

ANGOISSE VITALE ET VULNERABILITE PSYCHIQUE CHEZ LES PARTURIENTES PRE- ECLAMPTIQUES SUIVIES AU CHU-KARA

Delpha ALI¹

Université de Kara, Kara-Togo

alidelpha687@gmail.com;

Soumana AMADOU²

Université Abdou Moumouni de Niamey, Niger

soumanapsy@yahoo.fr ;

Edem Tété TOUGLO³

CHU Sylvanus Olympio de Lomé, Togo

tetetouglo@gmail.com;

Dimini Cartis BATAMA⁴

Université de Kara, Togo

cartisbat55@gmail.com ;

Dido Marthe KABWE K. K.⁵

Université de Yaoundé 1, Cameroun

markabkan@yahoo.fr ;

Boussanlègue TCHABLE⁶

Université de Kara, Togo

tchable10@gmail.com

Auteur correspondant : Delpha ALI alidelpha687@gmail.com

Résumé

La pré-éclampsie est une complication obstétricale grave exposant la parturiente à une menace materno-fœtale et à une forte vulnérabilité psychique. Cette étude, menée au CHU de Kara dans une démarche de recherche-action, analyse l'impact psychologique du diagnostic chez les patientes hospitalisées et l'apport d'un accompagnement psychologique intégré.

À partir d'entretiens cliniques et d'observations en service de gynécologie-obstétrique, l'analyse met en évidence une angoisse de mort maternelle et néonatale, un sentiment de perte de contrôle et une détresse émotionnelle touchant également les accompagnants et les soignants. L'intervention psychologique a contribué à une meilleure régulation émotionnelle et au renforcement de l'alliance thérapeutique.

Ces résultats plaident pour l'institutionnalisation de la prise en charge psychologique en maternité afin d'améliorer la qualité globale des soins.

Mots-clés : *Pré-éclampsie, Vulnérabilité psychique, Recherche-action, Santé maternelle*

Abstract

Preeclampsia is a serious obstetric complication that exposes pregnant women to maternal and fetal risks, as well as significant psychological vulnerability. This study, conducted at the University Hospital of Kara using an action-research approach, analyzes the psychological impact of the diagnosis among hospitalized patients and examines the contribution of integrated psychological support.

Based on clinical interviews and observations in the obstetrics and gynecology department, the analysis highlights maternal and neonatal death anxiety, a sense of loss of control, and emotional distress affecting not only the patients but also their accompanying persons and healthcare professionals. Psychological intervention contributed to improved emotional regulation and strengthened the therapeutic alliance.

These findings support the institutionalization of psychological care within maternity services in order to improve the overall quality of maternal healthcare.

Keywords: *Preeclampsia, Psychological vulnerability, Action research, Maternal health.*

Introduction

La grossesse est généralement associée à un processus physiologique et psychologique inscrit dans l'attente de la naissance. Toutefois, l'apparition d'une complication obstétricale peut profondément modifier cette expérience et introduire une dimension de menace susceptible d'affecter simultanément la santé physique, la sécurité psychique et les représentations que la femme se fait de sa grossesse. La pré-éclampsie constitue, à cet égard, une complication particulièrement importante. Il s'agit d'un trouble hypertensif pouvant apparaître après la 20^e semaine de grossesse et susceptible d'évoluer vers l'éclampsie, avec des conséquences graves pour la mère et le fœtus. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2025), la pré-éclampsie concerne environ 3 à 8 % des femmes qui accouchent dans le monde. Les troubles hypertensifs de la grossesse sont par ailleurs associés à environ 16 % des décès maternels mondiaux, soit près de 42 000 décès en 2023.

