaux et de Mékinac sont particulièrement désavantagées par rapport aux autres MRC de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

À la lumière des chiffres présentés dans les tableaux 7 à 9, nous pouvons conclure que les plus importants défis d'attraction et de rétention du personnel de santé dans l'agglomération de La Tuque concernent surtout l'effectif infirmier et les médecins spécialistes, les ratios de médecins omnipraticien·ne·s et de patient·e·s en attente au GAMF par habitant·e se comparant plutôt favorablement à ceux des autres MRC en Mauricie et dans le Centre-du-Québec. De tels ratios ne prennent toutefois pas en compte la vaste étendue du territoire couvert par l'agglomération de La Tuque, ce qui peut générer des obstacles à l'accès aux soins de santé qui ne trouvent pas d'équivalent ailleurs dans la région (voir la prochaine section pour des exemples).

Pour terminer ce portrait de l'accès aux services de santé dans l'agglomération de La Tuque et en Mauricie, nous nous penchons sur la situation des services d'urgence. Le graphique 6 présente les proportions de visites de priorités 4 (P4) et 5 (P5) par rapport à l'ensemble des visites aux urgences dans les hôpitaux et les installations offrant des services d'urgence dans les territoires étudiés. Le code de priorité « P4 » signifie « moins urgent » ou « ne nécessite pas une prise en charge immédiate », alors que « P5 » signifie « non urgent » ou « consultez plutôt en clinique, GMF ou CLSC »[29]. La proportion de visites P4 et P5 constitue donc

un indicateur permettant d'évaluer indirectement les problèmes d'accès aux services de première ligne, en CLSC, en GMF et en clinique dans un territoire donné. Plus le taux de visites P4 et P5 est élevé, plus cela peut signaler des difficultés pour les patient·e·s à obtenir un rendez-vous médical en temps opportun en CLSC ou en GMF, ce qui peut les pousser à se tourner vers l'urgence pour des besoins de santé primaires qui pourraient être traités plus efficacement hors du milieu hospitalier[30].

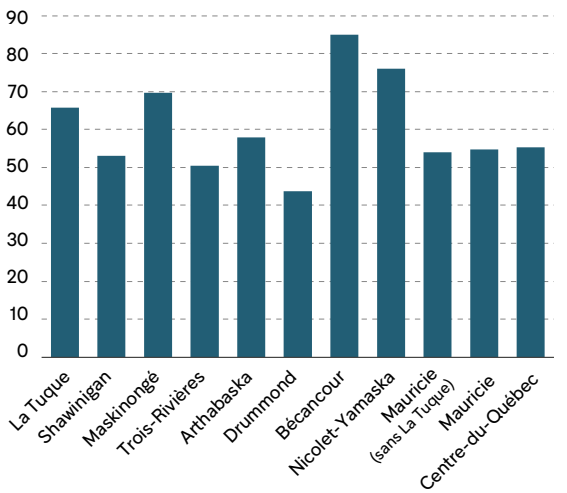
On voit au graphique 6 que 65,7 % des visites à l'urgence de l'hôpital de La Tuque étaient classées P4 ou P5 entre le 1er avril 2024 et le 31 mars 2025. Cette proportion se classe au deuxième rang en Mauricie et au quatrième rang dans la RSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec. En résumé, la proportion de visites moins urgentes et non urgentes à l'hôpital de La Tuque est plus élevée que la proportion moyenne observée dans les autres MRC de la Mauricie (+ 11,7 points de pourcentage) et dans le Centre-du-Québec (+ 10,3 points de pourcentage), ce qui indique de possibles problèmes d'accès aux services de première ligne à La Tuque comparativement aux autres MRC de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Le tableau 10 présente les délais moyens de prise en charge en urgence hospitalière, c'est-à-dire le temps écoulé entre l'évaluation initiale de la personne par une infirmière ou un infirmier (le triage et non l'heure d'arrivée) et le moment où un·e médecin évalue la personne. Cet indicateur reflète la vitesse de traitement, la fluidité des soins et l'engorgement systémique dans un service d'urgence donné, plutôt que la simple affluence dans la salle d'attente[31].

Le tableau montre que l'urgence de l'hôpital de La Tuque a présenté, sur la période à l'étude, le plus faible délai moyen de prise en charge médicale en Mauricie, à 27 minutes sous la moyenne des autres urgences en Mauricie, à 20 minutes sous la moyenne des urgences du Centre-du-Québec, et à 12 minutes sous la moyenne de l'ensemble du Québec. Il se peut néanmoins que ce résultat reflète davantage le nombre de patient·e·s dont la complexité de l'état de santé nécessite un transfert vers des soins spécialisés à

GRAPHIQUE 6

Proportion de visites de priorité niveaux 4 (P4) et 5 (P5) par rapport à l'ensemble des visites aux urgences dans les hôpitaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, par MRC, du 1er avril 2024 au 31 mars 2025



NOTE : Les pourcentages pour la Mauricie (avec et sans La Tuque) et le Centre-du-Québec sont obtenus grâce à une moyenne des MRC correspondantes pondérée par leur population estimée en 2025.

SOURCE : MSSS, Données sur l'accès aux services de première ligne, tableau 4, 30 juin 2025, en ligne.

TABLEAU 10

Délais moyens de prise en charge médicale en urgence hospitalière en Mauricie, 1er avril 2024 au 8 février 2025

MRC/agglomération	Délais moy. (h)	DSPECM
La Tuque	2 h 47	8,3 %
Shawinigan	2 h 57	7,4 %
Maskinongé	2 h 52	6,6 %
Trois-Rivières	3 h 33	15,2 %
Mauricie (sans La Tuque)	3 h 14	11,2 %
Mauricie	3 h 11	10,9 %
Centre-du-Québec	3 h 7	10,0 %
Ensemble du Québec	2 h 59	11,7 %

NOTE : Le temps d'attente en heures représente le délai entre la fin du 1er triage et la prise en charge par un·e médecin (moyennes et différences calculées par les auteurs). Les départs sans prise en charge médicale font référence aux patient·e·s ayant quitté les urgences sans avoir vu un·e médecin (pourcentages des départs sans prise en charge médicale calculés par les auteurs).

SOURCE : COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'étude des crédits 2025-2026*, vol. 1, MSSS-1RP-215 et MSSS-1RP-216, 6 mai 2025, en ligne.

Shawinigan, à Trois-Rivières ou à Québec, ce qui réduirait le nombre de patient·e·s et les délais à l'urgence de l'hôpital de La Tuque. Notons que l'ensemble des installations à l'étude dépassait la cible annuelle de 2024-2025 établie à 125 minutes (ou 2 heures et 5 minutes) par le MSSS dans son *Plan stratégique 2023-2027*[32].

Enfin, le tableau 10 présente également les taux de départs sans prise en charge médicale (DSPECM) aux urgences. Cet indicateur peut refléter le degré de saturation d'une urgence ou les temps d'attente et ainsi signaler un accès insuffisant aux services des cliniques de première ligne[33], comme les CLSC et les GMF. À noter qu'en 2021, le MSSS proposait d'intervenir avec des processus de réorientation des patient·e·s dans les urgences recevant plus de 20 000 visites par année ou ayant un taux de DSPECM de plus de 10 %[34].

On voit au tableau 10 que l'hôpital de La Tuque se place au deuxième rang des taux de DSPECM les plus élevés entre avril 2024 et février 2025, après le CHAUR de Trois-Rivières. Malgré cela, ce taux reste toutefois inférieur à la moyenne observée en Mauricie, dans le Centre-du-Québec et ailleurs au Québec. En Mauricie, seule l'urgence du CHAUR de Trois-Rivières dépassait le seuil de 10 % établi par le MSSS, possible conséquence des transferts de patient·e·s en provenance des autres territoires de la région. Bien que ces données soient elles aussi relativement favorables à l'agglomération de La Tuque par rapport au reste de la Mauricie et du Centre-du-Québec, elles ne nous informent pas sur les caractéristiques sociodémographiques des patient·e·s ayant quitté l'urgence sans consulter un·e médecin.

1.4 Ruptures et fermetures de service, manque de main-d'œuvre : un aperçu de l'actualité

Dans un contexte de défavorisation économique et matérielle, l'offre et l'accessibilité des services de santé ont récemment subi des revers dans l'agglomération de La Tuque. La plus récente réforme du réseau de la santé, avec la mise en place de la société d'État Santé Québec à l'automne 2024, a conduit à une vague d'austérité et à des compressions de 1,5 G$ dans le système de santé québécois en 2025-2026[35]. À SQMCQU, anciennement le CIUSSS Mauricie et Centre-du-Québec, ces compressions se sont traduites par 50 M$ de compressions budgétaires, représentant une réduction de près 2,5 % du budget[36]. Dans les dernières décennies, le sous-financement, la centralisation, la privatisation et le manque de main-d'œuvre ont entraîné des réductions, des interruptions et des fermetures de services publics de santé dans différentes régions du Québec, en particulier dans les régions éloignées. L'agglomération de La Tuque n'a pas été épargnée.

En novembre 2024, le bloc opératoire du CMSSS du Haut-Saint-Maurice situé dans la ville-centre de La Tuque a été temporairement fermé et ses activités ont repris partiellement et graduellement seulement en juillet 2025[37]. Cette fermeture temporaire du bloc opératoire de l'hôpital de La Tuque a par conséquent conduit à une réduction de son offre de services d'urgence[a].

En pause depuis mars 2024, l'unité de courte durée gériatrique et unité de réadaptation fonctionnelle intensive (UCDG/URFI) de l'hôpital de La Tuque a été fermée définitivement en décembre 2024 en raison d'un manque de personnel spécialisé. Comme le rapportait *L'Écho de La Tuque* :

> Pour compenser cette fermeture définitive, cinq lits supplémentaires de réadaptation intensifiée ont été ajoutés à l'unité d'hospitalisation. Les usagers du Haut-Saint-Maurice dont la condition requiert un accompagnement plus soutenu seront dirigés vers Shawinigan et Trois-Rivières [...][38].

Dans un contexte de bris et de fermetures de services et de problèmes de recrutement de personnel infirmier, la Ville de La Tuque a réclamé en décembre 2024 une intervention d'urgence du gouvernement du Québec, notamment en ce qui concerne la fermeture indéterminée du bloc opératoire et la fermeture définitive de l'UCDG/URFI[39]. Le 17 décembre 2024, le conseil de l'agglomération de La Tuque a adopté une résolution demandant notamment « la réouverture imminente des services du bloc opératoire » de l'hôpital de La Tuque et « la reconnaissance officielle de l'agglomération de La Tuque comme région éloignée, dans l'objectif de rendre [le]vterritoire plus attractifs [*sic*] et favorable au recrutement et à la rétention de main-d'œuvre, particulièrement dans le secteur de la santé »[40].

Depuis le 12 mars 2026, le service d'accouchement de l'hôpital de La Tuque a été suspendu[41]. Au moment de rédiger ces lignes (septembre 2026), le service était toujours fermé. Depuis cette date, le département d'obstétrique de l'hôpital de La Tuque prodigue des services jusqu'à 38 semaines de grossesse, moment où les femmes

---

a Voir par exemple le cas d'une Latuquoise ayant dû se rendre en voiture à Shawinigan pour être opérée d'urgence pour une appendicite ; Francis BEAUDRY, « Le périple de 135 km en auto d'une Latuquoise pour être opérée d'urgence », *Radio-Canada*, 13 décembre 2024, en ligne.

du territoire sont transférées à Shawinigan, à 128 km ou 1 heure 30 minutes de route[42,a].

Enfin, du 12 au 19 juin 2026, le seul CLSC de l'agglomération localisé à l'extérieur de la ville-centre de La Tuque, le CLSC de Parent, situé dans le village du même nom à 192 km ou 3 heures de route forestière de l'hôpital de La Tuque et à 214 km ou 2 heures 50 minutes de route majoritairement forestière de l'hôpital de Mont-Laurier (dans la région administrative des Laurentides), a été fermé temporairement et sans avertissement en raison d'un manque de personnel[43]. Lorsqu'aucun·e premier ou première répondant·e n'est disponible au CLSC de Parent, les patient·e·s doivent attendre des heures avant qu'une ambulance arrive de la ville-centre de La Tuque.

1.5 Résumé des comparaisons intrarégionales en Mauricie

Nous avons vu que plus du quart de la population de l'agglomération de La Tuque est composé de personnes autochtones. La population de l'agglomération est plus âgée que celle du Québec, mais plus jeune que celles de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Avec 25 % de personnes de 65 ans et plus, l'agglomération de La Tuque s'inscrit néanmoins dans la tendance lourde du vieillissement de la population.

Sur le plan économique, l'agglomération de La Tuque se situe dans une région administrative, la Mauricie, dont le PIB par habitant·e est parmi les plus faibles au Québec. En matière de revenu et de patrimoine, l'agglomération se situe en queue de peloton à la lumière de trois indicateurs sur quatre, et se retrouve sous les moyennes des autres MRC de la Mauricie et de l'ensemble du Québec pour les quatre indicateurs de revenus et de patrimoine analysés.

L'agglomération de La Tuque constitue le territoire le plus défavorisé matériellement en Mauricie et au Centre-du-Québec. Les conditions économiques précaires de la population de La Tuque s'accompagnent de l'espérance de vie la plus faible parmi les MRC de la Mauricie et du Centre-du-Québec, ainsi que d'indicateurs de santé populationnelle révélant un état de santé plus précaire à La Tuque comparativement aux autres MRC de la Mauricie et du Centre-du-Québec, et au Québec dans son ensemble.

Dans les dernières années, l'agglomération de La Tuque et, en particulier, le CMSSS du Haut-Saint-Maurice ont subi une série d'interruptions et de fermetures de services de santé. Le CLSC de Parent, le seul CLSC de l'agglomération à l'extérieur de la ville-centre de La Tuque, a été fermé temporairement entre le 12 et le 19 juin 2026[44]. Les médias rapportent dans certains cas le manque d'effectifs comme cause principale des ruptures et fermetures de service dans l'agglomération de La Tuque.

