Revue Recherches et études en Développement, Volume (13) / Issue(1), Juin2026, pp380-389

Hyperadaptation et stress infirmier: lecture psychosomatique intégrative à partir des travaux de Jean-Benjamin Stora

Hyperadaptation and Nursing Stress: An Integrative Psychosomatic Reading Based on the Work of Jean-Benjamin Stora

AOUCHICHICHE Walid [1], IKARDOUCHENE Zahia* [2]

[1] Université de Bejaia, (Algérie), walid.aouchiche@univ-bejaia.dz

[2] Université de Bejaia (Algérie), zahia.ikardouchene@univ-bejaia.dz

Réception : 08/01/2026 **Acceptation:** 13/06/2026 **Publication:**30/06/2026

Résumé:

L'hyperadaptation, une technique utilisée par les infirmiers pour préserver leur performance dans des milieux de travail exigeants, est l'un des signes principaux du stress au travail.

Cette étude théorique et épistémologique repose sur l'approche psychosomatique intégrative de Jean-Benjamin Stora pour étudier ce phénomène.

Stora, à l'encontre des idées préconçues, souligne que l'hyperadaptation au travail entraîne un lourd tribut psychique associé à une intense sollicitation émotionnelle, à la carence d'espaces de symbolisation et à l'inégalité entre l'implication personnelle et la valorisation sociale, mettant ainsi en lumière les limites des théories traditionnelles du stress.

Mots clés: Hyperadaptation; Stress infirmier; Psychosomatique intégrative; Symbolisation; Organisation du travail.

JEL Classification Codes : J81

Abstract :

One important sign of work-related stress is hyperadaptation, a tactic used by nurses to sustain professional performance in challenging work environments. Jean-Benjamin Stora's integrative psychosomatic approach is used in this theoretical and epistemological analysis to investigate this phenomenon. Stora highlights the limitations of traditional stress theories by arguing that, in contrast to popular belief, hyperadaptation at work carries a substantial psychological cost due to high emotional demands, a lack of symbolic spaces, and an imbalance between subjective investment and social recognition.

Keywords: Hyperadaptation; Nursing stress; Integrative psychosomatics; Symbolization; Work organization

JEL Classification Codes : J81

* **Corresponding Author**

Hyperadaptation et stress infirmier: lecture psychosomatique intégrative à partir des travaux de Jean-Benjamin Stora

1. Introduction

Le plus souvent, le stress professionnel des infirmières est discuté à la lumière de catégories descriptives telles que la charge, l'intensité émotionnelle ou le manque de ressources organisationnelles. Ces éléments sont indéniables, mais ils présentent une accumulation insuffisante qui pourrait expliquer la provenance des formes cliniques. Concrètement, nous voulons parler des formes qui se traduisent à la fois par une fatigue durable, somatisations diffuses, et une capacité paradoxale à fonctionner dans certaines conditions malgré l'épuisement psychologique et physique.

Pourquoi certaines infirmières, confrontées de manière continue à des conditions de travail difficiles, ne craquent-elles pas tout de suite, mais plutôt élaborent des mécanismes de fonctionnement caractérisés par un engagement professionnel excessif, la maîtrise des émotions et le refus de la fatigue? Comment interpréter cette aptitude à «tenir», fréquemment appréciée au niveau institutionnel, mais liée à un lourd tribut psychosomatique?

Ces questions encouragent à changer de perspective, du stress perçu comme une réaction momentanée à un facteur de stress, vers le stress envisagé comme un processus qui s'inscrit dans la durée. Elles amènent aussi à remettre en question les cadres théoriques utilisés pour comprendre le stress chez les infirmiers et infermières. Les modèles traditionnels biologiques, psychosociaux ou psychodynamiques identifient les facteurs de risque, mais peinent à expliquer les processus internes par lesquels l'individu préserve son fonctionnement au prix d'une désymbolisation progressive.

