

Itinérance, santé mentale et ergothérapie. Une expérience qui confirme d'étonnantes possibilités

Joyce Tryssenaar, Shannon Wilkinson et Cathy Bailey

Volume 25, numéro 2, automne 2000

Itinérance

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014454ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014454ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Tryssenaar, J., Wilkinson, S. & Bailey, C. (2000). Itinérance, santé mentale et ergothérapie. Une expérience qui confirme d'étonnantes possibilités. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 109–131. <https://doi.org/10.7202/014454ar>

Résumé de l'article

Les personnes itinérantes qui souffrent de maladie mentale constituent une partie importante de la population itinérante. Elles connaissent une multitude de problèmes au niveau du rendement occupationnel et des lacunes dans les systèmes, et les politiques aggravent leur situation. Il existe de plus en plus de preuves que l'ergothérapie peut contribuer à améliorer la santé et la qualité de vie de cette population marginalisée et mal desservie. Cet article décrit le processus et les défis que pose la dispensation des services d'ergothérapie aux personnes itinérantes ayant des problèmes de santé mentale, d'abus de substances et de maladies mentales graves, en ayant recours au modèle Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO). Il existe une certaine concordance entre les valeurs et les croyances de la profession d'ergothérapeute et les besoins et les questions du rendement occupationnel des personnes itinérantes. En aidant ces personnes à développer des occupations significatives, leur permettant de reprendre leur vie en main, on les rend capables de faire des changements positifs et permanents dans leur vie. Au sein de cette dynamique, il existe un grand potentiel d'apprentissage et de capacité de grandir, qu'on soit dispensateur ou bénéficiaire de services.



Itinérance, santé mentale et ergothérapie. Une expérience qui confirme d'étonnantes possibilités

Joyce Tryssenaar*

Shannon Wilkinson**

Cathy Bailey***

Les personnes itinérantes qui souffrent de maladie mentale constituent une partie importante de la population itinérante. Elles connaissent une multitude de problèmes au niveau du rendement occupationnel et des lacunes dans les systèmes, et les politiques aggravent leur situation. Il existe de plus en plus de preuves que l'ergothérapie peut contribuer à améliorer la santé et la qualité de vie de cette population marginalisée et mal desservie. Cet article décrit le processus et les défis que pose la dispensation des services d'ergothérapie aux personnes itinérantes ayant des problèmes de santé mentale, d'abus de substances et de maladies mentales graves, en ayant recours au modèle *Mesure canadienne du rendement occupationnel* (MCRO). Il existe une certaine concordance entre les valeurs et les croyances de la profession d'ergothérapeute et les besoins et les questions du rendement occupationnel des personnes itinérantes. En aidant ces personnes à développer des occupations significatives, leur permettant de reprendre leur vie en main, on les rend capables de faire des changements positifs et permanents dans leur vie. Au sein de cette dynamique, il existe un grand potentiel d'apprentissage et de capacité de grandir, qu'on soit dispensateur ou bénéficiaire de services.

L'itinérance est un problème extrêmement complexe. Ses causes, multifactorielles, sont aussi d'ordre social, environnemental, économique, et liées à la santé et à l'individu même. Ses conséquences sont habituellement très débilantes et ajoutent par elles-mêmes aux causes d'itinérance en affectant négativement la santé mentale, en diminuant le bien-être (Todd et Brown, 1999), et en aggravant les complications physiques comme la tuberculose, les problèmes de dos et de jointures et

* M. Ed., B. Sc.O.T., professeure associée, School of Rehabilitation Science, Institute of Applied Health Sciences, McMaster University, Hamilton, Ontario.

** Étudiante en ergothérapie, McMaster University.

*** Étudiante en ergothérapie, McMaster University.

Remerciements

Les auteurs remercient tous les résidents et le personnel du Shelter House et Erica Snippe-Jururakko, ergothérapeute, pour leur contribution à un enseignement exceptionnel.

la malnutrition (Woods, 1993). Haugland et al. (1997) ont constaté que les individus souffrant de maladies mentales se retrouvent itinérants pendant une plus longue période et le sont deux fois plus longtemps que les itinérants qui n'en souffrent pas. Ces auteurs suggèrent que pour certains individus qui sont sans abri et souffrent d'une maladie mentale, le circuit entre la prison, les refuges et les programmes de réadaptation peut servir de moyens de fortune alternatifs à des soins et à un logement adéquats et accentuer la marginalité de cette population.

Définir de façon exacte l'itinérance et la maladie mentale demeure un défi. Levine et Rog (1990) définissent les gens itinérants et souffrant de maladies mentales comme des personnes sans domicile fixe souffrant de maladies mentales graves ou de troubles émotionnels. Ces troubles bouleversent les capacités de fonctionner pour les soins personnels, par exemple, les relations humaines et le travail. Bachrach (1992) estime que la définition devrait aussi inclure la marginalité sociale et le manque de ressources. De plus, certains symptômes de maladies mentales légères peuvent être exacerbés par les conditions de vie à risque et de pauvreté qu'entraîne l'itinérance (Winkleby et White, 1992).

Les estimations du nombre de personnes souffrant de maladies mentales qui sont itinérantes varient grandement. Bachrach (1992) estime qu'il s'agit d'une question sans réponse. Toutefois, dans une étude effectuée dans le sud de l'Ontario, Todd et Brown (1999) ont trouvé que 36 % des personnes qui sont itinérantes souffrent en même temps de maladies mentales. Ce pourcentage grimpe à 41 % quand on inclut l'abus de substances comme maladie. Dans une étude américaine, Walker (1998) rapporte que 85 % des personnes vivant dans la rue étaient dépendantes de drogues ou d'alcool ou souffraient d'une maladie mentale quelconque. Garfinkel (1994) affirme qu'aux États-Unis, de 20 % à 40 % des personnes qui sont itinérantes sont atteintes de maladies mentales. Du moins, que certaines sont itinérantes à cause de leur maladie mentale. Il estime que lors de la désinstitutionnalisation, les ressources en santé mentale ne les ont pas suivies dans la communauté. Toutefois, maladies mentales et désinstitutionnalisation sont responsables de l'augmentation de l'itinérance. Garfinkel soutient donc que les services aux personnes gravement atteintes doivent faire partie de la solution de l'itinérance (1994). La présentation individuelle de la maladie mentale et de l'itinérance est particulière. Selon Walker (1998), la schizophrénie, les troubles bipolaires et les troubles de personnalité sont généralement rapportés. Il indique que ces itinérants ont tendance à avoir davantage de symptômes positifs, incluant des hallucinations, des délires et des comportements inhabituels. Ces personnes rapportent

davantage de conflits familiaux et de crises et sont moins susceptibles que les non-itinérants d'avoir développé ou maintenu une alliance thérapeutique avec un professionnel de la santé (Walker, 1998). Les personnes itinérantes ont des besoins significatifs de réadaptation liés à l'accès au logement, aux habiletés de vie, à la pauvreté, aux séquelles de maladies mentales et aux dépendances (Perkins et al., 1997), de même qu'à des problèmes personnels et d'identité (Boydell et al., 2000). Avec cette diversité croissante dans la population itinérante, il n'existe pas de stratégie unique qui englobe toutes les histoires, les cultures, les appartenances ethnoculturelles et les âges. Donc, les gouvernements, la société et les dispensateurs de soins de santé doivent aborder les besoins complexes au niveau de l'individu plutôt que du groupe.