En matière d'offre et d'accès aux services et de disponibilité des effectifs, nous avons vu que, mis à part le CLSC de Parent, situé à trois heures de route forestière au nord-ouest de la ville-centre de La Tuque, cette dernière accueille le seul centre hospitalier, le seul GMF et le seul autre CLSC sur le vaste territoire de l'agglomération. La concentration géographique des installations de santé entraîne évidemment la concentration du personnel de santé dans la ville de La Tuque et peut compliquer l'accès aux services pour la population du reste de l'agglomération.

À la lumière des données analysées, nous pouvons conclure que, mis à part la question des médecins spécialistes, dont les effectifs sont concentrés à Shawinigan et Trois-Rivières, les plus importants défis d'attraction et de rétention de personnel de santé dans l'agglomération de La Tuque concernent davantage les effectifs infirmiers que les médecins omnipraticien·ne·s.

La répartition inégale du personnel de santé sur le territoire de la Mauricie s'explique notamment par la présence de seulement trois installations de première ligne sur le territoire de l'agglomération de La Tuque (dont le CLSC de Parent isolé au nord-ouest), par la concentration des services et des centres urbains dans le sud de la Mauricie, à Shawinigan et, surtout, à Trois-Rivières, ainsi que par la localisation des deux seules cliniques publiques d'IPS de la Mauricie dans ces deux villes.

La proportion élevée de visites moins urgentes et non urgentes à l'hôpital de La Tuque pourrait refléter des problèmes d'accès aux services de première ligne en GMF et en CLSC dans l'agglomération. En effet, en tant qu'indicateurs, le ratio populationnel de médecins de famille et le nombre de patient·e·s en attente au GAMF, présentés ci-dessus, ne permettent pas d'évaluer la capacité de prise en charge médicale et la capacité des patient·e·s à obtenir des rendez-vous avec un·e médecin de famille en temps opportun.

En revanche, le taux de départs sans prise en charge médicale (DSPECM) à l'hôpital de La Tuque était inférieur à ceux des installations de la Mauricie, du

a Une partie des frais d'hôtel et de nourriture est toutefois prise en charge par Santé Québec, mais cette aide n'est pas forcément suffisante. Voir l'annexe 3 de la politique de déplacement des usagers pour connaître les montants remboursés : MSSS, *Directive ministérielle*, « Politique de déplacement des usagers », 19 mai 2023, en ligne.

Centre-du-Québec et de l'ensemble du Québec. Des études réalisées ailleurs dans le monde ont montré que les personnes racisées, les personnes détenant une scolarité sous le premier cycle universitaire et les personnes vivant de l'insécurité en matière de logement sont plus à risque de quitter l'urgence sans avoir vu un·e médecin[45]. Étant donné la forte défavorisation économique et matérielle dans l'agglomération, ainsi que les difficultés d'accès expérimentées par les personnes autochtones dans le réseau de la santé québécois[46], une étude approfondie des caractéristiques sociodémographiques des personnes quittant le service d'urgence sans prise en charge médicale à l'hôpital de La Tuque serait nécessaire.

Pour résumer, le faible nombre de cliniques de première ligne sur le vaste territoire de l'agglomération de La Tuque nous porte à croire que les particularités géographiques, l'important niveau de défavorisation économique et les besoins sociosanitaires propres à ce vaste territoire ne sont pas suffisamment pris en compte dans l'organisation des services de santé au sein de la RSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec. En matière de répartition des ressources, les données analysées permettent de conclure à la nécessité d'un rattrapage du nombre d'infirmières et d'infirmiers et, en particulier, du nombre d'IPS dans l'agglomération par rapport au reste de la Mauricie, du Centre-du-Québec et de l'ensemble du Québec.

CHAPITRE 2

CHAPITRE 2
CHAPITRE 2
CHAPITRE 2
CHAPITRE 2
CHAPITRE 2
CHAPITRE 2
CHAPITRE 2
CHAPITRE 2
CHAPITRE 2
CHAPITRE 2

CHAPITRE 2

Comparaisons interrégionales : agglomération de La Tuque et MRC éloignées de comparaison

Ayant comparé l'agglomération de La Tuque au reste de la Mauricie et du Centre-du-Québec au premier chapitre, ce deuxième chapitre poursuit cette fois l'analyse en identifiant des MRC éloignées, ailleurs au Québec, comparables à La Tuque sur les plans démographique et géographique. Une fois ces territoires identifiés, nous comparons l'état de santé des populations et l'offre de services de santé dans ces MRC à la situation de La Tuque afin de déterminer comment l'agglomération se distingue en matière d'accessibilité des services de santé.

L'annexe A présente en détail la méthode statistique utilisée afin de sélectionner les MRC les plus comparables à l'agglomération de La Tuque. La méthode utilise trois variables : la densité de population, l'indice d'éloignement de Statistique Canada[a] et le pourcentage de la population ayant une identité autochtone. Nous utilisons seulement ces trois variables parce qu'elles ne sont pas influencées, ni directement ni indirectement, par l'offre de soins de santé sur les territoires des MRC/agglomérations du Québec. Elles permettent aussi de sélectionner des MRC éloignées de comparaison qui partagent des réalités géographiques semblables à celle de La Tuque : absence de centre urbain dans un rayon de 100 km et vaste étendue de territoire à couvrir. La proportion de personnes autochtones permet quant à elle de prendre en compte la réalité sociodémographique de La Tuque dans la sélection des comparateurs.

Les territoires sélectionnés sont la MRC de Témiscamingue dans la région administrative de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que quatre MRC de la région administrative de la Côte-Nord : les MRC de Sept-Rivières, de Minganie, de La Haute-Côte-Nord et de Manicouagan.

Comme au chapitre précédent, nous avons dû faire correspondre les territoires de ces MRC éloignées aux territoires des RLS équivalents (voir l'encadré 1). Le tableau 11 montre les MRC, les groupes de MRC, les RLS et les groupes de RLS que nous avons sélectionnés pour assurer la comparabilité des données territoriales. Le territoire de la MRC de Témiscamingue correspond exactement au territoire du RLS du Témiscaming. Les territoires regroupés des MRC de La Haute-Côte-Nord et de Manicouagan correspondent à celui du RLS de La Haute-Côte-Nord ; le territoire de la MRC de Sept-Rivières correspond au regroupement des RLS de Sept-Îles et de Port-Cartier. Finalement, le territoire du RLS de Minganie correspond au territoire de la MRC du même nom, mais auquel on ajoute tout le territoire non organisé de Petit-Mécatina (soit le nord de la MRC du Golfe-du-Saint-Laurent). Comme ce dernier territoire n'est pratiquement pas habité, nous considérons qu'il est approprié de considérer le RLS de la Minganie comme équivalent à la MRC du même nom lorsqu'il est question de services de santé.

Comme au chapitre précédent, nous conservons la présentation des résultats par MRC afin de limiter la confusion, bien que certaines données soient disponibles par RLS seulement (voir l'encadré 1). Le tableau 11 indique toutefois que nous passerons de cinq MRC éloignées de comparaison à quatre lorsque les résultats sont disponibles par RLS seulement. Le tableau 11 montre aussi que la taille de la population de chaque MRC (ou groupes de MRC) par rapport à celle de chaque RLS (ou groupes de RLS) correspondant est à peu près équivalente, ce qui nous assure un niveau raisonnable de confiance dans les équivalences territoriales construites au moyen des ressources cartographiques officielles.

Nous commençons ces comparaisons interrégionales de l'agglomération de La Tuque avec les MRC éloignées de comparaison par l'analyse des données géographiques, démographiques et économiques. Nous poursuivons ensuite par l'analyse comparative des

a L'indice d'éloignement de Statistique Canada est « déterminé en fonction de la distance qui la sépare de tous les centres de population définis par Statistique Canada dans un rayon de déplacement donné, de même que selon la taille de sa population ». Voir STATISTIQUE CANADA, « Indice d'éloignement », 24 septembre 2026, en ligne.

TABLEAU 11

MRC éloignées et groupes de MRC de comparaison, territoires de RLS équivalents et population

	Pop. MRC (2025)	RLS : territoires équivalents	Pop. estimée RLS (2025)
La Tuque (Mauricie)	15 584	**Haut-Saint-Maurice**	15 419
Témiscamingue (Abitibi-Témiscamingue)	16 214	**Témiscaming**	16 307
La Haute-Côte-Nord + Manicouagan (Côte-Nord)	40 216	**Haute-Côte-Nord + Manicouagan**	39 983
La Haute-Côte-Nord	10 047		
Manicouagan	30 169		
Sept-Rivières (Côte-Nord)	34 432	**Sept-Îles + Port-Cartier**	34 359
		Sept-Îles	27 011
		Port-Cartier	7348
Minganie (Côte-Nord)	6588	Minganie	6534

SOURCES : ISQ, *Estimations de la population des MRC (classées par régions administratives) selon l'âge et le genre, âge médian et âge moyen, Québec*, 1er juillet 1996 à 2025, 14 janvier 2026, en ligne ; MINISTÈRE DES RESSOURCES NATURELLES ET DES FORÊTS, *Geospatial Portal*, en ligne (15 juillet 2026) ; MSSS, Direction de l'analyse statistique et de la performance, DGAIPE, DGPSP, « Localisation des installations du réseau de la santé et des services sociaux au Québec », en ligne (15 juillet 2026) ; ISQ, MSSS, *Estimations et projections de la population par territoire sociosanitaire*, nº EstimProjComp-ISQ, 29 août 2025, en ligne.

indicateurs sanitaires et finissons avec la comparaison des données sur l'offre de services, le personnel de santé et l'accessibilité des services dans les cinq territoires à l'étude. Nous serons ainsi en mesure d'établir si l'agglomération de La Tuque, partageant plusieurs caractéristiques propres aux régions éloignées, peut être considérée en situation d'iniquité en matière de répartition des ressources publiques et du personnel de santé par rapport à des territoires comparables, dont certains bénéficient même de ressources supplémentaires en raison de leur isolement.

2.1 Comparaisons démographiques et économiques

2.1.1 Comparaisons des données démographiques

Le tableau 12 montre, pour La Tuque et pour chaque MRC éloignée retenue, la valeur des variables utilisées pour sélectionner lesdites MRC de comparaison (voir également l'annexe A). On remarque que la superficie totale de ces MRC varie considérablement par rapport à celle de l'agglomération de La Tuque, notamment en raison du regroupement des MRC de La Haute-Côte-Nord et de Manicouagan. On note aussi que l'agglomération de La Tuque possède la plus forte proportion de personnes autochtones et que sa densité de population est la deuxième plus faible parmi les MRC éloignées de comparaison. Les indices d'éloignement[a] des territoires de comparaison sont quant à eux davantage similaires, ce qui n'est pas surprenant étant donné que la méthode de sélection des MRC de comparaison privilégie des MRC éloignées dont l'indice d'éloignement est semblable.

Le tableau 12 présente également les villes, villages et secteurs au sein des différentes MRC considérés comme « territoires isolés » par le MSSS dans le cadre des ententes de rémunération médicale et des

a Statistique Canada construit l'indice d'éloignement « en collaboration avec Services aux Autochtones Canada. Cet indice prend appui sur le principe que l'éloignement n'est pas un concept absolu. À ce titre, l'indice d'éloignement est assorti d'une échelle attribuant à chaque subdivision de recensement une valeur comprise entre 0 (facilement accessible) et 1 (très éloignée). Statistique Canada calcule ces valeurs en fonction de la distance entre une collectivité et les centres de population environnants dans un rayon de déplacement défini. L'indice tient également compte de la taille de la population des centres de population à proximité ». ; Megan BARKEY, *Régions urbaines et rurales du Canada : évolution des définitions et regards sur la population*, nº 2025-06-F, Études de la Colline, 19 février 2026, en ligne.

TABLEAU 12

Caractéristiques sociodémographiques et secteurs de territoires isolés de La Tuque et des MRC éloignées de comparaison

	Superficie (km²)	Densité (hab/km²)	Indice d'éloignement	Proportion de personnes autochtones (%)	Secteurs isolés
La Tuque	25 999	0,6	0,419	29,9	Parent (III), Sanmaur (III), Clova (III)
Témiscamingue	16 310	0,99	0,427	15,0	Témiscaming (I), Ville-Marie (I)
La Haute-Côte-Nord	11 260	0,89	0,387	13,6	
Manicouagan	34 236	0,88	0,396	12,4	
Sept-Rivières	29 640	1,16	0,399	16,1	
Minganie	54 796	0,12	0,573	25,9	Rivière-au-Tonnerre (II), Rivière-Saint-Jean (II), Mingan (II), Havre-Saint-Pierre (II), Port-Menier (II), Baie-Johan-Beetz (III), Aguanish (III), Natashquan (III)

NOTE : L'indice d'éloignement par MRC est obtenu en faisant une moyenne des indices par aire de diffusion (AD) pondérée par la population de chaque AD durant l'année 2021.

SOURCES : GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, « Répertoire des municipalités », 2025, en ligne ; STATISTIQUE CANADA, *Indice d'éloignement*, nº 17-26-0001, 4 janvier 2023, en ligne ; STATISTIQUE CANADA, *Population ayant une identité autochtone selon le genre et l'âge*, tableau 98-10-0293-01, 15 novembre 2023, en ligne ; Accord-cadre renouvelé pour la période allant du 1er avril 2023 au 31 mars 2028, entre le MSSS, le Secrétariat du Conseil du trésor et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, RAMQ, « Manuel des médecins omnipraticiens — Brochure no 1 », Accord-cadre, Annexe XII, Section II, « Article 1 – Primes d'éloignement ou d'isolement », en ligne.

conventions collectives du personnel infirmier. Le chiffre entre parenthèses correspond aux numéros de secteur considéré comme isolé. Plus le numéro correspondant au secteur est élevé, plus le MSSS considère que la ville, le village ou le secteur correspondant est isolé. Ces secteurs d'éloignement sont utilisés notamment afin d'accorder des primes d'éloignement ou d'isolement aux différentes catégories de personnel de santé dans les ententes de rémunération et les conventions collectives.