Le modèle psychosomatique intégratif de Jean-Benjamin Stora propose un cadre particulièrement éclairant pour analyser ces phénomènes. En considérant la psyché comme un système ouvert en constante interaction avec le milieu professionnel, social et culturel, on peut interpréter l'hyperadaptation non comme un atout, mais comme une méthode de régulation coûteuse pouvant mener à des troubles psychosomatiques (Stora, 2001 ; 2003).

L'article suggère de percevoir l'hyperadaptation non pas comme un atout personnel, mais comme une manifestation clinique en conséquence du fonctionnement des structures de soins.

2. Du stress comme réaction, au stress comme processus:

2.1 Limites des modèles explicatifs classiques

Les premières définitions du stress ont été élaborées sur la base de la réponse adaptative de l'organisme à une contrainte extérieure. Le modèle de réaction au stress proposé par Hans Selye, connu sous le nom de syndrome général d'adaptation, définit le stress comme une réponse biologique non spécifique, structurée en trois étapes successives: l'alarme, la résistance et l'épuisement (Selye, 1956). Ce modèle a marqué une progression significative en offrant une perspective sur l'impact du stress chronique sur le corps. Cependant, son utilisation dans le domaine du travail infirmier pose rapidement un premier défi clinique: comment interpréter les situations où l'individu ne «s'effondre» pas, ne «s'épuise» pas au sens strict, mais persiste à fonctionner de manière durable sous pression?

Des études ultérieures ont démontré que le stress chronique ne se résume pas à une simple diminution d'énergie, mais plutôt à une dysrégulation prolongée des systèmes neuroendocriniens et

immunitaires (Sapolsky, 1998). Cependant, parmi les infirmières, l'observation clinique révèle des situations où la performance professionnelle reste intacte malgré l'apparition de problèmes somatiques, de fatigue durable ou de signes dépressifs subtils. Cette situation remet directement en question la validité d'un modèle basé sur la notion d'une fin ultime. Que se passe-t-il avec le stress lorsqu'il n'entraîne pas l'effondrement, mais plutôt une adaptation prolongée et coûteuse?

Les modèles psychosociaux du stress, en particulier ceux basés sur les recherches de Lazarus et Folkman, ont permis d'intégrer l'aspect subjectif de l'évaluation cognitive et des mécanismes d'adaptation (Lazarus et Folkman, 1984). On considère le stress comme le résultat d'un déséquilibre entre les exigences perçues de l'environnement et les ressources dont dispose l'individu pour y réagir. Cette méthode fournit des instruments utiles pour examiner le stress au travail, spécialement dans les professions de soin confrontées à diverses pressions. Toutefois, elle a tendance à percevoir l'adaptation comme un processus généralement efficace, laissant en attente une interrogation majeure: que se produit-il lorsque les mécanismes d'adaptation deviennent inflexibles, répétitifs et défensifs ?

Dans le cadre du travail infirmier, les stratégies d'adaptation constatées sur le plan clinique ne conduisent pas toujours à une diminution du stress ressenti. Elles peuvent parfois se traduire par un maintien de l'état actuel au détriment d'une gestion plus intense des émotions et d'un surengagement dans la tâche. Il ne s'agit donc plus uniquement de l'efficacité des stratégies d'adaptation, mais également de leur impact psychologique et physique à long terme. Les modèles psychosociaux prennent en compte les contraintes organisationnelles, mais ont du mal à expliquer les processus de désymbolisation et de clivage affectif observés chez des soignantes qualifiées pourtant de «compétentes» et «engagées».

Les approches psychanalytiques du stress et de la psychosomatique ont, quant à elles, permis d'introduire la question du fonctionnement mental, de la mentalisation et des conflits intrapsychiques dans la compréhension des troubles somatiques. Pierre Marty et l'École psychosomatique de Paris ont souligné l'importance majeure du préconscient et de la faculté de symbolisation dans la prévention des troubles somatiques (Marty, 1963; Marty, 1990). Toutefois, ces modèles restent largement centrés sur l'économie interne du sujet, en considérant l'environnement principalement comme un facteur déclenchant.

