







## FACTEURS DE RISQUE

L'analyse du terrain a identifié plusieurs facteurs de risque pour les TMPC dans les PRFM. Ces facteurs de risque vont de déterminants sociaux plus larges, tels que l'inégalité économique ou de genre, à des expériences plus individuelles, telles que des antécédents de mortalité. L'exposition à de multiples facteurs de risque, ce qui est souvent le cas dans les pays à faible et à moyen revenu, pendant des périodes prolongées, expose une femme à un risque accru de TMPC.

### GENRE

L'inégalité entre les genres est sans doute l'un des facteurs de risque les plus importants pour une mauvaise santé mentale - et un facteur qui a un impact sur presque tous les aspects de la vie d'une femme. Les TMPC sont plus fréquents dans les milieux où l'inégalité entre les genres est plus prononcée et où les femmes ont peu d'autonomie.<sup>12,26,27</sup> Les femmes qui assument une charge inégale des tâches ménagères et de l'éducation des enfants, et qui vivent avec la pression supplémentaire associée aux ménages multigénérationnels, sont plus susceptibles de souffrir de dépression post-partum et d'autres problèmes de santé mentale périnatale connexes.<sup>19,27,28</sup> Les femmes dont le choix en matière de procréation est limité et qui se sentent poussées par leur mari et leur belle-famille à avoir des enfants de sexe masculin courent un plus grand risque de développer des TMPC.<sup>6,19,29,30,31,32</sup> L'inégalité entre les genres se retrouve dans chacune des catégories de facteurs de risque (ci-dessous) et doit être reconnue comme l'un des facteurs de risque les plus importants pour les femmes dans le monde.

### CONTEXTES SOCIO-ÉCONOMIQUES, POLITIQUES ET STRATÉGIQUES

Les femmes qui vivent dans des régions où l'inégalité économique, la persécution raciale, ethnique et religieuse sont endémiques, ainsi que celles qui vivent dans une crise humanitaire, connaissent de moins bons résultats en matière de santé mentale maternelle.<sup>6,12,19,33,34</sup> La superposition de facteurs culturels, sociopolitiques, économiques et environnementaux influence l'accès des femmes aux services, le soutien social, l'absence de violence basée sur le genre, l'état nutritionnel et la capacité de leurs bébés à grandir et à se développer.<sup>6,16,27,28,33,35</sup> En outre, l'absence de politiques nationales de santé mentale accordant la priorité aux services de santé mentale empêche les femmes d'accéder aux soins et accroît et prolonge la détresse psychologique.<sup>35,36</sup>

### AGE (ADOLESCENCE)

Pour les adolescentes enceintes, de nombreuses études menées dans les PRFM ont révélé des taux de maladie mentale périnatale trois fois plus élevés que ceux des femmes plus âgées.<sup>37,38</sup> Les mariages précoces et/ou forcés, en particulier chez les adolescentes et les femmes qui ont été mariées à l'adolescence, et surtout chez les adolescentes dans les contextes humanitaires, étaient couramment associés aux TMPC.<sup>39</sup> La responsabilité du mariage et le fait d'avoir des enfants à un jeune âge, les discordes conjugales ou les grossesses non planifiées augmentent le risque de troubles mentaux.<sup>40,41,42</sup>

### INÉGALITÉ DES REVENUS

Il est prouvé qu'il existe un lien direct entre la santé mentale et la pauvreté, qui s'entremêlent dans un cycle négatif complexe : la pauvreté augmente le risque de mauvaises conditions de santé mentale et le fait de souffrir de mauvaises conditions de santé mentale augmente la probabilité de connaître la pauvreté.<sup>43</sup> La pauvreté est l'un des facteurs de risque les plus importants de dépression et d'anxiété chez la mère.<sup>33,44</sup> L'extrême pauvreté, lorsqu'elle est associée à la violence, à un faible niveau de soutien social, à une grossesse non planifiée ou à la naissance d'enfants à l'adolescence, conduit souvent à des TMPC.<sup>45</sup> Ce risque a augmenté pendant la pandémie de COVID-19.<sup>46</sup> Les femmes vivant dans la pauvreté ont plus de mal à trouver un moyen de transport, à accéder aux services de planification familiale et sont plus susceptibles de consommer de l'alcool et des drogues.<sup>28,47,48,49,50,51</sup>

## INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Les femmes souffrant d'insécurité alimentaire sont plus à risque de contracter des TMPC, ce qui rend difficile la rupture du cycle de l'insécurité alimentaire.<sup>33,52</sup> Les recherches suggèrent que la malnutrition et les carences nutritionnelles mènent à des troubles de santé mentale chez la mère, certaines recherches indiquant une relation bidirectionnelle.<sup>53,54,55</sup> D'autres recherches suggèrent que l'accès inadéquat à des aliments nutritifs pendant et après la grossesse est une source de stress.<sup>30,56</sup> Les femmes sont souvent les responsables de la sécurité alimentaire et sont fortement impliquées dans la production et la préparation des aliments pour leur famille. Les mères vivant dans un contexte d'insécurité alimentaire sont plus susceptibles de souffrir de détresse.<sup>49,57</sup> Une mère souffrant d'insuffisance pondérale est plus susceptible de souffrir de dépression, bien que la direction de la causalité potentielle de cette relation ne soit pas claire.<sup>50,57</sup>

## EXPÉRIENCES AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'expérience négative d'une femme avec le système de soins de santé pendant sa période périnatale est liée à une mauvaise santé mentale périnatale.<sup>58</sup> Il a récemment été démontré que le manque de respect, les mauvais traitements et les abus subis par les femmes pendant la grossesse et l'accouchement affectaient la santé mentale périnatale.<sup>59,60</sup> Les femmes qui ont été victimes de soins non respectueux ou de mauvais traitements étaient plus susceptibles de recevoir un diagnostic de dépression et étaient moins susceptibles de revenir pour des soins postnataux.<sup>60,61</sup>

## TRAUMATISME OBSTÉTRIQUE

Les traumatismes obstétricaux - fausse couche, mortinaissance, nouveau-né de petite taille ou malade, et autres expériences traumatisantes liées à la naissance, comme les césariennes d'urgence - étaient des facteurs de risque pour les TMPC.<sup>19,28,61,62,63</sup> S'occuper d'un enfant malade ou présentant des troubles du développement est également associé à la dépression maternelle.<sup>64,65</sup> Les femmes qui ne pouvaient pas choisir le moment, espacer ou limiter les naissances avaient des antécédents de fausses couches ou d'avortement, et celles qui avaient un accès limité aux services sexuels et reproductifs, notamment à la planification familiale, étaient plus susceptibles de souffrir d'anxiété et de dépression.<sup>32,41,66</sup>

## COHÉSION SOCIALE ET CAPITAL SOCIAL

Le manque de soutien social de la part de la famille et des amis et l'isolement social étaient également des facteurs de risque importants pour de nombreux problèmes de santé mentale périnatale.<sup>12,19,28,67,68</sup> De mauvaises relations avec la belle-famille, en particulier avec la belle-mère, et un réseau social limité pendant et après la grossesse étaient associés à l'anxiété, à la dépression et aux idées de suicide.<sup>12,27,29,69</sup> Certaines études montrent qu'un manque de soutien social, en particulier lors d'une grossesse et d'un accouchement difficiles, augmente le risque de TMPC chez la femme.<sup>6</sup>