Il existe une littérature modeste mais croissante sur l'itinérance et l'ergothérapie. L'occupation est une des valeurs de l'ergothérapie et constitue un déterminant important de la santé et du bien-être. L'occupation donne un sens à la vie, elle organise le comportement et elle se développe et change au cours d'une vie. L'ergothérapie entretient certaines croyances sur l'individu : les êtres humains sont des êtres occupationnels ; chaque personne est unique et possède une valeur et une dignité intrinsèques ; les personnes peuvent faire des choix et ont la capacité de décider par elles-mêmes ; elles ont diverses habiletés pour participer à des occupations ; et elles sont façonnées par leur environnement (Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT], 1997). Le rendement occupationnel se mesure à l'engagement de l'individu, au cours de sa vie, dans des activités significatives dans le contexte de son environnement. La pratique de l'ergothérapie met l'accent sur le client à partir d'une approche holistique visant la maîtrise et la gestion des déficits de performance occupationnelle dans les domaines des soins personnels, de la productivité, des loisirs tout en reconnaissant les forces innées et les ressources uniques de l'individu. Les composantes de cette performance incluent les éléments affectifs, cognitifs et physiques vues dans le contexte social, culturel, institutionnel et physique du client (CAOT, 1997). Les ergothérapeutes ont une expertise leur permettant de travailler avec la nature occupationnelle de la personne au sein de son propre environnement en vue de maintenir ou améliorer sa santé.

En Grande-Bretagne, Mace et Mobsby (1994) décrivent un projet de recherche qui explore l'enseignement des habiletés de vie aux personnes itinérantes. Fondé sur les résultats de cette recherche, un programme dirigé par des ergothérapeutes qui offre des apprentissages d'habiletés de vie aux personnes itinérantes, a été développé afin d'aborder les déficits dans ce domaine (Mobsby et al., 1994). Kavanagh et

Fares (1995) constatent que les ergothérapeutes qui travaillent en santé mentale sont de plus en plus susceptibles de se faire référer des personnes itinérantes. Plusieurs individus sans abri ont un vaste éventail de besoins d'ordre social, de santé et d'occupation qui ont un impact sur leur potentiel de réadaptation. Ces auteurs ont suggéré que les ergothérapeutes, utilisant le modèle de l'occupation humaine de Kielhofner (1995), sont capables de soutenir les clients dans leur processus de réadaptation autant que d'aviser d'autres agences impliquées dans la dispensation des soins auprès de clients aux prises avec des besoins si complexes (Kavanagh et Fares, 1995). Mobsby (1996a) suggère que l'ergothérapie est vitale pour les personnes itinérantes aux prises avec des handicaps tout comme pour la population des personnes handicapées ayant un abri. Il soutient que les ergothérapeutes doivent développer des services qui soient *user friendly* dans un monde aux ressources peu abondantes et identifie pour eux des rôles dans l'évaluation et la diminution des risques suicidaires, l'apprentissage des habiletés de vie, l'accès au logement et l'intervention pour les problèmes de santé physique et mentale. Mobsby (1996b) met au défi les ergothérapeutes de travailler avec les itinérants et il suggère que « dans un monde de ressources déclinantes, le danger existe de recourir aux préjugés et aux stéréotypes sociaux négatifs pour nier à certains groupes l'accès à une vraie réadaptation pour des raisons pseudo-économiques » (p. 560). Mitchell et Jones (1997) ont élargi le rôle des ergothérapeutes pour y inclure la revendication du droit au logement, afin de promouvoir l'inclusion, l'*empowerment* et la capacité de l'individu d'être membre de la communauté.

Aux États-Unis, Drake (1992) décrit l'implication d'étudiants en ergothérapie stagiaires dans un refuge pour itinérants et travaillant avec des enfants sans abri. Les étudiants ont complété des évaluations en santé mentale, développé des interventions, mis des parents en contact avec les services, et dispensé au personnel une formation de service dans tous les domaines du rendement occupationnel. Davis et Kutter (1997) ont constaté que les femmes qui sont itinérantes ont des déficits d'habiletés de vie autonome, en particulier pour la gestion financière, et que les expériences traumatiques sont plus courantes chez elles. Ils indiquent que les ergothérapeutes ont un rôle majeur à jouer dans l'évaluation et la promotion d'habiletés de vie autonome dans les programmes de soutien au logement pour les personnes itinérantes (Davis et Kutter, 1997). Au chapitre de la productivité, des ergothérapeutes ont été impliqués dans un programme d'emploi pour jeunes itinérants afin d'examiner leurs déficits de développement et de fonctionnement (Kannenberg et Boyer, 1997). Le cadre de référence du développement ou du

comportement occupationnels a été utilisé afin d'aider les clients à traverser les diverses étapes reliées au devenir de leur rôle de travailleur. Ces étapes incluaient l'exploration de l'emploi, l'acquisition d'habiletés et les critères environnementaux menant les clients à un choix éclairé d'occupation. Le rôle de l'ergothérapie consistait à fournir une perspective supplémentaire à l'agence de placement fondée sur une orientation de travail ou d'occupation pour jeunes itinérants (Kannenberg et Boyer, 1997).

Au Canada, dans une étude qualitative d'une expérience de stage, Heubner et Tryssenaar (1996) ont identifié le pouvoir de l'activité significative pour les résidants du refuge et la nécessité d'utiliser une approche centrée sur le client dans le développement des rapports comme tremplin à la réadaptation. Perkins et al. (1998) ont effectué un sondage sur la santé et les besoins en réadaptation et ont perçu des barrières aux soins pour la population des refuges. Ils ont trouvé que 25 % des résidants ont eux-mêmes identifié la maladie mentale comme problème. Ce nombre a grimpé à 60 % lorsque la définition de cette maladie incluait l'alcoolisme et la toxicomanie. Un certain nombre de besoins identifiés par les participants ayant une telle maladie pouvaient être soulagés par des programmes de réadaptation. Ces besoins incluent les habiletés de vie et les ressources, les problèmes d'ordre musculaire et squelettique, et l'accès équitable à des soins de santé. Tryssenaar et al. (1999) ont effectué un suivi de cette étude en utilisant la *Mesure canadienne du rendement occupationnel* (MCRO) (Law et al., 1991), un instrument développé par des ergothérapeutes, pour explorer les questions de rendement occupationnel posées à la population du refuge. Les résultats indiquent un niveau élevé de besoins identifiés par les clients dans les domaines suivants : l'emploi, les relations personnelles, les loisirs, les finances et le logement, et aussi, fait intéressant, l'identification de la spiritualité comme partie importante de la vie des gens. Les auteurs indiquent que les étapes prochaines des ergothérapeutes devraient inclure la planification en collaboration avec les itinérants, et des programmes thérapeutiques se déroulant au refuge et mettant l'accent sur les besoins identifiés par les clients eux-mêmes. Ces besoins comprendraient l'accès au travail par le biais de stratégies de réadaptation qui pourraient fournir les moyens d'assurer un logement adéquat (Tryssenaar et al., 1999).