On note d'ailleurs que les villes et les villages de la Côte-Nord dotés d'un établissement de santé à l'est de Sept-Îles sont considérés comme faisant partie d'un secteur isolé. Alors que deux villes de la MRC de Témiscamingue sont considérées comme des territoires isolés, ce n'est pas le cas pour la ville-centre de l'agglomération de La Tuque.

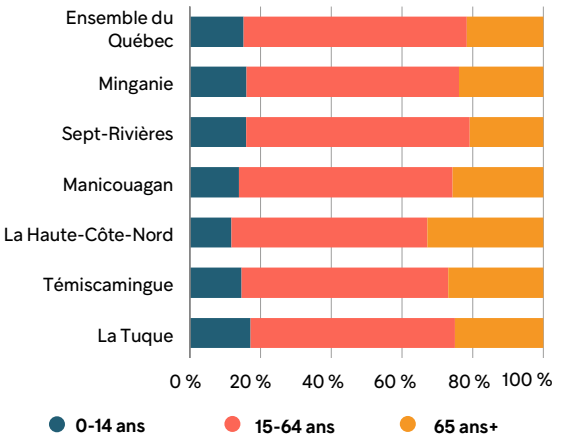
Le graphique 7 présente la répartition de la population selon le groupe d'âge. On constate d'emblée l'importante proportion de personnes âgées de 65 ans et plus dans les MRC de La Haute-Côte-Nord et de Manicouagan. L'agglomération de La Tuque se caractérise quant à elle par la plus grande proportion de personnes âgées entre 0 et 14 ans, ce qui s'explique en partie par l'importante proportion de personnes autochtones sur son territoire. De plus, lorsque l'on combine les proportions de personnes plus jeunes et plus âgées (42,2 %) – soit les deux groupes démographiques avec les plus grands besoins en soins de santé – La Tuque arrive au deuxième rang, tout juste derrière la MRC de La Haute-Côte-Nord (44,6 %), et se situe bien au-dessus de la moyenne québécoise (36,9 %).

2.1.2 Comparaisons des données économiques

Quant aux indicateurs socioéconomiques, nous voyons au tableau 13 que l'agglomération de La Tuque se classe au deuxième rang des territoires où le revenu d'emploi médian des personnes de 25 à 64 ans est le plus faible.

GRAPHIQUE 7

Répartition de la population selon le groupe d'âge (%), MRC éloignées de comparaison, 2025



SOURCE : ISQ, Estimations de la population des MRC (classées par régions administratives) selon l'âge et le genre, âge médian et âge moyen, Québec, 1er juillet 1996 à 2025, 14 janvier 2026, en ligne.

Celui-ci est inférieur de 9 400 $ à la moyenne des MRC isolées de comparaison et de 6 200 $ à la moyenne québécoise. Seule la MRC de La Haute-Côte-Nord présente un revenu d'emploi médian plus faible, inférieur de 10 400 $ à la moyenne des MRC éloignées et de 7 200 $ à la moyenne québécoise.

Du côté du revenu disponible par habitant·e, l'agglomération de La Tuque obtient le montant le plus faible de toutes les territoires comparés, inférieur de 4 854 $ à la moyenne des MRC éloignées de comparaison et de 5 237 $ à la moyenne québécoise. La situation est similaire en ce qui concerne le taux de faible revenu : La Tuque se caractérise par le plus haut taux de ménages à faible revenu (15,7 %), supérieur de 7,2 points de pourcentage à la moyenne des MRC éloignées de comparaison et de 7,3 points de pourcentage à la moyenne québécoise. Enfin, la valeur imposable moyenne uniformisée des résidences (un indicateur de patrimoine des ménages) dans l'agglomération de La Tuque est la troisième plus faible parmi les territoires de comparaison ; elle est inférieure de 28 408 $ à la moyenne des MRC éloignées de comparaison et de 287 954 $ à la moyenne québécoise.

TABLEAU 13

Indicateurs de revenu et de patrimoine, MRC éloignées de comparaison

	Revenu d'emploi médian 25-64 ans (2024p)	Revenu disponible par habitant·e (2024p)	Taux de faible revenu (2023)	Valeur imposable moyenne uniformisée des résidences unifamiliales (2026)
La Tuque	53 000 $	33 189 $	15,7	211 296 $
Témiscamingue	56 400 $	34 727 $	11,0	242 559 $
La Haute-Côte-Nord	52 000 $	35 946 $	9,0	164 159 $
Manicouagan	62 600 $	36 344 $	7,7	212 179 $
Sept-Rivières	68 900 $	41 279 $	7,8	291 736 $
Minganie	58 200 $	40 364 $	8,9	201 960 $
Moyenne, MRC de comparaison*	62 400 $	38 043 $	8,5	239 704 $
Ensemble du Québec	59 200 $	38 426 $	8,4	499 250 $

* Calculés à l'aide d'une moyenne pondérée par la population de chaque MRC en 2024.

p Correspond à des données provisoires qui seront révisées dans un futur proche.

SOURCES : ISQ, *Marché du travail dans les MRC*, décembre 2026, en ligne ; ISQ, *Revenu disponible par habitant, régions administratives et ensemble du Québec, 2002-2024*, 1er juin 2026, en ligne ; ISQ, *Mesure du faible revenu par région administrative et par MRC*, 27 octobre 2-25, en ligne ; ISQ, *Nombre d'unités d'évaluation et valeur imposable moyenne uniformisée par type d'immeuble résidentiel*, MRC, exercices financiers 1999 à 2026, 23 avril 2026, en ligne.

TABLEAU 14

Indices de défavorisation matérielle et sociale et de vitalité économique, MRC éloignées de comparaison, 2021

	Défavorisation sociale, quintile (2021)	Défavorisation matérielle, quintile (2021)	Indice de vitalité économique, quintile (2022)
La Tuque	2	5	5
Témiscamingue	3	4	4
La Haute-Côte-Nord	3	5	5
Manicouagan	3	3	4
Sept-Rivières	5	1	3
Minganie	1	5	4

SOURCES : INSPQ, *Indice de défavorisation matérielle et sociale compilé par le Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) à partir des données des recensements canadiens de 1991, 1996, 2001, 2006, 2011, 2016, 2021*, en ligne (26 juin 2026) ; CIUSSSMCQ, « Atlas des inégalités de santé et bien-être de la Mauricie et du Centre-du-Québec », en ligne (21 septembre 2026) : ; ISQ, *Indice de vitalité économique des municipalités et des MRC du Québec en 2022*, 26 février 2025, en ligne.

Les indicateurs présentés dans le tableau 13 montrent donc que l'agglomération de La Tuque se trouve dans une situation économique relativement précaire comparativement aux MRC éloignées de comparaison, dont plusieurs sont elles-mêmes défavorisées économiquement par rapport à l'ensemble du Québec. Notons aussi que le taux de faible revenu de La Tuque est parmi les plus élevés au Québec : seules les MRC du Haut-Saint-Laurent (Montérégie) et du Golfe-du-Saint-Laurent (Côte-Nord), le territoire d'Eeyou Istchee (Nord-du-Québec) ainsi que l'administration régionale Kativik (Nord-du-Québec) affichaient des taux de faible revenu plus élevés que La Tuque en 2023.

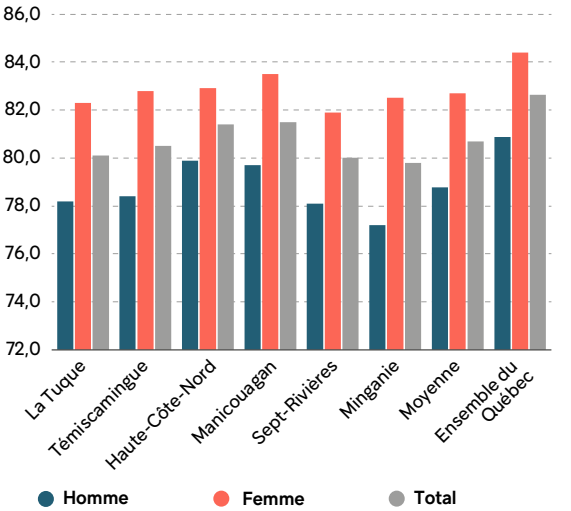
Cette défavorisation économique se reflète dans les indices de défavorisation matérielle et de vitalité économique de La Tuque, présentés au tableau 14. Comme nous l'avons vu au premier chapitre, La Tuque se situe dans le quintile de défavorisation matérielle le plus élevé et dans le quintile de vitalité économique le moins élevé. À l'instar du taux de faible revenu, seules cinq MRC et agglomérations du Québec possèdent des indices de défavorisation matérielle plus élevés que La Tuque en 2021 : Le Rocher-Percé (Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine), La Haute-Gaspésie (Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine), Le Golfe-du-Saint-Laurent (Côte-Nord), le territoire d'Eeyou Istchee (Nord-du-Québec) et l'administration régionale Kativik (Nord-du-Québec). Parallèlement, La Tuque se classe au neuvième rang au Québec parmi les MRC et agglomérations affichant les valeurs les plus faibles de l'indice de vitalité économique.

2.2 Comparaisons des données sanitaires

La défavorisation économique et matérielle ayant un impact négatif sur l'espérance de vie, le graphique 8 présente l'espérance de vie à la naissance à La Tuque et

GRAPHIQUE 8

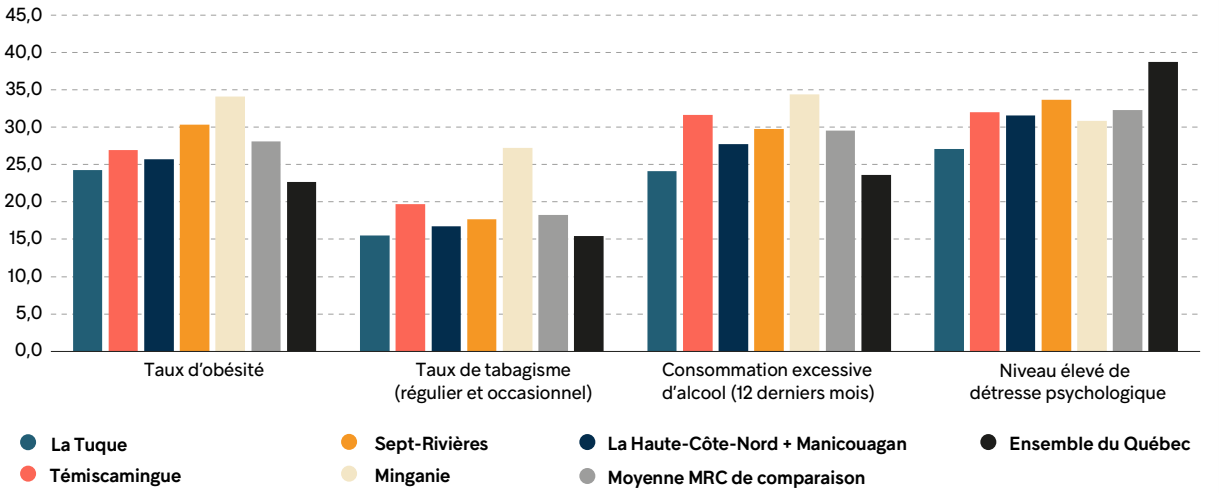
Espérance de vie à la naissance (années), MRC éloignées de comparaison, 2024



SOURCE : ISQ, *Espérance de vie à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Québec, 1975-1977 à 2025*, 16 juin 2026, en ligne.

GRAPHIQUE 9

Indicateurs de santé comportementale et psychologique, La Tuque et MRC éloignées de comparaison, 2020-2021



NOTE : Les valeurs pour la MRC de Sept-Rivières et la moyenne des MRC comparables ont été obtenues à partir d'une moyenne pondérée par la population de 2020.

SOURCE : ISQ, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2020-2021*, 2023, en ligne ; ISQ, *Estimations de la population des MRC (classées par régions administratives) selon l'âge et le genre, âge médian et âge moyen, Québec, 1er juillet 1996 à 2025*, 14 janvier 2026, en ligne.

dans les MRC éloignées de comparaison. Le graphique 8 montre que l'agglomération de La Tuque arrive au quatrième rang pour l'espérance de vie totale (80,1 ans), tout juste devant la MRC de Sept-Rivières (80 ans) et la MRC de la Minganie (79,8 ans). L'espérance de vie totale à La Tuque reste néanmoins inférieure à la moyenne des MRC éloignées de comparaison (80,7 ans), et nettement inférieure à la moyenne québécoise (82,6 ans). Notons aussi que, pour l'espérance de vie des femmes, habituellement plus élevée que celle des hommes, La Tuque arrive au cinquième rang (82,3 ans), tout juste devant la MRC de Sept-Rivières (81,9 ans).

