



**Société Française de Néonatalogie**

Association des professionnels de la médecine néonatale

*Commission environnement des soins de la SFN*

**G**roupe de **R**éflexion et d'**E**valuation de l'**E**nvironnement des **N**ouveau-nés

**Recommandations du GREEN de la SFN**

**Octobre 2022**

**Titre : Quel soutien aux équipes soignantes en néonatalogie ? (texte court)**

**Title: What support to neonatology healthcare providers? (short text)**

**Auteurs :** M. Touzet,<sup>1</sup> C. Zores-Koenig,<sup>2</sup> L. Girard,<sup>3</sup> N. Knezovic-Daniel,<sup>4</sup> M.A. Duboz,<sup>5</sup> F. Gonnaud,<sup>6</sup> L. Cayemaex,<sup>7</sup> F. Berne-Audeoud,<sup>8</sup> E. Zana-Taïeb<sup>1</sup> et le groupe GREEN de la SFN<sup>9</sup>

<sup>1</sup> Médecine et Réanimation néonatales de Port Royal. CH Cochin Port Royal. AP-HP, 75014 Paris, France

<sup>2</sup> Médecine et réanimation du Nouveau-né, Hôpital de Hautepierre, CHU Strasbourg, 67000 Strasbourg, France

<sup>3</sup> Puéricultrice Formatrice, Marseille – France

<sup>4</sup> Pôle d'Obstétrique et de Gynécologie, Hôpital de Hautepierre & CMCO, CHU Strasbourg, France

<sup>5</sup> CHU de Besançon, Service de Réanimation Pédiatrique, Néonatalogie et Urgences Pédiatriques, F- 25000 Besançon, France

<sup>6</sup> Unité de néonatalogie et réanimation néonatale, Hôpital de la Croix-Rousse, CHU de Lyon, 69000 Lyon, France

<sup>7</sup> Réanimation néonatale, CHIC Créteil, France

<sup>8</sup> Réanimation et médecine néonatale- Hôpital Couple Enfant – CHUGA – Grenoble, France

<sup>9</sup> Groupe de Réflexion et d'Evaluation sur l'Environnement du Nouveau-né (GREEN) de la Société Française de Néonatalogie (SFN): Aurore Allen (AP-HP, Hôpital de Port Royal), Frédérique Audeoud (CHU Grenoble), Charlotte Bouvard (SOS Préma), Anne Brandicourt (CH Sud Francilien), Laurence Caeymaex (CHIC Créteil), Marie Agnès Duboz (CHU Besançon), Anne Evrard (Comité Inter-Associatif de la Naissance), Christine Fichtner (CHU Saint-Etienne), Céline Fischer-Fumeaux (CHUV Lausanne) Laurence Girard (Association Connaître), Françoise Gonnaud (CHU Lyon), Petra Hüppi (CHU Genève), Nadine Knezovic (CHU Strasbourg), Pierre Kuhn (CHU Strasbourg), Elisabeth Laprugne-Garcia (CHU Lyon), Sophie Legouais (Paris), Fabienne Mons (CHU Limoges), Jean-Baptiste Muller (CHU Nantes), Jean-Charles Picaud (CHU Lyon), Véronique Pierrat (CHU Lille, Inserm Epopé), Patrick Pladys (CHU Rennes), Audrey Reynaud (SOS Préma), Laurent Renesme (CHU Bordeaux), Aline Rideau (AP-HP, Hôpital Robert Debré), Jacques Sizun (CHU Toulouse), Gilles Souet (ARS Centre), Gérard Thiriez (CHU Besançon), Pierre Tourneux (CHU Amiens), Marie Touzet (AP-HP, Hôpital de Port-Royal), Patrick Truffert (CHU Lille), Charlotte Tscherning (ex Casper) (Sidra Medecine, Qatar), Catherine Zaoui (CHG Valenciennes), Elodie Zana-Taieb (AP-HP, Groupe hospitalier Cochin Port-Royal), Claire Zores-Koenig (CHU Strasbourg).

