



Agence de santé  
publique du Canada

Public Health  
Agency of Canada

# Infections transmises sexuellement chez les jeunes de la rue au Canada



Constatations découlant de la surveillance accrue  
des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003

mars 2006

Canada

Notre mission est de promouvoir et protéger la santé des  
Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation  
et aux interventions en matière de santé publique.

*Agence de santé publique du Canada*

Cette publication est disponible sur supports de substitution.

Cette publication est accessible via Internet à l'adresse :  
[www.santepublique.gc.ca/its](http://www.santepublique.gc.ca/its)

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le Ministre de la Santé (2006)

N° de cat. HP5-14/2006

ISBN 0-662-49063-0

N° de cat. HP5-14/2006F-PDF

ISBN 0-662-72264-7

# **Infections transmises sexuellement chez les jeunes de la rue au Canada**

---

**Constatations découlant de la surveillance accrue  
des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003**

**mars 2006**

# Table des matières

<b>Sommaire</b> . . . . .	<b>iii</b>
<b>1. Introduction</b> . . . . .	<b>1</b>
1.1 But . . . . .	2
<b>2. Méthode</b> . . . . .	<b>3</b>
2.1 Analyse . . . . .	3
2.1.1 Terminologie des analyses . . . . .	4
2.2 Méthodes de laboratoire . . . . .	4
2.3 Limites . . . . .	5
<b>3. Profil démographique des participants à la SAJR</b> . . . . .	<b>6</b>
<b>4. Prévalence</b> . . . . .	<b>7</b>
4.1 Chlamydirose . . . . .	7
4.2 Gonorrhée . . . . .	8
4.3 Syphilis . . . . .	9
4.4 Hépatite B . . . . .	10
4.5 Herpes simplex (herpès génital) . . . . .	11
4.6 Hépatite C . . . . .	13
4.7 VIH . . . . .	14
4.8 HTLV . . . . .	14
<b>5. Comportements sexuels et ITS</b> . . . . .	<b>15</b>
5.1 Activité sexuelle . . . . .	15
5.2 Utilisation du condom . . . . .	16
5.3 Nombre de partenaires sexuels . . . . .	18
5.4 Partenaires à risque élevé . . . . .	20
5.5 Activités sexuelles non désirées . . . . .	20
5.6 Commerce du sexe . . . . .	21
5.7 Activités sexuelles par obligation . . . . .	21
5.8 Antécédents d'ITS . . . . .	21
5.9 ITS et perception personnelle du risque . . . . .	22
<b>6. Toxicomanies et ITS</b> . . . . .	<b>24</b>
<b>7. Conséquences</b> . . . . .	<b>25</b>

<b>8. Conclusion . . . . .</b>	<b>27</b>
<b>9. Bibliographie . . . . .</b>	<b>28</b>

**Liste des tableaux**

Tableau 1. Profil démographique des jeunes de la rue recrutés aux fins de la SAJR . . . . .	6
Tableau 2. Taux de prévalence de la chlamydieuse, de la gonorrhée et de la syphilis infectieuse chez les jeunes de la rue et dans la population générale des jeunes en 1999, 2001 et 2003 . . . . .	9
Tableau 3. Comportements sexuels et perception personnelle du risque chez les jeunes de la rue en 2003. . . . .	23

**Liste des figures**

Figure 1. Prévalence de la chlamydieuse chez les jeunes de la rue en 1999, 2001 et 2003 . . . . .	8
Figure 2. Prévalence de la gonorrhée chez les jeunes de la rue en 1999, 2001 et 2003 . . . . .	8
Figure 3. Pourcentage des jeunes de la rue qui avaient été exposés au virus de l'hépatite B en 1999, 2001 et 2003. . . . .	10
Figure 4. Pourcentage des jeunes de la rue réceptifs (aucune immunité) à l'hépatite B en 1999, 2001 et 2003 . . . . .	11
Figure 5. Taux de prévalence des mono-infections à VHS-1 et à VHS-2, et de co-infection à VHS-1 et VHS-2 chez les jeunes de la rue en 2001 et 2003. . . . .	12
Figure 6. Taux de prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les jeunes de la rue en 1999, 2001 et 2003 . . . . .	13
Figure 7. Taux d'infection par le virus de l'hépatite C chez les jeunes de la rue UDI en 1999, 2001 et 2003 . . . . .	14
Figure 8. Nombre hebdomadaire moyen d'activités sexuelles selon le type de partenaire en 2003 . . . . .	16
Figure 9. Pourcentage des jeunes de la rue qui ont déclaré ne pas avoir utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle, selon le sexe du partenaire, en 2001 et 2003 . . . . .	17
Figure 10. Pourcentage des jeunes de la rue ayant déjà participé au commerce du sexe qui ont déclaré ne pas avoir utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle avec un partenaire-client en 1999, 2001 et 2003 . . . . .	18
Figure 11. Nombre moyen de partenaires sexuels que les jeunes de la rue avaient eus au cours de leur vie, selon le sexe, en 1999, 2001 et 2003 . . . . .	18
Figure 12. Nombre de partenaires que les jeunes de la rue avaient eus au cours de leur vie, selon le sexe, en 1999, 2001 et 2003. . . . .	19

# Sommaire

Les jeunes de la rue font face à des difficultés majeures, dont l'incertitude et les risques que comporte la vie dans la rue. Ils sont souvent marginalisés économiquement et socialement en raison de leur âge, de leur statut de sans-abri, de leur faible niveau de scolarité et de leur manque de compétences professionnelles.<sup>1</sup> Les jeunes de la rue peuvent être davantage préoccupés par leurs besoins quotidiens de base que par les risques liés à leur santé. Leur style de vie peut également les prédisposer à adopter des comportements à risque élevé<sup>1</sup>, comme les relations sexuelles non protégées, les relations sexuelles avec des partenaires à risque élevé et les relations sexuelles avec plusieurs partenaires – des comportements qui augmentent le risque de contracter et de transmettre des infections transmises sexuellement (ITS) et des infections transmissibles par le sang. Le présent rapport est basé sur les données recueillies par *La surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada*<sup>2</sup>, un système de surveillance sentinelle multicentrique qui surveille les taux d'infections transmises sexuellement et par le sang ainsi que les comportements et les déterminants du risque dans la population des jeunes de la rue au Canada. Les conclusions principales d'enquêtes menées en 1999, 2001 et 2003 sont présentées ci-après.