Concernant le stress des infirmières, la souffrance ne peut pas être simplement réduite à une vulnérabilité individuelle de la dynamique psychologique. Elle se situe dans des contextes de travail caractérisés par une exposition constante à la détresse, une forte attente de continuité dans les opérations et une reconnaissance fréquemment déficiente du travail émotionnel réalisé. Comment appréhender les situations où l'individu «tient», non pas parce qu'il dispose d'une mentalisation suffisante, mais parce que l'arrêt ou l'effondrement lui sont psychologiquement ou socialement impossibles[1]?

Les contraintes partagées des modèles biologiques, psychosociaux et psychodynamiques suggèrent un changement théorique significatif: envisager le stress non plus comme une réaction instantanée, mais comme un processus persistant découlant de l'interaction constante entre l'individu et son milieu. Selon cette vision, le stress chez les infirmiers ne se manifeste pas comme un échec d'adaptation, mais plutôt comme une hyperadaptation couteuse. L'approche

[1] Parce que justement, la norme dit qu'il faut rester à la hauteur de ce qui est demandé socialement.

psychosomatique intégrative de Jean-Benjamin Stora offre une compréhension de ce phénomène en conceptualisant le psychisme comme un système ouvert influencé par les exigences organisationnelles, sociales et culturelles du travail.

2.2 L'hyperadaptation comme modalité centrale de régulation du stress infirmier:

L'examen clinique du stress chez les infirmières révèle un aspect récurrent: la détresse psychologique ne conduit pas forcément à une rupture immédiate de leur fonctionnement professionnel. En effet, beaucoup d'infirmières poursuivent leurs activités avec précision, efficacité et dévouement, parfois pendant des années, malgré l'apparition progressive de symptômes corporels, d'épuisement chronique ou de troubles anxieux-dépresseurs subtils. Cette aptitude à «tenir» soulève des questions sur la façon dont le stress est géré, non pas par une adaptation souple, mais par des ajustements rigides et onéreux.

Le concept d'hyperadaptation permet de penser cette configuration spécifique. Contrairement à l'adaptation au sens classique, qui suppose une modulation des réponses du sujet en fonction de ses ressources et des contraintes de l'environnement, l'hyperadaptation renvoie à un surajustement prolongé aux exigences externes, au détriment des besoins psychiques internes. Le sujet ne s'adapte pas pour préserver son équilibre, mais pour maintenir le fonctionnement, parfois au prix d'un clivage affectif et d'une réduction de l'activité de symbolisation[2].

Jean-Benjamin Stora, dans ses études sur le stress chronique, met en évidence que le stress devient nuisible lorsqu'il s'ancre sur le long terme et ne peut plus être psychologiquement transformé (Stora, 1993; 1999). Cela donne lieu à des mécanismes de régulation qui privilégient l'efficacité opérationnelle et la continuité de l'action, au détriment du développement émotionnel, un aspect qui sera détaillé dans le titre suivant consacré *au travail infirmier comme analyseur clinique privilégié du stress chronique.*

L'absence de manifestation psychique claire ne doit pas être interprétée comme un signe de santé mentale positive, mais peut plutôt indiquer un fonctionnement opérationnel et une diminution du travail de liaison psychologique.

Dans cette perspective, l'hyperadaptation peut être interprétée comme une stratégie défensive étroitement associée aux restrictions organisationnelles du métier d'infirmier, qui entravent les possibilités de se retirer, de faire des pauses et de développer l'expérience émotionnelle.