**Auteur correspondant:** Mme Elodie Zana-Taeïb, Médecine et Réanimation néonatales de Port Royal. CH Cochin Port Royal. AP-HP, 75014 Paris - Courriel : [elodie.zana-taieb@aphp.fr](mailto:elodie.zana-taieb@aphp.fr)

## **Relecteurs :**

Nos plus vifs remerciements vont aux relecteurs externes de ce texte. Ils ont permis l'évaluation du contenu scientifique et de l'applicabilité de cette recommandation. Par ordre alphabétique :

BUIL Aude (Paris), BUTIN Marine (Lyon), GALALM Eric (Paris Diderot), GASCOIN Géraldine (Toulouse), GELDREICH Myriam (Strasbourg), SEGURET Sylvie (Paris Necker), SITTLER Véronique (Strasbourg), TOSELLO Barthélémy (Marseille), TRELUYER Ludovic (Paris, Cochin Port Royal),

Un grand merci à Mmes RAUCH Amandine et GORSY Caroline (Strasbourg) qui ont assuré le suivi et l'anonymisation de la relecture externe de cette recommandation.

## **1. Introduction**

Les conditions de travail des personnels médicaux et soignants exerçant en établissement hospitalier sont particulières : contraintes de rythme de travail élevées, exposition à des produits dangereux, tensions avec le public, confrontation à la souffrance des patients ou encore travail de nuit fréquent. Les soignants exerçant en néonatalogie sont de façon certaine exposés au stress, et donc à risque de présenter des pathologies en relation avec ces risques psychosociaux tels que le syndrome d'épuisement professionnel (ou « burnout »), le stress traumatique secondaire ou une détresse morale.

Les objectifs généraux du travail du groupe sont de présenter le rationnel scientifique en faisant dans les unités de soins néonatales a) un état des lieux des risques psychosociaux tels que le stress, la détresse morale, le syndrome d'épuisement professionnel ou le syndrome de stress secondaire b) d'émettre des recommandations pratiques pour soutenir au mieux les soignants, c) de proposer des stratégies permettant de les appliquer, d) de déterminer les points non résolus, e) d'identifier des perspectives de recherche.

## **2. Rationnel Scientifique**

### **2.1 Etat des lieux des risques psychosociaux et médicaux en néonatalogie**

Il existe une exposition forte aux risques psycho sociaux chez les professionnels prenant soin des nouveau-nés et de leur famille. Ceci engendre chez une majeure partie des soignants de nouveau-nés hospitalisés un épuisement professionnel et/ou une détresse morale. L'incidence du burnout varie globalement selon les études entre 25 et 65 %.

### **2.2 Quels sont les facteurs de risque et les facteurs protecteurs individuels et collectifs spécifiques pour les soignants travaillant en néonatalogie ?**

Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs peuvent se placer au niveau individuel ou au niveau de l'environnement de travail et notamment organisationnel. Alors que les articles sur les facteurs de risque sont nombreux, les articles sur les facteurs protecteurs font défaut.

#### ***Au niveau individuel***

Les caractéristiques personnelles telles que l'âge, le genre et le fait d'avoir des enfants montrent un impact qui semble mitigé selon les études. Il n'en est pas de même de la présence de certains traits de caractères particuliers comme l'anxiété, la tendance à éprouver facilement des émotions désagréables ou la tendance à être trop consciencieux.

La formation et l'expérience professionnelle semble jouer un rôle également. Ainsi, le faible niveau de formation professionnelle est corrélé avec un risque de stress post-traumatique et de burnout plus élevé. La première année de travail ou au contraire l'ancienneté dans un service sont également considérés comme facteur de risque.

Si travailler auprès d'une population pédiatrique augmente le risque de burnout, essentiellement par le mécanisme de fatigue émotionnelle, la catégorie socio professionnelle est également en cause. Ainsi, les professions médicales et apparentés ont une incidence de burnout plus élevée que les professions paramédicales.