Bref, les personnes itinérantes qui souffrent de maladies mentales constituent une partie importante de la population itinérante. Elles ont une multitude de problèmes au niveau du rendement occupationnel qui sont davantage compliqués par des facteurs tenant au système et aux

politiques. De plus en plus de recherches démontrent que l'ergothérapie peut contribuer à améliorer la santé et la qualité de vie de cette population marginalisée et mal desservie. Cet article décrit le processus et les défis que pose la dispensation de services d'ergothérapie à des personnes itinérantes qui ont des problèmes de santé mentale, de dépendance et des maladies mentales graves. La prochaine section décrit l'application des concepts tirés de la littérature aux réalités des pratiques d'ergothérapie dans un refuge pour itinérants.

Application des pratiques

Il est de plus en plus reconnu dans la littérature que les personnes itinérantes ont besoin de services globaux et sophistiqués (Judd et Forgues, 1990 ; Woods, 1993). Dans une recension des écrits sur les personnes souffrant de troubles mentaux qui sont itinérantes, Bachrach (1992) résume les principes de dispensation de services pour cette population : les services sont mieux offerts dans un climat de soutien où l'on voit ces individus comme des usagers légitimes du système de soins ; le système doit être flexible et multidisciplinaire et des traitements individuels mais pertinents au plan culturel doivent être dispensés. Au niveau du système, les agences dispensatrices de services doivent travailler en étroite collaboration. L'approche de dispensation de services ne doit pas être de nature traditionnelle. Par exemple, les services doivent être orientés vers l'*outreach*, ouverts, et inclure des stratégies exhaustives débordant des cadres traditionnels (Bachrach, 1992). De même, Susser et al. (1990) ont suggéré que des approches efficaces pour les itinérants souffrant de maladie mentale requièrent des modifications significatives des techniques traditionnelles et des changements dans les priorités, le timing et le cadre des interventions spécifiques.

Le programme Northern Studies Stream de Thunder Bay (un programme *outreach* du School of Rehabilitation Science de l'Université McMaster) dispense des services d'ergothérapie au refuge local par des stages pour les étudiants en ergothérapie, fondés sur les principes de Bachrach (1992) et utilisant le MCRO (CAOT, 1997). Une évaluation des besoins en réhabilitation effectuée au refuge du Nord-ouest ontarien (Perkins et al., 1997) combinée à une étude des questions relatives au rendement occupationnel pour cette population a servi de fondement à cette expérience.

Le modèle canadien du rendement occupationnel

Le MCRO est un modèle conceptuel pour les pratiques d'ergothérapie fondé sur une dynamique d'interdépendance entre la personne,

l'environnement et l'occupation. La personne est liée à l'environnement et l'occupation se produit par le biais de l'interaction entre personne et environnement. Le modèle tient comme partie intégrante la spiritualité telle qu'elle est vue chez la personne, façonnée par l'environnement et donnant un sens à l'occupation de chaque individu. La personne au centre du modèle transmet ses besoins à une pratique orientée vers le client (CAOT, 1997). Le modèle conceptuel est appliqué en pratique en utilisant le modèle « Occupational Performance Process Model » [OPPM], une approche pratique de sept étapes (CAOT, 1997). Ces étapes sont les suivantes :

- 1) Nommer, valider et établir les priorités du rendement occupationnel (PO)-(RO)
- 2) Choisir les approches théoriques
- 3) Identifier les composantes du RO et les conditions environnementales
- 4) Identifier les forces et les ressources
- 5) Négocier les résultats visés et développer des plans d'actions
- 6) Implanter des plans par le biais de l'occupation
- 7) Évaluer les résultats.

L'OPPM aborde les problèmes ou les questions de manière à permettre aux clients de maintenir ou de regagner un contrôle dans leur vie quotidienne (Fearing et al., 1997). Bien que les étapes impliquent une approche linéaire, le modèle est dynamique et de nature interactive.

Le mandat du programme en ergothérapie au niveau du baccalauréat (B.H.Sc.Occupational Therapy Programme) à l'université McMaster veut :

préparer les ergothérapeutes qui possèdent les connaissances requises, les habiletés et les comportements professionnels à pratiquer comme praticiens de premier niveau au sein d'un éventail complet d'environnements institutionnels et communautaires en milieu urbain ou rural à travers le monde. Les étudiants accèderont à un niveau de connaissance de l'influence de la famille, de la culture et de l'environnement physique à mesure qu'ils explorent les concepts d'occupation et de santé au cours de la vie, dans le contexte d'une pratique centrée sur le client ; les diplômés seront préparés pour agir comme des praticiens indépendants, membres d'équipes interdisciplinaires, usagers critiques de la recherche, agents de changement, leaders de leur profession et comme étudiants autonomes leur vie durant (McMaster University, 1999a, 7).

Implications de l'ergothérapie

Deux étudiantes séniors en ergothérapie se sont portées bénévoles pour effectuer au refuge leur stage de six semaines en santé mentale. Il n'y avait pas d'ergothérapeutes sur les lieux mais la supervision était dispensée par un ergothérapeute local sur une base hebdomadaire et par un membre de la faculté du campus principal (sis à 1500 kilomètres) par courrier électronique, téléphone et vidéoconférences. Chaque étudiante a tenu un journal quotidien pour noter les expériences et les réflexions qu'elles inspiraient. Des échanges hebdomadaires sur ce sujet avait lieu avec les responsables de la supervision. Les étudiantes devaient aussi développer un contrat d'apprentissage incluant une liste des objectifs d'apprentissage requis par l'université de même que des objectifs spécifiques à cet environnement unique d'apprentissage. Les objectifs requis incluent : l'usage de l'échelle de mesure de 7 étapes (OPPM) au sein de l'environnement, la démonstration d'habiletés de raisonnement clinique, de communication verbale et écrite, la capacité d'établir des rapports, prendre la responsabilité de son propre apprentissage et respecter les procédures de sécurité (McMaster University, 1999b). Chaque étudiante développe d'autres objectifs d'apprentissage personnels pertinents au refuge. Le directeur exécutif du refuge trace l'orientation initiale et fournit au besoin le soutien quotidien aux étudiantes. Les étudiantes n'avaient aucune expérience préalable avec la population itinérante mais elles étaient intéressées, agitées et quelque peu appréhensives en adoptant ce nouveau rôle émergeant de la pratique.