## Constatations principales

- Les jeunes de la rue constituent une population sexuellement active, plus de 95 % déclarant s'être déjà livrés à des activités sexuelles.
- En moyenne, les jeunes de la rue déclarent avoir eu pas moins de 17 partenaires sexuels au cours de leur vie.
- Un pourcentage élevé de jeunes de la rue déclarent ne pas avoir utilisé le condom durant leur dernière relation sexuelle avec un partenaire régulier ou un partenaire-client.
- Environ le quart des jeunes de la rue déclarent s'être déjà adonnés au commerce sexuel à un moment ou un autre de leur vie.
- Les taux de chlamydie et de gonorrhée chez les jeunes de la rue sont plus de dix fois plus élevés que ceux observés dans la population générale des jeunes.
- Il semble que les jeunes de la rue ne modifient pas leurs comportements sexuels après avoir reçu un diagnostic d'ITS.
- Le niveau d'immunité contre l'hépatite B augmente graduellement chez les jeunes de la rue; cependant, la proportion de ceux-ci qui n'ont aucune immunité demeure élevée.

Les données indiquent que les taux d'infections transmises sexuellement et par le sang sont beaucoup plus élevés chez les jeunes de la rue que dans la population générale des jeunes. Comme le présent rapport l'indique, les jeunes de la rue ne prennent pas des mesures appropriées pour se protéger contre les ITS. Même après avoir reçu un diagnostic d'ITS, certains jeunes préfèrent continuer à ne pas recourir à des mesures de protection, tandis que d'autres cessent de se protéger après un certain temps.

Il faut allouer les ressources nécessaires pour pouvoir offrir des services d'approche comme des services de prévention, de dépistage et de traitement des ITS à l'intention des jeunes de la rue, et ces services doivent être accessibles dans le cadre de programmes communautaires. Il faut promouvoir auprès des jeunes de la rue diverses approches de réduction des méfaits, par exemple les encourager à utiliser le condom systématiquement et correctement, à retarder le début de l'activité sexuelle et à réduire leur nombre de partenaires sexuels.



# 1. Introduction

---

Les jeunes de la rue sont à risque élevé d'éprouver un grand nombre de problèmes de santé. On a laissé entendre que les conditions de vie des jeunes de la rue peuvent mener ceux-ci à des comportements qui les exposent à des ITS et à d'autres pathogènes transmissibles par le sang<sup>6</sup>. Des taux plus élevés de prévalence des ITS et des comportements sexuels à risque ont en effet été observés chez les jeunes de la rue<sup>7,8</sup>.

Les ITS et les pathogènes transmissibles par le sang peuvent être transmis lors de relations sexuelles non protégées ou d'une exposition à du sang ou à des liquides organiques<sup>1</sup>. Parmi les autres modes de transmission importants, mentionnons le partage de seringues ou d'autre matériel d'injection contaminés, le tatouage et le perçage corporel<sup>1,3</sup>. Les ITS demeurent un problème de santé publique majeur en raison de leur lien avec l'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), l'infertilité, la grossesse extra-utérine, la douleur pelvienne chronique et la transmission et l'acquisition du VIH<sup>7,9</sup>.

Le risque de contracter des ITS et des pathogènes transmissibles par le sang augmente durant l'adolescence et au début de l'âge adulte, en raison du début de l'activité sexuelle et de la consommation de drogues<sup>4</sup>. Des études révèlent qu'un début précoce de l'activité sexuelle est lié à un risque accru d'ITS, et serait associé à des taux d'ITS plus élevés<sup>10</sup>. Dans des études antérieures, plus de 94 % des jeunes de la rue ont déclaré être sexuellement actifs; l'âge moyen au moment de la première relation sexuelle était de 14 ans<sup>3,12</sup>. Les jeunes de la rue ont également indiqué qu'ils avaient eu des relations sexuelles avec un ou plusieurs partenaires à risque élevé (prostitués, utilisateurs de drogues par injection et personnes séropositives pour le VIH), les hommes étant plus nombreux que les femmes à déclarer avoir eu des partenaires à risque élevé<sup>3</sup>. Les études indiquent que la prostitution est courante chez les jeunes de la rue;<sup>12,13</sup> au Canada, on estime qu'entre 12 % et 32 % de ces jeunes se livrent à cette pratique<sup>13</sup>.

Il est essentiel de connaître les facteurs qui exposent les jeunes de la rue au risque de contracter des ITS et des pathogènes transmissibles par le sang afin d'identifier les types d'interventions utiles et établir des mesures de réduction des méfaits qui profiteront à ces jeunes et réduiront leur risque de contracter des ITS. La *surveillance accrue des jeunes de la rue* (SAJR) de l'Agence de santé publique du Canada vise à communiquer des renseignements à ce sujet aux personnes qui fournissent des services de prévention, de soins et de traitement aux jeunes de la rue, de même qu'à informer les fournisseurs de ces services des changements dans les taux de certaines ITS et dans les comportements sexuels à risque de cette population. Ces renseignements peuvent être utilisés pour évaluer les politiques et les programmes ciblant ce segment vulnérable de la société.



## 1.1 But

L'information présentée dans ce rapport est basée sur la SAJR. La collecte de données sur la santé sexuelle, les ITS et les pathogènes transmissibles par le sang dans le cadre d'enquêtes à passages répétés sur les comportements visait les objectifs suivants :

- surveiller la prévalence de la chlamydie, de la gonorrhée, de la syphilis et des infections dues au virus de l'herpès simplex (VHS), au VIH, au virus T-lymphotrope humain (HTLV) et au virus de l'hépatite C (VHC) chez les jeunes de la rue au Canada au fil des ans;
- surveiller le degré d'immunité contre l'hépatite B et identifier ses déterminants;
- déterminer les variables démographiques et sociales liées aux comportements sexuels à risque chez les jeunes de la rue au Canada; et
- déterminer les facteurs de risque potentiels associés à la chlamydie, à la gonorrhée, à la syphilis et aux infections dues au VIH, au VHS et au VHC chez les jeunes de la rue au Canada.



## 2. Méthode

---

La SAJR est un système de surveillance sentinelle multicentrique axé sur les taux d'ITS et de pathogènes transmissibles par le sang ainsi que les comportements et les déterminants du risque connexes chez les jeunes de la rue au Canada. Elle fait appel à des enquêtes à passages répétés sur les comportements, assorties de la collecte d'échantillons biologiques appropriés (analyses de sang et/ou d'urine). Un projet pilote lancé en octobre 1998 (phase I) a examiné la faisabilité d'étudier la population des jeunes de la rue. Des données ont été recueillies dans plusieurs grands centres urbains d'un bout à l'autre du Canada, aux deux ans, d'abord en 1999 (phase II), puis en 2001 (phase III) et en 2003 (phase IV). L'étude a été menée de février à octobre pour toutes les phases de collecte des données. Dans la phase II, les jeunes ont été recrutés au moyen de la méthode non structurée de sondage en boule de neige, méthode qui s'est révélée efficace pour recruter des populations difficiles à joindre<sup>14</sup>. Aux fins des enquêtes sur les comportements, on a utilisé les critères d'inclusion suivants : les répondants devaient a) être âgés de 15 à 24 ans; b) pouvoir s'exprimer en français ou en anglais; c) avoir, au cours de six mois précédents, été absents du domicile familial durant au moins trois nuits consécutives, s'être enfuis de chez eux (ou d'un autre logement) pour une période de trois jours ou plus, avoir été chassés de chez eux durant trois jours ou plus, ou avoir été sans adresse fixe durant trois jours ou plus.