Au-delà de ses manifestations somatiques et de ses risques obstétricaux, la pré-éclampsie peut constituer une expérience psychologiquement éprouvante. L'annonce du diagnostic, l'hospitalisation, la surveillance médicale répétée et l'incertitude

concernant l'évolution de la grossesse peuvent modifier les repères habituels de la femme enceinte. La possibilité d'une complication mettant en jeu sa propre vie ou celle de son enfant peut alors susciter peur, inquiétude, sentiment d'impuissance et besoin accru de réassurance. Cette dimension psychologique mérite une attention particulière dans les contextes où les ressources consacrées à la santé mentale périnatale demeurent limitées.

Les données récentes confirment l'importance de cette problématique. Dans une revue systématique et méta-analyse portant sur 203 études et 212 318 femmes dans 33 pays à revenu faible et intermédiaire, Mitchell et al. (2023) estiment à 22,2 % la prévalence regroupée du trouble anxieux généralisé pendant la période périnatale. Les auteurs soulignent ainsi l'importance du dépistage et de la prise en compte de la santé mentale pendant la grossesse et après l'accouchement. Cette vulnérabilité ne peut cependant être comprise uniquement à partir de catégories psychopathologiques générales. Elle doit également être rapportée aux situations concrètes auxquelles les femmes sont confrontées, notamment lorsque la grossesse devient une situation médicalement à risque.

Les travaux qualitatifs réalisés dans des contextes africains permettent précisément de mieux comprendre cette expérience. Au Ghana, Joshi et al. (2022), à partir d'entretiens menés auprès de 45 femmes ayant présenté une pré-éclampsie ou une éclampsie, rapportent une connaissance parfois limitée du diagnostic, des difficultés de communication avec les professionnels et une détresse émotionnelle associée à l'expérience de la maladie. Les participantes exprimaient notamment un besoin accru d'informations concernant leur état et les soins proposés. Une étude qualitative plus récente menée également au Ghana met en évidence, chez des femmes confrontées à la pré-éclampsie ou à l'éclampsie, des réactions de peur, de culpabilité, de colère, de déni et d'incrédulité, ainsi que des besoins non satisfaits en matière d'information et de soutien émotionnel. Ces constats montrent que

l'expérience psychique de la complication obstétricale constitue une dimension à part entière de la prise en charge.

Dans cette perspective, la présente étude adopte un ancrage théorique biopsychosocial et clinique intégratif. Le modèle biopsychosocial d'Engel (1977) permet d'appréhender la pré-éclampsie comme une situation dans laquelle les dimensions biologiques, psychologiques et sociales sont étroitement interdépendantes. Le modèle transactionnel du stress et du coping de Lazarus et Folkman (1984) permet, quant à lui, de comprendre comment la femme évalue la menace associée à la complication et mobilise différentes ressources pour y faire face. Enfin, l'approche psychodynamique, notamment à travers les notions de *holding* chez Winnicott (1960) et de fonction contenante chez Bion (1962), permet d'interroger la fonction de l'accompagnement psychologique dans une situation où les capacités habituelles de régulation émotionnelle peuvent être mises à l'épreuve.

Dans ce cadre, la vulnérabilité psychique n'est pas considérée comme un trait permanent de la personnalité ni comme l'équivalent automatique d'un trouble psychopathologique. Elle est envisagée comme un état susceptible d'émerger de l'interaction entre la menace obstétricale, les représentations de la grossesse et de la maternité, l'évaluation subjective du danger, les stratégies d'adaptation et les ressources relationnelles disponibles. L'expression « angoisse vitale » désigne ici la convergence des préoccupations relatives à la survie de la mère et à celle de l'enfant, telle qu'elle apparaît dans le discours et les manifestations cliniques observés chez les participantes.

Dans le contexte togolais, cette problématique revêt un intérêt particulier. Les complications obstétricales sont généralement abordées prioritairement sous l'angle de la prévention de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales. Or, la confrontation à une grossesse à risque peut également produire une expérience subjective faite d'incertitude, de peur, de perte de contrôle et de recherche de réassurance. Le contexte hospitalier devient alors non seulement un espace de traitement médical, mais

également un environnement dans lequel peuvent se jouer des processus psychologiques et relationnels importants. L'intégration de la psychologie clinique dans les soins obstétricaux apparaît dès lors susceptible de contribuer à une prise en charge plus globale de la femme.