## QUALITÉ DE LA RELATION AVEC LE PARTENAIRE INTIME

La discorde conjugale et la violence à l'égard du partenaire intime (VPI) sont des facteurs de risque clés des TMPC. Dans les relations conjugales inéquitables, où les besoins et les désirs de la femme sont négligés et où elle est abandonnée ou négligée, les femmes sont plus susceptibles de subir des TMPC.<sup>19,30,68,69,70</sup> Les femmes dont le mari/partenaire ne participait pas aux soins du bébé ou refusait de couvrir les dépenses liées à l'alimentation et aux enfants étaient plus exposées au risque de TMPC, en particulier si le bébé était petit et malade.<sup>12,22,30,34</sup> Plusieurs études montrent que la violence physique pendant la grossesse ou des antécédents de VPI augmentent les risques de dépression prénatale, et que toute forme de violence est significativement associée à la dépression post-partum.<sup>12,28,69,71</sup> Les femmes qui ont subi une VPI physique et sexuelle pendant la grossesse sont plus susceptibles de souffrir de dépression post-partum.<sup>72,73,74</sup> « *Les problèmes de santé mentale périnatale... [sont] associés à la VPI* », a déclaré un informateur clé. « *Une grande partie de ces problèmes est liée au manque d'autonomisation, au manque de contrôle, et cela se retrouve encore et encore dans d'autres problèmes auxquels les femmes sont confrontées. Ainsi, si vous n'avez aucun contrôle sur votre fertilité, vous vous sentirez impuissante et hors de contrôle. Si vous avez un partenaire violent, vous vous*

*sentirez contrôlée par lui. Si vous êtes très pauvre et que vous ne pouvez pas décider à quoi dépenser votre argent, si vos enfants vont à l'école, vous vous sentirez désemparée, [et] tous ces éléments seraient des facteurs de dépression et d'autres problèmes de santé mentale ». — (Chercheur)*

## Facteurs de protection

Tout comme l'exposition à certains facteurs augmente le risque de TMPC chez une femme, ces facteurs de protection peuvent atténuer le risque d'une femme:

- **La prospérité économique** : un niveau d'instruction plus élevé, un emploi stable pour la femme et son partenaire, et l'accès à des services de santé, y compris la planification familiale.<sup>19</sup>
- **Le soutien social** et les relations familiales et personnelles bienveillantes qui permettent aux femmes d'exprimer leurs préoccupations, de recevoir des conseils et d'apaiser ainsi leur anxiété.<sup>75</sup>
- **De bonnes relations entre partenaires** : les pères participent activement à la garde des enfants et traitent les femmes avec gentillesse, sensibilité et affection.<sup>19,76</sup>
- **Des prestataires de santé compétents** en matière de santé mentale maternelle : tout au long du continuum de soins, avoir des prestataires qui font preuve d'empathie et qui ont les compétences nécessaires pour dépister et traiter les TMPC et les référer lorsque leurs besoins dépassent les capacités du prestataire.<sup>77</sup>
- Les informateurs clés ont décrit l'importance des soins de santé confessionnels, ou d'autres modèles de soins qui adoptent une **approche holistique du bien-être**, et une réponse culturellement acceptable et globale à la personne.

## MISE EN ŒUVRE

### QUELLES SONT LES INTERVENTIONS MISES EN ŒUVRE ?

Alors que beaucoup de travail se fait dans le domaine de la santé mentale à l'échelle mondiale, moins d'attention est accordée explicitement aux TMPC à la période périnatale. Cependant, il existe des directives, des manuels, des initiatives et des projets qui sont introduits et mis en œuvre dans les PRFM qui informent les domaines de la santé maternelle et mentale. Certaines initiatives fonctionnent au niveau communautaire, tandis que d'autres sont mises en œuvre dans des établissements de santé. La plupart des approches impliquent un transfert de tâches des professionnels spécialisés en santé mentale vers des agents de santé plus généralistes ou non spécialisés, tels que les sage-femmes ou les agents de santé communautaires. La majorité d'entre elles impliquent un modèle de soins par étapes, dans lequel les cas graves ayant des besoins plus spécialisés sont référés s'il existe des soins plus spécialisés disponibles dans un centre de référence. Toutes visent à rencontrer les femmes là où elles cherchent des soins, compte tenu de leur contexte et de leurs points d'entrée. La plupart des interventions utilisent une adaptation locale de la thérapie cognitivo-comportementale ; d'autres incluent la thérapie de résolution de problèmes, l'activation comportementale, les programmes de groupe, les programmes familiaux, les compétences parentales, les sessions mère-bébé ou le soutien par le jeu. Les prestataires doivent généralement être formés à diverses compétences, telles que la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) et les soins tenant compte des traumatismes. De plus en plus, les programmes intègrent la technologie pour relever certains des défis émergents, tant au niveau de la communauté que des établissements. Le tableau 1 présente un résumé illustratif des programmes avec des preuves rigoureuses des résultats.

**TABLEAU 1 : RÉSUMÉ DES PROGRAMMES AVEC DES PREUVES RIGOUREUSES DE RÉSULTATS EFFECTIFS**

Programme/Intervention	Contexte	Données probantes sur les résultats maternels	Données sur les résultats des enfants
<b>Psychopédagogie de groupe ‡</b>	En Inde, par des femmes locales. <sup>78</sup>	Amélioration des symptômes de la dépression.	Amélioration des taux d'allaitement exclusif. Réduction des taux de maladies infectieuses de l'enfant.
	En Chine par des chercheurs. <sup>79</sup>		
	En Iran par des prestataires non spécifiés. <sup>80</sup>		
<b>Programme « Penser sainement » (thérapie cognitivo-comportementale adaptée)</b>	Dans les zones rurales du Pakistan, par des agents de santé communautaires (ASC). <sup>81</sup>	Amélioration des symptômes de la dépression et du recours aux soins.	Amélioration des taux d'allaitement exclusif. Réduction des taux de maladies infectieuses de l'enfant.
	En Inde par les pairs. <sup>82</sup>	Amélioration des symptômes de la dépression.	
	Dans les bidonvilles du Pakistan, en groupes par des psychologues, associés à l'éducation au développement de l'enfant. <sup>83</sup>		
<b>Thérapie cognitive et comportementale de groupe</b>	En Afrique du Sud, par des mères mentor. <sup>84</sup>	Amélioration des symptômes de la dépression.	
	En Iran par des spécialistes. <sup>85</sup>	Amélioration des symptômes d'anxiété.	
<b>Psychothérapie interpersonnelle</b>	En Chine, par des sage-femmes éducatrices. <sup>86,87</sup>	Amélioration des symptômes de la dépression.	
	En Ouganda, au sein de groupes de pairs avec des facilitateurs formés. <sup>88</sup>		
<b>Programme éducatif sur les soins aux nouveau-nés</b>	En Afrique du Sud, par des femmes locales. <sup>89</sup>	Amélioration des symptômes de la dépression.	Amélioration du poids de l'enfant par rapport à son âge.
	En Jamaïque par les ASC. <sup>90</sup>		
	Au Népal par des prestataires non précisés. <sup>91</sup>	Amélioration des symptômes de l'anxiété	

‡ Interventions listed under “Group psychoeducation” and “Newborn care educational program” may differ in exact content.

## QUELS SONT LES OBSTACLES AU SUCCÈS DES PROGRAMMES DE SANTÉ MENTALE PÉRINATALE ?

Plusieurs obstacles évidents empêchent les femmes de rechercher des soins et des traitements et de recevoir les soins nécessaires. Les groupes d'obstacles les plus courants sont les normes culturelles, les ressources humaines et les systèmes de santé et financiers.