Environnement

Le Shelter House est situé à Thunder Bay, dans le nord-ouest de l'Ontario, à proximité de maisons de chambres pour ceux qui utilisent fréquemment les services de jour du refuge. Sa mission est de fournir du logement d'urgence et des repas, à court terme, à tous les hommes et femmes qui n'ont aucun autre endroit où se loger ou se nourrir. Trois repas sont fournis quotidiennement aux résidents du refuge et les services de la cuisine populaire sont disponibles à quiconque en tout temps. De plus, le refuge fournit des vêtements aux individus en besoin. Le refuge a une politique de portes ouvertes et accepte tous les clients, sans égard à leur apparence, à moins qu'une personne montre des comportements violents ou soit manifestement sous l'influence de l'alcool ou de drogues. Donc, plusieurs individus qui ne répondent pas aux critères d'hébergement des autres refuges de la région à cause d'un passé de dépendance aux substances, d'antécédents judiciaires ou de maladie psychiatrique, y sont accueillis. Tous les résidents dorment dans

des dortoirs séparés selon le sexe. Le refuge d'urgence a 28 lits pour les hommes et 7 pour les femmes. Toutefois, des matelas sont disponibles si d'autres clients ont besoin d'endroit où dormir. Aux moments les plus achalandés, jusqu'à 50 personnes ont dormi au refuge au cours des temps froids. Le refuge est géré par un personnel d'expériences et de formations variées, et vu le faible ratio professionnel/résidents, c'est tout un défi que de satisfaire les besoins essentiels des résidents. La plus grande partie du financement provient de dons du public.

L'expérience vécue : compte rendu personnel

Basée sur les rapports quotidiens des étudiantes et leurs réflexions rétrospectives, l'expérience du refuge sera présentée selon le modèle OPPM.

En arrivant au refuge pour sans-abri, nous étions envahies par plusieurs sentiments. Au niveau intellectuel, nous nous étions préparées à faire face à la pauvreté extrême, à la maladie mentale et à l'abus de substances. Toutefois, au niveau émotif, être dans ce refuge était beaucoup plus difficile que nous l'avions imaginé. Le refuge était en mauvais état, insalubre avec une odeur presque intolérable. Il y avait peu d'interactions sociales comme la plupart des résidents dormaient. Plusieurs semblaient débraillés et malpropres. Nous savions que d'afficher des signes d'inconfort nous rendrait la tâche d'interagir avec les résidents plus difficile. Il était donc crucial de dissimuler notre appréhension. Décrire de façon précise nos premières impressions est très difficile. Toutefois, le contraste entre cet environnement et nos propres modes de vie était surréel. Ces facteurs, combinés à la nervosité d'un premier jour de stage, nous incitaient à nous demander dans quelle galère nous nous étions embarquées.

Première étape

Nommer et valider les questions relatives au rendement occupationnel fut un défi important pour les étudiantes. Avant le stage, les étudiantes et le superviseur ont décidé d'utiliser une approche ethnographique où elles-mêmes s'immergent dans le milieu afin de se familiariser avec la culture de l'organisation. Elles devaient aussi acquérir des connaissances au sujet de la communauté environnante vu qu'elles provenaient toutes deux d'une autre région. Au plan intellectuel, les étudiantes ont reconnu que de développer des relations individuelles était la clé du processus. Toutefois, mettre cette idée en pratique s'avérait les premiers jours fort difficile.

L'engagement

Il est clair que la population du refuge a plusieurs besoins mais en tant qu'étudiantes en ergothérapie, nous étions dépassées par la question : par où commencer ? Plusieurs résidents s'engageaient difficilement dans une conversation et peu établissaient un contact visuel. Pour deux étudiantes universitaires de classe moyenne, briser la glace semblait une tâche formidable. Nos questions sociales habituelles — « Où travaillez-vous ? » ; « Depuis combien de temps habitez-vous ici ? » — étaient inopportunes et distantes. De plus, procéder à des entrevues cliniques formelles ou à des évaluations semblait incongru sinon chose impossible dans cet environnement.

Les étudiantes savaient qu'elles devaient avoir recours à un éventail d'approches afin d'évaluer chaque individu et elles choisirent initialement d'utiliser ces occupations pour lesquelles les résidents étaient compétents. Elles se voyaient aussi comme agents thérapeutiques, ayant recours à l'humour comme moyen d'établir un contact. Elles reconnaissaient certaines des questions culturelles distinctes des résidents autochtones et étaient sensibles à leurs besoins particuliers.

Conséquemment, nous avons opté pour une approche non conventionnelle orientée vers les activités — d'abord des activités de plaisir. Au début, nous avons commencé un casse-tête et invité les autres à y participer ; ensuite nous avons joué une partie de cartes. Assez tôt, nous avons constaté que la majorité des résidents étaient d'excellents joueurs de cartes et pouvaient facilement nous battre. Les résidents nous surprenaient avec leurs tours de cartes, et en faisant cela, ils ont pu constater leur compétence et notre côté humble et humain. Les jeux devinrent donc un médium idéal de communication — dans la mesure où ils étaient des occasions de discussion. S'engager dans des conversations en jouant aux cartes ou faire des casse-tête n'était pas menaçant et offrait une arène agréable où on pouvait poser des questions, partager des histoires et commencer à développer des rapports avec les résidents selon leur termes. Pour plusieurs résidents autochtones, établir un contact visuel pouvait être considéré gênant et impoli. D'être assis ensemble et partager une activité fournissait un milieu sécuritaire, et pour tous une expérience non menaçante. Nous avons aussi appris qu'avoir un sens de l'humour était chose vitale et la plupart des résidents avait le même besoin de rire et de partager des blagues. De même manière, plusieurs d'entre eux tentèrent de nous aider à améliorer notre jeu de cartes et à apprendre d'autres habiletés. Les résidents prirent leur rôle d'enseignant très au sérieux et nous essayâmes de nous améliorer à cause de leurs efforts.

Étape 2

Le choix d'une approche théorique — Les stagiaires ont utilisé un certain nombre d'approches théoriques incluant la thérapie centrée sur le client de Rogerian (Raskin et Rogers, 1989), et l'approche coopérative de groupe de Mosey (Bruce et Borg, 1987). Toutefois, l'approche première utilisée fut le modèle de transaction Personne-Environnement-Occupation (PEO) (Law et al., 1996). Le modèle PEO est un outil qui peut aider le thérapeute à examiner les questions de rendement plus complexes. Dans ce modèle, la personne, l'environnement et les occupations interagissent de façon dynamique avec le temps. Plus il existe de cohérence entre ces domaines, plus le degré d'harmonie sera grand. Là où les trois domaines se chevauchent est identifié comme le rendement occupationnel ou l'expérience dynamique d'une personne engagée dans une activité au sein d'un milieu au cours du temps (Law et al., 1996). La qualité de l'expérience de la personne fondée sur le niveau de satisfaction et de fonctionnement est le résultat de l'harmonie au sein de la transaction du modèle PEO (Strong et al., 1999).

Le modèle PEO était approprié à cause de l'accent mis sur l'environnement. L'environnement du refuge était unique et contrastait avec les milieux cliniques typiques. De plus, ce modèle accentue l'approche centrée sur le client qui permet aux stagiaires d'aborder les besoins individuels des résidents étant donné que le statut des clients fluctue souvent d'un jour à l'autre. La nature dynamique du modèle permet de considérer des facteurs tels que le caractère transitoire des séjours, la date d'émission des chèques de la sécurité sociale, la disponibilité d'alcool et les problèmes relatifs aux divers systèmes.