C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente recherche-action menée au service de gynécologie-obstétrique du CHU-Kara. Elle vise à analyser le vécu psychique de parturientes confrontées à une pré-éclampsie, à identifier les principales manifestations de leur vulnérabilité psychique et à examiner, dans une démarche clinique de recherche-action, la place d'un accompagnement psychologique dans leur expérience de l'hospitalisation et de la complication obstétricale. L'étude cherche ainsi à articuler compréhension clinique et intervention, tout en contribuant à la réflexion sur l'intégration de la santé mentale dans les soins maternels au Togo.

1. Méthodologie

1.1. Type, cadre et période de l'étude

Cette étude s'inscrit dans une démarche qualitative à visée descriptive et analytique, fondée sur une recherche-action en psychologie clinique. Ce choix méthodologique vise à comprendre l'expérience psychique des parturientes confrontées à une pré-éclampsie, tout en permettant une intervention clinique adaptée aux difficultés repérées au cours du processus de recherche. L'étude a été réalisée dans le service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Kara (CHU-Kara), au Togo, du 28 novembre au 12 décembre 2025.

La recherche-action a été organisée selon une dynamique en quatre temps : observation de la situation clinique, exploration des vécus et besoins psychologiques, intervention psychologique et réévaluation clinique. Cette démarche ne visait pas à établir une relation causale entre l'intervention et les évolutions observées,

mais à articuler compréhension clinique et action auprès des participantes.

1.2. Population et échantillonnage

La population source était constituée de dix femmes hospitalisées dans le service de gynécologie-obstétrique durant la période d'étude et ayant reçu un diagnostic médical de pré-éclampsie. Parmi elles, cinq parturientes ont constitué l'échantillon principal. Elles ont été sélectionnées selon un échantillonnage raisonné et non probabiliste, en fonction de leur disponibilité clinique et de leur consentement à participer à l'étude. Leur âge moyen était de 37,2 ans. Toutes étaient mariées ; trois étaient primipares et deux multipares.

Des données complémentaires ont été recueillies auprès de trois accompagnants et de deux professionnels de santé, à savoir un médecin titulaire d'un diplôme d'études spécialisées et une sage-femme. Vingt dossiers médicaux archivés ont également été consultés afin de compléter les informations cliniques. Ces sources complémentaires ont été distinguées de l'échantillon principal et utilisées dans une perspective de triangulation des données.

Étaient incluses les femmes hospitalisées durant la période d'étude, présentant un diagnostic médical de pré-éclampsie, suffisamment disponibles sur le plan clinique pour participer à un entretien et ayant donné leur consentement libre. Les femmes dont l'état clinique ne permettait pas la réalisation d'un entretien ou qui refusaient de participer n'étaient pas incluses.

Tableau 1 Caractéristiques de l'échantillon principal

Caractéristiques	Données
Nombre de participantes	5 parturientes pré-éclamptiques
Âge moyen	37,2 ans
Situation matrimoniale	Toutes mariées

Caractéristiques	Données
Primipares	3
Multipares	2
Mode de sélection	Échantillonnage raisonné et non probabiliste
Période d'étude	28 novembre – 12 décembre 2025
Lieu	Service de gynécologie-obstétrique, CHU-Kara

1.3. Techniques et outils de collecte des données

La collecte des données reposait principalement sur l'entretien clinique semi-directif et l'observation clinique. Les entretiens exploraient notamment les représentations de la grossesse avant la complication, le vécu de l'annonce diagnostique, la perception du risque, la peur de mourir, la crainte de perdre l'enfant, le vécu de l'hospitalisation, le sentiment de perte de contrôle, les relations avec les soignants, le soutien conjugal et familial, les modalités d'adaptation ainsi que les attentes en matière d'accompagnement psychologique.