- **Normes culturelles :** La stigmatisation de la maladie mentale est un obstacle important et complexe dans la plupart des contextes. Les femmes sont stigmatisées, ce qui peut réduire le recours aux services et la qualité des soins respectueux. La maternité étant si souvent considérée comme le rôle « naturel » et le plus valorisé des femmes, les femmes qui souffrent de TMPC peuvent être jugées sévèrement et peuvent elles-mêmes ressentir de la culpabilité et de la honte. *"Il existe une énorme stigmatisation interne", a déclaré un informateur clé. "Et cette stigmatisation interne imite presque la dépression à certains égards, ou peut-être se nourrit de la dépression d'une certaine manière. Je pense donc que nous devons également cibler la culpabilité, la honte et cette intériorisation très pathologique de la détresse ou de la maladie mentale. Et il se peut que la stigmatisation externe ne soit, peut-être dans de nombreux contextes, pas aussi importante que la stigmatisation interne."*

- (Psychologue)

- **Pauvreté et insécurité alimentaire :** Aucune intervention ciblant les TMPC ne pourra à elle seule surmonter l'impact de la pauvreté - ne pas pouvoir nourrir les enfants ou ne pas avoir d'argent pour payer le loyer ou le transport. La lutte quotidienne pour survivre annule souvent l'effet de toute intervention.
- **Rôle des femmes dans la société :** Le manque d'autonomie qui expose les femmes à un risque accru de troubles de santé mentale périnataux peut également constituer un obstacle à l'accès aux services. La capacité des femmes à prendre des décisions pour elles-mêmes et leur niveau d'indépendance financière et d'autonomisation demeurent un facteur important qui entrave la participation des femmes à toute intervention/programme ou session de groupe.
- **Ressources humaines :** Presque toutes les interventions comprenaient une discussion sur le système de santé surchargé : pénurie de personnel, fournitures et équipements limités ou inexistants, infrastructures insuffisantes et sentiment que le « système » ne peut pas prendre en charge un autre « problème ». <sup>92</sup> L'épuisement du personnel dans les établissements de santé est une préoccupation majeure - COVID-19 a exposé et intensifié cette réalité. <sup>93</sup> Même s'ils avaient le temps, ils n'avaient pas la formation nécessaire ou manquaient de confiance dans leur capacité à prendre en charge les besoins des femmes en matière de santé mentale. De plus, comme les prestataires viennent souvent des mêmes communautés que les femmes, ils ne sont pas à l'abri de la stigmatisation de la maladie mentale (Interview avec des informateurs clés 1, FGD 1). Les prestataires ont leurs propres croyances en matière de maladie mentale, ce qui les empêche parfois d'engager une conversation avec les femmes sur ce qu'elles vivent. <sup>94</sup>
- **Chutes de tension :** Un autre défi est celui des chutes de tension, c'est-à-dire lorsqu'une « intervention perd un peu de sa puissance ou de sa fidélité lorsqu'elle passe de l'efficacité à l'efficience dans le monde réel ». <sup>95</sup> Un défi similaire a été noté lors du transfert d'une intervention qui a bien fonctionné dans un environnement urbain vers un environnement rural, principalement en raison de la rotation du personnel d'exécution formé.
- **Manque de données :** Les données sont très peu disponibles sur les services de santé mentale, les traitements et même les stratégies d'intervention. Dans la plupart des cas, il est pratiquement impossible d'établir une notion de base du traitement ou des services auxquels les femmes ont recours, de la fréquence de leur participation, de la fidélité de l'intervention et du suivi des femmes qui n'y participent pas. Au niveau régional, les preuves sont moins nombreuses en Amérique latine, dans les Caraïbes, en Afrique de l'Ouest et du Nord..



- **Soutien financier :** Le financement de services intégrés de santé mentale maternelle au sein du système est un obstacle évident à presque toutes les interventions et est bien documenté.<sup>96,97</sup> Un autre obstacle commun est le coût des frais à la charge des femmes et des prestataires.
- **Manque de coordination:** Les informateurs clés travaillant dans le secteur humanitaire ont souvent mentionné une mauvaise coordination ou une déconnexion entre les programmes de santé maternelle et de santé mentale.

## Sur la mesure des TMPC

Dans le domaine de la santé mentale périnatale, la détection et la mesure des TMPC font appel à des outils de dépistage souvent adaptés au contexte et confirmés par une évaluation clinique. Cependant, l'analyse du terrain a révélé que :

- Plusieurs outils différents ont été utilisés, avec des seuils variables, pour catégoriser et mesurer les TMPC, ce qui rend la comparaison et l'agrégation des estimations de prévalence très difficiles.<sup>98,99</sup>
- Les informateurs clés ont décrit comment les outils de dépistage structurés qui sont populaires dans les milieux à revenu élevé peuvent ne pas être acceptables ou pratiques à appliquer dans de nombreux milieux de santé à faible revenu.
- Certains débats subsistent quant aux meilleurs moyens de définir et d'identifier les maladies mentales dans différents contextes culturels, où la détresse peut être exprimée différemment.<sup>34,99,100,101</sup>

## ANALYSE DE POLITIQUE

Sur les 19 pays étudiés, et parmi ceux qui comprenaient un plan pour la santé mentale des enfants ou des adolescents, seuls cinq abordaient la santé mentale périnatale en particulier, généralement très brièvement. Même lorsqu'une politique existe, les informateurs clés ont souligné l'importance de sa mise en œuvre une fois qu'elle a été élaborée : *Que sont les politiques après tout ? [...] Ce sont des outils. On peut les laisser sur une étagère et rien ne se passe. Jusqu'à ce que quelqu'un décide que cet outil est utile et que je veux utiliser cet outil pour faire quelque chose - vous voyez, les politiques seules ne servent à rien.* - (Chercheur clinique)

## DISCUSSION

### QUELS SONT LES ÉLÉMENTS ESSENTIELS ET ADAPTABLES DES INTERVENTIONS RÉUSSIES DANS LES PRFM ?

À l'aide d'une version modifiée du cadre consolidé de recherche sur la mise en œuvre, le tableau 2 s'appuie sur la littérature et les données qualitatives pour identifier certains des éléments fondamentaux et adaptables les plus significatifs et les considérations contextuelles d'une mise en œuvre réussie d'un programme de TMPC.<sup>102</sup> Ils sont regroupés selon l'endroit du système de santé où ils ont été mis en œuvre - au niveau de la communauté ou de l'établissement de santé.

**TABLEAU 2 : ÉLÉMENTS DE BASE D'INTERVENTIONS EFFICACES**

**Éléments fondamentaux des interventions réussies :  
Composantes au niveau communautaire**



**Soins par étapes** (incluant un système de référence clair)

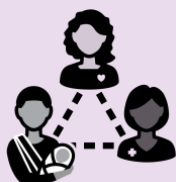
Les soins par étapes sont une approche efficace et essentielle pour garantir que le plus grand nombre possible de femmes reçoivent un soutien psychosocial et aient accès aux services de santé mentale de base et que les femmes qui ont besoin d'un traitement plus spécialisé aient accès à ces soins.<sup>103</sup>



**Évaluation détaillée du contexte**

Comprendre le contexte de la communauté et des installations où toute intervention serait introduite est une première étape cruciale soulignée dans de nombreuses études et approches d'intervention.<sup>33,104</sup> Ce processus doit inclure la réalisation d'une évaluation bien conçue et adaptée au contexte. Cette évaluation doit comprendre :

- une exploration des possibilités et des atouts communautaires qui peuvent être exploités,
- une compréhension des plateformes qui pourraient " absorber " les programmes de TMPC,
- des décisions clés concernant les déterminants sociaux de la santé les plus urgents,
- la prise en compte des besoins uniques des populations vulnérables, comme les adolescents,
- veiller à ce que l'adaptation culturelle des outils et des approches d'intervention se fasse en collaboration avec les femmes, et
- l'application des principes clés pour fournir des soins de qualité aux populations
- les populations affectées et déplacées par les crises.<sup>105</sup>



**Modèle de partage des tâches bien encadré et soutenu**

**Agent de santé communautaire :** Plusieurs interventions ont montré que la formation des agents de santé communautaires existants à la thérapie par la parole et la mise en œuvre d'un modèle en cascade de formation et de supervision amélioreraient les résultats pour la mère et le bébé.<sup>106</sup>

**Pair à Pair :** Les pairs peuvent être la meilleure solution pour les femmes souffrant d'une dépression moins chronique ou moins grave et constituent donc une bonne première étape dans les soins par étapes.<sup>107</sup>



**Psychothérapie**

Pour une mise en œuvre réussie, il est essentiel d'utiliser une formation adaptée aux femmes qui faciliteront les sessions. La psychothérapie a été introduite avec succès et mise en œuvre grâce à une formation minimale.