Les soins personnels — environnement

À mesure que nous établissions le contact avec les résidents, nous apprenions à connaître leurs problèmes. Par exemple, plusieurs discutèrent de leur problème avec l'alcool, de leur intérêt pour la spiritualité et de leurs préoccupations de santé. À partir de ces données, nous pensions qu'un tableau d'informations pourrait leur être fort utile : des informations sur les questions de santé, les ressources communautaires et autres services disponibles seraient ainsi mises à leur disposition. Le tableau s'avéra un tel succès que nous décidâmes d'occuper une autre partie du mur où étaient disponibles des rayons remplis de dépliants ; un commerce local en avait fait don. Des informations le tapissèrent, notamment sur le VIH, la tuberculose, l'alcool et les drogues, la nutrition, les lignes téléphoniques d'urgence, la dépression. De cette

manière, les résidants pouvaient rester discrets sur leur état de santé, tout en ayant la possibilité de s'informer et de s'éduquer.

Les étudiantes ont fait de leur mieux pour rendre l'information accessible et facile à lire. Elles négociaient aussi avec les commerces locaux pour obtenir des fournitures et des matériaux. Cela permettait aux résidants d'accroître leurs habiletés ou d'avoir accès à des ressources dans le domaine d'activités des soins personnels.

Soins personnels — la personne

De plus, nous avons aussi inclus un espace pour l'expression créative, les blagues et les messages personnels. Le tableau fut conçu et complété en collaboration avec les résidants. Ces derniers ont aussi donné leurs idées et suggestions. Afin de remplir la section d'expression créative, des crayons et du papier ont été fournis aux résidants, et des encouragements prodigués. Plusieurs d'entre eux étaient des artistes doués : poèmes, dessins, chansons, histoires étaient impressionnants. Il était suggéré d'afficher leurs œuvres et le mur fut rapidement rempli.

Les résidants avaient un besoin profond de reconnaissance et d'un regard positif des autres. Le forum public des forces et des habiletés a pavé la voie à l'exploration plus approfondie des besoins de productivité des résidants.

Productivité — personne

Inspirées par le talent des résidants, nous avons sollicité leurs contributions pour créer un livret d'expressions créatives. Des chansons, poèmes, histoires étaient dactylographiés élégamment et reliés avec les dessins. Les auteurs étaient crédités pour leur contribution et aussi nommés au début du livret distribué à tous. En rétrospective, la réponse positive pourrait peut-être refléter comment les résidants se sont sentis de voir leurs talents validés.

Productivité — environnement

Les murs du centre étaient nus et sombres. Étant donné les habiletés des résidants, il semblait tout à fait naturel d'entreprendre un autre projet — une peinture murale pour égayer l'environnement. Encore une fois, nous avons tenté d'impliquer les résidants dans tous les aspects du processus. Un dessin fait par un artiste autochtone fut choisi et, avec sa permission, nous commençâmes à peindre. Tous les matériaux étaient fournis par des commerçants locaux et la murale fut terminée dans près de trois semaines. Au début, plusieurs résidants étaient impliqués, d'autres se désistèrent et à la fin, seulement quelques-uns

étaient activement impliqués. Toutefois ceux qui n'étaient pas impliqués offraient des compliments et des suggestions et cela devint l'activité de tout le centre. Malgré cela, plusieurs choisirent de ne pas s'impliquer. Peut-être que certains avaient fait face à plusieurs déceptions significatives avant de se retrouver à la rue, donc de prendre un risque peut s'avérer extrêmement difficile. Nous avons tenté de créer un environnement de soutien, encourageant, dans le but de surmonter les peurs de prendre des risques, mais quelques semaines de renforcement positif peuvent ne pas avoir été suffisantes pour contrer les mois et mêmes les années d'expériences négatives.

À notre dernier jour au centre, l'artiste et les médias sont venus voir la murale. L'artiste ainsi que les résidents ont signé la murale tandis que les médias procédaient à des entrevues et à des photos. L'artiste a spontanément partagé sa propre expérience d'itinérance et d'abus d'alcool et de drogues et a raconté comment il a pu s'en sortir, renforcé. Il était donc un modèle de succès et représentait de l'espoir en l'avenir pour chacun des résidents.

Les étapes trois et quatre de l'OPPM sont d'identifier les composantes du rendement occupationnel et les conditions environnementales de même que de distinguer les forces et les ressources. Ces étapes furent intégrées à la construction de la relation et aux activités créées par les stagiaires. Au cours de ce projet, plusieurs questions de rendement occupationnel furent abordées. Compléter la murale, par exemple, a fourni aux résidents un objectif d'occupation significatif. Cette activité a aussi permis de développer des habiletés sociales telles que la communication, la coopération et la responsabilité. De plus, la résolution de conflits et les habiletés motrices faisaient aussi l'objet d'exercices au cours de cette tâche. Encore là, le résultat le plus excitant fut la validation des résidents. Ces individus avaient entrepris et complété avec succès un projet difficile pour lequel ils recevaient maintenant de la reconnaissance et des compliments de toute la communauté. Les stagiaires estimaient que l'acceptation sociale et l'affirmation d'individus d'un refuge pour sans-abri étaient rares, et donc cette large validation était à la fois puissante et très importante pour les résidents. Idéalement, ces sentiments positifs pourraient se transférer dans d'autres domaines de vie des résidents, par exemple, d'améliorer leur estime de soi et acquérir de la confiance. Cela peut avoir temporairement relégué dans l'ombre le sentiment d'ostracisme rapporté par plusieurs résidents.

Loisirs

Bien que nous étions fort occupées à aborder les domaines de la productivité et des soins personnels, nous voulions aussi mettre l'accent sur les loisirs. En tant qu'étudiantes en ergothérapie, nous comprenions les bienfaits d'un mode de vie équilibré, mais la vie des résidants était tout sauf équilibrée. Nous avons commencé à organiser des sorties en profitant des dons de billets des agences locales. Des feuillets d'enregistrement à des sorties étaient affichés : mini-golf, quilles et hockey. En quelques jours, les feuillets furent remplis et les trois événements connurent un grand succès en plus d'être fort agréables pour tous les participants. Au cours des parties de mini-golf et de quilles, les résidants étaient divisés en équipes ; la coopération et l'interaction sociale furent spontanées. De quitter l'environnement du refuge et de réintégrer la communauté étaient aussi un exercice valable et important, car cela encourageait l'interaction et l'étiquette sociales, et aidait à amener une certaine normalité dans la vie des résidants.

Une illustration dramatique des effets positifs de ces sorties se produisit après la partie de mini-golf. Nous avons tenté auparavant d'encourager un résidant à jouer de sa guitare, mais il refusait toujours. Cette journée, ce même résidant eut du bon temps au golf. Il avait frappé des bons coups, nous donnait des conseils pour le jeu et termina avec le meilleur score. Quelques minutes après notre retour, nous entendîmes de la musique, des chansons et des rires venant du centre. Ce résidant avait sorti sa guitare et entraîné les autres résidants dans des chansons. L'énergie positive qui se dégageait dans l'atmosphère à ce moment était si profonde, elle était presque palpable.