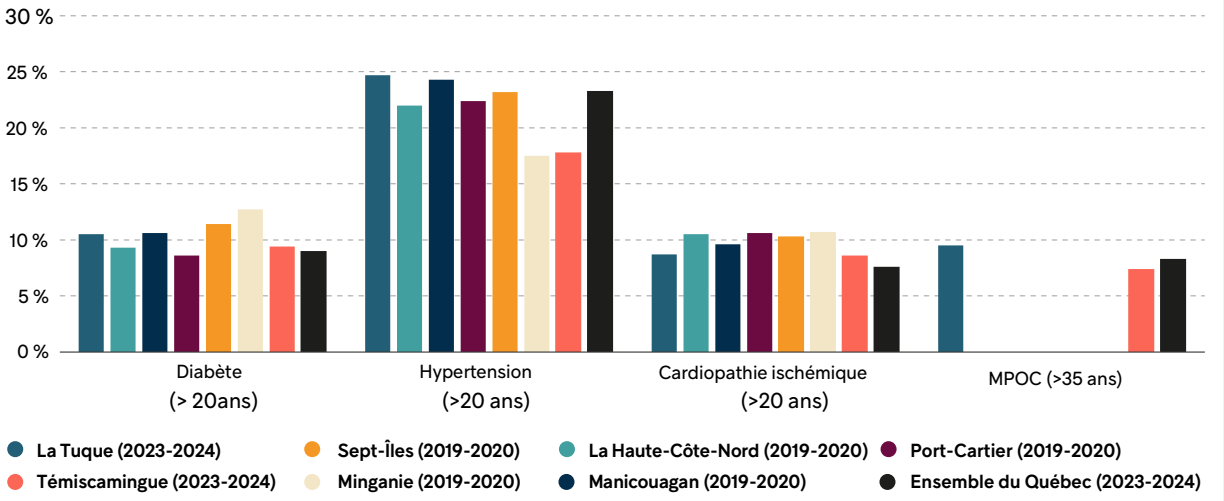
En raison de problèmes de disponibilité des données, il n'est pas possible de reproduire le tableau 4 présenté au chapitre 1, analysant les indicateurs de santé comportementale et psychologique, pour l'ensemble des MRC éloignées de comparaison. Le graphique 9 présente néanmoins quatre indicateurs : taux d'obésité, taux de tabagisme, consommation excessive d'alcool et niveau élevé de stress psychologique. On remarque que La Tuque présente une situation plus favorable que toutes les MRC éloignées de comparaison pour les quatre indicateurs de santé comportementale et psychologique sélectionnés. Trois des quatre indicateurs pour La Tuque sont légèrement plus élevés que la moyenne québécoise, mais les différences ne sont pas significatives sur le plan statistique. Cependant, la proportion de personnes vivant un niveau élevé de stress psychologique est considérablement plus basse à La Tuque que dans l'ensemble du Québec, ce qui n'est pas surprenant étant donné le niveau de favorisation sociale élevée des habitant·e·s de l'agglomération.

Bien que les indicateurs présentés dans le graphique 9 brossent un portrait favorable de l'état de santé de la population de La Tuque, ils ne reflètent pas directement l'état de santé physique dans l'agglomération. Pour ce faire, nous répétons l'exercice réalisé au premier chapitre et comparons la prévalence de quatre maladies chroniques courantes. En raison d'enjeux d'accès aux données, les prévalences ajustées pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) ne sont pas disponibles pour les MRC de la région de la Côte-Nord. On remarque toutefois que la prévalence ajustée de l'hypertension est plus élevée à La Tuque que dans toutes les MRC éloignées de comparaison, tandis que l'agglomération ne se démarque pas de manière significative pour les trois autres prévalences présentées. Rappelons toutefois que les taux de prévalence présentés au graphique 10 sont significativement plus élevés à La Tuque que dans l'ensemble du Québec.

En résumé, les derniers graphiques montrent bien que, malgré des habitudes de vie plus favorables à La Tuque

GRAPHIQUE 10

Prévalence ajustée de différentes maladies chroniques, agglomération de La Tuque et MRC éloignées de comparaison



SOURCES : CIUSSSMCQ, «Portrait de santé 2025 de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec», mars 2023, en ligne ; CISSSAB, «Indicateurs du portrait de santé – Tableau synthèse», juin 2026, en ligne ; SQCN, «Données sur l'état de santé», section II, en ligne (31 août 2026).

que dans les MRC éloignées de comparaison, il est difficile de savoir si l'état de santé global de la population de l'agglomération est meilleur que celui des populations des territoires comparés. En effet, la faible espérance de vie observée à La Tuque, combinée aux données sur les maladies chroniques, montre que l'état de santé des habitant·e·s de l'agglomération est moins bon que celui de la population québécoise. Il nous est toutefois impossible de dégager un constat clair par rapport à l'ensemble des MRC éloignées de comparaison.

2.3 Comparaisons de l'offre de services et du personnel de santé

Comme nous venons de le voir, le niveau de vie et de favorisation matérielle des habitant·e·s de La Tuque est généralement inférieur à celui observé dans les MRC éloignées de comparaison. Cela se reflète notamment dans une espérance de vie plus faible et une prévalence de maladies chroniques plus élevée à La Tuque que dans l'ensemble du Québec. Voyons maintenant comment l'agglomération de La Tuque se compare aux MRC similaires en matière d'accès aux services de santé. Nous terminons ces comparaisons interrégionales en cherchant à déterminer si l'agglomération de La Tuque peut être considérée comme étant en situation d'iniquité en matière de répartition des ressources publiques, c'est-à-dire de services et de personnel de santé, par rapport aux territoires de comparaison sélectionnés.

2.3.1 Services de première ligne et hospitaliers

Le tableau 15 présente la liste des installations de première ligne (CLSC, GMF et cliniques médicales ou d'IPS) réparties dans les MRC de comparaison. Nous avons vu au premier chapitre que l'agglomération de La Tuque est dotée d'un CLSC et d'un GMF dans sa ville-centre, en plus du CLSC de Parent isolé au nord-ouest dans le village du même nom, du Centre de santé Wemotaci et du Service de Santé Opitciwan. En divisant la population de l'agglomération par le nombre d'installations de première ligne, on obtient un ratio de 3 117 personnes par installation, ce qui place La Tuque au troisième rang parmi les territoires de comparaison. En effet, seules les MRC de Sept-Rivières et de Manicouagan présentent des ratios plus élevés, notamment en raison de la forte densité de population dans les villes de Sept-Îles et Baie-Comeau, respectivement.

Les ratios de population par installation de première ligne ne peuvent toutefois pas nous renseigner sur les services offerts et la prise en charge des patient·e·s. Pour analyser de tels phénomènes, nous présentons au tableau 16 les centres hospitaliers et les installations équivalentes ainsi que les principaux services

TABLEAU 15

CLSC, GMF et ratios populationnels dans les MRC éloignées de comparaison

	CLSC ou leur équivalent	GMF (installation d'affiliation)	Clinique médicale ou IPS	Habitant·e par installation de première ligne
La Tuque	CLSC du Haut-Saint-Maurice	GMF Haut-Saint-Maurice	Service de Santé Opitciwan	3 117
	CLSC de Parent	Centre de santé Wemotaci (GMF)		
Témiscamingue	CLSC de Témiscaming-Kipawa	GMF du Centre de santé Témiscaming	Clinique infirmière du Témiscamingue	1 474
	CLSC de Belleterre	Pavillon Sainte-Famille (GMF)		
	CLSC de Laforce			
	CLSC de Latulipe			
	CLSC de Rémigny			
	CLSC de Moffet			
	CLSC de Nédélec			
	CLSC de Notre-Dame-du-Nord			
Manicouagan	CLSC Lionel-Charest	GMF-U de Manicouagan	Centre de santé Pessamit	3 352
	CLSC de Franquelin	GMF de la Polyclinique Boréale	Clinique Os'céans	
	CLSC de Godbout			
	CLSC Corinne-Vallée-Therrien			
	CLSC Marie-Leblanc-Côté			
La Haute-Côte-Nord	CLSC de Tadoussac			2 512
	CLSC de Sacré-Cœur			
	CLSC de Forestville			
	CLSC des Escoumins			
Sept-Rivières	CLSC de Sept-Îles	GMF Vents et Marées	Clinique médicale Natakam	6 886
	CLSC de Port-Cartier	GMF Horizon Santé		
Minganie	CLSC de Longue-Pointe-de-Mingan	GMF de la Minganie		824
	CLSC de Baie-Johan-Beetz			
	CLSC Victor-Lachance			
	CLSC de Rivière-au-Tonnerre			
	CLSC de Rivière-Saint-Jean			
	CLSC de Port-Menier			
	CLSC de Natashquan			

SOURCES : MSSS, *Données sur l'accès aux services de première ligne*, tableau 3, 31 décembre 2024, en ligne ; SQMCQU, *Coordonnées des installations*, en ligne (17 juillet 2026) ; SQAB, *Installations de l'établissement*, en ligne (17 juillet 2026) ; SQCN, *Installations*, en ligne (17 juillet 2026) ; ISQ, *Estimations de la population des MRC (classées par régions administratives) selon l'âge et le genre, âge médian et âge moyen*, Québec, 1er juillet 1996 à 2025, 14 janvier 2026, en ligne.

hospitaliers offerts dans les territoires de comparaison. La liste des installations hospitalières dans chaque territoire provient des « Données sur l'accès aux services de première ligne » du MSSS[47]. Pour dresser une liste non exhaustive des huit principaux services hospitaliers offerts, nous nous sommes basés sur les ressources du MSSS, de l'Annuaire santé du Québec et de l'Association médicale canadienne[48]. Par la suite, nous avons recueilli les informations du Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSSS) du Gouvernement du Québec afin d'établir si chaque installation offre chaque service donné. Enfin, nous avons enfin effectué une revue journalistique afin de déterminer si chaque service en question a subi une ou des découvertures (réductions, interruptions ou fermetures temporaires), en l'occurrence en recueillant dans le moteur de recherche « Google Actualités » des références d'articles de nouvelles remontant au plus aux deux dernières années (depuis 2024). Nous avons choisi la période 2024 à 2026 afin de limiter l'influence possible de la pandémie de COVID-19 sur les interruptions et les fermetures de services observées.

Nous avons d'abord pris comme base l'offre d'un service d'urgence[a] ouvert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (« 24/7 »), et avons déterminé quelles unités d'urgence avaient subi des ruptures de service dans les deux dernières années. Le tableau 16 montre que les neuf installations comparées offrent des services d'urgence 24/7, mais que sept d'entre elles ont subi des réductions, des ruptures ou des fermetures temporaires de services d'urgence depuis 2024, incluant l'hôpital de La Tuque (rappelons que la fermeture temporaire du bloc opératoire de cet hôpital en 2024-2025 a conduit à une réduction de ses services d'urgence). Notons aussi que les deux seuls hôpitaux où l'urgence n'a pas subi de découverture récente sont situés dans deux secteurs considérés comme isolés par le MSSS.

Par ailleurs, seuls les CHSGS de Forestville (La Haute-Côte-Nord) et de Port-Cartier (Sept-Rivières) n'offrent pas d'hospitalisation de courte durée. L'absence de services d'hospitalisation de courte durée entraîne notamment le transfert de patient·e·s ayant besoin de soins aigus ou de surveillance continue ainsi qu'une pression accrue sur les hôpitaux recevant les patient·e·s transféré·e·s.

Sur les neuf installations comparées, seulement trois possèdent des services de traumatologie : en traumatologie primaire à l'hôpital de La Tuque et à l'hôpital Le Royer (Manicouagan) et en traumatologie secondaire à l'hôpital de Sept-Îles (Sept-Rivières)[b]. De plus, trois des neuf installations comparées disposent d'une unité de soins intensifs : l'une est située dans la MRC de Témiscamingue, alors que les deux autres se trouvent dans les MRC de Manicouagan et de Sept-Rivières. L'hôpital de La Tuque n'est pas doté d'une unité complète de soins intensifs, mais possède deux lits de soins intensifs intégrés à son urgence, ce qui exige des transferts de patients instables vers Shawinigan ou Trois-Rivières. De la même manière, le CMSSS de Ville-Marie n'est pas doté d'une unité de soins intensifs mais possède un lit de soins intensifs à même son service d'urgence, les patients instables étant transférés à Rouyn-Noranda.

Quant aux services chirurgicaux, cinq installations sur neuf offrent des chirurgies mineures[c], soit une dans la MRC de Témiscamingue, deux dans la MRC de La Haute-Côte-Nord, une dans la MRC de Minganie, et celle que l'on retrouve à l'hôpital de La Tuque. Toutefois, rappelons que le bloc opératoire de l'hôpital de La Tuque a subi une fermeture temporaire en 2024-2025, alors que nous n'avons recensé aucune rupture ou fermeture des services de chirurgie dans les territoires de comparaison. Autrement dit, chacune des MRC éloignées de comparaison peut compter sur au moins un bloc chirurgical qui n'est pas victime de découverture, ce qui n'est pas le cas à La Tuque.

On remarque au tableau 16 que les services d'obstétrique sont disponibles seulement au CMSSS du Haut-Saint-Maurice (La Tuque), au CMSSS de Ville-Marie (Témiscamingue), à l'hôpital Le Royer (Manicouagan) et au CMSSS de Sept-Îles (Sept-Rivières). Or, ces quatre unités d'obstétrique et le CMSSS de Port-Cartier ont subi (ou subissent encore, comme l'hôpital de La Tuque) des

a À noter qu'au Québec, les services hospitaliers d'urgence incluent des centres de stabilisation, qui sont classés de premier niveau en traumatologie. Les centres de stabilisation sont « situés en région éloignée et isolée, [assurant] des soins de stabilisation essentiellement respiratoire. La victime de traumatisme doit y demeurer moins de 10 minutes », MSSS, « Continuum de services en traumatologie : une chaîne interconnectée – Information pour les professionnels de la santé et des services sociaux », 25 juin 2026, en ligne.

b En traumatologie, les « installations primaires » sont « situées à plus de 30 minutes d'une installation de traumatologie secondaire ou tertiaire, elles offrent des services de chirurgie générale et d'anesthésie » et les « installations secondaires » « offrent des services de chirurgie générale, d'orthopédie, des soins intensifs polyvalents et des services de réadaptation précoce », MSSS, *op. cit.*

c « La chirurgie mineure est une intervention chirurgicale qui peut être effectuée rapidement, généralement sous anesthésie locale seulement et sans aide respiratoire », *Réseau de santé Horizon*, Gouvernement du Nouveau-Brunswick, en ligne (20 juillet 2026).