### *Au niveau collectif et organisationnel*

Certaines caractéristiques liées au patient peuvent augmenter le risque de burnout chez le personnel soignant, ce qui est le cas par exemple des nouveau-nés avec un syndrome de sevrage aux opioïdes lors de toxicomanie maternelle, quand le pronostic vital des bébés est mis en jeu ou quand la situation fait l'objet d'une décision éthique.

Des facteurs organisationnels tels que la charge de travail trop élevée entraîne de l'anxiété, une diminution de la satisfaction au travail et une diminution du taux de maintien en poste des infirmier(e)s. Les restrictions en personnel, une modulation obligatoire du temps de travail (heures supplémentaires ou congés) en fonction de la charge de travail du service sont des facteurs de risque de souffrance au travail. Concernant le temps de travail, une étude réalisée en pédiatrie montre que les infirmier(e)s travaillant plus de 13 heures consécutives présentent un taux de burnout plus élevé.

L'organisation d'un service et la communication au sein de celui-ci vont influencer le bien-être au travail et le risque de burnout soulignant l'importance du travail d'équipe et la cohésion entre équipes médicales et paramédicales.

La présence de ressources internes au service (sentiment de cohérence et soutien social) aide les soignants à faire face au décès d'un enfant dans leur unité. Le fait d'être impliqué dans un événement indésirable ou une erreur médicale augmente le niveau d'anxiété et le risque de stress post traumatique secondaire. Dans cette situation le soutien des collègues est important.

L'évolution constante de l'activité de soin en néonatalogie (patients de plus en plus immatures et fragiles, technicité accrue, informatisation, etc...) pourrait venir modifier les niveaux de stress éprouvés par les soignants. L'implantation des soins de développement et la modification architecturale des services de soins intensifs néonataux vers des chambres individuelles sont des facteurs protecteurs des risques psycho sociaux.

## 2.3 Quelles sont les conséquences des risques psychosociaux ?

### *Conséquences individuelles*

Le burnout ne peut être considéré comme quelque chose de fixé mais plus comme un élément dynamique, comme une spirale infernale de dégradation. En premier lieu, apparaît une hyperactivité puis un stade d'épuisement aboutissant à une diminution de l'activité (associée à une diminution de la communication et de l'empathie). Ensuite, vient la phase des problèmes émotionnels et cognitifs liés au stress avec un repli sur soi, un absentéisme. Dans un dernier temps, viennent les problèmes psychosomatiques, la consommation d'alcool ou de substance illicite et les idéations suicidaires. La diminution de la compassion et du stress secondaire et post traumatique sont également associés au burnout.

### *Conséquences collectives : prise en charge des patients et de leur famille*

Le burnout des professionnels impacte directement la prise en charge de certains patients en engendrant un climat de travail moins sécurisé favorisant les erreurs ou en modifiant les décisions éthiques des néonatalogistes pour les patients les plus fragiles. Cependant la présence consciente et maîtrisée d'une certaine forme de détresse morale, en humanisant les relations soignants/patients/famille paraît favorable à l'établissement de soins de qualité en néonatalogie.

## 2.4 Quelles sont les stratégies permettant de prévenir et de prendre en charge les risques psychosociaux liés au travail ?

Limiter les risques psychosociaux, favoriser la qualité de vie au travail et apporter un soutien efficace et pérenne aux personnels soignants est un enjeu important pour une prise en charge de qualité dans les unités de néonatalogie mais aussi tout simplement par humanité envers le personnel. Les stratégies sont d'abord représentées par le repérage des personnes à risque ou atteinte de burnout qui peut être réalisé par le médecin traitant, le médecin du travail et l'équipe de santé au travail. Puis, afin de prévenir l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout dans les services de néonatalogie, une action d'anticipation des risques psychosociaux est nécessaire en passant par une information et une formation du personnel soignant sur ces notions. Des temps d'échanges et de communication de qualité sont indispensables tout en veillant bien sûr à la charge de travail et à l'organisation.