**Un langage contextualisé pour les TMPC**

L'utilisation d'un langage que les femmes et les prestataires connaissent et comprennent est essentielle à toute intervention..

## Composants des établissements de santé



### Formation de base sur la santé mentale

L'inclusion des TMPC dans la formation de base des prestataires de santé est une composante essentielle, mais largement absente, d'un système de santé réactif. Un accent particulier sur les TMPC a été mentionné dans les interviews avec les informateurs clés comme un élément nécessaire pour que les prestataires (principalement les sage-femmes) aient les compétences et la sensibilisation nécessaires pour aborder les TMPC.



### Prestataires de soins de santé formés et supervisés

La formation et la supervision continue du personnel des établissements de santé pour fournir des services de santé mentale respectueux sont essentielles. Il est important d'inclure dans tous les systèmes des mécanismes permettant aux prestataires d'obtenir des conseils/une assistance/des directives lorsqu'une femme a des problèmes de santé mentale qui vont au-delà de leur formation.



### Processus de référence clair

Il faut établir une procédure de référence claire - qui ne repose pas sur l'utilisation des fonds des femmes ou des prestataires, et qui n'envoie pas une femme tourner en rond dans différents services - et des services de santé mentale de haute qualité doivent être disponibles en cas de référence.



### Processus d'évaluation

L'analyse du terrain a révélé que la plupart des interventions reposaient sur une méthode d'évaluation de l'état de santé mentale de la femme à son arrivée dans l'établissement de santé. Les différentes approches sont discutées ci-dessous dans les composantes adaptables - mais il a été largement convenu qu'il doit y avoir une méthode plus systématique et standardisée pour inclure les évaluations de la santé mentale dans une visite de l'établissement de santé. Les experts mettent en garde contre le simple dépistage, soulignant l'importance de la confirmation par une évaluation clinique avant de proposer un diagnostic ou d'initier un traitement. En outre, de nombreux experts préconisent des approches universelles qui pourraient être bénéfiques pour la santé mentale et le bien-être de toutes les femmes, et pas seulement de celles qui répondent aux critères de diagnostic.



### Soutien en matière de santé mentale pour les prestataires de santé

COVID-19 a mis en évidence les besoins évidents et les conséquences de l'absence de soutien pour les agents de santé (épuisement professionnel, absentéisme, attrition, dépression et suicide). Il s'agit d'un besoin flagrant dans tous les systèmes de santé.



### Soins de maternité respectueux (SMR)

Les interventions en matière de TMPC doivent intégrer des éléments de SMR et de soins de maternité centrés sur la personne pour avoir un véritable impact.



### Relier et renforcer les services de lutte contre la violence basée sur le genre (VBG)

Chaque intervention doit inclure une analyse de genre pour comprendre comment identifier et soutenir au mieux les femmes victimes de VBF, puis inclure une approche intentionnelle pour prévenir et répondre à la VBG.

## Éléments adaptables des interventions réussies



### Rémunération

La rémunération du cadre qui met en œuvre une intervention de santé mentale varie selon le programme et le contexte. Comme il y a une pression mondiale pour professionnaliser les ASC et les rémunérer équitablement, l'ajout de services et de formation en santé mentale périnatale devra être discuté dans chaque système de santé.



### Outils de dépistage, d'évaluation ou de mesure : Comment évaluer avec précision ?

La nécessité d'un outil ou d'un processus permettant d'identifier les femmes souffrant de TMPC et leur besoin relatif de services a été mentionnée dans presque toutes les études. Cependant, la façon de procéder est très controversée : s'agit-il d'une évaluation initiale par une sage-femme, d'un outil court, adapté au contexte, utilisé par une sage-femme ou le personnel d'un établissement de santé, ou d'un outil plus long et plus nuancé qui prend plus de temps, mais qui obtient plus de détails ? L'objectif de la collecte de données doit être fondé sur ce qui est faisable et acceptable au niveau de l'établissement de santé pour prendre en charge ou référer.



### Qui est un agent de prestation de confiance ?

Qui sera le mieux placé pour fournir des interventions de TMPC est spécifique au contexte. Dans de nombreuses études, les femmes faisaient confiance aux ASC de leur communauté qui partagent leur langue, leur culture et leurs normes sociales. En revanche, lorsque l'intervention cible le partenaire masculin, un agent de santé masculin peut être plus efficace.

## PAR OÙ COMMENCER L'INTÉGRATION DE LA SANTÉ MENTALE MATERNELLE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ?

Où intervenir, et par qui, a de nombreuses implications pour répondre aux besoins de santé mentale des femmes pendant la période périnatale. Bien que le sentiment dominant dans la documentation et dans les entrevues avec les experts soit de promouvoir un modèle de soins par étapes, souvent les organisations, les interventions ou les initiatives de recherche n'ont pu intervenir qu'à un seul niveau du système de santé, compte tenu du temps, de l'expertise et du financement. Les divers points d'entrée qui ont été discutés sont les suivants :

- **Au niveau communautaire** : les agents de santé communautaires, les pairs, les grands-mères ou les nouveaux cadres de santé mentale sont en mesure de rencontrer les femmes là où elles se trouvent, en tant que personnes en qui elles ont confiance. Cela permet également d'impliquer les femmes qui ne cherchent pas à se faire soigner dans les établissements de santé.<sup>108</sup>
- **Approches axées sur les enfants et la famille** : Les informateurs clés ont décrit comment de nombreuses approches utilisent les enfants comme « chevaux de Troie » pour l'entrée. Cette approche peut éliminer la pression, la culpabilité et la stigmatisation des mères.
- **CPN et PNC au niveau de l'établissement de santé** : le fait que les agents de santé soient formés aux TMPC était un élément essentiel de la plupart des interventions visant à renforcer le système de santé.<sup>36</sup>
- **Formation de base des prestataires** : une réponse globale aux TMPC nécessitera la formation des nouvelles générations d'agents de santé pour le diagnostic et le traitement des TMPC.<sup>95</sup>
- **Guérisseurs traditionnels et organisations confessionnelles** : plusieurs informateurs clés ont souligné le lien puissant qui existe entre la santé mentale et la spiritualité/la foi et la nécessité de travailler avec les guérisseurs traditionnels et les chefs religieux locaux si l'on veut obtenir un véritable changement dans la santé mentale périnatale des femmes.

## APPEL À L'INTÉGRATION

L'analyse du terrain a mis en évidence trois « appels » à une meilleure intégration de la santé mentale périnatale :

1. Dans plusieurs secteurs de la santé (santé maternelle, néonatale et infantile, nutrition, VIH, maladies chroniques, etc.) et dans des secteurs autres que la santé (éducation, WASH, etc.). La prévention de la violence basée sur le genre est un domaine clé pour une intégration transparente, notamment par le biais d'interventions communautaires telles que les groupes de participation des femmes et les espaces sûrs, dont il a été démontré qu'ils améliorent les résultats en matière de santé maternelle et réduisent les symptômes des TMPC.<sup>109,110</sup>
2. Un déplacement des services des institutions centralisées vers les soins primaires et le niveau communautaire. En 2008, l'OMS a exposé cette stratégie : « ... *L'intégration des services de santé mentale dans les soins primaires est le moyen le plus viable de réduire l'écart de traitement et s'assurer que les personnes présentant un problème de santé mentale reçoivent les soins dont elles ont besoin. Les gens peuvent accéder aux services de santé mentale plus près de chez eux, ce qui leur permet de garder leur famille unie et de maintenir leurs activités quotidiennes. En outre, ils évitent les coûts indirects liés à la recherche de soins spécialisés dans des lieux éloignés. Les services de santé mentale fournis dans le cadre des soins primaires minimisent la stigmatisation et la discrimination et suppriment le risque de violations des droits de l'homme qui se produisent dans les hôpitaux psychiatriques* ». <sup>111</sup>
3. Intégration de la santé mentale dans la formation et la pratique des prestataires de santé. Les informateurs clés qui dispensent des formations sur les bases des TMPC et sur la manière de soutenir les femmes en périnatalité aux étudiants en médecine et aux praticiens ont fait état d'un manque d'exposition et de formation en matière de santé mentale, ce qui peut amener de nombreux praticiens à penser que la santé mentale ne figure pas parmi les priorités des institutions médicales.