D'après Stora, cette forme de régulation devient particulièrement nuisible lorsque la disproportion entre l'implication subjective et la reconnaissance sociale persiste dans le temps

[2] En d'autres termes, une personne peut continuer à mener sa vie quotidienne (travailler, prendre des décisions, agir) sans manifester d'angoisse ou de conflit psychologique manifeste, tout en souffrant d'une diminution de sa vie émotionnelle et d'une capacité réduite à exprimer ses tensions, celles-ci pouvant alors se déplacer vers le corps ou le comportement. Par exemple, chez certains professionnels soumis à un stress de longue durée, l'absence de manifestations psychiques peut dissimuler une approche axée sur l'action et le contrôle, au détriment du traitement émotionnel, ce qui compromet la régulation psychosomatique. Ainsi, l'efficacité visible et l'absence de réclamation ne garantissent pas forcément une activité psychique, mais peuvent plutôt indiquer une diminution des mécanismes de symbolisation.

(Stora, 1999). L'hyperadaptation ne reste plus qu'une ressource temporaire, elle devient un mode de fonctionnement pérenne et solidement installé qui érode graduellement les processus de régulation psychosomatique.

L'idée d'hyperadaptation est d'une grande importance clinique pour saisir les types de souffrance silencieuse que l'on observe chez les infirmières. En transcendant la distinction entre les sujets «résistants» et «vulnérables», il souligne que l'aptitude à résister sous pression peut se transformer en un facteur de risque psychosomatique, soulevant ainsi une question centrale pour la prévention.

L'approche de Jean-Benjamin Stora, qui conçoit le stress infirmier comme un processus dynamique inscrit dans un système ouvert, offre une structure théorique pour relier l'hyperadaptation individuelle aux exigences organisationnelles et culturelles du métier d'infirmier. Cette articulation représente un pivot essentiel pour réfléchir non seulement aux méthodes de gestion clinique, mais également aux défis institutionnels liés à la prévention du stress au travail.

3. Le travail infirmier comme analyseur clinique privilégié du stress chronique

Le choix de l'activité infirmière comme sujet d'étude ne découle pas simplement d'un intérêt empirique accessoire, mais témoigne d'une cohérence théorique et clinique primordiale dans la perspective psychosomatique intégrative. Certaines configurations professionnelles chez Jean-Benjamin Stora servent de véritables outils d'analyse du fonctionnement psychosomatique, car elles exposent les limites des mécanismes traditionnels de gestion du stress. Dans ce contexte, la profession infirmière occupe une position singulière.

Une première caractéristique réside dans l'essence même de l'activité de soin. Le métier d'infirmier présente, régulièrement et durablement, des situations chargées d'émotion. Stora met l'accent sur le fait que le stress devient nocif lorsque l'organisme est exposé à des stimuli répétés sans avoir suffisamment de moyens de transformation psychique (Stora, 1993).

Dans le domaine infirmier, cette évolution est fréquemment freinée par des restrictions liées au temps, à l'organisation et aux institutions qui entravent la construction subjective de l'expérience émotionnelle. Le soin nécessite une continuité opérationnelle qui offre peu de place pour l'interruption, la distanciation ou la symbolisation.

Cette situation pose une question clinique importante: que se passe-t-il pour l'affect lorsqu'il ne peut être libéré par l'action, ni traité par la parole, ni reconnu symboliquement par l'institution? L'approche psychosomatique intégrative suggère qu'en de telles circonstances, l'affect a tendance à se désorganiser et à se transférer vers le domaine somatique. Le corps devient alors un moyen d'expression privilégié pour ce qui n'a pas pu être représenté sur le plan psychique.

Le travail infirmier offre aussi l'opportunité d'examiner la fonction de la reconnaissance dans le contrôle du stress. Stora souligne que l'importance du stress au travail ne peut être saisie sans tenir compte de la valeur symbolique attribuée à la tâche réalisée (Stora, 1999). Dans les métiers liés aux soins, l'implication personnelle est généralement forte, mais la reconnaissance de la part des institutions et de la société reste précaire, ambivalente ou fluctuante. Cette asymétrie persistante représente un élément clé de la désorganisation psychosomatique.

La reconnaissance ne se réduit pas à la rétribution ou aux distinctions officielles. Elle englobe aussi la reconnaissance du sens du travail, de sa dureté émotionnelle et de son impact psychologique. Quand cet élément est sous-estimé ou banalisé, la personne concernée tend à

internaliser la contrainte et à développer des mécanismes d'hyperadaptation. La pérennité du fonctionnement devient alors une exigence interne, parfois plus rigoureuse que les sollicitations explicites de l'organisation[3].

