

# ENTREVUE AVEC LE D<sup>R</sup> JACQUES BOUCHARD

## NOUVEAU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DE QUÉBEC

Élu depuis octobre dernier, le D<sup>r</sup> Jacques Bouchard a déjà commencé à réaliser avec son équipe plusieurs projets importants. Il y aura ainsi bientôt un registre des postes vacants pour les médecins qui veulent s'installer à Québec. L'association s'est également dotée de moyens de communication internes très efficaces et adoptera sous peu un code d'éthique.



Texte et photo : Emmanuèle Garnier

**M.Q. –  
OÙ PRATIQUEZ-VOUS  
D<sup>R</sup> BOUCHARD ?**

**J.B. –** Je travaille principalement dans la région de Charlevoix. J'exerce dans les hôpitaux de La Malbaie et de Baie-Saint-Paul et au sein du groupe de médecine de famille de Charlevoix Est, dont je suis le médecin responsable. En dehors de ma pratique, j'ai également de nombreuses activités professionnelles. Sur le plan médicoadministratif, je suis chef du Département de médecine générale. Je suis aussi le chef du Département régional de médecine générale (DRMG) de la Capitale-Nationale. J'enseigne aussi. J'ai le titre de professeur agrégé de clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Laval. Depuis toujours, je m'occupe également de formation médicale continue, principalement au niveau postdoctoral.

**M.Q. –  
QUELS PROJETS VOULEZ-VOUS  
RÉALISER À TITRE DE PRÉSIDENT  
DE L'AMQ ?**

**J.B. –** Le projet le plus important pour moi est la création d'un registre central d'offres d'emploi. On s'est aperçu que beaucoup de médecins qui pratiquaient dans les régions et voulaient revenir à Québec ne savaient pas à qui s'adresser pour trouver des cliniques ou des établissements de soins qui auraient besoin d'eux. Ce registre central sera hébergé sur le site Web de l'AMQ. Ce sera un fichier standardisé dans lequel toutes les équipes médicales, les cliniques, les médecins exerçant seuls, les GMF, les CLSC ou les unités de médecine familiale qui veulent recruter des omnipraticiens pourront proposer des places et faire la promotion de leur milieu. Ils n'auront qu'à remplir un formulaire. Ainsi, un médecin qui veut venir à Québec pourra choisir les postes qui l'intéressent et communiquer avec les personnes responsables. Les travaux pour la création du registre ont déjà débuté. On a commencé à rédiger les formulaires. Le système devrait fonctionner d'ici quelques mois. Notre site Web sera par ailleurs lié à celui de l'agence de la Capitale-Nationale grâce à un hyperlien. Sur le site de cette dernière, un onglet intitulé « Offres d'emploi » dirigera les médecins directement vers le registre.

**M.Q. –  
ALLEZ-VOUS APPORTER  
DES CHANGEMENTS  
AU FONCTIONNEMENT  
DE L'ASSOCIATION ?**

**J.B. –** Je voudrais créer, dans l'association de Québec, des structures qui vont permettre une pérennité organisationnelle. On dit que les personnes passent, mais que les structures restent. Quand le président se charge de tout, les membres ne savent plus trop quoi faire quand il est absent. Par contre, quand il y a des structures bien en place, l'absence du président ne met pas en péril le fonctionnement de l'Association. En outre, le passage des pouvoirs, en cas de départ, ne peut que mieux se faire.

Dès mon arrivée à la tête de l'Association, j'ai donc commencé le processus de décentralisation des pouvoirs et de restructuration de l'organisme en comités et sous-comités. Il fallait confirmer les gens dans leur poste, s'assurer que chacun des groupes de travail ait des mandats clairs avec des objectifs. Il était aussi nécessaire que les responsables des comités rendent des comptes au conseil d'administration. Comme celui-ci se réunit de quatre à six fois par année, ils devront faire régulièrement le point sur l'avancement de leurs travaux.



**M.Q. –  
POUVEZ-VOUS ME DONNER  
UN EXEMPLE DE CES TRAVAUX ?**

**J.B. –** Sur le plan des communications, on a travaillé à deux volets. Le premier concerne notre bulletin « Toute dernière nouvelle », le TDN. C'est un outil très performant. Il entre dans toutes les cliniques médicales soit par télécopieur, soit par courriel. On a un taux de pénétration de 80 % à 90 % auprès des médecins. Cet outil doit cependant être utilisé à bon escient. On a donc nommé le **D<sup>r</sup> Serge Dubé**, le premier vice-président, rédacteur en chef du TDN. Il devra déterminer non seulement la fréquence de publication et de diffusion du TDN, mais aussi son contenu à partir de critères précis. Les informations devront y être succinctes, et le bulletin ne doit pas dépasser une page.

