



Politique de Santé Mentale Communautaire

Coordinateur du
Groupe de Travail
Consultatif en Santé
Mentale Communautaire :
Dr. B. Radtke

Révisée en novembre 2008

Résumé Exécutif

Classification

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut gérer les stress normaux de la vie, peut travailler de façon productive et rentable, et est capable d'apporter une contribution à la vie communautaire.

Les troubles neuropsychiatriques. C'est le nom généralement utilisé pour désigner les maladies mentales et les affections neurologiques (p.ex. l'épilepsie).

La maladie mentale, par exemple la dépression et la schizophrénie, affecte le contrôle de la connaissance, de l'émotion et/ou du comportement de l'individu, et inhibe sa capacité d'apprendre et de travailler au sein de la famille, au travail et dans la société.

La déficience intellectuelle commence depuis l'enfance et est un état qui dure toute la vie. Elle est caractérisée par une déficience des aptitudes liées à l'intelligence, telles que les capacités d'élocution, de mémoire, les aptitudes motrices et sociales.

Le terme **Trouble mental** est utilisé à la fois pour signifier la maladie mentale et le trouble de l'intelligence.

Le handicap psychologique tient compte des barrières qui empêchent un individu de participer pleinement à la vie sociale; c'est le choix terminologique de la CBM en matière de Politique de Handicap et de Développement.

Ampleur

L'OMS estime qu'**une personne sur quatre** aura un trouble mental ou neurologique à un moment de sa vie.

D'après l'OMS, environ **450 millions de personnes** dans le monde ont actuellement des troubles mentaux ou neurologiques, 150 millions font la dépression, 90 millions souffrent de troubles dus à l'abus de l'alcool ou de la drogue, 25 millions ont la schizophrénie et 38 millions l'épilepsie. Chaque année, 10 à 20 millions de personnes tentent de se suicider et 1 million s'ôtent la vie.

Le Rapport 2005 de l'OMS attribue aux troubles neuropsychiatriques, **environ un tiers de toutes les années de vie passées avec handicap.**

But

Améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des handicaps psycho-sociaux à travers l'identification précoce des troubles, l'accès à un traitement abordable, l'amélioration de l'intégration sociale et la sécurité des moyens de subsistance.

Stratégie

La stratégie de la CBM en matière de Santé Mentale Communautaire (SMC) est basée sur les droits humains : elle cherche à renforcer les capacités des utilisateurs des services et à faciliter leur participation active aux prestations de services, est sensible à la culture, à la pauvreté et au genre, et se base sur la collaboration et la formation de réseaux avec d'autres organisations et le secteur public.

- Intégration de la SMC dans les **Programmes de Réhabilitation à Base Communautaire (RBC)** existants. L'approche sociale du handicap qui caractérise le concept de RBC adopté par la CBM est aussi valable pour la SMC.
- Prestation des services de SMC dans le cadre des services de soins de santé **primaire mis en place par le gouvernement**, avec le partage des ressources, ou la prestation en solitaire des services de la SMC.

I. Situation Actuelle

I. 1 Définition :

La Santé mentale est un état de bien-être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut gérer les stress normaux de la vie, peut travailler de façon productive et rentable, et est capable d'apporter une contribution à la vie communautaire.¹

Santé mentale communautaire (SMC):

- a) La SMC est une stratégie de développement communautaire qui met l'accent sur la santé mentale de tous les membres de la communauté à travers la promotion de la santé mentale et la prévention de troubles mentaux.
- b) Les services de SMC procurent des soins de santé mentale accessibles, abordables, acceptables et de qualité dans la communauté, pour les personnes vivant avec une infirmité psycho-sociale, en vue de leur intégration sociale.
- c) Les soins de SMC sont prodigués avec la participation active des bénéficiaires, de leurs familles et de leurs communautés, ensemble avec les services de la santé, de l'éducation, des affaires sociales et de l'emploi.

Terminologie :

Le jargon utilisé, en parlant des problèmes de santé mentale et des personnes qui les vivent, prête à confusion à cause de la diversité des termes utilisés. Conformément à la Politique du Handicap et du Développement de la CBM (2006), nous choisissons le terme **handicap psycho-social** lorsque nous parlons de personnes ayant une maladie mentale ou un état neurologique tel que l'épilepsie parce que **handicap psycho-social** est le terme préféré des utilisateurs des services de santé mentale; ce terme basé sur l'approche sociale du handicap, met l'accent sur les barrières qui empêchent les personnes ayant un handicap psycho-social de participer pleinement à la vie sociale.