## LACUNES

L'analyse du terrain a identifié une série de lacunes avec plusieurs thèmes clairs : un besoin d'élargir les preuves pour inclure les résultats de différents contextes et éviter une généralisation inappropriée ; un besoin de plus de preuves pour certaines populations vulnérables ; un besoin d'élargir la base de preuves au-delà de la dépression postnatale ; un besoin de centrer la recherche et la pratique sur les désirs exprimés par les femmes, et un besoin d'approches intégrées qui améliorent la santé des femmes et des enfants. De nombreux appels ont été lancés pour obtenir davantage de données sur les besoins de certaines populations particulièrement vulnérables aux TMPC et sur les interventions qui leur conviennent (femmes dans des situations humanitaires, adolescentes, femmes victimes de VPI et femmes ayant subi une perte périnatale). L'analyse documentaire et les interviews avec les informateurs clés ont mis en évidence une lacune importante dans les données probantes sur ce que les femmes veulent pendant la période périnatale, tant en termes de résultats que de préférences pour les types et modalités de services, afin d'orienter les priorités de la recherche et des programmes dans le domaine de la santé mentale périnatale. Cette analyse a trouvé très peu d'exemples de co-création ou de contribution et d'inclusion à plus long terme au-delà de la recherche qualitative initiale. Enfin, l'intérêt croissant pour la santé mentale paternelle, le rôle des pères et leur impact sur le bien-être de la dyade mère-bébé est une lacune qui a un lien direct avec les facteurs de risque et les interventions potentielles.<sup>112,113</sup> « *Non, l'ordre du jour est toujours établi par les pays du Nord, et je pense qu'il y a de très bonnes raisons à cela* », a déclaré un informateur clé. « *De toute évidence [...] c'est dans ce contexte que beaucoup plus a été réalisé, en termes de progrès en matière de développement. Et il y a aussi un sentiment de responsabilité morale. Tout cela est formidable. Mais nous n'accordons pas de valeur à la compréhension du point de vue de ces pays émergents, à ce que les chercheurs, à ce que les responsables de programmes pourraient dire, tout comme nous ne prêtons pas suffisamment attention aux femmes elles-mêmes, ou aux adolescentes, à ce qu'elles demandent, parce que nous décidons de l'agenda pour elles. Et ces processus n'ont pas répondu à leurs besoins* ». - (Chercheur)

## CONCLUSION

Les conclusions de cette analyse du terrain mettent en lumière un besoin indéniable et urgent de fournir des programmes de prévention, de soins et de traitement des TMPC aux femmes des PRFM. Il est grand temps de prendre au sérieux la question de la santé mentale périnatale. La souffrance liée à la santé mentale n'est souvent pas évidente ou physiquement visible, et la stigmatisation et les préjugés profondément ancrés dans la santé mentale ont contribué à garder les femmes et leurs familles dans un grand silence. Mais il faut faire quelque chose. L'impact indéniable des troubles de santé mentale en période périnatale affecte profondément les femmes, leurs enfants et leurs familles. Pour aller de l'avant, il faut trouver un équilibre entre la production de meilleures preuves et la mise en œuvre simultanée de programmes et d'approches pour aider les millions de femmes qui « souffrent en silence » chaque jour. Des interventions rentables et réalisables pour les problèmes de santé mentale, dont l'efficacité a été démontrée pour les TMPC, existent et peuvent être mises en œuvre dès aujourd'hui.<sup>44,114</sup> La fusion des communautés de SMNIA et des communautés de santé mentale offre une occasion unique d'accélérer la recherche, l'apprentissage et l'action.

## RÉFÉRENCES

- <sup>1</sup> United Nations Department of Economic and Social Affairs. The 17 goals: Sustainable development. Published 2015. <https://sdgs.un.org/goals>
- <sup>2</sup> The Lancet Global Health. Mental health matters. *Lancet Glob Heal*. 2020;8(11):e1352. doi:10.1016/S2214-109X(20)30432-0
- <sup>3</sup> Rathod S, Pinninti N, Irfan M, et al. Mental Health Service Provision in Low- and Middle-Income Countries. *Heal Serv Insights*. 2017;10. doi:10.1177/1178632917694350
- <sup>4</sup> World Health Organization. *Mental Health Action Plan 2013-2020*. 2013. <http://www.who.int/iris/handle/10665/89966>
- <sup>5</sup> World Health Organization. *MhGAP Operations Manual*. World Health Organization; 2018. <http://apps.who.int/bookorders>.
- <sup>6</sup> Dadi AF, Miller ER, Mwanri L. Antenatal depression and its association with adverse birth outcomes in low and middle income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(1):1-23. doi:10.1371/journal.pone.0227323
- <sup>7</sup> World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 11th ed. 2020. <https://icd.who.int/>
- <sup>8</sup> O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):3-12. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
- <sup>9</sup> Jacques N, Mesenburg MA, Matijasevich A, et al. Trajectories of maternal depressive symptoms from the antenatal period to 24-months postnatal follow-up: findings from the 2015 Pelotas birth cohort. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):233. doi:10.1186/s12888-020-02533-z
- <sup>10</sup> Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; What needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):25-35. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017
- <sup>11</sup> Lasater ME, Beebe M, Gresh A, Blomberg K, Warren N. Addressing the Unmet Need for Maternal Mental Health Services in Low- and Middle-Income Countries: Integrating Mental Health Into Maternal Health Care. *J Midwifery Women's Heal*. 2017;62(6):657-660. doi:10.1111/jmwh.12679
- <sup>12</sup> Atif N, Lovell K, Rahman A. Maternal mental health: The missing “m” in the global maternal and child health agenda. *Semin Perinatol*. 2015;39(5):345-352. doi:10.1053/j.semperi.2015.06.007
- <sup>13</sup> Sparling TM, Henschke N, Nesbitt RC, Gabrysch S. The role of diet and nutritional supplementation in perinatal depression: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2017;13(1). doi:10.1111/mcn.12235
- <sup>14</sup> Meltzer-Brody S, Stuebe A. The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):49-60. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.009
- <sup>15</sup> Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Women's Ment Heal*. 2005;8(2):77-87. doi:10.1007/s00737-005-0080-1
- <sup>16</sup> Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):315-323. doi:10.1192/bjp.bp.116.187179