Un autre aspect crucial, bien qu'il soit rarement énoncé de façon explicite, se rapporte à la question de la différence des sexes. Stora ne développe pas une théorie du genre selon le sens moderne du terme, cependant, il démontre que certaines professions historiquement féminines sont engagées dans des dynamiques particulières de reconnaissance et de valorisation du travail (Stora, 2016). Les professions de soins sont souvent liées à des attributs considérés comme «innés» - empathie, présence affective, altruisme- ce qui a pour effet d'occulter leur coût psychologique et de minimiser leur valeur symbolique.

Cette normalisation du soin contribue à intensifier les processus d'hyperadaptation constatés chez les infirmières. L'obligation tacite de maintenir la continuité, d'exercer le contrôle émotionnel et d'endosser la responsabilité morale complique l'expression de la douleur et de la plainte. Ainsi, le corps devient l'endroit où se manifestent les tensions non identifiées, sous la forme de troubles somatiques diffus, de fatigue persistante ou de dépressions déguisées.

Le rôle infirmier se présente donc comme un outil d'analyse clinique de choix pour examiner les limites des modèles traditionnels du stress. Les modèles biologiques ont du mal à saisir le sens subjectif du soin et le poids émotionnel qu'il entraîne. Les modèles psychosociaux exposent les contraintes organisationnelles, cependant ils tendent à minimiser fréquemment les processus de désymbolisation. Les méthodes psychodynamiques focalisées sur des systèmes clos, de leur côté, omettent l'importance du milieu de travail et des rapports de reconnaissance.

Ainsi, le stress infirmier n'est pas simplement un cas spécifique parmi d'autres, mais plutôt un carrefour où se regroupent les problématiques liées au stress chronique, à l'hyperadaptation, aux différences entre les sexes et à la régulation psychosomatique. Il fournit un contexte d'examen clinique privilégié pour questionner les circonstances dans lesquelles le stress cesse d'être un signal adaptatif pour se transformer en un processus de désorganisation progressive.

Cela soulève de manière évidente la question de la prévention et du traitement du stress au travail. Si le stress des infirmiers est intrinsèquement lié à la structure du travail et aux modalités de

[3] La valorisation du travail ne se réduit pas aux récompenses formelles (rémunération, bonus, avancement), elle implique aussi la reconnaissance de la portée du travail et de son coût psychologique (stress lié à la douleur, à la mort, à l'urgence, aux cas d'éthique). Quand cet aspect est atténué ou normalisé au nom de la profession («c'est le métier», «il faut être fort»), la contrainte institutionnelle a tendance à se convertir en un surmoi professionnel exigeant. L'exigence de maintenir le fonctionnement devient alors une obligation interne liée à l'idéal du moi (persister, ne pas faillir, être toujours disponible), parfois plus contraignante que les directives explicites de l'organisation institutionnelle. Cette dynamique encourage des stratégies d'hyperadaptation (surinvestissement, suppression de la plainte, anesthésie affective), qui sont socialement valorisées mais psychiquement couteuses. Ces stratégies accroissent le risque de désorganisation psychosomatique lorsque les affects ne parviennent plus à être symbolisés et s'expriment de manière privilégiée par le corps (épuisement persistant, troubles fonctionnels, somatisations).

reconnaissance, alors les réponses qui se focalisent uniquement sur l'individu semblent fondamentalement insuffisantes.

3.1 Prévention et thérapie du stress infirmier : limites des réponses individualisantes :

L'étude du métier d'infirmier ne découle pas seulement d'une curiosité empirique, mais s'aligne également avec la cohérence théorique et clinique fondamentale de l'approche psychosomatique intégrative. Dans la théorie de Stora, certaines configurations professionnelles agissent comme des analyseurs du fonctionnement psychosomatique, exposant ainsi les limites des modèles traditionnels de gestion du stress. C'est une position unique que le rôle d'infirmier assume.