C'est seulement lorsqu'on parle de trouble sous-jacent (ICF) ou de constats épidémiologiques², que l'on utilise le terme troubles **neuropsychiques**, un nom général pour désigner les maladies mentales et neurologiques. Le terme **maladie mentale** désigne les troubles qui affectent chez un individu, le contrôle de la connaissance, de l'émotion et/ou du comportement et paralysent sa capacité d'apprendre et de travailler dans la famille, à son lieu de travail et dans la société; exemples : la schizophrénie, la dépression, l'anxiété, la démence et autres. Le

¹ Promoting mental health. Concepts, Emerging evidence, Practice. OMS 2004

² Première partie de la politique de santé mentale communautaire

terme **maladie neurologique** désigne les maladies qui affectent le cerveau et les nerfs, la plus répandue d'entre elles étant l'épilepsie. Dès lors que la plupart des troubles neurologiques sont entourés de mythes semblables, d'idées erronées et de préjugés qui les taxent de maladies mentales, ils sont tous considérés de la même manière. Le handicap psycho-social émanant d'une maladie neurologique est souvent plus invalidant que les crises elles-mêmes.

La déficience intellectuelle, elle, trouve son origine dans la petite enfance; les enfants peuvent naître avec une déficience intellectuelle ou peuvent l'acquérir dans la petite enfance, par exemple suite à une méningite. C'est un état qui dure toute la vie et qui est caractérisé par une dégradation des compétences liées à l'intelligence, comme le langage, la mémoire, les capacités motrices et sociales. **L'infirmité Intellectuelle** (autrefois appelée handicap mental) **n'est pas** abordée par cette politique, puisque les besoins des Personnes vivant avec une Déficience Intellectuelle et les services pertinents dont elles ont besoin (voir le Document de Concept sur les services en faveur des personnes vivant avec une Déficience Intellectuelle, RBC-AWG) sont généralement différents de ceux des Personnes qui ont un Handicap psycho-social. Mais tout comme n'importe qui, les personnes ayant un handicap intellectuel peuvent développer une autre infirmité psycho-sociale.

I.2 Prévalence : Les troubles neuropsychiatriques sont des états très fréquents et causes d'infirmité, dont la moitié apparaît avant l'âge de 14 ans³, et sont souvent chroniques.

L'OMS⁴ estime qu'une **personne sur quatre** aura un trouble mental ou neurologique à une période de sa vie.

Selon les estimations de l'OMS⁵, environ 450 millions de personnes dans le monde ont aujourd'hui des troubles mentaux ou neurologiques : 150 millions font la dépression, 90 millions ont des troubles dus à l'abus d'alcool ou de la drogue, 25 millions ont la schizophrénie et 38 millions l'épilepsie. Chaque année, 10 à 20 millions de personnes tentent de se suicider et un million s'ôtent volontairement la vie.

Le taux mondial de prévalence de troubles mentaux chez **les enfants et les adolescents** est d'environ 20%, et on rapporte des troubles similaires dans différentes cultures.

³ Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *The Lancet, Global Mental Health*, 2007

⁴ The World Health Report 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. OMS 2001

⁵ Investing in Mental Health; OMS 2003.

I.3 La charge de la maladie

Le rapport 2005⁶ de l'OMS a attribué environ un tiers de toutes les années de vie avec un handicap à des troubles neuropsychiatriques : dépression, troubles dus à l'abus d'alcool et de la drogue. L'infirmité due aux troubles neuropsychiatriques est présente dans toutes les régions du monde. Quatre des six principales causes d'années vécues avec un handicap sont des troubles neuropsychiatriques : dépression, troubles dus à l'abus d'alcool, la schizophrénie, et les troubles bipolaires. Le nombre de personnes souffrant de ces troubles est susceptible d'augmenter davantage dans les années à venir en raison du vieillissement de la population et de l'aggravation des problèmes sociaux, de dégâts écologiques et des conflits armés.