L'observation clinique portait sur les manifestations émotionnelles et comportementales telles que les pleurs, les silences, l'agitation ou le ralentissement, les modifications du regard, le ton de la voix, les demandes répétées de réassurance, l'attitude face aux soins et les signes de tension. Les dossiers médicaux et les entretiens complémentaires auprès des accompagnants et des professionnels ont permis de contextualiser les données recueillies auprès des participantes.

Tableau 2 Sources et techniques de collecte des données

Source	Nombre	Technique / document	Fonction dans l'étude
Parturientes pré-éclampsiques	5	Entretien clinique semi-directif + observation	Source principale du vécu psychique
Accompagnants	3	Entretien complémentaire	Éclairage sur l'environnement relationnel
Professionnels de santé	2	Entretien complémentaire	Éclairage sur la prise en charge et la dynamique institutionnelle
Dossiers médicaux archivés	20	Consultation documentaire	Complément et triangulation des données

1.4. Déroulement de la recherche-action et analyse des données

La recherche-action s'est déroulée en quatre phases : observation, exploration, intervention et réévaluation. L'observation initiale a permis d'identifier les manifestations de vulnérabilité et les principales préoccupations. La phase d'exploration a approfondi le vécu subjectif de la pré-éclampsie. L'intervention psychologique a principalement reposé sur l'écoute clinique, la verbalisation des affects, la clarification des représentations anxieuses, la réassurance adaptée et le soutien à la mobilisation des ressources personnelles et relationnelles. La réévaluation a porté sur les évolutions cliniquement observables au cours de l'accompagnement.

Les données ont fait l'objet d'une analyse thématique descriptive et analytique. Les unités de sens ont été regroupées autour de plusieurs dimensions : l'angoisse vitale, la crainte pour la survie de l'enfant, la perte de contrôle, l'hypervigilance corporelle, la détresse

émotionnelle, les modalités d'adaptation, le soutien relationnel et les effets cliniquement observables de l'accompagnement psychologique. La triangulation entre les entretiens, les observations, les dossiers médicaux et les sources complémentaires a contribué à renforcer la cohérence de l'analyse. Une distinction a été maintenue entre les faits observés, les propos recueillis et leur interprétation clinique.

Tableau 3 Déroulement de la recherche-action

Phase	Objectif	Principales activités
1. Observation	Repérer les manifestations de vulnérabilité	Observation clinique, identification des préoccupations et réactions émotionnelles
2. Exploration	Comprendre le vécu subjectif	Entretiens cliniques sur la grossesse, le diagnostic, les risques et les ressources
3. Intervention	Soutenir l'élaboration psychique	Écoute, verbalisation, clarification, soutien émotionnel et mobilisation des ressources
4. Réévaluation	Observer les évolutions cliniques	Reprise des préoccupations, observation de la régulation émotionnelle et de la relation aux soins

1.5. Considérations éthiques

La participation reposait sur un consentement libre et éclairé. L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été garantis, conformément aux principes du secret professionnel et de la protection des personnes vulnérables. Les entretiens ont été réalisés dans le respect de l'état clinique des participantes et sans interférer avec les soins médicaux. Une attention particulière a été

accordée à la possibilité d'interrompre l'entretien lorsque l'état physique ou émotionnel de la participante le nécessitait.

2. Résultats

L'analyse des entretiens cliniques, des observations et des données complémentaires met en évidence une vulnérabilité psychique associée à la perception d'une menace maternelle et fœtale. Les principales manifestations concernent la rupture du vécu de grossesse, l'angoisse, la perte de contrôle, l'hypervigilance corporelle et la détresse émotionnelle.