Le métier d'infirmier est en permanence confronté à des situations chargées d'émotion - maladie, souffrance, dépendance, dégradation et décès- non pas de façon sporadique, comme lors de cas traumatiques isolés, mais sur le long terme. Il ne s'agit donc pas uniquement de l'ampleur du stress, mais aussi de sa durabilité, dans un cadre organisationnel où les impératifs de temps, de continuité des opérations et d'exercice institutionnel offrent peu de marge pour l'interruption, la distanciation ou la symbolisation de l'expérience émotionnelle.

Quand l'affect n'est pas psychiquement élaboré, symboliquement reconnu ou transformé par la parole, l'approche psychosomatique intégrative démontre qu'il a tendance à se désorganiser et à se manifester dans le corps, sous forme de problèmes somatiques, d'épuisement prolongé ou de dépressions cachées. Cette dynamique est intrinsèquement associée à la problématique de la reconnaissance: dans les professions du soin, l'implication personnelle est forte, alors que la reconnaissance par les institutions et la société reste fréquemment précaire, ambivalente ou variable (Stora, 1999), ce qui favorise l'assimilation de la contrainte et le recours à des mécanismes d'hyperadaptation.

Sans élaborer une théorie du genre à la manière actuelle, Stora met l'accent sur le fait que les métiers de soin historiquement féminins, liés à des attributs présumés innés comme l'empathie ou l'altruisme, sont pris dans des dynamiques précises de reconnaissance qui ont tendance à rendre leur coût psychique invisible et à déplacer l'expression de la souffrance vers le domaine somatique.

Le stress infirmier se présente comme un point de rencontre entre le stress chronique, l'hyperadaptation, les différences des sexes et la régulation psychosomatique, soulignant les limites des perspectives biologiques, psychosociales ou psychodynamiques focalisées sur des systèmes fermés. Sous cet angle, les approches de prévention et d'intervention purement individuelles s'avèrent inadéquates, car elles omettent les facteurs structurels, organisationnels et symboliques de l'activité de soins.

4. Discussion:

4.1. l’hyperadaptation comme impasse clinique et théorique dans le stress infirmier

L'approche psychosomatique intégrative du stress infirmier va au-delà des modèles qui se concentrent uniquement sur l'adaptation individuelle ou la vulnérabilité personnelle. Elle souligne que l'hyperadaptation, fréquemment perçue comme une manifestation de résilience ou de solidité professionnelle, est en fait un signe clinique de vulnérabilité psychosomatique. Le fait de rester performant même dans l'adversité ne garantit pas l'absence de souffrance; au contraire, cela peut cacher son expression jusqu'à ce qu'elle se manifeste physiquement.

Dans le secteur infirmier, l'hyperadaptation se déroule dans un cadre organisationnel caractérisé par des contraintes durables: surmenage, attentes émotionnelles fortes, manque de valorisation institutionnelle et pression incessante pour la performance. Ces circonstances entraînent une désymbolisation graduelle de l'expérience subjective, où les affects ne disposent plus d'un espace pour être élaborés psychiquement. Le stress n'est donc pas simplement le résultat d'une vulnérabilité personnelle ou d'une surcharge de requêtes, mais plutôt un déséquilibre persistant entre les demandes du système professionnel et les facultés de symbolisation de l'individu.

De ce point de vue, le stress infirmier se présente comme un phénomène psychosomatique complexe, qui se situe à la croisée du psychologique, du somatique, du social et du culturel. Il incite à une analyse critique des devoirs institutionnels dans l'origine et la pérennisation de la détresse au travail, et encourage à réviser les stratégies de prévention au-delà des simples solutions individuelles.