La prise en charge du burnout passe par la prescription d'un arrêt de travail d'une durée adaptée à l'évolution du trouble et du contexte socioprofessionnel.

Au niveau individuel, des interventions telles que la méditation en pleine conscience, des interventions visant à améliorer la communication, les capacités d'adaptation au stress et l'auto-production d'émotions positives existent.

Au niveau collectif, les stratégies de prévention peuvent concerner des actions visant à améliorer la communication dans les équipes au sens général ou axé sur la sécurité des soins (« Comprehensive Care rounds », programme « Partners in Caring », la pratique de « Leaderships Walkrounds »), des actions faisant intervenir des personnes extérieures lors d'entretiens semi structurés et de groupes de paroles, ou encore permettant la mise en place d'un accompagnement et d'un soutien psychologique des soignants. L'augmentation de la formation des soignants pour leur permettre de mieux soutenir les parents et de limiter leur propre souffrance est aussi recommandée.

### **2.5 Un soutien des personnels a-t-il un impact sur la qualité des soins aux nouveau-nés et à leur famille ?**

En pratique, aucune étude publiée ne permet de répondre précisément à cette question.

## **3. Recommandations**

Le diagnostic du burnout et de l'épuisement professionnel est difficile à effectuer. Il est plus élevé dans les professions en lien avec la santé (NP4) et particulièrement chez les soignants travaillant en pédiatrie et en néonatalogie.

Voici les recommandations que nous pouvons élaborer au niveau individuel, collectif et institutionnel. Ces trois niveaux semblent essentiels et complémentaires pour lutter contre les risques psychosociaux.

### **3.1. Au niveau individuel**

Il existe des facteurs de risques connus de burnout qui sont au niveau personnel, une personnalité avec des caractéristiques particulières (tendance à éprouver facilement des émotions désagréables, l'inquiétude, l'anxiété, ...) mais aussi le faible niveau de formation professionnelle, l'ancienneté dans un même service, le travail en pédiatrie, la confrontation à certaines situations comme le décès, la charge de travail, le temps de travail et l'organisation même du travail (NP4). Il est recommandé d'informer et de former le personnel soignant sur ces différents facteurs de risque (Grade C).

Les signes précurseurs du burnout sont représentés initialement par une hyperactivité ou un épuisement, puis une diminution de la communication et de l'empathie, ensuite apparaissent des problèmes émotionnels (stress, absentéisme), des problèmes psychosomatiques, la consommation d'alcool ou de produits illicites, et pour finir l'apparition d'idées noires. Il est recommandé de connaître ces signes afin de les dépister précocement (Grade C).

Il existe un effet positif de la méditation en pleine conscience sur le stress, l'anxiété et/ou la dépression (NP4) et des thérapies cognitives et comportementales sur la fatigue et la dépression. Leur pratique est donc recommandée pour prévenir le burnout (Grade C).

La mise par écrit de façon régulière des situations difficiles pour les soignants n'est pas suffisante pour diminuer les scores de stress (NP4). Ceci ne peut donc pas être recommandé de façon isolée (Grade C).

### **3.2 Au niveau collectif**

Certaines situations en lien avec le patient soigné (soins palliatifs, décès, risque vital, douleurs...) sont des facteurs de risque de burnout et/ou de stress post traumatique secondaire (NP4). Il est donc recommandé de savoir les identifier et d'apporter un soutien adapté aux soignants exposés (Grade C).

Etre impliqué dans une erreur ou la survenu d'un évènement indésirable augmente l'anxiété et le stress et peut être le mode d'entrée dans un burnout (NP4). Il est recommandé d'être particulièrement vigilant dans ces situations et apporter un soutien adapté à ceux qui l'ont vécu (Grade C).