2.1. Vécu de la pré-éclampsie et angoisse vitale

L'annonce de la pré-éclampsie modifie le vécu de la grossesse. L'attention des participantes se déplace de l'attente de la naissance vers les préoccupations concernant leur propre santé et celle de l'enfant. La peur d'une aggravation de l'état maternel et la crainte de perdre l'enfant apparaissent comme des préoccupations centrales.

L'hospitalisation renforce le sentiment d'incertitude et de dépendance aux soins. Les participantes recherchent régulièrement des informations et de la réassurance concernant leur état de santé et l'évolution de la grossesse.

2.2. Perte de contrôle, hypervigilance et détresse émotionnelle

Les observations montrent un sentiment de perte de contrôle associé à l'hospitalisation et à l'incertitude médicale. Une hypervigilance corporelle est également relevée : certaines manifestations physiques sont particulièrement surveillées et interprétées comme pouvant annoncer une aggravation.

Sur le plan émotionnel, les observations font apparaître des pleurs, de la tristesse, de l'agitation, du silence, de la tension et des demandes répétées de réassurance. Les modalités d'adaptation varient selon les participantes et comprennent notamment la

recherche d'informations, le recours au soutien des proches et des soignants, ainsi que des attitudes de mise à distance ou de minimisation.

Tableau 4. Principales manifestations cliniques

Dimensions	Manifestations
Angoisse vitale	Crainte pour la survie maternelle et fœtale
Perte de contrôle	Dépendance aux soins, incertitude
Hypervigilance	Surveillance accrue des symptômes
Détresse émotionnelle	Pleurs, tristesse, agitation, silence, tension
Adaptation	Recherche d'informations, soutien, mise à distance

2.3. Dimension relationnelle

Les données recueillies auprès des accompagnants montrent également une inquiétude concernant l'état de la mère et de l'enfant, avec des sentiments d'impuissance face à la situation. Les professionnels interrogés soulignent l'importance de l'information, de l'écoute et de la réassurance dans l'accompagnement des patientes.

La vulnérabilité observée apparaît ainsi inscrite dans une dynamique à la fois individuelle, familiale et institutionnelle.

2.4. Évolutions observées au cours de l'accompagnement psychologique

L'intervention psychologique a porté sur l'écoute, la verbalisation des peurs, la clarification des préoccupations et le soutien aux ressources personnelles et relationnelles. Au cours de l'accompagnement, une expression plus explicite des inquiétudes, une meilleure contenance émotionnelle, une communication plus

aisée et une diminution de certaines demandes répétées de réassurance ont été observées.

Ces évolutions sont considérées comme des observations cliniques dans le cadre de la recherche-action. Elles ne permettent pas d'établir une relation causale entre l'intervention psychologique et les changements observés.

Tableau 5. Synthèse des évolutions observées

Situation initiale	Évolution observée
Forte inquiétude maternelle et fœtale	Préoccupations davantage verbalisées
Tension émotionnelle	Meilleure contenance émotionnelle
Demandes répétées de réassurance	Communication plus aisée
Incertitude et sentiment de perte de contrôle	Mobilisation des ressources disponibles

Dans l'ensemble, les résultats montrent que la pré-éclampsie est vécue comme une situation de menace affectant simultanément la sécurité maternelle, la sécurité de l'enfant et le sentiment de contrôle de la participante. L'accompagnement psychologique apparaît comme un espace permettant la verbalisation et l'élaboration de cette expérience.

3. Discussion

Les résultats de cette étude montrent que la pré-éclampsie ne constitue pas uniquement une complication obstétricale nécessitant une surveillance médicale. Elle représente également, pour les femmes rencontrées, une expérience susceptible de bouleverser les représentations de la grossesse et de faire émerger une vulnérabilité psychique marquée par l'angoisse vitale, la perte de contrôle, l'hypervigilance corporelle et la détresse émotionnelle.

L'interprétation de ces résultats s'appuie sur un ancrage théorique biopsychosocial et clinique intégratif, articulant le modèle biopsychosocial d'Engel, l'approche transactionnelle du stress et du coping de Lazarus et Folkman, ainsi que les notions psychodynamiques de holding et de fonction contenante.