Changer de milieu a apporté une différence tangible chez les résidants au niveau de leurs habiletés interpersonnelles et de leurs relations interpersonnelles, ce qu'on put observer à la fréquence et à la qualité des interactions subséquentes.

Intervention individuelle : Un exemple de cas

Les besoins cliniques des résidants étaient profonds. Plusieurs souffraient de maladies mentales incontrôlables qui interféraient avec leurs capacités de s'impliquer dans des activités ou des événements au cours de notre stage de six semaines.

Tel était le cas d'un individu, David (un pseudonyme), et ç'a pris presque quatre semaines avant de l'engager dans une simple conversation. Son histoire comme tant d'autres était des plus tristes — alcoolisme, abus, manque de famille et d'amis, crime et éventuellement, vie

dans la rue. David était dans sa mi-vingtaine et il décrivit son désespoir et son désarroi. Il était incapable de dormir ou de se concentrer, il avait peur et envisageait l'avenir de façon négative. Avec des efforts prudents et graduels, David accepta de voir un médecin qui lui prescrivit un antidépresseur. Quelques jours plus tard, nous apprenions que le travailleur social avait organisé l'assistance sociale et trouvé du logement dans une maison de chambres. Le rôle du travailleur social est de trouver du logement convenable aux résidants le plus rapidement possible. Toutefois, fournir du logement sans répondre aux besoins essentiels de base peut simplement perpétuer le cycle de l'itinérance et du désarroi. David ne semblait pas prêt pour cette étape. Il ne pouvait se concentrer et était constamment épuisé par la dépression. Afin de maintenir ses prestations d'aide sociale, il devait remplir et poster plusieurs formulaires à une certaine date et devait tenir un journal de bord de ses activités de recherche d'emplois. Il avait besoin de plus de soutien à cette étape, du moins jusqu'à ce que sa médication agisse. Quelqu'un devait aider David dans cette transition et c'est ce rôle que nous avons tenté de remplir. Nous lui avons fourni une montre, un calendrier et des instructions à suivre afin d'assurer qu'il reçoive son chèque d'aide sociale. Nous lui avons fourni une liste de numéros de téléphone de ressources communautaires auxquelles il pouvait faire appel. Avec sa permission, nous avons aussi contacté une infirmière ainsi qu'une équipe en santé mentale afin de lui donner une meilleure chance avec sa maladie mentale et ses lacunes au niveau des habiletés et des soutiens. Sans aide, il aurait pu contribuer au récidivisme notoire des refuges pour sans-abri. Peut-être même se serait-il suicidé.

Le manque de soutien environnemental envers la population itinérante est une raison pour laquelle des gens comme David deviennent des statistiques. Les stagiaires ont modifié l'environnement de David en lui fournissant des ressources physiques et humaines. Les stagiaires ont été capables d'intégrer des évaluations et des interventions en utilisant l'occupation comme médium de changement et en modifiant l'environnement à un niveau individuel, de groupe et d'agence. Le besoin de coordonner les soins entre les autres professionnels de la santé est essentiel. Lorsque la communication est coupée entre les dispensateurs de soins et leurs services, les individus se perdent.

Étape 7 - Évaluation des résultats

Deegan (1996) décrit un environnement chargé d'espoir comme un contexte au sein duquel un individu reçoit le soutien et l'encouragement afin de s'épanouir. Avec cette définition, un environnement chargé

d'espoir semble fort peu palpable mesuré à la lumière des changements tels que la recherche les conçoit. Malgré cela, nous avons été en mesure de développer un environnement chargé d'espoir au refuge et nous avons eu le privilège d'en faire l'expérience de première main. Au début, il y avait très peu d'activités au centre. La plupart des individus dormaient ou demeuraient assis, seuls. Peu parlaient ou riaient, et malgré l'éventail de casse-tête et de livres, les résidants les utilisaient à peine. Tranquillement, les choses commencèrent à changer et à la fin de notre stage, les activités ci-haut mentionnées étaient constamment utilisées. En rétrospective, ces tâches ont été un succès pour plusieurs raisons. Premièrement, les résidants ont choisi de nous faire confiance et en faisant cela, ils ont commencé à prendre des risques. Nous avons fait de notre mieux pour les soutenir, les encourager, les valider nonobstant qui ils étaient et où ils se trouvaient à ce moment-là dans leur vie. Cela entraîna une réaction en chaîne d'énergie positive qui se répandit à travers tout le refuge. On entendait des rires plus souvent, des conversations plus fréquentes entre les résidants. Des projets de toutes sortes étaient entrepris, d'un simple dessin ou poème à une murale géante. Les résidants travaillèrent ensemble et coopérèrent vers un but commun, ce qui leur valut de la reconnaissance. L'environnement du refuge lors de notre dernière journée fut, en contraste avec notre première, indéniablement chargé d'espoir. Le pouvoir, l'excitation et l'énergie au sein d'un environnement chargé d'espoir peuvent amener des changements profonds même en six semaines.

Certains soutiendront que ces résidants souffraient de privation occupationnelle (Wilcock, 1995) avant d'avoir l'occasion de s'engager dans des activités significatives de loisirs et de productivité.

L'environnement : la communauté

L'une des premières choses qui nous a frappées était le fait que plusieurs ignoraient les noms de leurs corésidants. C'était surprenant puisque plusieurs dormaient et mangeaient ensemble dans la même pièce depuis des mois et quelque fois depuis des années. Nous commençâmes donc à aborder les gens par leur nom et nous essayâmes d'inclure plusieurs résidants dans les conversations ou les activités. Lors des sorties, nous organisons des équipes pour les parties de quilles ou de mini-golf et nous comptons souvent sur plusieurs résidants pour aider aux diverses activités ou aux courses. À mesure que nous approchions de notre dernier jour de stage, les résidants s'étaient organisés et comme groupe, ils nous ont offert une carte de souhait et une chandelle qu'ils avaient achetées pour exprimer leur gratitude. Les

résidents avaient conspiré afin de nous offrir cet hommage touchant. Nous étions complètement prises par surprise. Pendant la période des fêtes, nous avons appelé pour dire bonjour et à la fin de la conversation, un résident a dit que depuis notre séjour au refuge, les résidents se sentaient davantage comme une famille.

Cette remarque est très surprenante si l'on considère les études de Reilly (1993) qui suggèrent que plusieurs personnes qui sont itinérantes ont eu des expériences traumatisantes et abusives avec leur famille et donc la tâche de créer des familles saines dans la vie adulte représente un défi de taille. À l'inverse, Dordick (1996) suggère que les résidents d'un refuge tentent de créer un chez-soi, ainsi le centre lui-même façonne les pratiques de vie des résidents et peut aussi devenir une façon de se sortir de l'itinérance. Des expériences interpersonnelles positives au centre peuvent donc jeter les fondements d'une aspiration à retrouver sa santé et un foyer.