La cohésion au sein d'une équipe, le soutien des collègues va permettre de limiter l'anxiété, la dépression et l'apparition d'un burnout alors que le manque de communication au sein d'une équipe favorise les risques psychosociaux (NP4). Il est donc recommandé de favoriser une bonne entente (communication interpersonnelle et cohésion) au sein de l'équipe, notamment en préservant un temps d'échange formalisé au sein de l'équipe soignante (Grade C).

Afin de permettre aux soignants de mieux soutenir émotionnellement les parents tout en régulant leurs propres émotions (NP 4), il convient de promouvoir des formations sur la communication avec les familles et la gestion de l'anxiété (Grade C).



### 3.3 Au niveau institutionnel

Un taux plus élevé de burnout étant retrouvé dans les USIN où les taux d'admission journalières et l'occupation des lits étaient élevés et où le temps infirmier pour chaque patient étaient les plus faibles (NP 4), il est recommandé de faire particulièrement attention en période de travail plus important et d'avoir une réflexion autour de l'adéquation des effectifs permettant une sécurité et une satisfaction des soins et également de veiller à la charge de travail et à l'organisation (Grade C).

La flexibilité des horaires de travail et l'autonomie augmentent la satisfaction au travail (NP4), il est donc nécessaire d'être vigilant sur la gestion du temps de travail (grade C). Cependant, il faut veiller particulièrement à ce que la flexibilité nécessaire respecte les périodes de repos et l'équilibre vie professionnelle/ vie personnelle et ne soit pas imposée aux soignants (Grade C).

Le temps de travail infirmier et en particulier s'il dépasse 13 heures consécutives est associé à une insatisfaction et à un taux de burnout plus important (NP4), il est recommandé de limiter le temps de travail à 12 heures consécutives maximum (Grade C).

Les soignants travaillant dans des unités en chambres familiales ont un niveau de stress moins important (NP4), il est donc recommandé de favoriser leur implantation cependant, un accompagnement spécifique des équipes doit y être associé afin de lutter contre le sentiment d'isolement des soignants (Grade C).

Un environnement bruyant ou conflictuel, des sur stimulations peuvent induire du stress (NP4), il est donc recommandé de favoriser un environnement calme (Grade C)

L'implantation des soins de développement formalisés au sein du programme NIDCAP ou réalisé avec la participation de bénévoles augmente la satisfaction au travail et diminue les scores d'épuisement professionnel (NP4), il est recommandé de développer ces stratégies de soin également pour le bien-être des soignants (grade C).

## 4. Stratégie d'implantation

La première stratégie est d'informer sur les signes pouvant faire craindre un épuisement professionnel. La mise à disposition de fiches explicatives sur les signes d'épuisement professionnel, et des critères le définissant peut être une première aide.

Les différentes stratégies permettant d'appliquer au mieux ces recommandations sont les suivantes :

### 4.1 Au niveau individuel

Il convient de favoriser un équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale. Une vie saine passe par une alimentation équilibrée (quantité, qualité et horaire des repas), la pratique

d'une activité sportive et la préservation de moments de relaxation. La méditation en pleine conscience ou le yoga peuvent aider à lutter contre l'anxiété. La mise à disposition de fiches ou de petites séquences vidéos peuvent être une aide pour les soignants.

Avoir un médecin traitant, est indispensable car c'est lui qui va permettre le dépistage et la coordination de la prise en charge en cas de burnout. La majorité des soignants et en particulier du personnel médical est dépourvu de médecin traitant. Ceci a fait l'objet de campagnes de communication à l'échelle nationale qui mériterait d'être renouvelées.

En cas de signes évocateurs d'épuisement professionnel, il convient de consulter rapidement son médecin traitant qui pourra juger des troubles. La prescription d'un arrêt de travail est le plus souvent nécessaire. Cet arrêt de travail doit être expliqué aux collègues pour qu'il ne soit pas jugé négativement.