TABLEAU 16

Centres hospitaliers et principaux services offerts dans les MRC éloignées de comparaison

	Centres hospitaliers ou équivalent	Services hospitaliers offerts								Taux de services sans découverture
		Urgence 24/7	Hospit. courte durée	Traumat.	Soins intensifs	Chirurgies	Obstétrique	Serv. méd. spécial.	Psychiatrie	
La Tuque	CMSSS du Haut-Saint-Maurice	≈	☑	Primaire	☒	≈ Mineures	≈	☒	☑	50,0 %
Témiscamingue	CMSSS de Ville-Marie	☑	☑	☒	☑	Mineures	≈	☒	☑	83,3 %
	CMSSS de Témiscaming-Kipawa	≈	☑	☒	☒	☒	☒	☒	☒	50,0 %
La Haute-Côte-Nord	CHSGS de Forestville	≈	☒	☒	☒	Mineures	☒	☒	☒	50,0 %
	CMSSS des Escoumins	≈	☑	☒	☒	Mineures	☒	☒	☒	66,6 %
Manicouagan	Hôpital Le Royer	≈	☑	Primaire	☑	Générales + spécialisées	≈	☑	☑	75,0 %
Sept-Rivières	CMSSS de Sept-Îles	≈	☑	Secondaire	☑	Générales + spécialisées	≈	☑	☑	75,0 %
	CMSSS de Port-Cartier	≈	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	0 %
Minganie	CMSSS de la Minganie	☑	☑	☒	☒	Mineures	☒	☒	☒	100 %

LÉGENDE

☑ : service offert
☒ : service qui n'est pas offert
≈ : service ayant subi ou subissant une découverture depuis 2024

NOTE : Les services diagnostiques de base (prélèvements, radiographie, échographie) ne sont pas présentés dans le tableau 16 parce qu'ils se retrouvent dans l'ensemble des installations comparées.

SOURCES : RRSSS, CMSSS du Haut-Saint-Maurice, 26 août 2024, en ligne ; RRSSS, CMSSS de Ville-Marie, 13 mars 2026, en ligne ; RRSSS, CMSSS de Témicaming-Kipawa, 18 novembre 2024, en ligne ; RRSSS, CHSGS de Forestville, 27 mai 2026, en ligne ; RRSSS, CMSSS des Escoumins, 27 mai 2026, en ligne ; RRSSS, Hôpital Le Royer, 27 mai 2026, en ligne ; RRSSS, CMSSS de Sept-Îles, 8 juin 2026, en ligne ; RRSSS, CMSSS de Port-Cartier, 17 septembre 2026, en ligne ; RRSSS, CMSSS de la Minganie, 12 septembre 2025, en ligne.

interruptions de service depuis 2024, ce qui force les déplacements de plusieurs femmes enceintes sur des centaines de kilomètres. Ce problème est particulièrement criant sur la Côte-Nord où une pénurie de gynécologues sévit depuis deux années déjà, et où il n'y a présentement aucune sage-femme à l'emploi du réseau de la santé.

Par « services médicaux spécialisés », nous faisons référence aux services spécialisés qui ne sont pas inclus dans les sept autres catégories de services retenues (par exemple : cardiologie, oncologie, pneumologie, néphrologie, etc.). Sept des neuf installations hospitalières ne possèdent pas de services médicaux spécialisés. Des services spécialisés sont seulement offerts au CMSSS de Forestville (La Haute-Côte-Nord), à l'hôpital Le Royer (Manicouagan) et à l'hôpital de Sept-Îles (Sept-Rivières). L'hôpital de La Tuque ne possède pas de départements de spécialités médicales, mais deux médecins internistes y sont en poste.

Bien que les installations comparées offrent toutes des services en santé mentale et en soutien psychosocial, seulement quatre sur neuf offrent des soins psychiatriques spécialisés, soit l'hôpital de La Tuque, l'hôpital Le Royer (Manicouagan) et les hôpitaux de Sept-Îles et de Port-Cartier (Sept-Rivières). L'hôpital de La Tuque n'offre toutefois pas de services de pédopsychiatrie, contrairement aux hôpitaux Le Royer et de Sept-Îles.

Le tableau 16 présente aussi, pour chaque installation, le taux de services offerts n'ayant pas subi de découverture au cours des deux dernières années. Par exemple, le CMSSS de la Minganie fait bonne figure avec quatre services sur les quatre offerts qui n'ont pas subi de découverture lors des deux dernières années. On remarque que deux des cinq installations qui ont un score de 75 % et plus sont situées dans des secteurs isolés reconnus par le MSSS, soit les CMSSS de Ville-Marie (Témiscamingue) et de la Minganie (Minganie). Autrement dit, la distance par rapport aux centres urbains ne permet pas de déterminer *a priori* le risque de découverture dans une installation en particulier. Finalement, l'hôpital de La Tuque obtient un score de 50 %, avec trois services à risque de découverture sur six offerts. Un tel score place l'installation dans une triple égalité à l'avant-dernier rang, devant le CMSSS de Port-Cartier (Sept-Rivières).

2.3.2 Effectifs médicaux et infirmiers

Le tableau 17 présente les ratios de médecins omnipraticien·ne·s par millier d'habitant·e·s à La Tuque et dans les MRC éloignées de comparaison en 2024-2025. Comme l'ensemble des territoires éloignés comparés ont des superficies semblables à celle de La Tuque, il n'est pas pertinent ici, contrairement à ce qui a été fait au premier chapitre, d'utiliser un ratio par 100 000 habitant·e·s par km. Le ratio de médecin de famille par millier d'habitant·e·s de l'agglomération de La Tuque (1,3) est inférieur de 0,57 à la moyenne des MRC éloignées de comparaison. La Tuque affiche donc le plus faible ratio de médecin de famille par millier d'habitant·e·s parmi les territoires éloignés, la MRC de Sept-Rivières la suivant de près (1,45). Nous observons cependant que La Tuque et l'ensemble des MRC éloignées de comparaison s'inscrivent au-dessus du ratio de médecin de famille par millier d'habitant·e·s de l'ensemble du Québec, reflet probable des mesures d'attraction et de rétention dans les régions éloignées inscrites dans les ententes de rémunération médicale[49].

Concernant les médecins spécialistes, La Tuque se situe à l'avant-dernier rang avec 0,58 médecin spécialiste par millier d'habitant·e·s, tout juste devant la MRC de Témiscamingue (0,37). Notons de plus que tous les ratios de médecins spécialistes présentés au tableau 17 sont inférieurs à la moyenne québécoise, à l'exception de la MRC de Sept-Rivières. Cela s'explique par la présence du CMSSS de Sept-Îles, où l'on trouve une offre plus importante de services spécialisés que dans les autres MRC comparées (voir tableau 16). Une offre similaire de services est aussi disponible à l'hôpital Le Royer (Manicouagan), ce qui explique le ratio relativement élevé de médecins spécialistes dans la MRC de La Haute-Côte-Nord et de Manicouagan.

La situation à l'hôpital de La Tuque ressemble particulièrement à celle de l'hôpital de Ville-Marie (Témiscamingue). Alors qu'on recense neuf médecins spécialistes à l'hôpital de La Tuque, l'hôpital de Ville-Marie en compte seulement six. Malgré cela, le tableau 16 montre qu'il y a généralement moins de découvertures de services à l'hôpital de Ville-Marie qu'à celui de La Tuque. Ces deux hôpitaux sont aussi très semblables sur le plan géographique : Ville-Marie est située à environ 130 km (1 h 30 de route) de Rouyn-Noranda, où sont concentrés les services spécialisés en Abitibi-Témiscamingue, alors que le centre-ville de La Tuque est à 134 km (1 h 40 de route) de l'hôpital du Centre-de-la-Mauricie de Shawinigan et à 163 km (2 h de route) du CHAUR de Trois-Rivières, lesquels agissent comme pôles d'attraction du personnel de santé spécialisé en Mauricie.

Enfin, le tableau 17 présente les ratios de patient·e·s en attente au GAMF au 31 janvier 2025 par millier d'habitant·e·s dans les territoires comparés. Rappelons que cet indicateur permet de mesurer indirectement la capacité de prise en charge médicale des patient·e·s sur un territoire donné. Le ratio de La Tuque est pratiquement

TABLEAU 17

Médecins omnipraticien·ne·s, spécialistes et patient·e·s en attente au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) par millier d'habitant·e·s par MRC de comparaison, 2024-2025

	Médecins omnipraticien·ne·s	Médecins spécialistes*	Patient·e·s en attente au GAMF**
	Ratio par 1 000 hab.	Ratio par 1 000 hab.	Ratio par 1 000 hab.
La Tuque	1,30	0,58	81,5
Témiscamingue	2,20	0,37	35,2
La Haute-Côte-Nord + Manicouagan	2,06	1,12	47,5
Sept-Rivières	1,45	1,42	100,6
Minganie	2,13	N. D.	142,0
Moyenne MRC comp. (sans Minganie)	1,87	1,10	81,4
Ensemble du Québec	1,09	1,30	72,4

***** Données pour l'ensemble du Québec au 31 décembre (CMQ, 2025). Les données par RLS excluent les médecins qui ont une pratique principale dans un autre établissement. Voir Annexe B.

SOURCES : RAMQ, demande d'accès à l'information, nº DAI-2026-03472, 2 juin 2026, *Nombre de médecins omnipraticiens du Québec selon la région où il a reçu le plus de rémunération pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2026* ; CIUSSSMCQ, demande d'accès à l'information, nº AI-2386, 4 juin 2026, *Nombre de médecins spécialistes par spécialité et par RLS au 31 mars 2026 et au 31 mars 2026* ; RAMQ, demande d'accès à l'information, nº DAI-2026-03472, 2 juin 2026, *Nombre de médecins spécialistes du Québec selon la région où il a reçu le plus de rémunération pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2026* ; CMQ, Statistiques sur les effectifs médicaux au Québec en date du 31 décembre 2024, en ligne ; Commission de la santé et des services sociaux, *L'étude des crédits 2025-2026*, vol. 1, MSSS-3RP-37, en ligne ; ISQ, MSSS, *Estimations et projections de la population par territoire sociosanitaire*, nº EstimProjComp-ISQ, 29 août 2025, en ligne, calculs des auteurs.

égal à la moyenne de l'ensemble des MRC éloignées comparées et se situe à l'avant-avant-dernier rang parmi les territoires de comparaison. Autrement dit, l'agglomération de La Tuque ne se distingue pas clairement des autres territoires de comparaison à cet égard. Toutefois, le ratio de patient·e·s en attente au GAMF de l'agglomération de La Tuque ainsi que la moyenne des ratios des MRC éloignées de comparaison restent supérieurs à la moyenne de l'ensemble du Québec.

Le tableau 18 présente les ratios populationnels d'infirmières, d'infirmiers et d'IPS par MRC éloignées de comparaison au 31 mars 2025. On remarque d'abord que la MRC de Minganie, le territoire avec l'indice d'éloignement le plus élevé (0,57), affiche le ratio le plus élevé d'infirmières et d'infirmiers par millier d'habitant·e·s (10,25), reflet probable des primes d'éloignement offertes à cette catégorie de personnel. La MRC de Sept-Rivières affiche le ratio le plus faible (5,47) en raison de la présence de la ville de Sept-Îles, ville la plus populeuse de la région de la Côte-Nord. Quant à l'agglomération de La Tuque, son ratio d'infirmières et d'infirmiers par millier d'habitant·e·s (6,16) affiche un léger retard de 0,18 par rapport à la moyenne des MRC éloignées de comparaison. Surtout, chacun de ces cinq territoires de comparaison affiche un retard par rapport à l'ensemble du Québec, ces territoires éloignés se trouvant donc en situation d'iniquité d'accès au personnel infirmier.

Le ratio d'IPS par millier d'habitant·e·s offre un portrait similaire : le ratio de trois des quatre MRC éloignées de comparaison se situe sous celui de l'ensemble du Québec, alors que le ratio de l'agglomération de La Tuque est identique à celui du Québec. Mentionnons que les nombres absolus d'IPS au 31 mars 2025 étaient de deux ou trois IPS par territoires comparés, ce qui est très peu pour des territoires si étendus.

Le tableau 19 présente les taux de visites de priorités « P4 » et « P5 » par rapport à l'ensemble des visites aux urgences dans les hôpitaux et les installations offrant des soins d'urgence dans les territoires éloignés de comparaison. On voit d'emblée que le taux de l'hôpital de La Tuque est inférieur de 8,0 points de pourcentage à la moyenne des installations comparées, ce qui peut

TABLEAU 18

Ratios populationnels du nombre d'infirmières, d'infirmiers et d'IPS par territoires de comparaison, au 31 mars 2025

	Infirmières	IPS
	Ratio par 1 000 hab.	Ratio par 1 000 hab.
La Tuque	6,16	0,19
Témiscamingue	5,64	0,00
La Haute-Côte-Nord + Manicouagan	6,73	0,05
Sept-Rivières	5,47	0,06
Minganie	10,25	0,31
Moyenne, MRC de comparaison	6,34	0,06
Ensemble du Québec	9,22	0,19

NOTE : Données du RLS du Haut-Saint-Maurice (agglomération de La Tuque) et par MRC pour les autres territoires. Pour le RLS du Haut-Saint-Maurice, les données sur les IPS correspondent à l'année 2025 (et non au 31 mars 2025). Pour les données sur l'ensemble du Québec, « infirmières » comprend les infirmières cliniciennes, techniques, auxiliaires et candidates, et « IPS » comprend les IPS en exercice et candidates (Santé Québec, 12 juin 2026).

