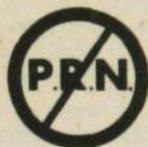


# le P.R.N.:

## pour «runner les nurses»?



### BOYCOTTONS LE PRN

Si par malheur vous avez à mettre les pieds dans un hôpital, vous pourrez voir les infirmières arborer un macaron anti-P.R.N. Depuis le 20 janvier 1981, les trois fédérations de syndicats d'infirmières<sup>1</sup> ont lancé une campagne de boycottage conjointe pour faire échec à cette méthode de gestion et à son implantation imminente dans tous les centres hospitaliers du Québec.



Le P.R.N., de son vrai nom Projet de recherches en nursing, est un « système d'information pour la gestion des soins infirmiers », c'est-à-dire une entreprise de rationalisation de la production des soins hospitaliers selon les plus purs principes du taylorisme et du travail à la chaîne.

Ce système prétend réduire ce qu'on appelle le « gaspillage », dans l'intérêt bien sûr du brave contribuable. Or, la rentabilisation, qu'il s'agisse de la production industrielle avec la chaîne de montage, ou des soins hospitaliers, signifie toujours la même chose : **tirer des employé-e-s une productivité maximale au moindre coût.**

La gestion scientifique, appuyée sur l'informatique, vise en fait à neutraliser le plus possible l'impact de certains facteurs qui donnent la migraine à nos administrateurs d'institutions de santé. Pour Charles Tilquin, concepteur du P.R.N. :

« Notre problème se pose dans un environnement politico-social très particulier (...) où il est sans cesse question de l'escalade constante des coûts de la santé, des coupures budgétaires dans les hôpitaux, du *niveau trop élevé des salaires*<sup>2</sup> » (souligné par L.V.R.).

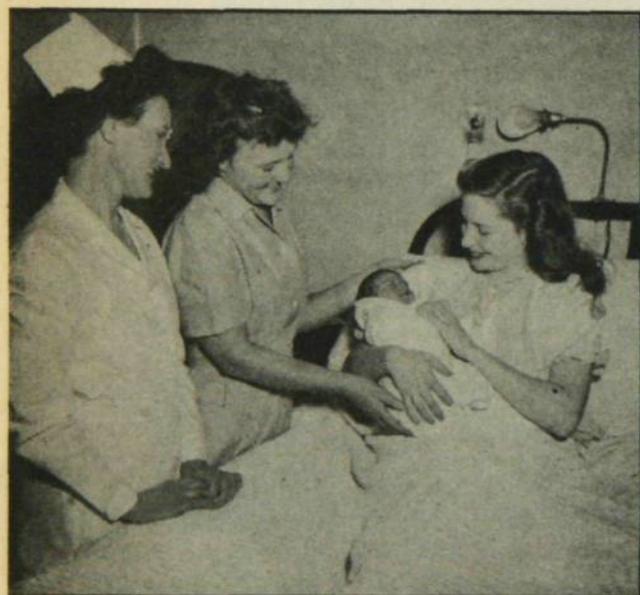
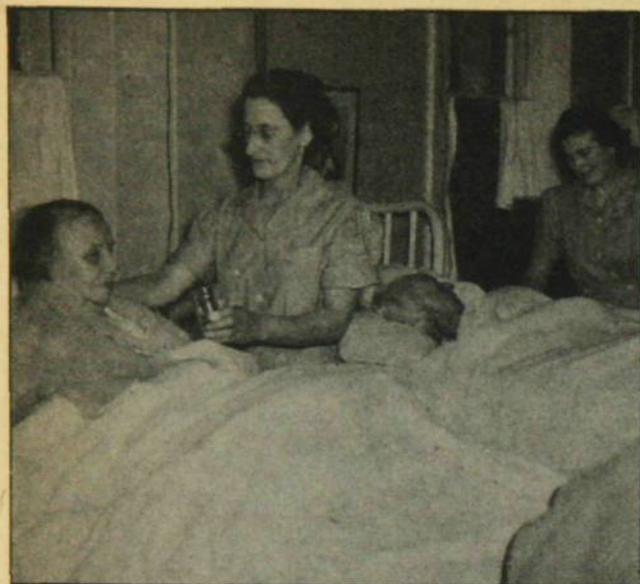
<sup>1</sup> La Fédération québécoise des infirmières et infirmiers; Les infirmières et infirmiers unis et la Fédération des syndicats professionnels des infirmières et infirmiers du Québec.