3.1. Une complication obstétricale vécue comme une menace globale

Les données recueillies montrent que l'annonce de la pré-éclampsie modifie profondément le vécu de la grossesse. Alors que celle-ci est généralement associée à l'attente de la naissance, la complication introduit une préoccupation centrée sur la sécurité de la mère et de l'enfant. Les participantes expriment ainsi des inquiétudes relatives à l'évolution de leur état, à leur propre survie et à celle du bébé. L'hospitalisation renforce cette rupture en plaçant la femme dans une situation de dépendance aux soins et d'incertitude concernant l'évolution de la grossesse.

Ces observations rejoignent celles de Joshi et al. (2022) au Ghana, qui rapportent chez des femmes confrontées à la pré-éclampsie des réactions de peur, de choc et d'impréparation, associées à une compréhension parfois insuffisante de la maladie et à un besoin important d'information. Elles sont également cohérentes avec les données de Mitchell et al. (2023), qui montrent l'importance des symptômes anxieux au cours de la période périnatale dans les pays à revenu faible et intermédiaire. La présente étude apporte cependant une lecture clinique contextualisée : l'anxiété observée ne peut être dissociée de la menace obstétricale concrète et de la manière dont celle-ci est subjectivement représentée par chaque femme.

3.2. Une double menace : la vie de la mère et celle de l'enfant

L'un des éléments particulièrement saillants du terrain est la coexistence de deux préoccupations : la crainte de mourir et celle de perdre l'enfant. Cette double menace donne à l'expérience de la

pré-éclampsie une dimension particulière. La femme ne se préoccupe pas uniquement de son propre état de santé ; elle doit simultanément composer avec la possibilité d'une issue défavorable pour son bébé.

Cette configuration peut être comprise à partir du modèle biopsychosocial d'Engel (1977). Le phénomène étudié ne relève ni exclusivement du biologique ni exclusivement du psychologique. La gravité potentielle de la complication obstétricale constitue le versant médical de la situation, tandis que les représentations de la grossesse, les émotions, les stratégies d'adaptation et les relations avec l'entourage en constituent les dimensions psychologiques et sociales. La vulnérabilité apparaît ainsi comme le résultat d'une interaction entre la menace médicale, son interprétation subjective et les ressources disponibles pour y faire face.

3.3. Perte de contrôle, stress et stratégies d'adaptation

Les manifestations observées demandent répétées de réassurance, surveillance accrue des sensations corporelles, tension, pleurs, silence ou agitation peuvent être interprétées à partir du modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984). La pré-éclampsie est d'abord évaluée comme une situation potentiellement menaçante. Cette évaluation mobilise ensuite différentes stratégies d'adaptation : recherche d'informations, recours aux proches et aux soignants, verbalisation des inquiétudes ou, chez certaines participantes, mise à distance de la situation.

La perte de contrôle constitue ici un élément central. L'hospitalisation, les examens, la surveillance médicale et l'incertitude concernant l'issue de la grossesse réduisent les possibilités habituelles de maîtrise de la situation. Toutefois, les réactions observées ne doivent pas être assimilées automatiquement à un trouble psychopathologique. Elles peuvent représenter des réponses compréhensibles face à une situation objectivement menaçante. C'est précisément l'articulation entre menace réelle, perception du danger et ressources d'adaptation qui permet de comprendre la vulnérabilité psychique mise en évidence.

3.4. L'accompagnement psychologique comme espace contenant

Les évolutions observées au cours de la recherche-action montrent l'intérêt clinique d'un espace permettant aux femmes de verbaliser leurs peurs, de clarifier leurs représentations et de mobiliser leurs ressources. L'intervention psychologique ne visait pas à supprimer l'inquiétude liée à la pré-éclampsie, mais à permettre qu'elle puisse être pensée et exprimée dans un cadre sécurisant.