SOURCES : SQMCQU, demande d'accès à l'information, nº AI-2421, 14 juillet 2026, tableaux sans titres, IPS par spécialités de 2020 à 2025 inclusivement ; CISSSCN, demande d'accès à l'information, nº AI-7-0022, 3 juin 2026, « Nombre infirmière au 31 mars », « Nombre infirmière praticienne spécialisée au 31 mars » ; ISQ, *Estimations de la population des MRC (classées par régions administratives) selon l'âge et le genre, âge médian et âge moyen*, Québec, 1er juillet 1996 à 2025, 14 janvier 2026, en ligne ; ISQ, MSSS, *Estimations et projections de la population par territoire sociosanitaire*, nº EstimProjComp-ISQ, 29 août 2025, en ligne.

TABLEAU 19

Taux de visites dont la priorité est de niveau 4 (P4) et 5 (P5) par rapport à l'ensemble des visites au service des urgences du 1er avril 2024 au 31 mars 2025, MRC de comparaison

	Installations	Proportion de visites P4 et P5 (%)
La Tuque	CMSSS du Haut-Saint-Maurice	65,7
Témiscamingue	CMSSS de Ville-Marie	70,3
	CMSSS de Témisca-ming-Kipawa	80,8
La Haute-Côte-Nord	CMSSS de Forestville	81,5
	CMSSS des Escoumins	79,8
Manicouagan	Hôpital Le Royer	60,3
Sept-Rivières	CMSSS de Sept-Îles	60,4
	CSSS de Port-Cartier	79,2
Minganie	CMSSS de la Minganie	77,2
Moyenne, installations de comparaison		73,7
Ensemble du Québec		57,8

SOURCE : MSSS, Données sur l'accès aux services de première ligne, tableau 4, 30 juin 2025, en ligne.

indiquer indirectement un meilleur accès aux services de première ligne dans l'agglomération, du moins pour les patient·e·s à proximité du centre hospitalier, situé au centre-ville.

On constate de plus que la moyenne des installations de comparaison est plus élevée de 15,9 points de pourcentage que la moyenne de l'ensemble du Québec et, donc, que les patient·e·s des territoires éloignés de comparaison ont tendance à se rendre à l'urgence pour des problèmes moins urgents ou non urgents. Il est possible de conclure que l'accès aux services de première ligne en CLSC et en GMF est plus restreint dans les cinq territoires éloignés comparés que dans l'ensemble du Québec. Ces problèmes d'accès aux services de première ligne deviennent encore plus importants dans le contexte où sept des neuf installations comparées ont subi des découvertures de services d'urgence depuis 2024 (voir tableau 16).

Le tableau 20 présente les délais moyens de prise en charge en urgence hospitalière dans les territoires éloignés de comparaison du 1er avril 2024 au 8 février 2025. Le délai moyen à l'urgence de l'hôpital de La Tuque était inférieur de 24 minutes à celui des installations comparées et de 12 minutes à celui de l'ensemble du Québec, alors que le taux de départs sans prise en charge médicale (DSPECM) y était sous les moyennes de comparaison. Les dépassements les plus importants par rapport aux moyennes des installations comparées et de l'ensemble du Québec sont survenus à l'hôpital de Sept-Îles (+ 1 h 32 et + 1 h 44), et à l'hôpital Le Royer de Baie-Comeau

TABLEAU 20

Délais moyens de prise en charge médicale et taux de départs sans prise en charge médicale (DSPECM) en urgence hospitalière dans les territoires comparés du 1er avril 2024 au 8 février 2025

	Installation	Délais moy. (h)	DSPECM
La Tuque	CMSSS du Haut-Saint-Maurice	2 h 47	8,3
Témiscamingue	CMSSS de Ville-Marie	2 h 49	10,1
	CMSSS de Témiscaming-Kipawa	0 h 55	4,7
La Haute-Côte-Nord	CMSSS de Forestville	2 h 14	16,9
	CMSSS des Escoumins	1 h 54	12,6
Manicouagan	Hôpital Le Royer	3 h 50	13,3
Sept-Rivières	CMSSS de Sept-Îles	4 h 43	20,1
	CSSS de Port-Cartier	3 h 16	16,1
Minganie	CMSSS de la Minganie	2 h 42	28,4
Ensemble des installations de comparaison		3 h 11	16,1
Ensemble du Québec		2 h 59	11,7

NOTE : Le temps d'attente en heures représente le délai entre la fin du premier triage et la prise en charge par un·e médecin (moyennes et différences calculées par les auteurs). Les départs sans prise en charge médicale (DSPECM) font référence aux patient·e·s ayant quitté les urgences sans avoir vu un·e médecin (pourcentages des départs sans prise en charge médicale calculés par les auteurs).

SOURCE : COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'étude des crédits 2025-2026*, vol. 1, MSSS-1RP-215 et MSSS-1RP-216, 6 mai 2025, en ligne.

(+ 39 min et + 51 min), les deux plus importants centres hospitaliers des territoires éloignés de comparaison.

Alors que le délai moyen de prise en charge médicale aux urgences des installations comparées était inférieur de 23 minutes à la moyenne québécoise, le taux de DSPECM était supérieur de 3,2 points de pourcentage à la moyenne québécoise. Les patient·e·s des territoires éloignés sélectionnés quittent donc en moyenne davantage l'urgence sans avoir vu un·e médecin que dans le reste du Québec.

De plus, sept des neuf installations hospitalières comparées (incluant l'hôpital de La Tuque) dépassaient la cible annuelle de 2024-2025 pour les délais moyens à l'urgence, établie à 125 minutes (ou 2 heures et 5 minutes) par le MSSS dans son *Plan stratégique 2023-2027*[50]. Enfin, sept des neuf installations de comparaison dépassaient le seuil de mise en place de mesures de réorientation des patient·e·s, établi à 10 % de départs sans prise en charge médicale par le MSSS en 2021[51] (l'hôpital de La Tuque affichant un taux de 8,3 %).

2.4 Conclusions partielles : comparaisons interrégionales de territoires éloignés

En résumé, sur le plan socioéconomique, l'agglomération de La Tuque s'inscrit parmi les MRC éloignées de comparaison les plus défavorisées selon deux des indicateurs de revenus et de patrimoine analysés, affichant notamment le plus haut taux de ménages à faible revenu. Elle figure parmi les territoires éloignés comparés les plus défavorisés matériellement, s'inscrivant dans le cinquième quintile de l'indice de défavorisation matérielle.

Alors que l'espérance de vie dans l'agglomération de La Tuque est légèrement inférieure à la moyenne des territoires éloignés comparés, l'espérance de vie moyenne dans les territoires de comparaison est inférieure d'environ deux années à celle de l'ensemble du Québec. De plus, la prévalence de certaines maladies chroniques est plus élevée à La Tuque que dans la MRC de Témiscamingue et que dans l'ensemble du Québec. Ces constats

contrastent avec des indicateurs de santé comportementale et psychologique généralement meilleurs à La Tuque que dans les MRC éloignées de comparaison.

La Tuque est par ailleurs en situation d'iniquité en matière d'accès aux services hospitaliers, le bloc opératoire de l'hôpital de La Tuque étant la seule installation comparée à avoir subi une découverture depuis 2024. Quatre des neuf installations de comparaison disposent de services d'obstétrique, mais elles sont toutes les quatre aux prises avec des problèmes de découverture, notamment à l'hôpital de La Tuque, où le service d'accouchement est fermé depuis le 12 mars 2026 et l'est toujours au moment d'écrire ces lignes.

Notons enfin que l'agglomération de La Tuque se classe en dernière position pour son ratio de médecins de famille, en avant-dernière position pour son ratio de médecins spécialistes et en avant-avant-dernière position pour son ratio d'infirmières et d'infirmiers parmi les MRC de comparaison. Qui plus est, les ratios de médecins spécialistes et d'infirmières et d'infirmiers à La Tuque se retrouvent tous deux sous la moyenne québécoise, ce qui peut expliquer le pourcentage relativement élevé de services à risque de découverture à l'hôpital de La Tuque.

CHAPITRE 3

CHAPITRE 3
CHAPITRE 3
CHAPITRE 3
CHAPITRE 3
CHAPITRE 3
CHAPITRE 3
CHAPITRE 3
CHAPITRE 3
CHAPITRE 3
CHAPITRE 3

CHAPITRE 3

Conclusion

Ce portrait des inégalités d'accès aux services de santé dans l'agglomération de La Tuque comporte au moins quatre limites. Premièrement, nous n'avons pas traité des enjeux de saisonnalité et d'afflux de populations liés à la présence de résidences secondaires, au tourisme, et à la pratique de la chasse et de la pêche entraînant des variations annuelles de population sur les territoires des régions éloignées. La saisonnalité des variations de population peut évidemment induire une pression accrue sur l'accessibilité des services de santé dans un territoire donné.

Deuxièmement, les différences dans l'offre de services de santé et l'accès à ceux-ci, ainsi que les situations de réduction, de rupture et de fermeture de services ne dépendent pas seulement des effectifs présents sur un territoire, mais également de l'administration des services en question, ce qui n'a pas été analysé dans cette étude. Troisièmement, les portraits des effectifs n'ont pas inclus l'ensemble des catégories de personnel, par exemple le personnel professionnel non médical et non infirmier ainsi que le personnel technique, le personnel en services sociaux et psychosociaux, et le personnel administratif et logistique. Enfin, nous n'avons pas été en mesure d'analyser la question des transferts de patient·e·s et des corridors de services rendus nécessaires par l'absence d'un service donné dans une installation ou par des découvertures de services. Les fermetures de services sur le territoire de l'agglomération de La Tuque sont relativement fréquentes et peuvent entraîner des situations dangereuses pour les patient·e·s[52].

Malgré ces limites, nous sommes en mesure de confirmer l'hypothèse de départ voulant que La Tuque partage plusieurs caractéristiques propres aux régions éloignées, mais que ses caractéristiques peinent à être identifiées et reconnues dans l'offre de soins de santé sur le territoire de l'agglomération. Cette situation est d'autant plus préoccupante que la faible espérance de vie observée à La Tuque, combinée aux données sur les maladies chroniques, montre que l'état de santé de la population de l'agglomération est moins bon que celui de la population québécoise. Il nous est toutefois impossible de dégager un constat clair par rapport à l'ensemble des MRC éloignées de comparaison.

Nous avons vu dans le premier chapitre que le faible nombre de cliniques de première ligne sur le vaste territoire de l'agglomération de La Tuque, en particulier de CLSC offrant des services de prévention, donne à craindre que les réalités géographiques, démographiques et sociosanitaires propres à ce vaste territoire à ce vaste territoire ne soient pas suffisamment pris en compte dans l'organisation des services dans la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec. En matière de répartition des ressources, les données analysées permettent de conclure à la nécessité d'un rattrapage du nombre d'infirmières et d'infirmiers et, en particulier, du nombre d'IPS dans l'agglomération de La Tuque par rapport au reste de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Le deuxième chapitre présentait des comparaisons interrégionales entre l'agglomération de La Tuque et des MRC éloignées comparables. L'agglomération de La Tuque présente un profil socioéconomique parmi les plus défavorisés des territoires éloignés comparés. Elle se distingue par le plus faible revenu disponible par habitant·e, se classe au deuxième rang des territoires éloignés comparés pour le taux de ménages à faible revenu et présente un niveau maximal de l'indice de défavorisation matérielle. Bien que l'agglomération de La Tuque affiche des indicateurs de santé comportementale et psychologique relativement favorables par rapport aux MRC éloignées comparées, l'espérance de vie à La Tuque est légèrement inférieure à la moyenne des territoires éloignés comparés. Il importe cependant de noter que l'ensemble des territoires éloignés étudiés, y compris La Tuque, affiche des indicateurs d'état de santé de la population moins favorables que ceux à l'échelle du Québec.

Des iniquités importantes sont observées en matière d'accès aux services hospitaliers et au personnel de santé dans l'agglomération de La Tuque par rapport aux territoires éloignés de comparaison. L'hôpital de La Tuque offre une gamme de services plus limitée que certains territoires éloignés comparables et a subi, depuis 2024, des fermetures temporaires de son bloc opératoire et de

son service d'accouchement ainsi que la fermeture définitive de son unité de courte durée gériatrique et unité de réadaptation fonctionnelle intensive. Plus largement, huit des neuf installations hospitalières comparées ont connu des réductions, des ruptures ou des fermetures temporaires de services hospitaliers depuis 2024, l'hôpital de La Tuque étant l'un des territoires les plus touchés par des découvertures de services au cours de cette période.

L'accès au personnel de santé est également précaire dans l'agglomération de La Tuque, qui présente le plus faible ratio de médecin de famille par millier d'habitant·e·s parmi les territoires comparés. La Tuque accuse également un retard quant au ratio d'infirmières et d'infirmiers par millier d'habitant·e·s. Notons cependant que c'est aussi le cas dans les autres MRC éloignées étudiées, ce qui confirme des iniquités persistantes dans la répartition du personnel de santé sur le territoire éloignés du Québec.

L'accès aux services de première ligne et aux urgences demeure inéquitable à l'échelle des territoires éloignés comparés. L'agglomération de La Tuque se situe très près de la moyenne des autres territoires éloignés de comparaison quant aux ratios de patient·e·s en attente au GAMF, mais cette moyenne est supérieure à celle de l'ensemble du Québec. Le service d'urgence de l'hôpital de La Tuque affiche un taux de consultations moins urgentes et non urgentes inférieur à la moyenne des MRC éloignées de comparaison, ce qui suggère un meilleur accès aux CLSC et aux GMF dans l'agglomération. Toutefois, les indicateurs analysés signalent que les patient·e·s de tous les territoires éloignés comparés recourent probablement davantage aux urgences pour des cas mineurs que ne le font les patient·e·s dans l'ensemble du Québec.

Le délai moyen de prise en charge à l'hôpital de La Tuque ainsi que le taux de départs sans prise en charge médicale se situent tous deux sous la moyenne des territoires éloignés de comparaison et sous la moyenne québécoise, ce qui témoigne d'une prise en charge relativement rapide des patients à l'hôpital de La Tuque. Cependant, de tels indicateurs ne prennent pas en compte les délais de transfert de patients vers Shawinigan, Trois-Rivières et Québec qui surviennent lorsqu'il y a découverture de service ou qu'un service n'est pas offert à La Tuque.