I.4 Options de traitements et différences entre les traitements

Il existe des traitements qui ont fait leur preuve d'efficacité sur la dépression, les troubles dus à l'abus d'alcool et de la drogue, la schizophrénie et l'épilepsie, ainsi que d'autres troubles neuropsychiatriques. On peut espérer le succès de ce traitement chez environ les deux tiers des personnes traitées.

Pourtant, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, seule une petite minorité des personnes vivant avec ces troubles reçoivent un traitement⁷. Ceci est dû à l'absence de services, à la faible connaissance des troubles neuropsychiatriques et à la réticence des personnes concernées à rechercher de l'aide. Tous ces facteurs sont liés à la pauvreté, à la stigmatisation et à la discrimination⁸.

Bien que les enfants et les adolescents composent entre le tiers et la moitié de la population des pays à revenu faible et intermédiaire et présentent une forte prévalence de troubles mentaux, leur accès au soin de santé mentale est bien plus limité que celui des adultes, puisque la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire ne fournissent pas suffisamment de soins.

II Les activités actuelles au sein des programmes soutenus par la CBM.

Les programmes de Réhabilitation à Base Communautaire (RBC) soutenus par la CBM sont impliqués dans la prestation de services aux personnes ayant l'épilepsie, depuis de nombreuses années, puisque l'épilepsie accompagne souvent d'autres infirmités dont l'infirmité motrice cérébrale et la déficience intellectuelle; dans ce

⁶ Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips M, Rahmann A. No health without mental health. The Lancet, Global Mental Health, 2007

⁷ OMS: mental health Global Action Programme (mhGAP)
http://www.who.int/mental_health/mhgap_final_english.pdf

⁸ Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull WHO 82, 858-866, 2004

cas, l'épilepsie et les autres infirmités concernées sont des séquelles de lésions cérébrales.

Des informations statistiques sur l'implication des partenaires de la CBM dans l'œuvre de santé mentale sont disponibles depuis 2004. En effet, en 2004 déjà, beaucoup de projets de RBC étaient impliqués de façon significative dans le travail avec les personnes vivant avec un handicap psycho-social. Au cours de cette année, 13.125 personnes vivant avec l'épilepsie ont été visitées dans 48 pays et 5.273 personnes vivant avec des troubles mentaux l'ont été dans 36 pays.

Depuis 2004, le nombre de personnes vivant avec un handicap psycho-social et participant aux programmes de RBC et de SMC n'a cessé d'augmenter : 9.000 personnes vivant avec des troubles mentaux en 2005 ; 14.000 en 2006 ; 19.000 personnes vivant avec l'épilepsie à en 2006. La plus grande partie de l'augmentation a été réalisée en Asie du Sud-est et dans certaines parties de l'Afrique.

Cette augmentation est due en partie à l'extension des services de la SMC aux personnes affectées par le Tsunami en Asie, touchant en stratégie avancée les personnes qui avaient déjà des handicaps psycho-sociaux dans le domaine de l'assistance d'urgence, et leur prodiguant des conseils sur le traumatisme psycho-social.

III Buts de la santé mentale communautaire:

- a) Améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec un handicap psycho-social, par l'identification précoce des troubles, l'accès au traitement abordable, l'amélioration de l'intégration sociale et la sécurité des moyens de subsistance.
- b) Réduire l'incidence des troubles mentaux et neurologiques évitables et leurs causes.
- c) Autonomiser les personnes vivant avec un handicap psycho-social et faciliter leur participation au développement de leur communauté, et mettre l'accent sur la santé mentale positive pour le développement communautaire.

IV. Stratégie

Valeurs

1/ Valeurs fondamentales de la CBM : La CBM travaille partout dans le monde entier avec les personnes les plus démunies et les plus négligées vivant avec des handicaps psycho-sociaux dans l'esprit des valeurs fondamentales de la CBM⁹.

2/ Approche du handicap basée sur les droits humains et le développement et participation active des bénéficiaires des services.