Les participants ont été recrutés par l'intermédiaire de haltes-accueil et de services d'approche. Les données ont été recueillies à l'aide de deux questionnaires remplis par des intervieweurs. Le premier questionnaire comprenait des questions sur les données démographiques, le style de vie, les pratiques sexuelles, les attitudes et les connaissances concernant les comportements à risque, et les antécédents familiaux. En plus de répondre à ce questionnaire, les jeunes ont donné, sur une base facultative, un échantillon d'urine et de sang. Au besoin, un deuxième questionnaire concernant les obstacles à la notification aux partenaires a été administré, soit dans le cas des jeunes ayant obtenu des résultats positifs pour les ITS ou les pathogènes transmissibles par le sang aux analyses d'urine ou de sang. La méthode utilisée dans la phase II a été reprise lors des phases III et IV de l'étude. Les jeunes ne pouvaient participer à l'étude qu'une seule fois au cours de chacune des années de collecte des données. Un nombre total de 4 728 jeunes de la rue ont été recrutés au cours des trois phases de collecte des données : 1 645 en 1999, 1 427 en 2001, et 1 656 en 2003.

### 2.1 Analyse

On a utilisé le logiciel statistique SAS (version 8) pour analyser les données. Les variables chi carré ont servi à comparer les distributions selon les différents facteurs démographiques. Les variables à valeur  $p$  bilatérale  $< 0,05$  ont été considérées comme statistiquement significatives aux fins d'analyse à une variable. On a également effectué des analyses à plusieurs variables au moyen de modèles de régression logistique, en considérant les valeurs  $p < 0,10$  comme indicatrices de signification statistique pour la relation entre des facteurs indépendants et des résultats particuliers.

Pour obtenir des renseignements plus détaillés, veuillez consulter la section sur les méthodes du rapport *Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada*, publié en 2006 par l'Agence de santé publique du Canada<sup>2</sup>. Pour les besoins du présent rapport, les jeunes qualifiés de « plus jeunes » sont ceux âgés de 15 à 19 ans, tandis que les jeunes « plus âgés » sont ceux de 20 à 24 ans.

### 2.1.1 Terminologie des analyses

L'**analyse à une variable** est une analyse statistique qui examine un seul facteur ou une seule variable à la fois. Dans le présent rapport, on a effectué l'analyse à une variable au moyen du test du chi carré portant sur l'hétérogénéité.

Les **relations statistiquement significatives** dans les analyses à une variable sont définies par une valeur  $p < 0,05$  et représentées par le symbole (§) dans le présent rapport.

L'**analyse à plusieurs variables** est une analyse statistique qui examine de multiples facteurs ou variables simultanément; c'est-à-dire qu'elle examine les associations indépendantes entre plusieurs variables. On a utilisé la méthode de l'analyse de régression logistique à cette fin.

Les **associations indépendantes** ont été établies au moyen d'une analyse à plusieurs variables. Elles sont représentées par le symbole (¶) dans le présent rapport. Les variables considérées comme présentant une association significative avec les résultats d'intérêt dans l'analyse à une variable ont été incluses dans l'analyse à plusieurs variables. Les variables indépendantes suivantes ont été incluses dans l'élaboration du modèle à plusieurs variables : l'âge; le sexe; les antécédents d'ITS; l'âge au début de l'activité sexuelle; le nombre de partenaires sexuels des participants au cours de leur vie; le fait qu'ils avaient ou non été incarcérés, vécu en centre d'accueil ou en foyer de groupe, été confiés à un travailleur social, subi des actes sexuels non désirés, été expulsés de l'école et décroché de l'école; et les perceptions des participants quant à leur risque de contracter des ITS.

## 2.2 Méthodes de laboratoire

Le test PCR Amplicor de Roche a été utilisé pour détecter *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*. La détection des anticorps du virus *Herpes simplex* (VHS) a été effectuée au moyen d'un dosage immunoenzymatique (EIA) VHS I/II (Meridian); les résultats positifs répétés et discordants à l'EIA ont été confirmés par dosage immunologique à paramètres multiples (MRL Diagnostics) spécifiques au sérotype. Le dépistage des anticorps du virus de l'hépatite C (VHC) a été effectué au moyen du dosage immunoenzymatique Ortho HCV 3.0; les résultats positifs répétés à l'EIA ont été confirmés par immunotransfert (HCV 3.0 RIBA). On a utilisé un test PCR pour détecter toute séroconversion récente dans les cas où le résultat du test RIBA (v3) était indéterminé. On a en outre effectué des tests de détection des marqueurs sérologiques de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) (anticorps contre l'antigène de surface et l'antigène capsidique du VHB). On a effectué un test de dépistage sérologique de la syphilis (RPR/VDRL), suivi d'un test de confirmation (FTA-ABS/MHA-TP).

## 2.3 Limites

La SAJR présente plusieurs limites qui doivent être soulignées.

- Premièrement, elle est de nature transversale. Comme toutes les études transversales, elle ne permet pas d'établir la causalité.
- Deuxièmement, l'échantillon est restreint à sept grands centres urbains au Canada. Nous considérons cette caractéristique comme étant à la fois une force et une faiblesse. Sa force réside dans le fait qu'il nous renseigne sur les jeunes de la rue dans les villes où ils se retrouvent en plus grand nombre, de même que sur les difficultés auxquelles ils font face. Sa faiblesse est que les résultats ne s'appliquent pas nécessairement à d'autres lieux géographiques ou à des régions moins peuplées.
- Troisièmement, les jeunes ont été recrutés au moyen de la technique non structurée de sondage en boule de neige, l'étude ayant fait l'objet d'une bonne publicité et son existence ayant été annoncée verbalement aux participants éventuels; aucune base particulière d'échantillonnage géographique ni aucun processus d'aiguillage direct n'a été utilisé. Bien que cette technique se soit révélée efficace dans le cas de populations difficiles à joindre comme les jeunes de la rue, elle pourrait entraîner un biais de sélection.
- Enfin, les conclusions sont fondées sur des déclarations volontaires des participants. En l'occurrence, la véracité des renseignements fournis n'a pu être établie, sauf dans le cas d'ITS et de pathogènes transmissibles par le sang particuliers, pour lesquels des analyses de sang et d'urine ont été effectuées. De plus, les jeunes de la rue composant cet échantillon étaient peut-être réticents à faire état de comportements répréhensibles socialement, comme les relations sexuelles non protégées, le commerce du sexe et l'injection de drogues.