Les défis

Il existe plusieurs défis pour les ergothérapeutes qui travaillent dans un refuge pour itinérants. Le processus du modèle en sept étapes a fourni un cadre cyclique pour guider l'évaluation et l'intervention. Le processus n'est pas en soi linéaire et requiert, à l'application, des considérations individuelles. Les étudiantes devaient écarter les valeurs des professionnels et de la classe moyenne afin d'embrasser la culture et les individus en reconnaissant leurs forces et leurs habiletés. Établir un environnement et des relations égalitaires et véridiques dans un refuge a été identifié comme l'un des défis les plus importants dans la littérature. Ceci se produit en partie lorsque des bénévoles ou des intervenants tentent de déguiser ou de diminuer leurs différences (Dordick, 1996; Holden, 1997). Être capables de reconnaître et de nommer les différences entre nous-mêmes étudiantes universitaires de classe moyenne et les résidents d'un refuge pour sans-abri, et d'y réfléchir fait apparaître les similitudes entre nous tous. Travailler avec les forces et les compétences des résidents a aussi réduit les barrières, et nous a rappelées que nous sommes tous humains.

Nous devons nous protéger de l'épuisement professionnel — il y a si peu de temps, de si grands besoins humanitaires, si peu de ressources, tellement de besoins, et si peu de financement. Il n'existe pas de système en place pour les gens marginalisés — il existe seulement des services isolés et souvent peu accueillants et peu pratiques. Au sein de cet environnement, nous devons tenir compte non seulement des règlements et des limitations du centre mais aussi de la mentalité de 9 à 5 des agences

de santé à l'extérieur. Des défis pratiques incluaient aussi de composer avec une pauvreté importante, une stigmatisation et un racisme au niveau du système en entier ; le travail auprès de personnes en détresse, qui ont presque tout perdu, et sont désespérées et qu'il faut traiter comme telles ; et des problèmes spécifiques tenant au caractère imprévisible et épisodique des dépendances.

Chaque interaction auprès d'une personne peut être vue comme une intervention complète et peut-être la seule occasion d'établir un contact avec elle. Cette approche est semblable à celle utilisée par Yalom (1993) dans des groupes de psychothérapie de patients hospitalisés, dont les clients peuvent être gravement malades ou recevoir leur congé de journée en journée. Dans le refuge, une personne peut être malade ou sobre un jour et pas le lendemain. La thérapie a donc besoin d'être assez flexible pour s'ajuster aux besoins quotidiens des individus. Souvent, le thérapeute travaille en situation de crise alors qu'il considère en même temps des problèmes à plus long terme. Dans l'immédiat du travail de crise, le thérapeute établit le terrain de confiance pour une implication à long terme dans l'avenir.

L'engagement est de première importance et inclut l'utilisation de l'humour, l'occasion de s'impliquer dans une activité significative, et le pouvoir de l'acceptation et du regard inconditionnellement positif au sens rogerien. Le thérapeute doit s'engager d'une manière authentique car plusieurs résidents sont très familiers avec la condescendance et la prétention. L'utilisation des activités pourrait requérir des approches multiples et une série d'approximations successives vu que les résidents peuvent avoir développé une peur de l'espoir comme stratégie pour composer avec des circonstances oppressives (Deegan, 1996). La formation des habiletés et le développement des ressources fournissent un moyen d'établir des liens entre les personnes et les ressources existantes. Toutefois, il n'y avait tout simplement pas suffisamment de temps pour y procéder systématiquement. Par contre, nous avons réussi à établir des liens individuels entre des gens. Le développement d'une communauté au sein du centre a mené à plusieurs moments d'altruisme, de camaraderie, de soutien et de satisfaction et pourraient préparer le terrain pour des progrès et des changements. Il y avait un sens d'approfondissement de la spiritualité à travers toute l'expérience, incluant la conscience que chaque personne avait des forces et était un survivant.

Nous avons été changées. Nous étions façonnées par des gens et un environnement et nous avons une meilleure compréhension de la résilience de l'esprit humain, le pouvoir de l'occupation significative et le potentiel des relations individuelles et communautaires. Conséquem-

ment, la connaissance jumelée à l'utilisation thérapeutique de nous-mêmes, plus une activité significative, égalait espoir et épanouissement pour les résidants et pour nous-mêmes!

Les implications

La contribution des étudiantes suggère qu'un rôle existe pour les ergothérapeutes dans le travail auprès des personnes qui sont itinérantes. Tous les professionnels en santé mentale ont recours aux forces des clients et à la construction de la relation thérapeutique pour établir un contact avec eux, et plusieurs des mêmes stratégies peuvent être utilisées par tout le personnel du refuge. Toutefois, cibler le rendement occupationnel et l'utilisation de l'occupation comme médium d'intervention est unique à la profession d'ergothérapeute. L'analyse occupationnelle de l'environnement, de la personne et de l'occupation est essentielle au développement d'activités significatives dans la vie quotidienne des personnes. Il n'est peut-être pas possible d'avoir un ergothérapeute dans tous les refuges — toutefois avoir accès à l'expertise de l'ergothérapie par le biais d'agences de santé mentale qui emploient ces professionnels pourrait y aider le personnel dans la quête de résultats qui soient pratiques et satisfaisants pour les résidants.

Conclusion

Il existe une certaine concordance entre les valeurs et les croyances de la profession d'ergothérapeute et les besoins et les questions de performance occupationnelle des personnes qui sont sans abri. À travers l'éducation, en aidant les gens à développer des occupations significatives et à regagner la maîtrise de leur vie, nous pouvons les aider du même coup à faire des changements positifs et permanents. À l'intérieur de cette dynamique, il existe un potentiel extraordinaire d'apprendre et de grandir, que l'on soit dispensateur ou bénéficiaire de services.

Références

- BACHRACH, L. L., 1992, What we know about homelessness among mentally ill persons : An analytic review, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 5, 453-464.
- BOYDELL, K., GOERING, P., MORRELL-BELLAI, T. L., 2000, Narratives of identity : Re-presentation of self in people who are homeless, *Qualitative Health Research*, 10,1, 26-38.
- BRUCE, M. A., BORG, B., 1987, *Frames of Reference in Psychosocial Occupational Therapy*, Thorofare, N.J., Slack, Inc.

- CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS, 1997, *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*, Ottawa, Ontario, CAOT Publications.
- DAVIS, J., KUTTER, C. J., 1997, Independent living skills and post-traumatic stress disorder in women who are homeless: Implications for future practice, *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 1, 39-44.
- DEEGAN, P., 1996, *Recovery as a Journey of the Heart* [video], Lawrence, MA, E.S.S. Productions, National Empowerment Center.
- DORDICK, G. A., 1996, More than refuge: The social world of the homeless shelter, *Journal of Contemporary Ethnography*, 24, 4, 373-404.
- DRAKE, M., 1992, Level 1 fieldwork in a daycare for homeless children, *Occupational Therapy in Health Care*, 8, 2/3, 215-224.
- FEARING, V. G., LAW, M., CLARK, J., 1997, An Occupational Performance Process Model: Fostering client and therapist alliances, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 64, 1, 7-15.
- GARFINKEL, I., 1994, Is mental illness a cause of homelessness? Yes, in Kirk, S.A., and Einbinder, S.D., eds., *Controversial Issues in Mental Health*, Boston, Allyn and Bacon, 96-99.
- HAUGLAND, G., SIEGEL, C., HOPPER, K., ALEXANDER, M. J., 1997, Mental illness among homeless individuals in a suburban county, *Psychiatric Services*, 48, 4, 504-509.
- HEUBNER, J., TRYSSENAAR, J., 1996, Development of an occupational therapy perspective in a homeless shelter: A fieldwork experience, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 1, 24-32.
- HOLDEN, D., 1997, On equal ground: Sustaining virtue among volunteers in a homeless shelter, *Journal of Contemporary Ethnography*, 26, 2, 117-145.
- JUDD, V., FORGUES, C., 1989, Canada's homeless. Breaking down the barriers to health care, *Canadian Nurse*, 85, 10, 18-19, 21.
- KANNENBERG, K., BOYER, D., 1997, Occupational therapy evaluation and intervention in an employment program for homeless youths, *Psychiatric Services*, 48, 5, 631-633.
- KAVANAGH, J., FARES, J., 1995, Using the model of human occupation with homeless mentally ill clients, *British Journal of Occupational Therapy*, 58, 10, 419-422.
- KIELHOFNER, G., 1985, *A Model of Human Occupation: Theory and Application*, Baltimore, Williams and Wilkins.

- LAW, M., COOPER, B., STRONG, S., STEWART, D., RIGBY, P., LETTS, L., 1996, The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23.
- LAW, M., BAPTISTE, S., CARSWELL-OPZOOMER, A., MCCOLL, M., POLATAJKO, H., & POLLOCK, N., 1991, *Canadian Occupational Performance Measure*, Toronto, Ontario, CAOT Publications ACE.
- LEVINE, I. S., ROG, D. J., 1990, Mental health services for homeless mentally ill patients, *American Psychologist*, 45, 12, 962-964.
- MACE, J., MOBSBY, I., 1994, Occupational therapy and homelessness, *British Journal of Occupational Therapy*, 57, 2, 74.
- MCMMASTER UNIVERSITY, 1999a, *Curriculum Guide*, Brochure, Hamilton, Ontario, Author.
- MCMMASTER UNIVERSITY, 1999b, *Student Fieldwork Education Handbook*, Brochure, Hamilton, Ontario, Author.
- MITCHELL, H., JONES, D., 1997, Homelessness: A review of the social policy background and the role of occupational therapy, *British Journal of Occupational Therapy*, 60, 7, 315-318.
- MOBSBY, I., 1996a, A guide to the responsibilities of occupational therapists and their managers in regard to people who are homeless who use their services, *British Journal of Occupational Therapy*, 59, 12, 557-560.
- MOBSBY, I., 1996b, Occupational therapy in a world of changing needs, *British Journal of Occupational Therapy*, 59, 12, 560.
- MOBSBY, I., MACE, J., BARTLEY, J., 1994, Homeless not hopeless, *Therapy Weekly*, April 14.
- PERKINS, J., TRYSSENAAR, J., MOLAND, M., 1998, Health and rehabilitation needs of a shelter population, *Canadian Journal of Rehabilitation*, 11, 3, 117-122.
- RASKIN, N. J., ROGERS, C. R., 1989, Person-centred therapy, in R. J. Corsini, R.J., and Wedding, D., eds., *Current Psychotherapies*, (4th ed.), Itasca, Ill, F. E. Peacock Publishers, 155-194.
- REILLY, F. E., 1993, Experiences of families among homeless individuals, *Issues of Mental Health Nursing*, 14, 309-321.
- STRONG, S., RIGBY, P., STEWART, D., LAW, M., LETTS, L., COOPER, B., 1999, Application of the Person-Environment-Occupation Model: A practical tool, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66, 3, 122-133.

- SUSSER, E., GOLDFINGER, S., WHITE, A., 1990, Some clinical approaches to the homeless mentally ill, *Community Mental Health Journal*, 26, 463-480.
- TODD, S., BROWN, S., 1999, *Our Homes and our Streets: Homelessness in Hamilton-Wentworth*, Hamilton Wentworth Region, Social Housing and Access Committee.
- TRYSENSAAR, J., JONES, E. J., LEE, D., 1999, Occupational performance needs of a shelter population, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66, 4, 188-196.
- WALKER, C., 1998, Homeless people and mental health: A nursing concern, *American Journal of Nursing*, 98, 11, 26-32.
- WILCOCK, A. A., 1998, *An Occupational Perspective of Health*, Thorofare, N.J., Slack, Inc.
- WINKLEBY, M.A., WHITE, R., 1992, Homeless adults without apparent medical and psychiatric impairment: Onset of morbidity over time, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 10, 1017-1023.
- WOODS, E. N., 1993, Camillus health concern: The road less traveled, *PT - Magazine of Physical Therapy*, 1, 1, 44-47.
- YALOM, I.D., 1983, *Inpatient Group Psychotherapy*, New York, Basic Books.

ABSTRACT

Homelessness, mental health and occupational therapy

Persons who are homeless with a mental illness constitute a significant portion of the homeless population. They have a myriad of occupational performance problems and are further compromised by systemic and political issues. There is growing evidence that occupational therapy can make a contribution to the health and quality of life of this marginalized, under served population. This paper describes the process and challenges providing occupational therapy services to persons who are homeless with mental health problems, addictions, and serious mental illnesses using the Canadian Model of Occupational Performance. There is a goodness of fit between the values and beliefs of the occupational therapy profession and the needs and occupational performance issues of persons who are homeless. Through helping people to develop meaningful occupations and gain control of their lives, people may be able to make permanent and positive changes in their lives. Within this dynamic is a great deal of potential learning and growth for human beings regardless if they are providers or recipients of service.

RESUMEN**Itinerancia, salud mental y ergoterapia
Una experiencia que confirma posibilidades asombrosas**

Las personas itinerantes que sufren de enfermedad mental constituyen una parte importante de esta población. Estas conocen una multitud de problemas a nivel del rendimiento ocupacional, y las lagunas en los sistemas y las políticas agravan su situación. Cada vez más, existen pruebas de que la ergoterapia puede contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de esta población marginada y mal atendida. Este artículo describe el proceso y los desafíos que impone el dispensar servicios de ergoterapia a las personas itinerantes con problemas de salud mental, de abuso de sustancias y de enfermedades mentales graves, recurriendo al modelo canadiense de rendimiento ocupacional (MCRO). Existe cierta concordancia entre los valores y las creencias de la profesión de ergoterapeuta y las necesidades y cuestiones del rendimiento ocupacional de las personas itinerantes. Ayudando a estas personas a desarrollar ocupaciones significativas que les permitan retomar las riendas de su vida, las volvemos capaces de operar cambios positivos y permanentes en sus vidas. En el seno de esta dinámica existe un gran potencial de aprendizaje y de capacidad de crecer, ya se sea dispensador o beneficiario de servicios.