⁹ Politique du handicap et du développement de la CBM, 2006

- a) Les personnes vivant avec un handicap psychosocial ont le droit d'être consultées et entendues, de prendre des décisions sur leur propre vie et de jouer des rôles sociaux significatifs dans la communauté.
- b) Les personnes ayant un handicap psycho-social et celles qui les soignent ne sont pas considérées comme des bénéficiaires passifs de soins de SMC, mais sont encouragés à participer activement à toutes les étapes du développement et de la mise en œuvre des services de SMC.
- c) La SMC encourage la formation de groupements dirigés par les utilisateurs des services et ceux qui les soignent, tels que des groupes d'entraide et des associations pour l'auto plaidoyer.
- d) La SMC vise à abolir les violations des droits humains des personnes vivant avec des handicaps psycho-sociaux, à réaliser l'égalité d'opportunités et à faciliter leur pleine intégration sociale dans la communauté.
- e) Pour combattre l'exclusion, les activités à base communautaire cherchent à réduire les stigmas et la discrimination. S'il y a des fonds disponibles, ces activités peuvent être élargies au niveau régional et/ou national.

3. Perspective de genre

- a) Bien que la prévalence globale de tous les types de troubles mentaux ne diffère pas entre les hommes et les femmes, les différences de genre sont très importantes lorsqu'on examine les types de troubles mentaux dans leurs spécificités. Les taux de dépression et d'anxiété majeure sont, de façon significative, plus élevés chez les femmes que chez les hommes pendant toute la durée de leur vie.
- b) Les facteurs qui augmentent la vulnérabilité des femmes sont : la pauvreté, la violence, la maltraitance, le faible statut social, les responsabilités des charges et le fait d'être exposé aux événements hostiles de la vie. Les femmes sont moins susceptibles de recevoir des soins de santé mentale appropriés et ont tendance à subir plus de discrimination si elles ont un handicap psycho-social.
- c) La SMC tient compte des taux de prévalence spécifique au genre et des facteurs de risque pour assurer des services accessibles et la prévention, particulièrement à l'endroit des femmes.

Modèles et approches

4) Modèles de mise en œuvre de la SMC.

- a) Le choix d'un modèle adapté dépend de la disponibilité des ressources locales et de l'existence de services de santé qui tiennent compte de la durabilité.
- b) Le modèle phare de la CBM est l'intégration de la SMC aux programmes de réhabilitation à base communautaire (RBC) existants. L'approche sociale du handicap qui caractérise le concept de la RBC adopté par la CBM est aussi valable pour la SMC.
- c) Des modèles alternatifs pour la mise en œuvre des services de la SMC sont : intégration dans les services de soins de santé primaires mis en place par le gouvernement, avec partage des ressources, ou la mise en œuvre en solitaire des services de SMC.

5) Approche basée sur le contexte.

- a) La SMC utilise une approche sensible à la culture et adaptée au contexte local, qui tient compte de la perception de la communauté sur les handicaps psycho-sociaux et des traditions locales de guérison, si celles-ci ne sont pas nuisibles.
- b) Un diagnostic simplifié qui considère la capacité/l'incapacité de la personne à participer à la vie communautaire, peut être plus adéquat qu'un diagnostic médical formel.
- c) Les partenaires de la CBM sont informés sur la SMC et sont encouragés à conduire des activités de SMC selon les besoins locaux et en fonction de leur expérience.

6) Point de mire sur le développement communautaire et la réduction de la pauvreté

- a) Il y a une relation étroite entre la pauvreté et la santé mentale. La santé mentale positive est importante pour tous les membres de la communauté, et constitue un préalable à la cohésion sociale, le développement communautaire et la réduction de la pauvreté.
- b) En SMC, les besoins de santé mentale de tous les membres de la communauté sont pris en compte, impliquant les chefs et les membres de la communauté dans ce processus. La SMC se base sur les ressources communautaires existantes et encourage les agents communautaires volontaires à s'y engager.
- c) Les personnes ayant un handicap psycho-social peuvent et ont le droit de contribuer au développement de leur communauté.

7) Collaboration pluridisciplinaire et intersectorielle.

- a) Les besoins des personnes ayant un handicap psycho-social sont multiples et transversaux sur plusieurs secteurs de prestation de services, d'où les services de la SMC ont besoin de développer une bonne collaboration intersectorielle et pluridisciplinaire.
- b) Il faut avoir des liens avec les services des CSP (Centres de Santé Périphériques), les services psychiatriques assurés par le biais des hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques, s'il en existe, et autres centres de référence. On peut faire, dans les écoles et universités, la promotion de la santé mentale et l'identification des enfants et des adolescents ayant des handicaps psycho-sociaux.