Cette fonction peut être rapprochée de la notion de holding proposée par Winnicott (1960) et de la fonction contenante développée par Bion (1962). Dans une situation marquée par l'incertitude et la menace, la relation clinique peut contribuer à contenir l'excitation émotionnelle et à favoriser une élaboration psychique de l'expérience. Les observations réalisées expression plus explicite des préoccupations, communication facilitée et diminution apparente des demandes répétées de réassurance vont dans ce sens. Elles ne permettent cependant pas d'affirmer une efficacité causale de l'intervention, compte tenu du dispositif qualitatif et de l'absence de mesure standardisée avant et après l'accompagnement.

3.5. Une vulnérabilité également relationnelle et institutionnelle

Les données recueillies auprès des accompagnants et des professionnels montrent que la vulnérabilité ne se limite pas à la personne hospitalisée. Les proches peuvent eux-mêmes éprouver de l'inquiétude et un sentiment d'impuissance, tandis que les professionnels sont confrontés à la nécessité d'informer, de rassurer et de soutenir une patiente exposée à une complication potentiellement grave.

Le contexte institutionnel devient ainsi une composante importante de l'expérience psychologique de la maladie. La qualité de l'information donnée, la disponibilité relationnelle des soignants et la possibilité de disposer d'un espace d'écoute peuvent influencer la manière dont la femme comprend et traverse la

situation. Ce constat rejoint les travaux de Joshi et al. (2022), qui soulignent le besoin d'informations adaptées et d'un meilleur accompagnement des femmes confrontées à la pré-éclampsie. Il soutient également les recommandations en faveur de l'intégration de la santé mentale dans les soins maternels, notamment dans les contextes à ressources limitées (Prom et al., 2022 ; Prina et al., 2023).

3.6. Portée de la recherche-action et contribution sociale

L'intérêt de cette étude réside également dans l'articulation entre observation clinique et intervention. La recherche-action a permis d'identifier les manifestations de vulnérabilité, d'intervenir dans le cadre de l'accompagnement psychologique et d'observer leur évolution au cours de la prise en charge. Elle montre ainsi que les besoins psychologiques peuvent être repérés directement dans le parcours obstétrical, sans dissocier artificiellement la santé psychique de la santé maternelle.

Cependant, plusieurs limites doivent être soulignées. L'effectif principal, limité à cinq parturientes, ne permet pas de généraliser les résultats. La durée relativement courte de l'étude, son caractère qualitatif, l'absence d'échelles psychométriques et la position du chercheur également engagé dans l'intervention peuvent introduire une subjectivité dans l'interprétation. Les évolutions observées ne peuvent donc être attribuées exclusivement à l'accompagnement psychologique. La triangulation des sources et la distinction entre données observées, propos recueillis et interprétations cliniques permettent néanmoins de renforcer la crédibilité de l'analyse.

Sur le plan social, ces résultats invitent à considérer la santé mentale comme une composante à part entière de la santé maternelle. Dans le contexte hospitalier togolais, l'intégration de la psychologie clinique dans les services de gynécologie-obstétrique pourrait favoriser une prise en charge plus globale des femmes confrontées aux complications de la grossesse. Elle pourrait également soutenir les proches et contribuer à améliorer la communication entre patientes et professionnels. Ainsi, l'apport de cette recherche ne se

limite pas à la compréhension de l'angoisse vitale chez les parturientes pré-éclamptiques : il réside également dans la mise en évidence de la nécessité d'un accompagnement psychologique intégré au parcours de soins obstétricaux.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'analyser le vécu psychique des parturientes confrontées à une pré-éclampsie et d'examiner l'apport d'une démarche de recherche-action en psychologie clinique au sein du service de gynécologie-obstétrique du CHU-Kara. Les résultats montrent que cette complication obstétricale s'accompagne d'une vulnérabilité psychique caractérisée principalement par une angoisse concernant la survie maternelle et fœtale, un sentiment de perte de contrôle, une hypervigilance corporelle et une détresse émotionnelle. Le vécu de la maladie apparaît également influencé par les ressources d'adaptation, le soutien familial et la relation avec les professionnels de santé.