### 3. Profil démographique des participants à la SAJR



Le tableau 1 présente certaines des caractéristiques démographiques de la population des jeunes de la rue étudiée, selon l'année d'enquête.

Tableau 1. Profil démographique des jeunes de la rue recrutés aux fins de la SAJR

Caractéristiques démographiques	1999	2001	2003
	%		
<b>Sexe</b>			
Homme	61,7	56,6	62,9
Femme	38,3	43,4	37,1
<b>Âge moyen (ans)</b>	18,9	19,0	19,7
<b>Lieu de naissance</b>			
Au Canada	92,2	92,9	91,9
À l'extérieur du Canada	7,9	7,1	8,1
<b>Origine ethnique*</b>			
Autochtone	27,7	33,6	36,3
Blanc	63,3	60,1	59,5
Africain/Noir	4,3	4,2	5,3
Autre	8,5	8,5	7,0

\* Les jeunes pouvaient déclarer plus d'une origine ethnique; par conséquent, le total des pourcentages peut dépasser 100 %.

À toutes les années d'enquête, le nombre de participants masculins était plus élevé que le nombre de participants féminins, selon un rapport d'environ 2:1. L'âge moyen global était de 19 ans pour toutes les enquêtes. La majorité des jeunes de la rue étudiés étaient nés au Canada; seulement 8 %, environ, ont déclaré être nés à l'extérieur du pays. Les jeunes autochtones représentaient environ le tiers des participants pour toutes les années de collecte de données.

Pour une analyse plus approfondie des caractéristiques démographiques et socio-économiques des jeunes de la rue, veuillez vous reporter au rapport *Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada*, publié en 2006 par l'Agence de santé publique du Canada<sup>2</sup>.



## 4. Prévalence

---

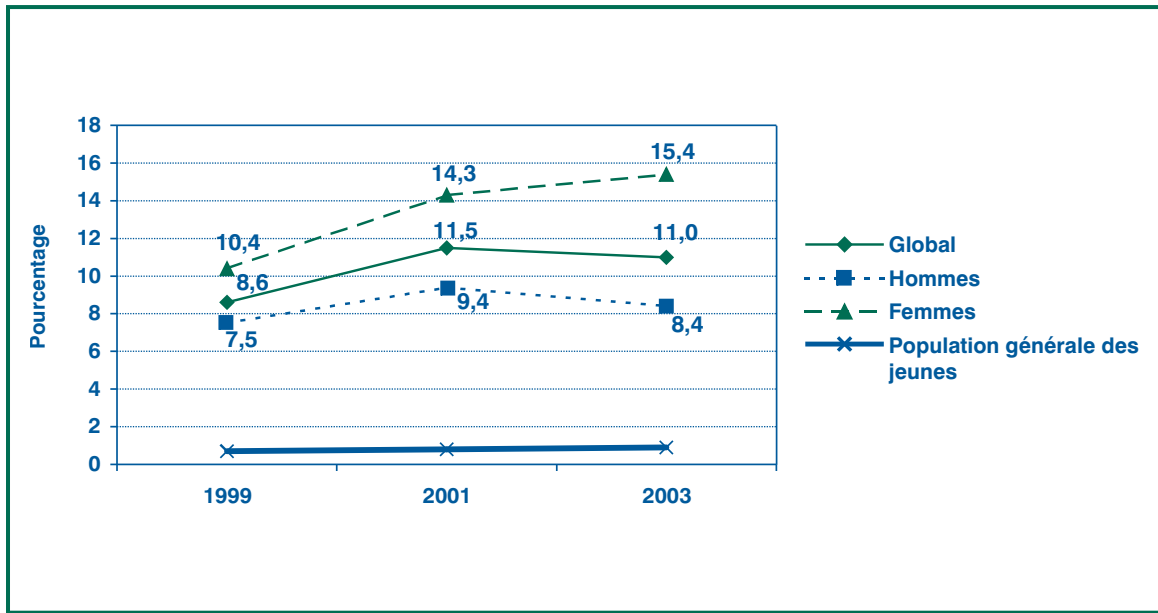
Les taux de prévalence sont présentés pour la chlamydie, la gonorrhée, la syphilis, les infections dues au virus de l'hépatite C, au VIH et au virus de l'herpès simplex ainsi que l'exposition au virus de l'hépatite B. Les taux pour les jeunes de la rue présentés dans ce rapport portent sur la prévalence. Ils sont comparés à des taux de prévalence pour la population générale des jeunes (15 à 24 ans) qui ont été calculés à partir des données sur les cas déclarés à l'échelle nationale dans le cadre de la surveillance courante. Les taux déclarés à l'échelle nationale tiennent compte uniquement des personnes qui se présentent pour un test de dépistage et, par conséquent, ils sous-estiment probablement les taux de prévalence réels pour la population générale.

### 4.1 Chlamydie

L'infection à chlamydia, ou chlamydie, est une ITS qui se traite facilement et qui est causée par la bactérie *Chlamydia trachomatis*. Elle peut être transmise lors d'un contact sexuel vaginal, oral ou anal avec un partenaire infecté. L'infection à chlamydia peut entraîner des problèmes graves comme l'infertilité; elle peut également provoquer une pneumonie, de même que d'autres maladies, chez les nouveau-nés de mères infectées. La chlamydie génitale est l'ITS bactérienne la plus fréquemment signalée au Canada. Depuis 1997, les jeunes de 15 à 24 ans représentent plus des deux tiers de tous les cas déclarés de chlamydie au Canada<sup>9</sup>. Comme la figure 1 l'indique, le taux de prévalence de l'infection à chlamydia chez les jeunes de la rue au Canada dépasse 10 %; il est donc environ dix fois plus élevé que le taux de prévalence déclaré pour la population générale des jeunes<sup>16</sup>, qui est inférieur à 1 %. Étant donné que jusqu'à 80 % des infections à chlamydia peuvent être asymptomatiques, un grand nombre de cas ne sont pas détectés; ainsi, certains ont avancé qu'une épidémie cachée de chlamydie pourrait sévir dans la population des jeunes de la rue au Canada<sup>9</sup>.