4.3 Désymbolisation et corps en tant que lieu d'expression de la douleur.

Une exposition continue à des situations hautement émotionnelles, sans suffisamment de temps ni d'espaces pour leur donner un sens, mène à une désymbolisation partielle des affects. Quand l'appareil psychique ne réussit plus à gérer les tensions internes, la douleur a tendance à se manifester principalement par le biais du corps. Dans le domaine de l'infirmier, cette dynamique se traduit par divers troubles fonctionnels: douleurs généralisées, problèmes digestifs, maux de tête, épuisement chronique ou fatigue persistante.

D'après le modèle psychosomatique intégratif de Stora, le corps se transforme en un espace d'expression substitutif, là où la communication verbale et le traitement psychique sont absents. Cette somatisation ne découle pas d'un déterminisme biologique isolé, mais d'un processus dynamique où la structuration du travail a une importance primordiale. Le manque d'espaces de représentation, la persistance des contraintes et l'exigence de rester efficace contribuent à maintenir un semblant de fonctionnement psychologique sain, au détriment d'un coût somatique cumulatif.

Cette lecture encourage à questionner les mécanismes institutionnels en place: comment encourager, au sein des services de soins, des espaces propices à la construction subjective de l'expérience professionnelle pour éviter d'utiliser le corps comme seule méthode d'expression de la souffrance?

4.4 Différences des sexes et structuration des soins

Pour saisir pleinement les processus d'hyperadaptation et de désymbolisation, il est indispensable de considérer l'aspect social et genré du travail des infirmiers. Les métiers traditionnellement féminins se distinguent par une demande élevée de disponibilité émotionnelle, un dévouement personnel constant et une valorisation sociale fréquemment restreinte. Cette mise en place consolide les tactiques d'hyperadaptation, en favorisant l'aptitude à la prise en charge, le contrôle de ses émotions et le maintien constant du service, indépendamment des restrictions.

Les écarts entre les sexes en matière de gestion et d'expérience du stress ne sont pas le fruit de caractéristiques individuelles, mais plutôt des normes sociales et professionnelles internalisées qui dictent les attentes vis-à-vis des professionnelles de la santé. Ces standards mettent en évidence le danger psychosomatique en privilégiant l'altruisme et l'accomplissement silencieux, tout en rendant

la détresse psychologique invisible. Le stress infirmier devient alors un révélateur des tensions entre les exigences institutionnelles, les normes de genre et la subjectivité des professionnels de santé.

Incorporer cet aspect dans l'examen du stress déplace la perspective: l'objectif n'est plus uniquement d'aider les personnes à mieux s'adapter, mais de remettre en question les structures organisationnelles et symboliques qui génèrent et soutiennent l'hyperadaptation.

4.5 Hyperadaptation et prévention intégrative :

La prise en compte de l'hyperadaptation comme un facteur de risque psychosomatique appelle une réévaluation des stratégies de prévention du stress chez les infirmiers. Une prévention efficace ne peut pas se restreindre uniquement à des actions focalisées sur l'individu, comme les méthodes de relaxation, les traitements médicamenteux ou les programmes de contrôle du stress isolés. Bien que ces dispositifs puissent apporter un répit temporaire, ils demeurent inadéquats s'ils ne sont pas accompagnés de modifications des conditions de travail.

Une stratégie de prévention intégrée nécessite la mise en place d'actions tant individuelles qu'organisationnelles: reconnaissance institutionnelle du travail émotionnel, ajustement des rythmes et périodes de repos, appui aux équipes et élaboration d'espaces de discussion propices à la symbolisation de l'expérience professionnelle. Le défi consiste à diminuer les processus d'hyperadaptation tout en garantissant la qualité et la sûreté des soins.

Dans ce contexte, le stress infirmier est un indicateur clinique des problèmes organisationnels et relationnels dans les établissements de santé. Les stratégies d'hyperadaptation ne sont pas uniquement des réactions isolées, elles témoignent également de contraintes structurelles et de normes sociétales profondément enracinées. Considérer ces aspects pave la route vers une prévention plus équitable, plus pérenne et plus en accord avec la subjectivité des professionnels de santé.