<sup>2</sup> Tilquin, Charles et al. *Le système P.R.N.* 76.

#### La rançon du « progrès »

Il n'y a pas très longtemps que nos administrateurs hospitaliers vivent de telles angoisses. Ils doivent d'ailleurs regretter le bon vieux temps, quand ils pouvaient compter sur le travail presque gratuit des étudiantes en nursing et des religieuses. La déconfessionnalisation des hôpitaux depuis 1969-1970 et l'enseignement du nursing en cégep ont bien changé les choses, et les coûts des soins infirmiers ont diablement augmenté...

Ginette Gosselin, présidente de la Fédération québécoise des infirmières et infirmiers, nous expliquait qu'avant 1969, à l'Hôtel-Dieu de Montréal, sur l'ensemble des 500 infirmières, 300 étaient des étudiantes en nursing; logées, nourries et instruites, elles touchaient la somme symbolique même pour l'époque de \$ 21 par mois. Environ 160 infirmières agréées par l'Ordre y travaillaient pour un salaire mensuel d'environ \$ 400 brut et le reste du personnel infirmier se composait de religieuses. Le nombre d'infirmières licenciées que l'hôpital devait maintenir restait cependant stable malgré les graduations successives d'étudiantes, parce que « les filles se mariaient plus jeunes et qu'elles arrêtaient de pratiquer dès leur mariage ou leur première grossesse, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui ». Il est à remarquer que ce quota de 500 infirmières est toujours le même à l'Hôtel-Dieu en ce moment.



Documents d'archives

### Le P.R.N. : pro-rata nursing ?

Il n'est donc pas étonnant que l'Association des hôpitaux de la province de Québec (A.H.P.Q.) fasse appel, dès 1970, aux « scientifiques de la gestion » pour rationaliser le fonctionnement hospitalier. Cette année-là, on met sur pied le premier projet de mesure et de quantification des soins à partir d'une classification des malades et de leurs besoins. L'hôpital Ste-Justine pour enfants de Montréal est choisi comme établissement pilote. On baptise cette première de projet « Irodom ».

En 1974, le projet de recherche en nursing (P.R.N. 74) systématisait les résultats d'Irodom et élabore des catégories de classification des malades applicables à tous les patients et à toutes les unités de soins. On implante ce projet dans tous les centres pédiatriques de Montréal.

Finalément, on améliore encore le système pour qu'il soit applicable partout et pour tous les patients hospitalisés 24 heures et plus, excepté pour les salles d'urgence, les blocs opératoires et obstétricaux. Ça donne le P.R.N. 76 implanté à l'heure actuelle dans 12 centres hospitaliers du Québec et en voie de l'être dans plus de 80 autres établissements.

En quoi consiste donc ce fameux système ? Il s'agit de *minuter* la durée *moyenne* de chaque acte infirmier auprès d'un-

patient-e *moyen-ne*, de déterminer le nombre total de minutes de soins nécessaires aux patients d'une unité et de diviser ensuite ce total par le nombre de minutes-infirmières par quart de travail et on obtient... le minimum d'infirmières nécessaires à la tâche... à condition qu'il ne se produise aucun imprévu pendant le quart de travail et que les infirmières donnent un rendement à 100 % tout le temps. Ce système comporte quatre volets.

#### 1) Évaluation des besoins

Il s'agit d'abord d'évaluer, de façon *quantitative*, les besoins en soins infirmiers de chaque bénéficiaire. Les promoteurs du P.R.N. ont établi une liste de 154 actes-nursing qui correspondent chacun à un certain nombre de points. Chaque point représente cinq minutes de travail.