Les résultats de la SAJR indiquent que le taux de prévalence de l'infection à chlamydia chez les jeunes de la rue a augmenté, passant de 8,6 % en 1999 à 11 % en 2003 (figure 1). Dans la population générale des jeunes, il est passé de 0,7 % à 0,9 % durant la même période. Dans les enquêtes de la SAJR de 2001 et de 2003, les taux de chlamydie étaient significativement<sup>§</sup> plus élevés chez les jeunes de la rue de sexe féminin que chez ceux de sexe masculin (14,3 % contre 9,4 % et 15,3 % contre 8,4 % respectivement). On a également constaté que le sexe était associé de façon indépendante<sup>¶</sup> aux taux de chlamydie en 2001 et en 2003, les femmes étant plus nombreuses que les hommes à présenter une telle infection. Les taux de chlamydie ne différaient pas de manière significative selon l'âge pour toutes les années d'enquête.

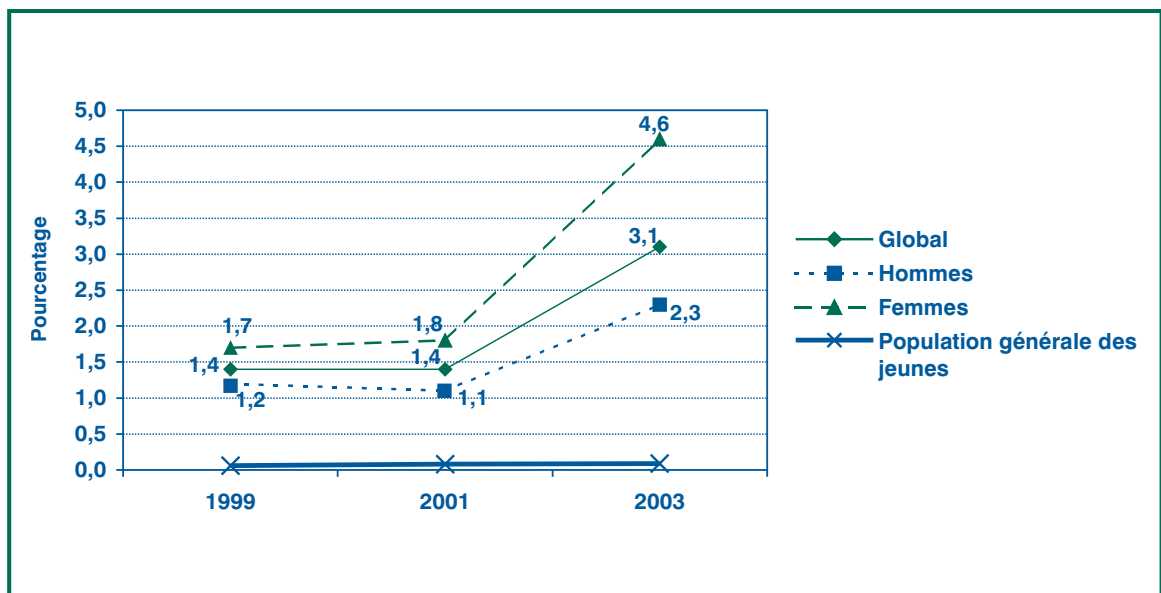
Figure 1. Prévalence de la chlamydie chez les jeunes de la rue en 1999, 2001 et 2003



## 4.2 Gonorrhée

La gonorrhée est une ITS causée par la bactérie *Neisseria gonorrhoeae*. Elle se transmet principalement lors d'un contact sexuel. Cependant, les femmes enceintes qui présentent une infection à *N. gonorrhoeae* peuvent également transmettre la maladie au nouveau-né lors de l'accouchement. Les personnes infectées peuvent n'avoir aucun symptôme, de manière que souvent, la maladie n'est traitée qu'après une certaine période. De graves problèmes de santé, comme une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), peuvent survenir plus tard dans la vie.

Figure 2. Prévalence de la gonorrhée chez les jeunes de la rue en 1999, 2001 et 2003



Comme pour la chlamydie, la prévalence de la gonorrhée est élevée dans la population des jeunes de la rue, soit environ 20 à 30 fois plus élevée que dans la population générale des jeunes. Les taux de prévalence de la gonorrhée chez les jeunes de la rue ont augmenté de manière significative durant la période de l'étude, passant de 1,4 % en 1999 et 2001 à 3,1 % en 2003 (figure 2). Cette augmentation est beaucoup plus importante que celle enregistrée dans la population générale des jeunes, pour laquelle le taux est passé de 0,06 % en 1999 à 0,09 % en 2003<sup>16</sup>. En 2003, les taux de prévalence de la gonorrhée étaient significativement plus élevés chez les jeunes de la rue plus âgés (20 à 24 ans) que chez les plus jeunes (15 à 19 ans) (4,4 % et 2,2 % respectivement) et chez les jeunes de la rue de sexe féminin que chez ceux de sexe masculin (4,6 % et 2,3 % respectivement).

### 4.3 Syphilis

La syphilis est causée par la bactérie *Treponema pallidum*. L'infection est presque toujours transmise lors d'un contact sexuel (y compris les relations sexuelles orales) avec une personne infectée, sauf dans le cas de la syphilis congénitale, qui est transmise de la mère au fœtus. Non soignée, la syphilis évolue en quatre stades, soit primaire, secondaire, latente et tertiaire<sup>17</sup>, et chacune a ses propres signes et symptômes.

La syphilis n'a pas fait l'objet d'un dépistage dans le cadre de la SAJR en 1999. Le nombre de cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente précoce) a augmenté de façon appréciable chez les jeunes de la rue entre 2001, où aucun cas n'avait été détecté, et 2003, où le taux de prévalence était de 0,7 % (10 cas). En 2003, le taux de prévalence de la syphilis infectieuse était significativement plus élevé chez les jeunes de la rue plus âgés que chez les plus jeunes (1,3 % contre 0,3 %). Aucune différence significative n'a été observée entre les jeunes de la rue de sexe masculin et ceux de sexe féminin quant à la prévalence de la syphilis infectieuse pour l'année en question. Le tableau 2 présente les taux de prévalence de la chlamydie, de la gonorrhée et de la syphilis infectieuse entre 1999 et 2003 chez les jeunes de la rue par rapport à ceux enregistrés dans la population générale des jeunes.