Domaines d'intervention

8) Identification, diagnostic, prise en charge et réhabilitation à base communautaire pour les personnes ayant un handicap psycho-social.

- a) La SMC fournit des services accessibles, abordables, acceptables et de bonne qualité dans la communauté pour les personnes ayant un handicap psychosocial, ce qui implique une reconnaissance précoce, des interventions psychosociales et un soutien pour un approvisionnement fiable en médicaments essentiels ;
- b) Il faut des efforts intensifs et un plaidoyer pour garantir un approvisionnement fiable en médicaments psychotropes essentiels (voir la liste de la CBM sur les médicaments essentiels dans les lignes directrices pour la mise en œuvre), par le biais du secteur de la Santé Publique, pour assurer la durabilité. On ne devra chercher des alternatives que dans les cas où cet objectif ne peut pas être atteint en raison de barrières infranchissables.
- c) Selon le programme mondial de la santé mentale de l'OMS (mhGAP)¹⁰, les états à identifier et à prendre en charge sont entre autres : la dépression, la schizophrénie et autres troubles psychotiques et troubles mentaux chez les enfants, parce qu'ils sont très fréquents et susceptibles de causer des handicaps. Beaucoup d'entre eux sont associés aux violations des droits humains.
- d) Les services de réhabilitation tiennent compte du besoin pour les personnes ayant un handicap psycho-social, de mener une vie productive. Les activités de développement des moyens de subsistance sont promues comme principaux moyens de parvenir à l'indépendance et au renforcement des capacités des personnes ayant un handicap psycho-social.

9) Promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux

- a) Pour réduire le fardeau des troubles psycho-sociaux, il ne suffit pas seulement d'assurer des services de traitement et de réhabilitation, mais il faut également promouvoir la santé mentale positive et prévenir les troubles mentaux en luttant contre la pauvreté, la violence, les mauvais traitements et la négligence.

¹⁰ http://www.who.int/mental_health/mhgap_final_english.pdf

- b) La SMC rehausse la conscience publique sur l'importance du bien-être mental, les causes des troubles mentaux, et comment les prévenir, au moyen de campagnes médiatiques d'informations ciblées.
- c) Les mesures préventives sont particulièrement efficaces dans l'enfance et l'adolescence ; par exemple une simple formation d'infirmiers pour soutenir les mères de nouveau-nés améliore la santé mentale des personnes, et l'amélioration de la nutrition avec un apport suffisant en micro-éléments nutritifs peut prévenir les handicaps de croissance et les problèmes de santé mentale chez les enfants.
Les programmes de RBC doivent combiner la prévention des handicaps psycho-sociaux et la prévention d'autres types de handicap.
- d) La prévention et la promotion doivent être initiées conjointement avec d'autres organisations et agences en réseaux, pour en augmenter l'impact.

10) Les besoins des personnes handicapées et des soigneurs en matière de santé mentale

- a) Les personnes ayant un handicap physique, intellectuel ou sensoriel courent un plus grand risque de développer d'autres handicaps psycho-sociaux dus surtout à l'exclusion et à la discrimination auxquelles elles sont confrontées. Le risque de développer des troubles neurologiques comme l'épilepsie est également plus grand, dû à des facteurs biologiques tels que les lésions cérébrales.
- b) La SMC tient compte de la vulnérabilité des personnes ayant un handicap et de leurs besoins spécifiques de soins de santé mentale. Elle vise à renforcer leur amour-propre et leur capacité d'entraide et d'auto-plaidoyer.
- c) Les soigneurs des personnes vivant avec un handicap psycho-social et/ou autres handicaps sont vulnérables aux problèmes de santé mentale, tels que la dépression et le syndrome d'épuisement. Ceci s'applique particulièrement aux femmes et aux enfants qui assument souvent le rôle de prendre soin des membres de la communauté vivant avec handicap.
- d) La SMC prend des mesures préventives pour alléger le fardeau des soigneurs en facilitant le soutien communautaire, le partage des soins par d'autres membres de la famille, des groupes d'entraide etc.