Parallèlement, on a continué la mise sur pied, sous la direction du second vice-président, le **D<sup>r</sup> Patrick Bernier**, ce qu'on appelle notre « réseau de capitaines ». Dans chaque clinique, dans chaque centre médical, CLSC ou autre, il y a maintenant un médecin responsable qui va communiquer les informations venant soit de la FMOQ, de l'Association, du DRMG ou d'un autre organisme à son équipe terrain. Cet outil se veut toutefois bidirectionnel, c'est-à-dire que l'information devra aussi partir de la base et remonter vers les différentes instances pour leur faire connaître les demandes, les insatisfactions, les bons et les mauvais coups ainsi que les problèmes sur le terrain. Il faut qu'il y ait une fluidité dans le flux d'informations. On mise beaucoup sur ce système pour organiser des services sur le territoire conjointement avec le département régional de médecine générale.

**M.Q. –  
AVEZ-VOUS EU L'OCCASION  
DE TESTER VOTRE RÉSEAU  
DE CAPITAINES ?**

**J.B. –** Oui, lors de la réunion des responsables de GMF convoquée le 29 janvier dernier par le président de la FMOQ, le **D<sup>r</sup> Louis Godin**. D'une part, on a publié l'invitation dans notre bulletin TDN et, d'autre part, on a recouru à notre tout nouveau réseau de capitaines, question de l'éprouver. Nous avons ainsi su que tous les responsables des GMF et des cliniques-réseau seraient présents à la rencontre et seraient accompagnés de collègues.

**M.Q. –  
AVEZ-VOUS D'AUTRES PRIORITÉS  
POUR L'ASSOCIATION ?**

**J.B. –** Nous sommes en train d'élaborer un code d'éthique qui touchera les membres du conseil d'administration. Nous avons resserré les règles au sujet des allocations budgétaires par poste. Si un médecin de l'AMOQ met sur pied un projet qui nécessite de l'argent, il devra soumettre un budget global comprenant, entre autres, l'estimation de sa propre rémunération. La demande sera présentée au conseil d'administration dans un souci de transparence. On s'assure ainsi que tout se passe bien et que tout est fait selon les règles de l'art. C'était une de mes priorités pour ma première année de mandat

**M.Q. –  
Y A-T-IL DES DOSSIERS QUE VOUS  
ALLEZ DÉFENDRE AUPRÈS  
DE LA FMOQ ?**

**J.B. –** Oui, j'aimerais mieux faire comprendre, par l'entremise de la Fédération, les particularités de la région de la Capitale-Nationale. Depuis de nombreuses années, nous, à l'AMOQ, avons un peu de difficulté à saisir pourquoi la région de la Capitale-Nationale est toujours considérée comme riche en effectifs médicaux alors que ce n'est pas le cas sur le terrain. La moyenne d'âge des médecins de Québec est de plus de 50 ans. On assiste à des départs à la retraite qui laissent 1500, 2000 ou même 3000 personnes sans médecin de famille. Ces patients retournent alors dans le réseau.

Je veux aussi bien faire ressortir ce qu'est la pratique dans un territoire comme Québec où il y a sept hôpitaux universitaires qui appartiennent au réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval alors que ce dernier n'est greffé à aucun centre de santé et de services sociaux (CSSS). Il y a deux CSSS à Québec (Vieille Capitale et Québec-Nord), mais aucun hôpital du RUIS ne s'y rattache. Par contre, les CSSS des territoires de Charlevoix et de Portneuf possèdent deux hôpitaux.

**M.Q. –  
QUEL TYPE DE PROBLÈME  
EST-CE QUE CELA POSE ?**

**J.B. –** Après avoir été traités dans un grand centre universitaire, les patients doivent être transférés dans le réseau de la première ligne. Les médecins de famille se retrouvent donc souvent avec des malades dont le retour n'a pas été bien préparé.

**M.Q. –  
COMMENT PEUT-ON RÉSOUDRE  
LE PROBLÈME ?**

**J.B. –** Il faut qu'on essaie d'établir des structures de communication intrarégionales. Pour régler cette situation, on devra être partenaire avec les gens du RUIS, principalement nos confrères spécialistes, et s'asseoir ensemble pour trouver des pistes de solutions. Il faut travailler en partenariat avec les responsables de l'ensemble des soins autant en première, qu'en deuxième et troisième ligne. Le rôle des CLSC, sous la responsabilité des CSSS, et de nos cliniques-réseau, est essentiel.