Le traitement comporte une prise en charge non médicamenteuse fondée sur des interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles effectuées par un professionnel de santé ou un psychologue formé à ces techniques. Le médecin prescrit si nécessaire un traitement médicamenteux en s'appuyant sur la démarche diagnostique et adresse éventuellement le patient à un psychiatre. Cette prise en charge et les éventuels arrêts de travail nécessaires ne devraient pas être culpabilisant ni stigmatisant pour la personne. Pour cela, seule une information sur cette pathologie au sein d'une équipe peut permettre une meilleure compréhension.

Dans tous les cas, il est recommandé que le médecin traitant se mette, avec l'accord du patient, en contact avec son médecin du travail ou celui d'une consultation de pathologie professionnelle pour alerter et avoir un éclairage sur le lieu de travail comme le recommande l'HAS. L'analyse du poste et des conditions de travail est en effet indispensable.

Le retour au travail doit être préparé. À cet effet, il est recommandé d'organiser une visite de pré-reprise avec le médecin du travail.

## **4.2 Au niveau collectif**

Un environnement calme et fonctionnel ajusté aux besoins de chacun étant propice au bien-être au travail, une réflexion autour de l'organisation du service et son agencement devrait être effectuée : assouvissement aisé des besoins physiologiques, salle de détente calme et lumineuse à disposition du personnel, ...

La formation du personnel doit être une priorité afin de limiter le sentiment d'insécurité face à une situation spécifique. Cette formation doit comporter un versant médical (prise en charge du patient et de sa maladie) mais également un versant sur la bienveillance des patients afin de faciliter une attitude et des mots justes. Ce programme de formation pourrait inclure notamment 1) la gestion des erreurs 2) les méthodes de réflexivité et de partage d'expérience 3) la construction de l'identité professionnelle de soignant et 4) la confrontation à la mort.

Les étudiants peuvent être exposés à des situations difficiles alors même qu'ils vivent leurs premières expériences professionnelles. En plus de l'apprentissage professionnel standard, une attention particulière doit être apportée à leur état émotionnel notamment lors des situations de soins spécifiques tels que décisions éthiques, décès, etc... Un accompagnement par compagnonnage ou des temps d'échange spécifiques peuvent leur être proposés afin de pouvoir discuter des situations difficiles.

La gestion de certaines situations, conflit avec un patient ou sa famille par exemple, peut faire le lit d'un climat d'insécurité. La qualité de la communication soignant /patient / famille peut être améliorée par des formations s'appuyant sur des jeux de rôle, des programmes de simulation ou encore grâce à l'utilisation de logiciel vidéo.

La cohésion au sein d'une équipe est importante pour le bien-être au travail, il faut donc favoriser un sentiment d'appartenance (la «team building») par différents moyens. Il peut être proposé de travailler sur un projet commun de service afin de mettre en avant la culture d'une valeur et d'une vision commune. Permettre et organiser des moments d'échange « extra-hospitaliers » comme lors d'une fête commune, par exemple, peut également favoriser l'entente au sein d'une équipe.

Certaines situations à risque (décès, discussion éthique,...) doivent déboucher sur un temps de discussion afin de clarifier la situation pour que chacun puisse s'exprimer et éviter l'apparition d'un stress post traumatique secondaire. Une psychologue pourra être présente lors de ce moment d'échange. Ce temps devra être consacré uniquement à la situation afin de ne pas être entrecoupé par les tâches à exécuter. Cet échange étant important il devrait être valorisé en terme de temps de travail.

Le soutien d'un leader peut être également un appui à la fois dans la gestion de cohésion d'équipe et dans l'identification des situations à risque. Le leader devrait pouvoir lui-même disposer de formation et d'un soutien spécifique.

La culture de la sécurité peut s'appuyer sur la réalisation de « walkround » ou « rencontres de sécurité des soins » permettant un moment d'échange entre la direction, les chefs de services, l'encadrement et les soignants de proximité. Cette stratégie montre que la sécurité

des patients est une priorité organisationnelle et implique les différents échelons au sein d'un hôpital.