L'accompagnement psychologique a favorisé, au cours de la recherche-action, une meilleure verbalisation des inquiétudes, une évolution favorablement observable de la régulation émotionnelle et une communication plus aisée autour des préoccupations liées à la grossesse. Ces évolutions doivent toutefois être interprétées avec prudence compte tenu du faible effectif, du caractère qualitatif de l'étude et de l'absence de dispositif permettant d'établir un lien causal entre l'intervention et les changements observés.

Au-delà de sa portée clinique, cette étude souligne un enjeu social et institutionnel : la santé maternelle ne peut être pleinement appréhendée sans prendre en compte la santé psychique des femmes confrontées aux complications obstétricales. Dans le contexte togolais, l'intégration progressive de la psychologie clinique dans les services de maternité pourrait contribuer à une prise en charge plus globale, à l'humanisation des soins et au soutien des femmes, de leurs proches et des équipes soignantes. Des recherches ultérieures portant sur des effectifs plus importants

et associant données cliniques qualitatives et mesures psychométriques permettraient d'approfondir ces résultats.

Bibliographie

BION Wilfred R., 1962. *Learning from experience*, Basic Books, New York.

BOAKYE Dorothy Serwaa, AMOAH Vida Maame Kissiwaa, AMOAH Christian, BOATENG Agartha Afful, ADUOMI-BOTCHWEY Charles Owusu, BAMFO Florence et BOAMPONG Jennifer, 2024. « Eclampsia or epilepsy? The intriguing experiences of pregnant women diagnosed with preeclampsia and eclampsia: A descriptive exploratory study », *SAGE Open Medicine*, 12, pp. 1-9.

ENGEL George L., 1977. « The need for a new medical model: A challenge for biomedicine », *Science*, 196/4286, pp. 129-136.

JOSHI Avina, BEYUO Titus K., OPPONG Samuel A., MOYER Cheryl A. et LAWRENCE Emma R., 2022. « I don't really understand this BP: Women's knowledge, attitudes, and experiences with preeclampsia in Ghana », *PLOS Global Public Health*, 2/7, e0000121.

LAZARUS Richard S. et FOLKMAN Susan, 1984. *Stress, appraisal, and coping*, Springer Publishing Company, New York.

MITCHELL Alexandra Roddy, GORDON Hannah, ATKINSON Jessica, LINDQUIST Anthea, WALKER Susan P., MIDDLETON Anna, TONG Stephen et HASTIE Roxanne, 2023. « Prevalence of perinatal anxiety and related disorders in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis », *JAMA Network Open*, 6/11, e2343711.

PRINA Eleonora, CECCARELLI Caterina, ABDULMALIK Jibril O., AMADDEO Francesco, CADORIN Camilla, PAPOLA Davide, TOL Wietse A., LUND Crick, BARBUI Corrado et PURGATO Marianna, 2023. « Task-sharing psychosocial interventions for the prevention of common mental disorders in the perinatal period in low- and middle-income

countries: A systematic review and meta-analysis », *International Journal of Social Psychiatry*, 69/7, pp. 1578-1591.

PROM Maria C., DENDULURI Amrutha, PHILPOTTS Lisa L., RONDON Marta B., BORBA Christina P. C., GELAYE Bizu et BYATT Nancy, 2022. « A systematic review of interventions that integrate perinatal mental health care into routine maternal care in low- and middle-income countries », *Frontiers in Psychiatry*, 13, 859341.

WINNICOTT Donald W., 1960. « The theory of the parent-infant relationship », *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, pp. 585-595.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2025. *Prééclampsie*, Organisation mondiale de la Santé, Genève.