11) Santé mentale des enfants et des adolescents

- a) Des études ont montré que la moitié des cas de maladie mentale s'étendant sur toute la durée d'une vie, apparaît avant l'âge de 14 ans. Il existe des preuves que le pronostic des troubles mentaux s'améliore avec le diagnostic et le traitement précoces.
- b) Pour être plus efficace, la SMC doit tenir compte des enfants et des adolescents dans la prévention, la promotion et les soins de santé mentale à base communautaire. Par exemple, protéger les enfants contre les mauvais traitements corporels et les abus sexuels dans la communauté est une action préventive hautement efficace. Les enfants vivant avec un handicap physique, intellectuel et sensoriel, en particulier ceux avec un handicap auditif, ont un risque plus élevé de développer des troubles de comportement et nécessitent des interventions précoces de santé mentale.
- c) Les interventions en faveur des enfants et adolescents sont souvent mieux indiquées dans les écoles, en utilisant les ressources communautaires existantes.

12) Situations d'urgences et catastrophes

- a) Dans la phase de réhabilitation et de développement après des situations d'urgence, la SMC entreprend la réhabilitation psycho-sociale, particulièrement là où il existe déjà des projets et des programmes soutenus par la CBM avant la catastrophe.
- b) Une attention particulière est accordée aux personnes ayant un handicap psycho-social préexistant, à cause de leur vulnérabilité accentuée aux effets traumatisants des situations d'urgence, et de leur besoin d'accéder aux médicaments. Les personnes ayant des handicaps psycho-sociaux liés au traumatisme peuvent également avoir besoin d'un soutien particulier.

13) Plaidoyer, formation de réseaux et construction d'alliance

- a) Le plaidoyer, l'implication des parties prenantes, la construction d'alliance et la formation de réseaux sont nécessaires pour que la SMC puisse couvrir le vaste domaine de la santé mentale qui comprend la lutte contre la stigmatisation, l'amélioration des services à base communautaire, la prévention et la promotion, les actions pour influencer la politique de santé mentale et la législation.
- b) La SMC met en action, des ressources à tous les niveaux, en commençant par

les ressources communautaires.

- c) Le rôle proactif des utilisateurs des services et des familles dans l'auto-plaidoyer est encouragé dans la lutte contre les violations des droits humains, l'inaccessibilité des services, le traitement contraignant et coercitif.

14) Formation, contrôle qualité et recherche.

a) En SMC, on a besoin de formation à plusieurs niveaux : pour les agents communautaires et le personnel de la RBC, pour les agents de santé actifs dans les services de soins de santé primaire (infirmiers et médecins généralistes), pour les infirmiers en psychiatrie et pour les professionnels de la santé mentale dans les hôpitaux.

b) Les personnes ressources locales disponibles pour la formation, sont identifiées et motivées pour y prendre part en tant que formateurs.

c) La formation se concentre sur ceux qui ont le potentiel de transmettre leurs connaissances à d'autres (multiplicateurs).

d) En SMC on préfère les stratégies qui ont fait preuve d'efficacité. La livraison des services doit respecter les normes de qualité établies.

e) L'étude des besoins, la planification du projet, le suivi et l'évaluation (PCM) se font ensemble avec les membres de la communauté, les personnes ayant des handicaps psycho-sociaux et leur soigneurs

f) Les services de la SMC participent à la recherche sur les problèmes épidémiologiques (prévalence, incidence) et aux enquêtes en cours, aux résultats, à l'efficacité du service et l'impact des stratégies d'intervention et de prévention sur les communautés.

15) La santé mentale comme problème transversal.

a) Comme il n'y a pas de santé sans santé mentale, la santé mentale est un sujet transversal dans tous les programmes de la CBM et doit être prise en considération dans tous les services rendus aux personnes ayant un handicap, à leurs familles et aux communautés.

b) Il faut faire de la sensibilisation sur les besoins de santé mentale et une formation de base pour tous les partenaires de la CBM, même si ceux-ci ne sont pas directement impliqués dans le travail de la santé mentale ; par exemple organiser des formations pour les compétences fondamentales d'écoute-conseil. On

pourrait avoir besoin d'interventions spéciales en matière de santé mentale dans les services spécialisés; par exemple, les services pour les malentendants doivent tenir compte de la nécessité de les prévenir contre la dépression et le suicide.

c) L'importance de la santé mentale et du besoin des activités dans le domaine de la santé mentale doivent faire l'objet de promotion au sein de la CBM, en tenant compte des besoins du personnel en matière de santé mentale.