#### **4.3 Au niveau institutionnel**

Un accès à des lieux de ressource (restauration, salle de sport, relaxation, yoga,...) doit être proposé sur le lieu de travail permettant d'accéder à des loisirs à des horaires compatibles avec son travail et sa vie personnelle.

Une réflexion autour de l'organisation et du rythme de travail doit être menée. Limiter le temps de travail consécutif et identifier clairement les missions de chacun sont deux tâches importantes à réaliser. La flexibilité des horaires peut et doit se faire mais ne doit pas engendrer un dépassement du temps de travail individuel et doit être sur la base du volontariat et non imposée. Il est du rôle de l'encadrement de veiller à l'équité entre les soignants et le respect de la charge horaire individuelle.

Un entretien individuel permet de mettre en évidence des signes évocateurs et/ ou des plaintes formulées par la personne. Cet entretien peut être effectué par un supérieur hiérarchique mais devrait être complété également par la médecine du travail.

L'accès au médecin et à la psychologue du travail doit être facile : d'un point de vue géographique, à proximité des unités de soins, mais aussi d'un point de vue de la disponibilité des services.

Une réflexion autour d'une philosophie globale des soins doit être menée au sein des équipes afin d'aller vers un soin plus humain et plus satisfaisant. Une réflexion sur l'architecture d'un service ou la promotion d'une philosophie de soin doit être menée à la fois pour le bien-être du patient mais également du personnel soignant.

#### **5. Points non résolus**

- Faut-il définir des ratios soignants / soignés pour toutes les catégories de personnels soignants et si oui lesquels et selon quels critères ?
- Comment concilier soins techniques et soins humains ?
- Faut-il favoriser la présence d'un psychologue dédié à l'équipe ? Si oui, combien de temps ?
- Faut-il programmer une visite chez la Médecine du travail à intervalles réguliers pour tous les personnels soignants de néonatalogie ?
- Comment favoriser au mieux l'équilibre entre vie familiale et vie professionnelle ?

- Quelles seront les conséquences sur la population soignée d'une amélioration du bien-être des soignants ?
- Comment concilier l'organisation architecturale adaptée au nouveau-né et à sa famille et l'organisation du travail des soignants ?
- Quel modèle économique et quel financement pour favoriser la santé mentale et physique des soignants et des soignés ?
- Peut-t- on transposer les résultats des études, nombreuses, sur le burnout des travailleurs au sens large au domaine des soignants en néonatalogie ?

## 6. Recommandations pour la recherche

- Réaliser une étude type benchmarking entre les unités pour évaluer les facteurs protecteurs contre les risques socio-professionnels avec une approche socio-culturelle.
- Mettre en place une prise en charge selon une méthodologie rigoureuse de **prévention** des risques psychosociaux et évaluer objectivement ses bénéfices sur les soignants mais aussi en terme de qualité des soins, en termes financiers et en évaluant la satisfaction des soignés.
- Evaluer le temps de travail hebdomadaire maximum et le nombre d'heures d'affilée maximale raisonnable, en particulier dans le corps médical ?
- Evaluer la meilleure thérapie pour permettre le retour au travail de ceux qui ont souffert de burnout ?
- Evaluer l'impact des risques socio-professionnels sur le devenir des nouveau-nés soignés et de leur famille.
- Evaluer l'implantation de groupes d'échange de pratiques réguliers ou à la demande ? Si oui dans quels dispositifs (service, établissement, autre..), avec quelles modalités et avec quels intervenants extérieurs éventuels ?

## 7. Conclusion

Les soignants prenant soin de nouveau-nés hospitalisés et de leurs familles sont particulièrement exposés aux risques psychosociaux en raison de la population particulière qu'ils prennent en charge mais aussi de certaines caractéristiques personnelles et organisationnelles. Les risques psychosociaux ont des conséquences sur les soignants eux-mêmes mais aussi potentiellement sur les soignés. La prévention, le dépistage et la prise en charge sont à ce jour insuffisamment développés et explorés. Une réflexion institutionnelle globale sur le modèle de soins choisi est indispensable dans ce contexte.