**Tableau 2. Taux de prévalence de la chlamydie, de la gonorrhée et de la syphilis infectieuse chez les jeunes de la rue et dans la population générale des jeunes en 1999, 2001 et 2003**

Âge	Jeunes de la rue (Population générale des jeunes)* 16		
	1999	2001	2003
	%		
<b>Chlamydie</b>			
15 à 19 ans	8,98% (0,65%)	11,51% (0,74%)	10,88% (0,82%)
20 à 24 ans	7,87% (0,75%)	11,38% (0,88%)	11,04% (0,99%)
<b>Gonorrhée</b>			
15 à 19 ans	1,56% (0,06%)	1,04% (0,07%)	2,19% (0,08%)
20 à 24 ans	0,90% (0,07%)	2,12% (0,09%)	4,38% (0,10%)
<b>Syphilis infectieuse</b>			
15 à 19 ans	–	0% (< 0,01%)	0,25% (< 0,01%)
20 à 24 ans	–	0% (< 0,01%)	1,31% (< 0,01%)

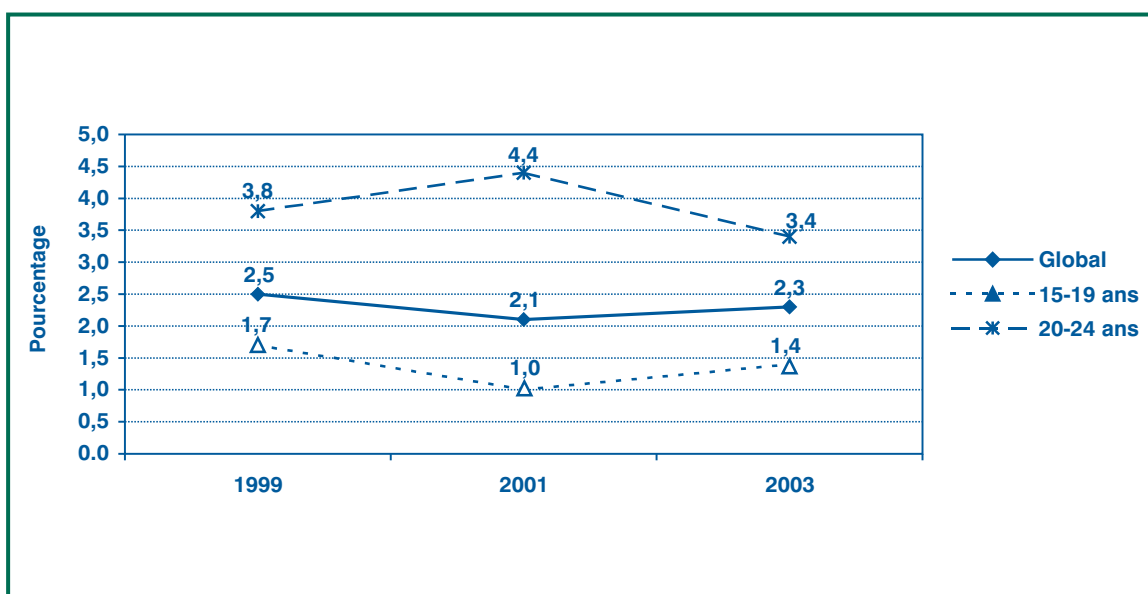
\* Dans ce rapport, les taux chez les jeunes de la rue sont des taux de prévalence, tandis que les taux dans la population générale des jeunes, utilisés aux fins de comparaison, découlent des données sur les cas déclarés. Il faut noter que les taux calculés à partir des cas déclarés pourraient sous-estimer la prévalence réelle dans la population générale, compte tenu des cas asymptomatiques et des personnes qui ne se présentent pas pour subir un test de dépistage.



## 4.4 Hépatite B

L'hépatite B (VHB) est une infection provoquée par le virus de l'hépatite B, un virus qui se transmet par le sang lors de contact sexuel avec une personne infectée, lors de l'utilisation de drogues par injection, et par exposition à des liquides organiques infectés. Le virus peut également être transmis de façon verticale de la mère à son nouveau-né. Le VHB peut causer une infection permanente, une cirrhose (nécrose) du foie, un cancer du foie, une insuffisance hépatique et le décès. Les personnes dans tous les groupes d'âge peuvent se faire vacciner contre l'hépatite B pour prévenir l'infection par ce virus. Chez presque toutes les personnes actuellement infectées par le VHB, des antigènes de surface de l'hépatite B (HBsAg) sont décelables dans le sérum<sup>18</sup>.

**Figure 3. Pourcentage des jeunes de la rue qui avaient été exposés\* au virus de l'hépatite B en 1999, 2001 et 2003**



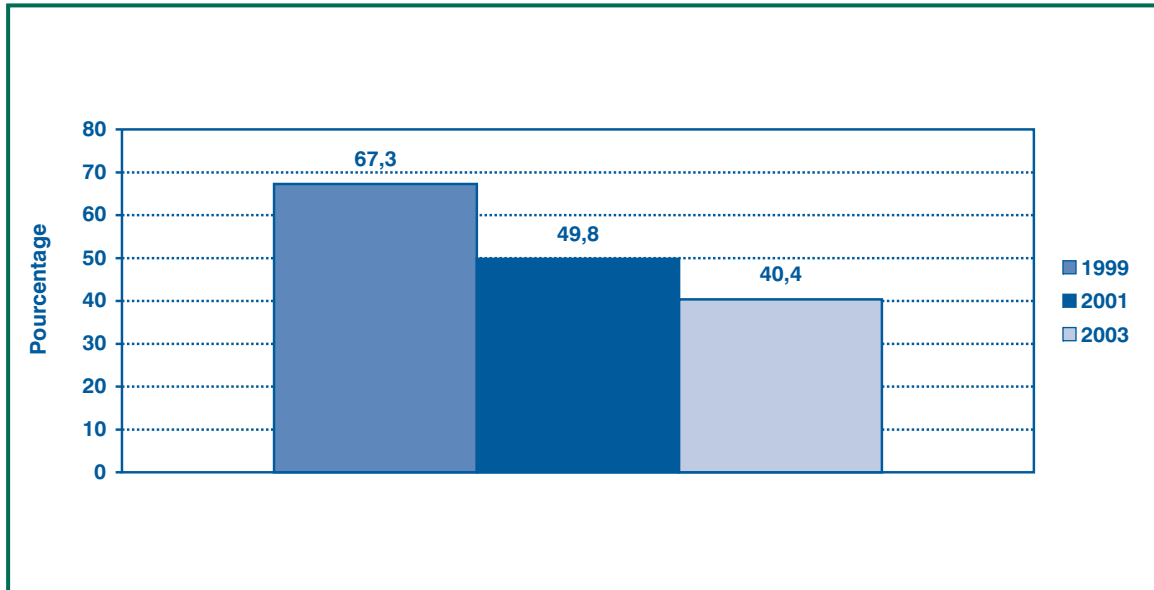
\* Exposition décelée par la présence d'anticorps dirigés contre les antigènes capsidiques de l'hépatite B.