Exemple : prélèvement sanguin ; 3 fois et moins = 2 points (10mn)  
4 à 8 fois = 6 points (30mn)  
9 fois et plus = 13 points (65mn)

#### 2) Classification

Une fois l'évaluation terminée et le plan de soins dressé pour chacun des bénéficiaires, on range ce dernier dans l'une des six classes prévues à cet effet. Les moins exigeants se retrouvent dans la classe 1 (1 à 25 points) et ainsi de suite jusqu'à la classe 6 qui compte 152 points et plus. Aucune classe n'est prévue, par exemple, pour le malade qui aurait des besoins de l'ordre de 200 points. Dans ce cas, c'est l'infirmière en poste et ses coéquipières qui devront absorber le surplus de tâches.

#### 3) Évaluation du personnel

Le nombre de salarié-es est ensuite établi en fonction du nombre de bénéficiaires et des classes qu'ils occupent. On a prévu des tables bien précises. Dans une unité de soins de 25 lits par exemple, où vous trouverez 17 bénéficiaires de classe 1, 6 bénéficiaires de classe 2 et 2 de classe 3, vous aurez droit à la présence de 6,2 salarié-es. De ce nombre, il faut soustraire l'infirmière-chef, la préposée et la réceptionniste dont le travail n'est certainement pas d'exécuter des actes de nursing. Il reste donc, dans les *faits*, 3,2 infirmières de chevet pour répondre aux besoins de ces 25 bénéficiaires.

#### 4) Dernière composante du système P.R.N.

Déterminer le nombre de salarié-es qui constitueront l'équipe de base et augmenter le personnel de l'équipe volante. Et bien sûr, élargir les listes de disponibilité.

*Nota bene* : l'évaluation des besoins est faite par les infirmières ; la classification des patients, l'évaluation du personnel requis et la détermination de l'équipe de base sont du ressort du personnel-cadre de la direction des soins en nursing. Toutes les données sont informatisées.

### P.R.N. : Pour rentabiliser le nursing ?

Monique Paré est infirmière depuis 17 ans, Thérèse Gagné depuis 13 ans. Elles travaillent toutes deux à Ste-Justine. « Entre la recrudescence des soins d'urgence, des soins intensifs, des périodes d'hospitalisation écourtées et la réduction des effectifs, on doit fonctionner au maximum tout le temps. L'hôpital n'offre plus d'infirmières personnelles.

Les patients doivent faire appel à des agences d'infirmières privées qu'ils doivent payer, et c'est particulièrement dur pour les mourants. On doit demander aux parents de rester continuellement à leur chevet. Nous, on n'a pas le temps... »

Le système de pointage ne tient aucun compte de tous les facteurs inhérents au nursing : admissions d'urgence, transferts des patients d'une unité à l'autre, crises, aggravations, effets secondaires et finalement décès. France Quenneville, qui travaille de nuit à l'Hôtel-Dieu, relate que « c'est la nuit qu'on voit le plus de complications post-opératoires et cardiaques sans compter les complications psychologiques dues à la maladie et à l'hospitalisation. C'est le soir que l'angoisse monte, la peur du noir, la dépression... » Il est très difficile d'obtenir du personnel supplémentaires pour pallier aux imprévus et aux charges addi-

tionnelles, il faut en prouver le besoin, et comme les infirmières-chefs n'ont pas intérêt à dépasser « leurs » budgets, on en entend de bien bonnes. Il s'est trouvé des surveillantes pour répondre que « les mourants n'avaient plus besoin de soins », ou bien « laisse faire, c'est un chronique ».

### Les infirmières volantes

Les promoteurs du P.R.N. sont on ne peut plus clairs : « Une solution radicale (...) pourrait être d'opter pour des équipes de base réduites à zéro, de rassembler tout le personnel infirmier dans une équipe volante. Cela équivaldrait en fait à biffer des conventions collectives les clauses de non-mobilité du personnel de l'équipe de base. Cette solution n'est attrayante (sic) qu'à première vue car même dans une perspective exclusivement économique, on peut faire mieux avec des équipes de base de taille réduite qu'avec pas d'équipes de base du tout : la productivité du personnel de l'équipe volante est en effet moins grande que celle des membres de l'équipe de base principalement pour des raisons de moins bonne connaissance des lieux, des malades et des techniques spécialisées<sup>3</sup> ». (souligné par L.V.R.)