- <sup>17</sup> Hirschfield RMA. The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2001;03(06):244-254. doi:10.4088/PCC.v03n0609
- <sup>18</sup> Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(10):1012. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.111
- <sup>19</sup> Fisher J, de Mello MC, Patel V, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90(2):139-149. doi:10.2471/BLT.11.091850
- <sup>20</sup> Weobong B, ten Asbroek AHA, Soremekun S, et al. Association between probable postnatal depression and increased infant mortality and morbidity: findings from the DON population-based cohort study in rural Ghana. *BMJ Open*. 2015;5(8):e006509. doi:10.1136/bmjopen-2014-006509
- <sup>21</sup> Surkan PJ, Patel SA, Rahman A. Preventing infant and child morbidity and mortality due to maternal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016;36:156-168. doi:10.1016/j.bpobgyn.2016.05.007
- <sup>22</sup> Burger M, Hoosain M, Einspieler C, Unger M, Niehaus D. Maternal perinatal mental health and infant and toddler neurodevelopment - Evidence from low- and middle-income countries. A systematic review. *J Affect Disord*. 2020;268(March):158-172. doi:10.1016/j.jad.2020.03.023
- <sup>23</sup> McNamara J, Townsend ML, Herbert JS. A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. Hill B, ed. *PLoS One*. 2019;14(7):e0220032. doi:10.1371/journal.pone.0220032
- <sup>24</sup> Śliwerski A, Kossakowska K, Jarecka K, Świtalska J, Bielawska-Batorowicz E. The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2675. doi:10.3390/ijerph17082675
- <sup>25</sup> Rahman A, Hafeez A, Bilal R, et al. The impact of perinatal depression on exclusive breastfeeding: a cohort study. *Matern Child Nutr*. 2016;12(3):452-462. doi:10.1111/mcn.12170
- <sup>26</sup> Adeponle A, Groleau D, Kola L, Kirmayer LJ, Gureje O. Perinatal depression in Nigeria: Perspectives of women, family caregivers and health care providers. *Int J Ment Health Syst*. 2017;11(1). doi:10.1186/s13033-017-0134-6
- <sup>27</sup> Stewart RC, Umar E, Gleadow-Ware S, Creed F, Bristow K. Perinatal distress and depression in Malawi: an exploratory qualitative study of stressors, supports and symptoms. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(2):177-185. doi:10.1007/s00737-014-0431-x
- <sup>28</sup> Kalra H, Tran TD, Romero L, Chandra P, Fisher J. Prevalence and determinants of antenatal common mental disorders among women in India: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*. 2021;24(1):29-53. doi:10.1007/s00737-020-01024-0
- <sup>29</sup> Tol WA, Ebrecht B, Aiyo R, et al. Maternal mental health priorities, help-seeking behaviors, and resources in post-conflict settings: a qualitative study in eastern Uganda. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):39. doi:10.1186/s12888-018-1626-x
- <sup>30</sup> Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(10):973-982. doi:10.1016/S2215-0366(16)30284-X
- <sup>31</sup> Azale T, Fekadu A, Hanlon C. Postpartum depressive symptoms in the context of high social adversity and reproductive health threats: A population-based study. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12(1):1-10. doi:10.1186/s13033-018-0219-x
- <sup>32</sup> Honikman S, Sigwebela S, Schneider M, Field S. Perinatal depression and anxiety in resource-constrained settings: interventions and health systems strengthening. *South African Heal Rev*. 2020;1.
- <sup>33</sup> Lasater ME, Beebe M, Warren NE, et al. Dusukasi—The Heart That Cries: An Idiom of Mental Distress Among Perinatal Women in Rural Mali. *Cult Med Psychiatry*. 2018;42(4):930-945. doi:10.1007/s11013-018-9579-6
- <sup>34</sup> Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(4):357-369. doi:10.1016/S2215-0366(18)30060-9
- <sup>35</sup> Lasater ME, Murray SM, Keita M, et al. Integrating Mental Health into Maternal Health Care in Rural Mali : A Qualitative Study. Published online 2020:1-7. doi:10.1111/jmwh.13184
- <sup>36</sup> Baldisserotto ML, Miranda Theme M, Gomez LY, dos Reis TBQ. Barriers to Seeking and Accepting Treatment for Perinatal Depression: A Qualitative Study in Rio de Janeiro, Brazil. *Community Ment Health J*. 2020;56(1):99-106. doi:10.1007/s10597-019-00450-4
- <sup>37</sup> Nakku JEM, Nakasi G, Mirembe F. Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *Afr Health Sci*. 2006;6(4):207-214. doi:10.5555/afhs.2006.6.4.207



- <sup>38</sup> Oladeji BD, Bello T, Kola L, Araya R, Zekowitz P, Gureje O. Exploring differences between adolescents and adults with perinatal depression—data from the expanding care for perinatal women with depression trial in Nigeria. *Front Psychiatry*. 2019;10(OCT):1-9. doi:10.3389/fpsy.2019.00761
- <sup>39</sup> Barada R, Potts A, Bourassa A, Contreras-Urbina M, Nasr K. “I Go up to the Edge of the Valley, and I Talk to God”: Using Mixed Methods to Understand the Relationship between Gender-Based Violence and Mental Health among Lebanese and Syrian Refugee Women Engaged in Psychosocial Programming. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9). doi:10.3390/ijerph18094500
- <sup>40</sup> Dadi AF, Miller ER, Bisetegn TA, Mwanri L. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):173. doi:10.1186/s12889-020-8293-9
- <sup>41</sup> World Health Organization. *Making Health Services Adolescent Friendly: Developing National Quality Standards for Adolescent Friendly Health Services*. World Health Organization; 2012. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594_eng.pdf)
- <sup>42</sup> Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553-1598. doi:10.1016/S0140-6736(18)31612-X
- <sup>43</sup> Gorringer J, Hughes D, Kidy F, Kesner C, Sale J, Sabouni A. *The Return of the Individual: Time to Invest in Mental Health*. 2020.
- <sup>44</sup> World Health Organization, United Nations Children’s Fund, World Bank Group. *Nurturing Care for Early Childhood Development: A Framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential*. 2018.
- <sup>45</sup> World Health Organization, UNICEF. *Helping Adolescents Thrive Toolkit: Strategies to Promote and Protect Adolescent Mental Health and Reduce Self-Harm and Other Risk Behaviours*. 2021.
- <sup>46</sup> Alhomaizi A, Alhomaizi D, Willis S, Verdeli H, Messages K. Social Distancing in the Era of COVID-19: A Call for Maintaining Social Support for the Maternal Population. *Glob Health Sci Pract*. 2021;9(2). [www.ghspjournal.org](http://www.ghspjournal.org)
- <sup>47</sup> Onah MN, Field S, van Heyningen T, Honikman S. Predictors of alcohol and other drug use among pregnant women in a peri-urban South African setting. *Int J Ment Health Syst*. 2016;10(1):38. doi:10.1186/s13033-016-0070-x
- <sup>48</sup> Sparling TM, Waid JL, Wendt AS, Gabrysch S. Depression among women of reproductive age in rural Bangladesh is linked to food security, diets and nutrition. *Public Health Nutr*. 2020;23(4):660-673. doi:10.1017/S1368980019003495
- <sup>49</sup> Khan AM, Flora MS. Maternal common mental disorders and associated factors: A cross-sectional study in an urban slum area of Dhaka, Bangladesh. *Int J Ment Health Syst*. 2017;11(1):1-7. doi:10.1186/s13033-017-0129-3
- <sup>50</sup> The Partnership for Maternal Newborn & Child Health. *Maternal Mental Health: Why It Matters and What Countries with Limited Resources Can Do*. 2014.
- <sup>51</sup> Herba CM, Glover V, Ramchandani PG, Rondon MB. Maternal depression and mental health in early childhood: an examination of underlying mechanisms in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(10):983-992. doi:10.1016/S2215-0366(16)30148-1
- <sup>52</sup> Menon P, Ruel MTMA, Habicht J-P, et al. *Prevention Is Better than Cure. Final Report of the Evaluation: Prevention or Cure? Comparing Preventive and Recuperative Approaches to Targeting Maternal and Child Health and Nutrition Programs in Rural Haiti*. 2007.
- <sup>53</sup> Khan R, Waqas A, Bilal A, Mustehsan ZH, Omar J, Rahman A. Association of Maternal depression with diet: A systematic review. *Asian J Psychiatr*. 2020;52. doi:10.1016/j.ajp.2020.102098
- <sup>54</sup> Madeghe B, Kogi-Makau W, Ngala S, Kumar M. Integration of Mental Health-Nutrition Counselling for Perinatal Women in Primary Care. *Kenya Policy Briefs*. 2021;1(2). <http://www.uonbi.ac.ke>
- <sup>55</sup> Alive and Thrive. *Maternal Depression: The Potential Role of Nutrition in Prevention and Treatment*. 2020.
- <sup>56</sup> Dewing S, Tomlinson M, le Roux IM, Chopra M, Tsai AC. Food insecurity and its association with co-occurring postnatal depression, hazardous drinking, and suicidality among women in peri-urban South Africa. *J Affect Disord*. 2013;150(2):460-465. doi:10.1016/j.jad.2013.04.040
- <sup>57</sup> Adhikari RP, Williamson R, Sparling TM, Ferguson E, Cunningham K. Parental depression and nutrition: Findings from a cross-sectional household survey in Nepal. *Public Health Nutr*. 2020;23(16):2983-2993. doi:10.1017/S1368980020000968
- <sup>58</sup> Honikman S, Field S, Cooper S. The Secret History method and the development of an ethos of care: Preparing the maternity environment for integrating mental health care in South Africa. *Transcult Psychiatry*. 2020;57(1):173-182. doi:10.1177/1363461519844640