Comme le montre la figure 3, entre 1999 et 2003, le pourcentage des jeunes de la rue qui avaient été exposés au VHB est demeuré relativement stable (2,5 % en 1999, 2,1 % en 2001 et 2,3 % en 2003), tandis qu'on a observé une variation significative dans le pourcentage des jeunes de la rue plus jeunes et plus âgés exposés au VHB au cours des différentes années d'enquête (1,0 % contre 4,4 % en 2001, et 1,4 % contre 3,4 % en 2003).

Le pourcentage des jeunes de la rue réceptifs au virus a diminué de manière significative, passant de 67,3 % en 1999 à 40,4 % en 2003 (figure 4). Malgré cette baisse significative, le pourcentage des jeunes de la rue qui sont à risque pour l'infection par le virus de l'hépatite B demeure élevé.

Dans l'enquête de 2003, les jeunes devaient fournir des renseignements sur leur statut vaccinal. Les résultats des analyses de sang ont révélé que seulement 70,8 % (502) des 708 jeunes qui ont répondu « oui » lorsqu'on leur a demandé s'ils avaient reçu la série vaccinale complète contre l'hépatite B l'avaient effectivement reçue.

**Figure 4. Pourcentage des jeunes de la rue réceptifs\* (aucune immunité) à l'hépatite B en 1999, 2001 et 2003**



\* Réceptif = ne présente pas d'anticorps anti-HBs (antigène de surface) ni d'anticorps anti-HBc (antigène capsidique).

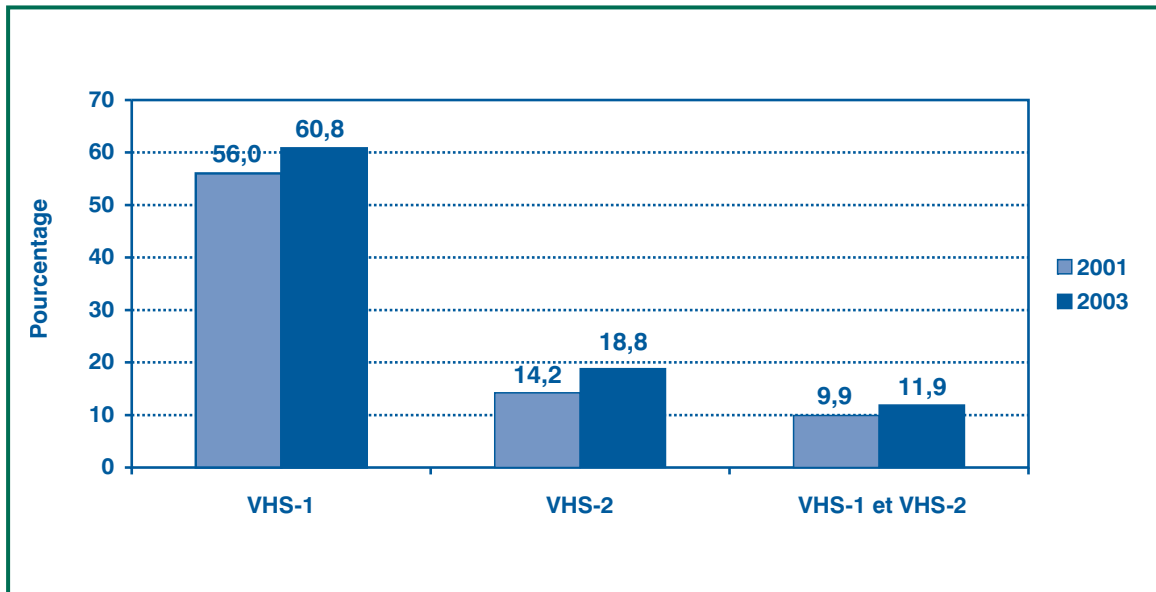
Les analyses de sang ont également révélé que les plus jeunes parmi les jeunes de la rue étaient significativement plus nombreux à présenter une immunité induite par la vaccination (définie par la présence d'anticorps anti-HBs et l'absence d'anticorps anti-HBc) comparativement aux jeunes plus âgés (54,8 % contre 34,4 % en 2001, et 66,0 % contre 45,8 % en 2003). Cette situation pourrait découler du fait que les plus jeunes étaient plus susceptibles d'avoir été vaccinés dans le cadre des programmes scolaires ciblant les préadolescents, qui ont été mis en œuvre au début des années 1990 d'un bout à l'autre du Canada<sup>18</sup>. Selon les données disponibles, le pourcentage des préadolescents canadiens ayant reçu la série vaccinale complète est très élevé, se situant entre 91 % et 93 %<sup>19</sup>.

#### 4.5 Herpes simplex (herpès génital)

La plupart des cas d'herpès génital sont causés par le virus *Herpes simplex* de type 2 (VHS-2). Le VHS-1 cause le plus souvent des lésions sur les lèvres (appelées « boutons de fièvre » ou « feux sauvages »), mais il peut également causer des infections génitales. L'herpès génital se transmet généralement lors des relations sexuelles.

Les jeunes de la rue n'ont pas subi de test de détection du VHS dans le cadre de la collecte de données de 1999. Entre 2001 et 2003, le taux de prévalence du VHS-1 chez les jeunes de la rue a augmenté, passant de 56,0 % à 60,8 % (figure 5). En 2001, les taux étaient significativement plus élevés chez les jeunes de la rue de sexe féminin que chez leurs homologues de sexe masculin (59,6 % contre 53,2 %) et chez les jeunes plus âgés que chez les plus jeunes (65,2 % contre 51,4 %).

**Figure 5. Taux de prévalence des mono-infections\* à VHS-1 et à VHS-2, et de co-infection\*\* à VHS-1 et VHS-2 chez les jeunes de la rue en 2001 et 2003**



\* Dans les cas de mono-infection, un seul des deux virus, soit VHS-1 ou VHS-2, est présent.

\*\*Dans les cas de co-infection, les deux virus, soit VHS-1 et VHS-2, sont présents.

Le taux de prévalence du VHS-2 était significativement\$ plus élevé chez les jeunes de la rue de sexe féminin que chez ceux de sexe masculin en 2001 et 2003 (22,6 % contre 7,6 % en 2001 et 29,4 % contre 12,6 % en 2003). Il était également significativement\$ plus élevé chez les jeunes de la rue plus âgés que chez les plus jeunes lors des deux années en question (23,5 % contre 9,5 % en 2001 et 23,2 % contre 15,3 % en 2003). On a constaté que le sexe et l'âge étaient associés de façon indépendante au taux de VHS-2, étant donné que la prévalence était plus élevée chez les femmes que chez les hommes et plus élevée chez les plus âgés que chez les plus jeunes, tant en 2001 qu'en 2003.