Au-delà des comparaisons interrégionales, les indicateurs socioéconomiques et d'état de santé des populations analysés dans cette étude montrent le besoin d'améliorer l'accessibilité des services de santé de première ligne, en particulier les services de proximité axés sur la prévention, pour répondre aux importants besoins sociosanitaires des populations de ces territoires éloignés, qui se distinguent de ceux du reste du Québec. Le cas de l'agglomération de La Tuque est ici exemplaire : à l'extérieur de la ville-centre de La Tuque où sont situés un CLSC et un GMF, l'agglomération est dotée d'un seul autre GMF et d'un seul autre CLSC, le premier étant situé dans la communauté autochtone de Wemotaci, à 115 km de route forestière de l'hôpital de La Tuque, et le second, dans le village de Parent, à 192 km de route forestière de l'hôpital de La Tuque. Notons toutefois que les deux centres de santé attikameks présents sur le territoire de l'agglomération, soit le Centre de santé Wemotaci et Service de Santé Opitciwan, se concentrent sur l'offre de services de santé à leurs communautés respectives.

Les épisodes de découverture de services recensés depuis 2024 dans huit des neuf installations hospitalières comparées sont généralement attribués, du moins dans les articles journalistiques qui les rapportent, au manque de personnel de santé et, en particulier, de personnel infirmier. À ce sujet, nos résultats montrent que certaines MRC éloignées, notamment celle de Minganie, disposent d'un nombre raisonnable d'infirmières et d'infirmiers par habitant·e, ce qui semble limiter les épisodes de découverture au CMSSS de la Minganie. Rappelons que les deux seuls hôpitaux, parmi les installations de comparaison, où l'urgence n'a pas subi de découverture récente sont le CMSSS de la Minganie et le CMSSS de Ville-Marie dans la MRC de Témiscamingue. Ces deux installations sont considérées comme secteurs isolés par le MSSS et dans les ententes de rémunération médicale et les conventions collectives.

Dans le contexte des problèmes de manque de personnel de santé, la population du Québec se bute de plus en plus fréquemment à des ruptures et à des fermetures de service dans le réseau public de santé et de services sociaux, notamment dans les régions et les territoires éloignés. Notre étude montre que ces difficultés d'accès sont aussi monnaie courante dans un territoire comme La Tuque, notamment en raison de difficultés d'attraction et de rétention du personnel infirmier et des médecins spécialistes. Force est de constater que les récentes réformes du réseau de la santé du Québec n'ont pas réussi à résorber les graves manques de personnel de santé, au détriment de l'accessibilité des services publics de santé pour la population.

Recommandations

1. Étudier les inégalités d'accès ainsi que la qualité et la sécurité des services de santé pour les communautés autochtones des régions de la Mauricie, de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord, en particulier dans l'agglomération de La Tuque et les MRC de Minganie et du Golfe-du-Saint-Laurent.
2. Effectuer une étude approfondie des caractéristiques sociodémographiques des personnes quittant l'urgence sans prise en charge médicale à l'hôpital de La Tuque ainsi que dans les installations hospitalières des MRC de Témiscamingue, de La Haute-Côte-Nord, de Manicouagan, de Minganie et du Golfe-du-Saint-Laurent.
3. Bonifier l'offre de soins de santé et de services préventifs de proximité en octroyant des ressources humaines et financières supplémentaires aux CLSC de l'agglomération de La Tuque et en augmentant le nombre de CLSC sur le territoire.
4. Améliorer l'accessibilité des services de première ligne en augmentant le nombre d'IPS et en créant des cliniques publiques d'IPS en CLSC dans l'agglomération de La Tuque.
5. Faire des RLS des lieux de concertation intersectorielle et leur donner des pouvoirs de gestion de proximité en matière de planification des besoins en personnel et d'organisation des services de santé.
6. Mettre en place une structure de participation intersectorielle à la planification de la répartition interrégionale du personnel de santé au Québec afin de planifier à court, moyen et long terme, pour chaque catégorie de personnel, les besoins de l'ensemble des régions et territoires.
7. Établir un processus public et transparent au sein du MSSS consacré à l'élaboration et à la révision quinquennale des critères de délimitation des secteurs de territoires isolés afin de produire un cadre de référence officiel pour la négociation des primes d'éloignement dans le cadre des ententes de rémunération et des conventions collectives entre le gouvernement du Québec et les organisations représentant les différentes catégories de personnel de santé.

Annexe A
Méthode de sélection des MRC éloignées de comparaison

Afin de déterminer quelles MRC éloignées sont les plus semblables et, donc, comparables à l'agglomération de La Tuque, nous utilisons une méthode basée sur la distance totale standardisée entre La Tuque et toutes les autres MRC/agglomérations du Québec. Cette méthode simple implique deux choses. Premièrement, nous devons sélectionner des variables qui serviront à calculer une « distance » entre La Tuque et toutes les autres MRC/agglomérations du Québec. Idéalement, ces variables ne doivent pas être influencées directement ou indirectement par l'offre de soins médicaux sur chaque territoire considéré afin de limiter les problèmes de causalité-inverse dans la sélection des comparateurs.

Par exemple, la structure d'âge (p. ex., proportion des 65 ans et plus) pourrait être considérée comme une variable importante dans la sélection des MRC comparables. Toutefois, la structure d'âge d'une population dépend de son taux de mortalité et de son taux de fécondité, taux qui dépendent eux-mêmes de l'accès de la population à des soins de santé de qualité sur l'ensemble du territoire. Par conséquent, on risque d'observer que les populations présentant une structure d'âge similaire entre elles ont également un accès similaire aux soins de santé. L'application d'une telle logique à d'autres variables qui sont influencées par l'accès aux soins de santé risque donc de rendre l'exercice de comparaison complètement futile.

C'est pour cette raison que nous incluons seulement les trois variables suivantes dans la méthode de comparaison : la densité de population, l'indice d'éloignement de Statistique Canada et le pourcentage de la population ayant une identité autochtone. Ces variables ont relativement peu de chances d'être influencées par l'accès aux soins médicaux au fil du temps et entre les MRC/agglomérations. Cela n'est pas le cas pour la plupart, voire la totalité, des variables sociosanitaires (p. ex., espérance de vie, pourcentage de la population de 65 ans et plus, etc.), car ces dernières ont de fortes chances d'être influencées (directement ou indirectement) par l'offre de soins au sein de chaque MRC/agglomération.

Le deuxième élément à prendre en compte concerne la standardisation. La standardisation d'une variable est une opération qui consiste à diviser toutes les valeurs d'une variable donnée par son écart-type afin de rendre cette variable directement comparable à d'autres variables standardisées. Par exemple, dans un groupe de 1 000 personnes sélectionnées aléatoirement, l'âge des individus peut facilement aller de 0 à 100 ans. Cependant, la taille des individus, en mètres, est « confinée » à une échelle beaucoup plus restreinte sur le plan numérique, normalement entre 0,2 et 2 mètres. Or, comment faire pour combiner ces deux mesures afin de produire un indice « âge-taille » qui nous permette de comparer entre eux les individus sur la base de ces deux variables simultanément ? La standardisation permet une telle combinaison/comparaison, car la division par l'écart-type, soit la racine carrée de l'écart moyen par rapport à la moyenne d'une variable, permet de ramener toutes les variables à la même échelle numérique.

Diviser une variable par son écart-type afin de la standardiser suppose qu'il n'existe pas de valeurs aberrantes ou trop extrêmes dans les données observées. Concernant les trois variables sélectionnées, deux d'entre elles sont des ratios (soit l'indice d'éloignement et le taux d'identité autochtone) et sont bornées entre 0 et 1 ; il y a donc peu de risque que des valeurs aberrantes ou extrêmes puissent biaiser la standardisation. En revanche, la densité de population varie fortement d'une MRC/agglomération à l'autre, pouvant aller de 0,3 à 4 000 habitant·e·s par km^2. Cela implique un écart-type très élevé, ce qui réduit énormément la valeur standardisée des MRC/agglomérations avec une faible densité de population sur l'échelle initiale, comme c'est le cas pour La Tuque (0,6 habitant·e par km^2) et plusieurs autres MRC/agglomérations du Nord-du-Québec et de la Côte-Nord.

Afin de procéder à une standardisation qui ne réduit pas abusivement les valeurs des MRC/agglomérations les moins denses, il est essentiel de retrancher les MRC/agglomérations ayant des densités trop élevées lors du calcul de l'écart-type. Comme il n'existe pas de « limite » claire concernant ce qui constitue une valeur aberrante/extrême

dans ce contexte, nous effectuons une analyse de sensibilité pour une série de limites différentes. Nous retranchons du calcul de l'écart-type de la densité les MRC/agglomérations ayant une densité plus élevée que chaque limite.

Pour calculer la distance totale standardisée entre La Tuque et chacune des autres MRC/agglomérations du Québec, nous utilisons la formule suivante :

$$\text{Distance totale} = \sum_{k=1}^{3} \left| \frac{X_{j,k}}{s_k} - \frac{X_{\text{La Tuque},k}}{s_k} \right|$$

- où l'indice *j* représente une des MRC/agglomérations qui n'est pas La Tuque et l'indice *k* représente l'une des trois variables sélectionnées ;
- où $X_{j,k}$ correspond à la valeur de la variable *k* pour la MRC/agglomération *j* ;
- où s_k correspond à l'écart-type calculé pour la variable *k* (en prenant soin de retirer les MRC/agglomérations jugées extrêmes/aberrantes ; voir la formule ci-bas) ;
- où $X_{La\ Tuque,k}$ correspond à la valeur de la variable *k* pour l'agglomération de La Tuque ;
- où le symbole Σ correspond au symbole de sommation effectuée pour les valeurs de *k* allant de 1 à 3, avec $X_{j,1}$ représentant la première variable pour la MRC/agglomération *j* et ainsi de suite, et finalement,
- où les barres verticales correspondent à l'opérateur de valeur absolue (qui transforme les valeurs négatives en valeurs positives).

La formule employée pour calculer l'écart-type en fonction de la limite supérieure pour la densité de population est la suivante (où on suppose que la densité est la troisième variable dans l'ensemble *X*) :

$$s_3 = \sqrt{\left(N_{lim} - 1\right)^{-1} \sum_{j:X_{j,3}<lim} \left(X_{j,3} - \overline{X}_{lim,3}\right)^2}$$

- où N_{lim} correspond au nombre de MRC/agglomération dont la densité de population est inférieure à la limite supérieure dénotée par *lim* ;
- où $\overline{X}_{lim,3}$ est la moyenne de la densité pour toutes les MRC/agglomérations dont la densité de population est inférieure à *lim*, et
- où la sommation est effectuée pour toutes les MRC/agglomérations dont la densité de population est inférieure à *lim*.

Limite supérieure pour l'écart-type de la densité de population	MRC la plus semblable à La Tuque	Deuxième MRC la plus semblable à La Tuque	Troisième MRC la plus semblable à La Tuque	Quatrième MRC la plus semblable à La Tuque	Cinquième MRC la plus semblable à La Tuque
1	La Haute-Côte-Nord	Témiscamingue	Manicouagan	Maria-Chapdelaine	Minganie
5	Témiscamingue	Sept-Rivières	Minganie	La Haute-Côte-Nord	Manicouagan
10	Témiscamingue	Sept-Rivières	Minganie	La Haute-Côte-Nord	Manicouagan
15	Témiscamingue	Sept-Rivières	Minganie	La Haute-Côte-Nord	Manicouagan
20	Témiscamingue	Sept-Rivières	Minganie	La Haute-Côte-Nord	Manicouagan
25	Témiscamingue	Sept-Rivières	Minganie	La Haute-Côte-Nord	Manicouagan
30	Témiscamingue	Sept-Rivières	Minganie	La Haute-Côte-Nord	Manicouagan
35	Témiscamingue	Sept-Rivières	Minganie	La Haute-Côte-Nord	Manicouagan
40	Témiscamingue	Sept-Rivières	Minganie	La Haute-Côte-Nord	Manicouagan
45	Témiscamingue	Sept-Rivières	Minganie	La Haute-Côte-Nord	Manicouagan
50	Témiscamingue	Sept-Rivières	Minganie	La Haute-Côte-Nord	Manicouagan

L'écart-type des autres variables est calculé à partir d'une formule similaire, mais où il n'y a pas de limite supérieure.

Une fois la distance totale pondérée calculée pour chaque MRC/agglomération, il est possible d'ordonner les valeurs obtenues et, ainsi, de voir quelles autres MRC/agglomérations sont les plus semblables à La Tuque selon les trois variables sélectionnées (et selon la limite employée pour calculer l'écart-type de la densité). Le tableau ci-dessus montre les résultats obtenus pour les cinq MRC qui sont les plus semblables à La Tuque pour 11 valeurs différentes de limite supérieure pour l'écart-type de la densité. La première ligne montre que lorsque l'écart-type pour la densité est calculé seulement avec les MRC qui ont une densité égale ou inférieure à un·e habitant·e par km^2, La Haute-Côte-Nord (Côte-Nord) est la MRC qui est la plus semblable à La Tuque selon la distance totale standardisée correspondante. La MRC de Témiscamingue (Abitibi-Témiscamingue) arrive en deuxième place, suivie de la MRC de Manicouagan (Côte-Nord) en troisième, puis de la MRC de Maria-Chapdelaine (Saguenay–Lac-St-Jean) en quatrième et, finalement, de la MRC de Minganie (Côte-Nord) en cinquième place.