- <sup>59</sup> Minckas N, Gram L, Smith C, Mannell J. Disrespect and abuse as a predictor of postnatal care utilisation and maternal-newborn well-being: a mixed-methods systematic review. *BMJ Glob Heal*. 2021;6(4):e004698. doi:10.1136/bmjgh-2020-004698
- <sup>60</sup> Sudhinaraset M, Landrian A, Golub GM, Cotter SY, Afulani PA. Person-centered maternity care and postnatal health: associations with maternal and newborn health outcomes. *AJOG Glob Reports*. 2021;1(1):100005. doi:10.1016/j.xagr.2021.100005
- <sup>61</sup> Alemu S, Herklots T, Almansa J, et al. Mental Health and Quality of Life of Women One Year after Maternal Near-Miss in Low- and Middle-Income Countries: The Case of Zanzibar, Tanzania. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23):9034. doi:10.3390/ijerph17239034
- <sup>62</sup> Wilson SM, Sikkema KJ, Watt MH, Masenga GG. Psychological Symptoms Among Obstetric Fistula Patients Compared to Gynecology Outpatients in Tanzania. *Int J Behav Med*. 2015;22(5):605-613. doi:10.1007/s12529-015-9466-2
- <sup>63</sup> Dadi AF, Miller ER, Mwanri L. Postnatal depression and its association with adverse infant health outcomes in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):1-15. doi:10.1186/s12884-020-03092-7
- <sup>64</sup> Lee B, Park HJ. Differences in infant development by trajectories of maternal perinatal depression: based on Malawi mothers and children. *Early Child Dev Care*. 2020;190(9):1441-1454. doi:10.1080/03004430.2018.1538978
- <sup>65</sup> Stewart RC. Maternal depression and infant growth - A review of recent evidence. *Matern Child Nutr*. 2007;3(2):94-107. doi:10.1111/j.1740-8709.2007.00088.x
- <sup>66</sup> Catalao R, Medhin G, Alem A, Dewey M, Prince M, Hanlon C. Mental health impact on the unmet need for family planning and fertility rate in rural Ethiopia: A population-based cohort study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. Published online 2020. doi:10.1017/S2045796020000736
- <sup>67</sup> Bernard O, Gibson RC, McCaw-Binns A, et al. Antenatal depressive symptoms in Jamaica associated with limited perceived partner and other social support: A cross-sectional study. van Wouwe JP, ed. *PLoS One*. 2018;13(3):e0194338. doi:10.1371/journal.pone.0194338
- <sup>68</sup> Stewart RC, Umar E, Tomenson B, Creed F. A cross-sectional study of antenatal depression and associated factors in Malawi. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(2):145-154. doi:10.1007/s00737-013-0387-2
- <sup>69</sup> Bill & Melinda Gates Foundation. *Gender and MNCH: A Review of the Evidence*. 2020.
- <sup>70</sup> Chowdhary N, Sikander S, Atif N, et al. The content and delivery of psychological interventions for perinatal depression by non-specialist health workers in low and middle income countries: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):113-133. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.013
- <sup>71</sup> Halim N, Beard J, Mesic A, Patel A, Henderson D, Hibberd P. Intimate partner violence during pregnancy and perinatal mental disorders in low and lower middle income countries: A systematic review of literature, 1990–2017. *Clin Psychol Rev*. 2018;66(November 2017):117-135. doi:10.1016/j.cpr.2017.11.004
- <sup>72</sup> Islam MJ, Broidy L, Baird K, Mazerolle P. Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: The experience of women of Bangladesh. *PLoS One*. 2017;12(5). doi:10.1371/journal.pone.0176211
- <sup>73</sup> Rogathi JJ, Manongi R, Mushi D, et al. Postpartum depression among women who have experienced intimate partner violence: A prospective cohort study at Moshi, Tanzania. *J Affect Disord*. 2017;218:238-245. doi:10.1016/j.jad.2017.04.063
- <sup>74</sup> Shamu S, Zarowsky C, Roelens K, Temmerman M, Abrahams N. High-frequency intimate partner violence during pregnancy, postnatal depression and suicidal tendencies in Harare, Zimbabwe. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;38:109-114. doi:10.1016/j.genhosppsych.2015.10.005
- <sup>75</sup> Molenaar J, Hanlon C, Alem A, et al. Perinatal mental distress in a rural Ethiopian community: a critical examination of psychiatric labels. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):223. doi:10.1186/s12888-020-02646-5
- <sup>76</sup> Maselko J, Hagaman AK, Bates LM, et al. Father involvement in the first year of life: Associations with maternal mental health and child development outcomes in rural Pakistan. *Soc Sci Med*. 2019;237:112421. doi:10.1016/j.socscimed.2019.112421
- <sup>77</sup> Finlayson K, Crossland N, Bonet M, Downe S. What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. East CE, ed. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231415. doi:10.1371/journal.pone.0231415
- <sup>78</sup> Tripathy P, Nair N, Barnett S, et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes and maternal depression in Jharkhand and Orissa, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2010;375(9721):1182-1192. doi:10.1016/S0140-6736(09)62042-0