D'après les conventions collectives, les équipes volantes et les listes de disponibilité servent à couvrir les postes temporairement dépourvus de leur titulaire (maladies, vacances, congés de maternité). Quand on sait que les équipes volantes constituent 33 % du personnel infirmier à Ste-Justine, on peut deviner qu'une convention collective, ça se détourne... La mobilité du personnel désavantage et les bénéficiaires et les infirmières dans leur ensemble. « Les patients se plaignent du changement constant des infirmières, il faut qu'ils ou elles racontent leur vie à chaque fois. »

Les contacts restent techniques et superficiels : « vous venez juste pour me piquer. » Les infirmières de l'équipe de base doivent orienter les infirmières « volantes » et ces dernières sont constamment envoyées d'une unité à l'autre.

Résultats : « On finit par réagir très mal. Ou bien on devient agressive, ou bien on devient brutie. Le côté humain de la soignante est absent dans ce système. » Chez les patient-e-s, les effets sont identiques : « ils deviennent agressifs, ne coopèrent pas ou se retirent dans un mutisme complet. » On pourrait remplir la vie en rose au complet avec les témoignages des infirmières que nous avons rencontrées. Certains partisans du P.R.N. prétendent, pour avoir observé des travailleuses en usine, que ce système peut réduire de beaucoup la marge des erreurs au travail à cause du niveau de stress constant que vivent les infirmières. Voyez-vous, le stress augmenterait la vigilance ! D'après les infirmières, les erreurs proviennent de la surcharge de travail, des cadences à maintenir et du stress généralisé plutôt que d'un manque de vigilance.

### Entre la vocation et la job

Finalement les infirmières se retrouvent coincées entre leur sens des responsabilités, l'intérêt qu'elles portent à leur métier et les conditions de travail imposées qui réduisent ce qu'elles font à une job comme les autres. Et les patrons le savent bien.

« Ils nous forcent à travailler avec nos pieds. C'est grâce à nous qu'il n'y a pas plus de dégâts. Quand ta surcharge de travail, c'est du monde, c'est pas pareil... »

### La déshumanisation des soins :

Cette petite équation représente le temps requis pour les soins dans une unité en 24 heures. Les infirmières et les patient-e-s ne sont pourtant pas les seuls à avoir remarqué la déshumanisation des soins. À Ste-Justine par exemple, l'administration a mis sur pied un Comité d'humanisation des soins, où siègent psychiatres et travailleuses sociales dont le premier geste a été d'engager une éducatrice spécialisée pour faire jouer les enfants parce que les infirmières ne peuvent plus le faire jouer comme auparavant. Kafka n'a rien inventé...

### « On ne veut plus de ce système-là »

Dans les 12 hôpitaux où le P.R.N. est déjà fonctionnel, le boycottage consiste d'une part à refuser de remplir les fiches d'évaluation des besoins et d'autre part à informer le public sur ce système et à expliquer les raisons du boycottage.

On connaît la campagne de dénigrement des luttes syndicales dans les services hospitaliers et la menace qui pèse sur le droit de grève dans le secteur public. Les grands médias ne manquent pas une occasion pour faire mousser le climat de peur et pour crier à la prise d'otages. La lutte des infirmières syndiquées contre le P.R.N. fait converger les intérêts des travailleuses des hôpitaux avec ceux des bénéficiaires des soins et c'est une des raisons pour lesquelles elle revêt une telle importance. De plus, c'est le moment ou jamais de lancer le boycottage parce que le P.R.N. n'est pas encore très implanté. En effet, puisque ce système ne peut fonctionner que si l'on recueille des données informatisées, le refus de coopérer compromet sa mise sur pied. Plus il est implanté depuis longtemps et plus l'administration d'un hôpital dispose de données et peut donc faire fonctionner le P.R.N. sans la coopération du personnel infirmier. Mais il est très important pour celles qui travaillent déjà sous ce système de refuser de collaborer davantage :

« C'est fini, on n'en veut plus de ce système-là... Il n'y aura pas de fin au boycottage<sup>4</sup>... »

Lise Moisan  
avec la collaboration de Claudine Vivier

<sup>3</sup> Idem.

<sup>4</sup> Pour plus d'informations, vous pouvez appeler la F.Q.I.I. au 842-5255.

JANVIER '81

( FSP110 - FQ11 - F11U )