5. Conclusion

Il est impossible de comprendre et traiter efficacement le stress professionnel des infirmiers sans une stratégie globale qui englobe les aspects biologiques, psychologiques, sociaux et culturels. L'approche psychosomatique intégrative de Jean-Benjamin Stora, qui envisage la vie psychique comme un système ouvert, fournit une base appropriée pour réfléchir aux processus de désymbolisation et aux mécanismes d'hyperadaptation que l'on retrouve dans les métiers liés aux soins.

Le rôle d'infirmier est un domaine clinique de choix, compte tenu de l'exposition constante à un stress émotionnel fort et des structures organisationnelles qui favorisent des formes d'hyperadaptation garantissant la persistance du fonctionnement professionnel à un prix psychique et physique élevé. La prévention du stress ne peut donc pas se restreindre à des actions individuelles ; elle exige des changements institutionnels qui encouragent la reconnaissance, la symbolisation et l'entraide collective.

L'analyse des stratégies d'hyperadaptation permet de faire le lien entre la souffrance personnelle, les contraintes structurelles et les problématiques liées à la qualité des soins. Elle offre une perspective heuristique cruciale pour reconsidérer la prévention et la gestion du stress infirmier d'une manière réellement intégrative et humanisante.

5- Bibliographiques et références:

1. Marty P., (1976), *Les mouvements individuels de vie et de mort,* Payot, petite bibliothèque, France.
2. Marty P., (1990), *L'ordre psychosomatique,* Payot, France.
3. Sapolsky R. M., Krey L. C., Mcewen B. S., (1984), Stress- down regulates cortico-sterone receptors in a site specific manner in the brain, *Endocrinology,* Vol 114, n° 1, P. 287
4. Sapolsky R., (1998), Stress, the Aging Brain and the Mechanism of Neuronal Death, *Neuroendocrinology of Stress Response, (1992b)* in Becker J. et alii, Behavioral Endocrinology, Cambridge (Mass.), The MIT Press. USA.
5. Selye H., (1956), *The Stress of Life*, McGraw-Hill. New York,
6. Stora J.-B. (1993). *Audit du stress professionnel*. CR 463, Groupe HEC, Paris.
7. Stora J.-B. (1993). *Le stress des femmes cadres en France*. CR 463, Groupe HEC. Paris
8. Stora J.-B. (1999a). *Quand le corps prend la relève : Stress, traumatismes et maladies somatiques*. Odil Jakob, Paris.
9. Stora J.-B. (1999b). *Stress professionnel : Enquête française et comparaison internationales*. CR 667, Paris.
10. Stora J.-B. (2001). *Stress, psychopathologie et dépendance : quelle philosophie du management au XXIe siècle ?* In Swarte T. de (éd.), *Psychanalyse, management et dépendance au sein des organisations*, L'Harmattan, Paris.
11. Stora J.-B. (2006). *La neuro-psychanalyse*, PUF, Paris
12. Stora J.-B. (2013). *La nouvelle approche psychosomatique. 9 cas cliniques*. MJW-Éditions, France.
13. Stora J.-B. (2015). *Le stress et les risques psychosociaux*. Revue de psychosomatique intégrative, n° 2, novembre 2015. Disponible sur le lien : https://www.psychosomatique-integrative.net/wp-content/uploads/2024/09/revue2.pdf, consulté le 07/01/ 2025 à 15h
14. Stora J.-B. (2016). *Le stress*. PUF. 1re éd. 1991, Paris, France, 128p.
15. Stora J.-B. (2023). *15 cas de thérapies psychosomatiques : Comment soigner les malades, non simplement leurs maladies*. Hermann, Paris, 244 p.
16. Stora J.-B. (2023). *Psychosomatique intégrative : une nouvelle approche des relations entre le corps et l'esprit*. In Press, Paris
17. Stora J.-B., Cooper C. L. (1988). *Stress at the top: The price of success among French corporate presidents*. Journal of Employee Relations (Manchester University Press), Vol. 10, n° 1.