- <sup>79</sup> Zhao Y, Munro-Kramer ML, Shi S, Wang J, Luo J. A randomized controlled trial: effects of a prenatal depression intervention on perinatal outcomes among Chinese high-risk pregnant women with medically defined complications. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20(2):333-344. doi:10.1007/s00737-016-0712-7
- <sup>80</sup> Moshki M, Baloochi Beydokhti T, Cheravi K. The effect of educational intervention on prevention of postpartum depression: an application of health locus of control. *J Clin Nurs*. 2014;23(15-16):2256-2263. doi:10.1111/jocn.12505
- <sup>81</sup> Rahman A, Malik A, Sikander S, Roberts C, Creed F. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008;372(9642):902-909. doi:10.1016/S0140-6736(08)61400-2
- <sup>82</sup> Fuhr DC, Weobong B, Lazarus A, et al. Delivering the Thinking Healthy Programme for perinatal depression through peers: an individually randomised controlled trial in India. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(2):115-127. doi:10.1016/S2215-0366(18)30466-8
- <sup>83</sup> Husain N, Zulqernain F, Carter L, et al. Treatment of maternal depression in urban slums of Karachi, Pakistan: A randomized controlled trial (RCT) of an integrated maternal psychological and early child development intervention. *Asian J Psychiatr*. 2017;29(2017):63-70. doi:10.1016/j.ajp.2017.03.010
- <sup>84</sup> Futterman D, Shea J, Besser M, et al. Mamekhaya: a pilot study combining a cognitive-behavioral intervention and mentor mothers with PMTCT services in South Africa. *AIDS Care*. 2010;22(9):1093-1100. doi:10.1080/09540121003600352
- <sup>85</sup> Salehi F, Pourasghar M, Khalilian A, Shahhosseini Z. Comparison of group cognitive behavioral therapy and interactive lectures in reducing anxiety during pregnancy. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(43):e5224. doi:10.1097/MD.00000000000005224
- <sup>86</sup> Gao L, Xie W, Yang X, Chan SW. Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented postnatal programme for Chinese first-time mothers: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):22-29. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.06.006
- <sup>87</sup> Gao L, Chan SW, Sun K. Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women at 3-month follow up: Randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(3):274-281. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.09.010
- <sup>88</sup> Pfeiffer E. How to help depressed mothers and their children. apolitical. Published 2020. <https://apolitical.co/solution-articles/en/how-to-help-depressed-mothers-and-their-children>
- <sup>89</sup> Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *BMJ*. 2009;338(apr14 2):b974-b974. doi:10.1136/bmj.b974
- <sup>90</sup> Baker-Henningham H. The effect of early stimulation on maternal depression: a cluster randomised controlled trial. *Arch Dis Child*. 2005;90(12):1230-1234. doi:10.1136/adc.2005.073015
- <sup>91</sup> Shrestha S, Adachi K, Petrini MA, Shrestha S, Rana Khagi B. Development and evaluation of a newborn care education programme in primiparous mothers in Nepal. *Midwifery*. 2016;42:21-28. doi:10.1016/j.midw.2016.09.006
- <sup>92</sup> World Health Organization. *Guidelines on Mental Health Promotive and Preventive Interventions for Adolescents*. World Health Organization; 2020. <http://apps.who.int/bookorders>.
- <sup>93</sup> Moitra M, Rahman M, Collins PY, et al. Mental Health Consequences for Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review to Draw Lessons for LMICs. *Front Psychiatry*. 2021;12(January):1-10. doi:10.3389/fpsy.2021.602614
- <sup>94</sup> Mccauley M, Brown A, Ofosu B, Broek N Van Den. "I just wish it becomes part of routine care": healthcare providers' knowledge, attitudes and perceptions of screening for maternal mental health during and after pregnancy: a qualitative study. Published online 2019:1-8.
- <sup>95</sup> Herba CM, Tariq M. Effectiveness of an intervention for perinatal depression: challenges in task shifting to peer volunteers. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(9):725-726. doi:10.1016/S2215-0366(20)30295-9
- <sup>96</sup> Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007;370(9590):878-889. doi:10.1016/S0140-6736(07)61239-2
- <sup>97</sup> Sarkar NDP, Baingana F, Criel B. Integration of perinatal mental health care into district health services in Uganda: Why is it not happening? The Four Domain Integrated Health (4DIH) explanatory framework. *Soc Sci Med*. Published online October 2020:113464. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113464
- <sup>98</sup> Shrestha SD, Pradhan R, Tran TD, Gualano RC, Fisher JRW. Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):72. doi:10.1186/s12884-016-0859-2

- <sup>99</sup> Ali G-C, Ryan G, De Silva MJ. Validated Screening Tools for Common Mental Disorders in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. Burns JK, ed. *PLoS One*. 2016;11(6):e0156939. doi:10.1371/journal.pone.0156939
- <sup>100</sup> Sweetland AC, Belkin GS, Verdelli H. Measuring Depression and Anxiety in Sub-Saharan Africa. *Depress Anxiety*. 2014;31(3):223-232. doi:10.1002/da.22142
- <sup>101</sup> Sanfilippo KRM, McConnell B, Cornelius V, et al. Community psychosocial music intervention (CHIME) to reduce antenatal common mental disorder symptoms in The Gambia: a feasibility trial. *BMJ Open*. 2020;10(11):e040287. doi:10.1136/bmjopen-2020-040287
- <sup>102</sup> Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*. 2009;4(1):1-15. doi:10.1186/1748-5908-4-50
- <sup>103</sup> National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Published 2015. Accessed July 19, 2021. <http://guidance.nice.org.uk/cg192>
- <sup>104</sup> Murray LK, Dorsey S, Haroz E, et al. A common elements treatment approach for adult mental health problems in low- and middle-income countries. *Cogn Behav Pract*. 2014;21(2):111-123. doi:10.1016/j.cbpra.2013.06.005
- <sup>105</sup> World Health Organization. *Quality of Care in Fragile, Conflict-Affected and Vulnerable Settings: Taking Action*. 2020.
- <sup>106</sup> Rahman A, Waqas A, Nisar A, Nazir H, Sikander S, Atif N. Improving access to psychosocial interventions for perinatal depression in low- and middle-income countries: lessons from the field. *Int Rev Psychiatry*. 2021;33(1-2):198-201. doi:10.1080/09540261.2020.1772551
- <sup>107</sup> Nillni YI, Gutner CA. Treatment for perinatal depression: movement towards scalability. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(2):83-85. doi:10.1016/S2215-0366(19)30002-1
- <sup>108</sup> Chibanda D. Programmes that bring mental health services to primary care populations in the international setting. *Int Rev Psychiatry*. 2018;30(6):170-181. doi:10.1080/09540261.2018.1564648
- <sup>109</sup> Kirk L, Terry S, Lokuge K, Watterson JL. Effectiveness of secondary and tertiary prevention for violence against women in low and low-middle income countries: a systematic review. *BMC Public Health*. 2017;17(1):622. doi:10.1186/s12889-017-4502-6
- <sup>110</sup> Prost A, Colbourn T, Seward N, et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013;381(9879):1736-1746. doi:10.1016/S0140-6736(13)60685-6
- <sup>111</sup> World Health Organization., World Organization of National Colleges A. *Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective*. World Health Organization; 2008.
- <sup>112</sup> Ganjekar S, Thekkethayil AV, Chandra PS. Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in India. *BJPsych Int*. 2020;17(1):2-5. doi:10.1192/bji.2019.26
- <sup>113</sup> Stein A, Pearson RM, Goodman SH, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014;384(9956):1800-1819. doi:10.1016/S0140-6736(14)61277-0
- <sup>114</sup> Rahman A, Fisher J, Waqas A, Hamdani SU, Zafar W. World Health Organization recommendation on psychotherapeutic interventions for common maternal mental health problems among women to improve early childhood development in low and middle income countries: Report of systematic review and meta-analysis of. Published online 2018:1-89.

## ACKNOWLEDGMENTS

MOMENTUM Country and Global Leadership is part of a suite of innovative awards funded by the U.S. Agency for International Development (USAID) to holistically improve voluntary family planning and maternal and child health in partner countries around the world. The project focuses on technical and capacity development assistance to ministries of health and other country partners to improve outcomes.

The maternal and newborn team of MOMENTUM Country and Global Leadership gratefully acknowledges the contributions of many individuals in the preparation of both the Landscape Analysis Report and this Briefer. Key authors are Shanon McNab (lead), Sean Dryer, Patricia Gomez, Anam Bhatti, Laura Fitzgerald, Edward Kenyi and Neena Khadka. Context-specific expertise was provided by the following MCGL staff: Suzanne Stalls, Mona Bormet, Aleefia Somji, Elizabeth Doggett, Myra Betron, Hannah Tappis, Callie Simon, Meroji Sebany, Lisa Noguchi and Karen Hoehn. The team would also like to thank USAID colleagues for their technical review: Becca Levine, Smita Kumar, Robyn Churchill and Mary Ellen Stanton. Technical guidance and support for the data collection process, and editorial support was provided by additional partners: Elaine Scudder (IRC), Kate Litvin and Catherine Kirk (Advancing Nutrition), Joe DeCarlo (Editorial Support), Andre Blockett and Brian Hatcher (Graphic design support). Lastly, the MOMENTUM Country and Global Leadership team would also like to acknowledge all those who offered their time and expertise as part of the key informant interviews and focus group discussions.



This brief is made possible by the generous support of the American people through the U.S. Agency for International Development (USAID) under the terms of the Cooperative Agreement #7200AA20CA00002, led by Jhpiego and partners. The contents are the responsibility of MOMENTUM Country and Global Leadership and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.