Le tableau de l'annexe montre que lorsque l'on augmente la limite pour calculer l'écart-type de la densité de population entre 5 et 50 habitant·e·s par km^2, la MRC de Maria-Chapdelaine est remplacée par celle de Sept-Rivières, et la sélection des MRC ainsi que leur ordre ne changent plus. C'est pourquoi nous pensons que ces MRC, soit Témiscamingue (Abitibi-Témiscamingue), Sept-Rivières (Côte-Nord), Minganie (Côte-Nord), La Haute-Côte-Nord (Côte-Nord) et Manicouagan (Côte-Nord), sont les plus appropriées pour servir de comparateurs pour l'agglomération de La Tuque.

Notons que remplacer l'opérateur de valeur absolue par une élévation au carré (ce qui correspond au carré de la distance euclidienne standardisée) ne change pas les 5 MRC obtenues les plus semblables à La Tuque pour chaque limite supérieure d'écart-type, mais seulement leur ordre (résultats non présentés). Notons aussi que l'inclusion de la structure d'âge (soit les proportions de 0-14 ans et 65 ans et plus dans la population) comme variables de sélection conserve les MRC de Minganie, de Sept-Rivières, de Témiscamingue et de Manicouagan dans les MRC de comparaison (résultats non présentés).

Annexe B
Limites des données de la RAMQ sur le nombre de médecins spécialistes par RLS : méthode d'imputation des valeurs censurées

En raison des lois applicables en matière de protection des renseignements personnels et aux obligations de confidentialité, les données sur le nombre de médecins par RLS de 2020-2021 à 2025-2026 fournies par la RAMQ indiquent « < 5 » pour 1 à 4 médecins. Face à cette limite des données, nous avons calculé des approximations en inférant un chiffre à partir des données annuelles avoisinantes sur la base des considérations suivantes.

Lorsqu'un zéro apparait aux années avoisinantes de l'année à l'étude, soit 2024-2025, il est peu probable que « < 5 » représente 3 ou 4, et très probable que « < 5 » représente 1 ou 2. Plus le nombre de zéros est élevé, plus il est probable que le ou les « < 5 » représentent « 1 » en réalité. De même, avec des « 5 » ou « 6 » aux années avoisinantes, il est très probable que les « < 5 » soient 3 ou 4. Afin de maximiser la vraisemblance des données inobservées, nous avons donc suivi les quatre règles suivantes pour inférer un chiffre dans les cas où la valeur « < 5 » se retrouve en 2024-2025.

A : Dans les cas où un zéro apparait pour une spécialité médicale de 2020-2021 à 2025-2026, nous imputons la valeur 2-(X-1)/4 à la valeur censurée de l'année 2024-2025, où X représente le nombre de zéros observés de 2020-2021 à 2025-2026. Par exemple, dans le cas où la série annuelle indique un seul zéro, « < 5 » est remplacé par 2 pour l'année 2024-2025, alors que la valeur « 1 » remplace la valeur censurée lorsque cinq zéros sont observés entre 2020-2021 et 2025-2026.

B : Dans les cas où on observe une valeur de 5 et plus pour une spécialité médicale entre les années 2020-2021 et 2025-2026, nous remplaçons la valeur censurée en 2024-2025 par 4-(Y-1)/4, où Y représente le nombre de valeurs « < 5 » observées entre 2020-2021 et 2025-2026. Par exemple, dans les cas où un seul « < 5 » est observé (soit pour l'année 2024-2025), nous imputons « 4 » à la valeur censurée en 2024-2025, alors que si nous observons cinq valeurs « < 5 » dans la série, nous imputons « 3 » à la valeur censurée en 2024-2025.

C : Lorsque seuls des zéros et des « < 5 » sont observés, la valeur censurée par « < 5 » en 2024-2025 est remplacée par 1.

D : Enfin, lorsque les valeurs pour les 6 années fiscales considérés sont censurées, nous imputons « 2,5 » à la valeur censurée de 2024-2025 (soit le point médian entre 1 et 4).

Notes de fin de document

1 Bertrand SCHEPPER, *Effets du retard de financement public sur les systèmes de santé et d'éducation postsecondaire en Outaouais*, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, août 2018, en ligne ; Bertrand SCHEPPER et Guillaume HÉBERT, *Portrait des inégalités d'accès aux services de santé en Outaouais*, IRIS, novembre 2021, en ligne ; Krystof BEAUCAIRE et Bertrand SCHEPPER, *Portrait des inégalités d'accès aux services de santé en Abitibi-Témiscamingue*, IRIS, septembre 2022, en ligne; Guillaume TREMBLAY-BOILY, *L'accès aux soins de santé et aux services sociaux dans Lanaudière*, IRIS, janvier 2026, en ligne.

2 Josée GAUTHIER et autres, *Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées*, Institut national de santé publique du Québec, 2009, en ligne ; ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Lignes directrices de l'OMS pour la production, l'attraction, le recrutement et la fidélisation des agents de santé dans les zones rurales et reculées*, 2021, en ligne.

3 Francis BEAUDRY, « Changement de nom pour le CIUSSS MCQ », *Radio-Canada*, 16 juin 2026, en ligne.

4 Voir notamment Stephen WYATT et Yvon CHILTON, « L'occupation contemporaine du Nitaskinan par les Nehirowisiwok de Wemotaci », *Recherches amérindiennes au Québec*, 2014, vol. 44, nº 1, p. 61-72, DOI : 10.7202/1027880ar.

5 RADIO-CANADA, « Les Atikamekw déclarent leur souveraineté », 8 septembre 2024, en ligne.

6 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, « Répertoire des municipalités », 2025, en ligne.

7 Voir par exemple WORLDATLAS, « The Largest Canadian Cities by Land Area », 26 septembre 2017, en ligne.

8 Calculs des auteurs, source : MINISTÈRE DES AFFAIRES MUNICIPALES ET DE L'HABITATION, « Région administrative 04 » : Mauricie », Gouvernement du Québec, 2026, en ligne.

9 Calculs de l'IRIS ; MINISTÈRE DES AFFAIRES MUNICIPALES ET DE L'HABITATION *op. cit.*

10 *Ibid.*

11 STATISTIQUE CANADA, *Population ayant une identité autochtone selon le genre et l'âge*, tableau 98-10-0293-01, 15 novembre 2023, en ligne.

12 Calculs des auteurs, source : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Estimations de la population des MRC (classées par régions administratives) selon l'âge et le genre, âge médian et âge moyen, Québec, 1er juillet 1996 à 2025*, 14 janvier 2026, en ligne.

13 Calculés à partir de ISQ, *Naissances, décès, accroissement naturel et mariages par MRC*, Québec, 2002-2025, 9 septembre 2026, en ligne.

14 *Ibid.*

15 STATISTIQUE CANADA, *op. cit.*

16 ISQ, *Taux de fécondité selon le groupe d'âge de la mère, indice synthétique de fécondité et âge moyen à la maternité, par MRC, Québec*, 2002-2004 à 2022-2024, 21 juillet 2026, en ligne.

17 Ximena SAMPSON, « Les Autochtones vivent presque 8 ans de moins que les autres Canadiens », *Radio-Canada*, 9 juillet 2025, en ligne.

18 VILLE DE LA TUQUE, « Portrait économique », 2026, en ligne (24 septembre 2026), en ligne.

19 Katy CLOUTIER, « Un climat d'inquiétude économique règne à La Tuque », *Radio-Canada*, 5 mars 2026, en ligne.

20 VILLE DE LA TUQUE, *op. cit.*

21 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Indice de défavorisation matérielle et sociale 2021. Guide d'utilisation*, mars 2024, en ligne.

22 ISQ, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2020-2021, 16 mai 2023, en ligne.

23 *Ibid.*

24 WORLD HEALTH ORGANIZATION, « Low birth weight », en ligne (24 septembre 2026).

25 Jinli JIA et autres, « Hearing loss and its association with all-cause and cause-specific mortality: A meta-analysis of cohort studies », *PLoS One*, vol. 20, nº 10, 2025, e0333125, DOI :10.1371/journal.pone.0333125; Janet S. CHOI et autres, « Association between hearing aid use and mortality in adults with hearing loss in the USA: A mortality follow-up study of a cross-sectional cohort », *The Lancet Healthy Longevity*, vol. 5, nº 1, 2024, p. 66-75, DOI :10.1016/S2666-7568(23)00232-5; Bo ENGDAHL et autres, « Hearing loss, family status and mortality – Findings from the HUNT study, Norway », *Social Science & Medicine*, vol. 220, 2019, p. 219-225, DOI :10.1016/j.socscimed.2018.11.022.

26 CIUSSSMCQ, « Portrait de santé 2025 de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec », édition 2025, en ligne (24 septembre 2026).

27 RADIO-CANADA, « Bilans divergents au sujet de la fusion des services de santé en Mauricie et Centre-du-Québec », 4 avril 2026, en ligne.

28 CONSEIL DES ATIKAMEKW D'OPITCIWAN, « Service de la santé », en ligne.

29 SANTÉ QUÉBEC MONTÉRÉGIE-OUEST, « Urgence ou pas : vos possibilités », en ligne (22 juillet 2026).

30 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, « Mesurer l'accès aux soins primaires en fonction de l'utilisation des services d'urgence », 2024, en ligne.

31 ICIS « Les temps d'attente à l'urgence : une manifestation des défaillances du système », 25 juin 2026, en ligne.

32 MSSS, *Plan stratégique 2023-2027 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, nº 23-717-01W, 30 novembre 2023, en ligne.

33 AGENCE CANADIENNE DES MÉDICAMENTS ET DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ, « L'engorgement des urgences au Canada », Examen des technologies de la santé de l'ACMTS – Recommandation, *Revue canadienne des technologies de la santé*, vol. 3, nº 11, novembre 2023, en ligne.

34 MSSS, *Orientations ministérielles. Réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l'urgence*, Gouvernement du Québec, 2021, en ligne.

35 Fanny LÉVESQUE, « Compressions en santé : des services aux patients passeraient à la trappe », *La Presse*, 20 février 2025, en ligne.

36 Paule VERMOT-DESROCHERS, « Coupes en santé : de la poubelle jusqu'au kiné », *Le Nouvelliste*, 27 janvier 2025, en ligne.

37 Jeanne TRÉPANIER, « Le bloc opératoire de La Tuque reprend graduellement du service », *Radio-Canada*, 10 juillet 2025, en ligne.

38 Bernard LEPAGE, « Fermeture définitive de l'unité de gériatrie », *L'Écho de La Tuque*, 24 décembre 2024, en ligne.

39 Linda CORBO, « Soins de santé : La Tuque demande une intervention d'urgence », *Radio-Canada*, 5 décembre 2024, en ligne.

40 Procès-verbal du conseil d'agglomération de La Tuque (Québec), 17 décembre 2024, AGG-2024-12-168, en ligne.

41 Francis BEAUDRY, « Les Latuquoises devront aller à Shawinigan pour accoucher tout l'été », *Radio-Canada*, 19 juin 2026, en ligne.

42 Josée BOURASSA, « Des Latuquois découragés devant la fermeture du service d'accouchement », *Radio-Canada*, 19 juin 2026, en ligne.

43 Alexandra FORTIN, « CLSC de Parent fermé : des blessés se font soigner dans un garage », *Radio-Canada*, 14 juin 2026, en ligne; Gabriel DELISLE, « Fermé depuis une semaine, le CLSC de Parent ouvert à nouveau », *Le Nouvelliste*, 19 juin 2026, en ligne.

44 Alexandra FORTIN, *op. cit.*

45 Samuel R. WING et autres, « Reduced left-without-being-seen rates and impact on disparities after guest services ambassadors implementation », *Academic Emergency Medicine*, vol. 32, nº 3, 2025, p. 21625, DOI :10.1111/acem.15100.

46 Suzy BASILE et autres, *L'accès aux services de sages femmes pour les communautés autochtones du Québec*, 2023, p. 51-52; Samir SHAHEEN-HUSSAIN, *Plus aucun enfant autochtone arraché : pour en finir avec le colonialisme médical canadien*, Montréal, Lux Éditeur, 2021.

47 MSSS, Données sur l'accès aux services de première ligne, tableau 4, 30 juin 2025, en ligne.

48 MSSS, « Catégorisation des urgences et désignations spécialisées », 9 juin 2026, en ligne ; ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, « Quels sont les différents types d'établissement de santé au Canada? », 6 avril 2026, en ligne; ANNUAIRE SANTÉ DU QUÉBEC, « Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés au Québec : piliers des soins de santé », 3 octobre 2023, en ligne.

49 Voir par exemple RAMQ, *Manuel des médecins omnipraticiens – Brochure no 1, Accord-cadre se terminant le 31 mars 2023 ayant trait au renouvellement de l'entente générale intervenue entre le ministre de la Santé et des services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*, 17 septemre 2026, en ligne.

50 MSSS, *Plan stratégique 2023-2027 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, nº 23-717-01W, 30 novembre 2023, en ligne.

51 MSSS, *Orientations ministérielles : réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l'urgence*, Gouvernement du Québec, 2021, en ligne.

52 Alexandra FORTIN, *op. cit.*

53 MINISTÈRE DES RESSOURCES NATURELLES ET DES FORÊTS, « Portail cartographique du Québec », en ligne (15 juillet 2026).

54 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction de l'analyse statistique et de la performance, DGAIPE, DGPSP, « Localisation des installations du réseau de la santé et des services sociaux au Québec », en ligne (15 juillet 2026).

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier un ensemble de personnes sans qui l'étude n'aurait pu être. Les commentaires de l'équipe de chercheur·e·s de l'IRIS de même que les corrections de Marie-Michèle Robitaille et de Monique Moisan ont rehaussé la qualité de cette étude, tant du point de vue de la forme que du fond. Nous leur transmettons tous nos remerciements. Toutes les erreurs se trouvant encore néanmoins dans ce texte relèvent de l'entière responsabilité des auteurs.

MISE EN PAGE
Institut de recherche et d'information socioéconomique

DESIGN
Molotov – coop de travail