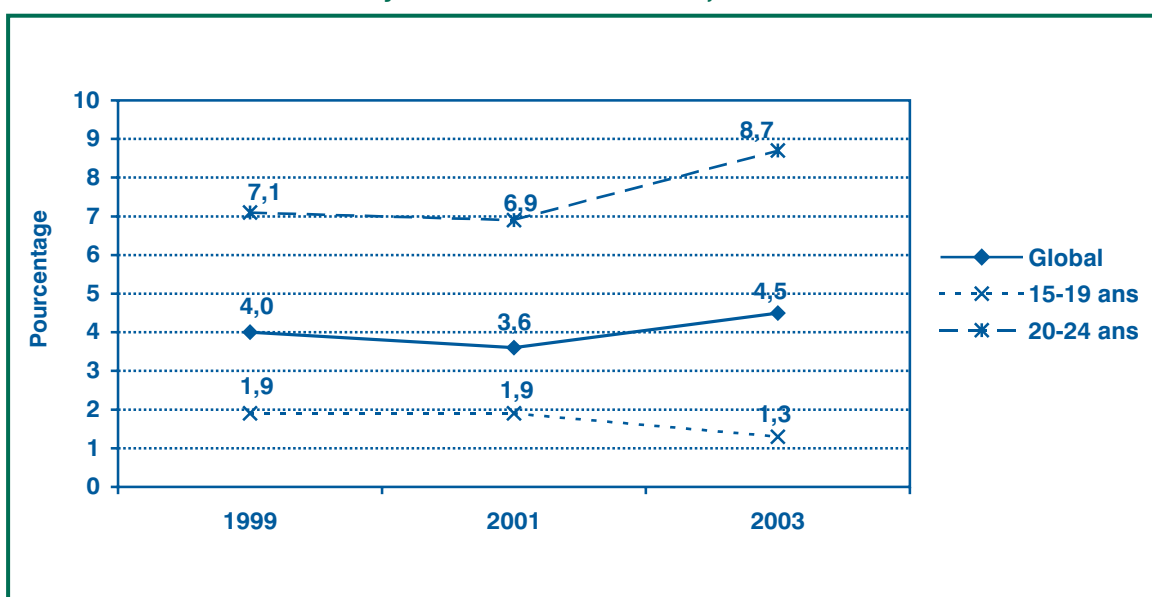
Les cas de co-infection par le VHS-1 et le VHS-2 n'étaient pas aussi prévalents que les cas d'infection par l'un de ces virus seulement. Comme dans les cas de mono-infection par le VHS-1 ou le VHS-2, les taux de co-infection par ces deux virus chez les jeunes de la rue de sexe féminin et dans le groupe des jeunes plus âgés étaient significativement\$ plus élevés que chez les jeunes de sexe masculin et dans le groupe des plus jeunes, tant en 2001 qu'en 2003 (16,0 % contre 5,2 % et 18,3 % contre 5,8 % respectivement en 2001, et 18,0 % contre 11,9 % et 15,6 % contre 9 % respectivement en 2003).

## 4.6 Hépatite C\*

L'hépatite C est causée par le virus de l'hépatite C (VHC). Le VHC est un virus transmissible par le sang qui affecte le foie. Il se transmet principalement par contact avec du sang infecté, mais peut également se transmettre moins efficacement lors de relations sexuelles, même en l'absence de lésion. Il peut être également transmis par une mère infectée à son bébé.

Le taux de prévalence de l'hépatite C chez les jeunes de la rue n'a pas changé de manière significative entre 1999 et 2003. Les taux d'hépatite C étaient significativement plus élevés chez les jeunes de la rue plus âgés que chez les plus jeunes à toutes les années d'enquête (figure 6). Alors que le taux d'infection a légèrement diminué chez les plus jeunes, il a augmenté chez les plus âgés, passant de 6,9 % en 2001 à 8,7 % en 2003. Les jeunes de la rue de sexe féminin ont présenté des taux d'infection par le virus de l'hépatite C significativement plus élevés que leurs homologues de sexe masculin en 2001 seulement.

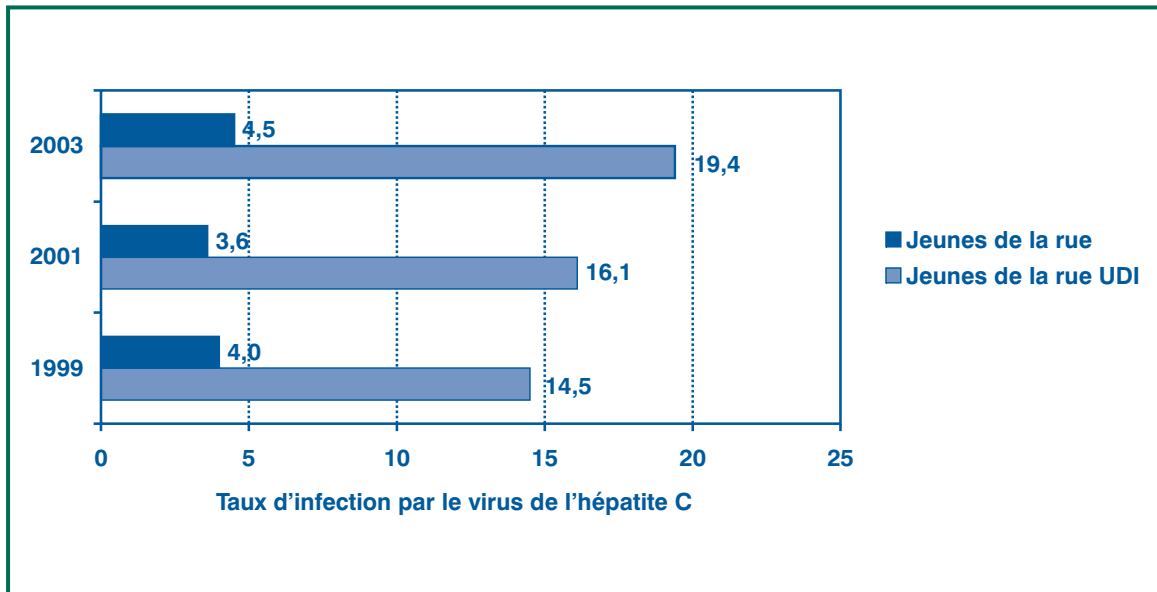
Figure 6. Taux de prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les jeunes de la rue en 1999, 2001 et 2003



Parmi les jeunes de la rue, l'injection de drogues était plus fréquente chez les plus âgés<sup>20</sup>, ce qui peut expliquer l'écart dans les taux entre les groupes d'âge, l'injection de drogues présentant un risque majeur pour l'hépatite C<sup>21,22</sup>. Le taux d'infection par le virus de l'hépatite C chez les jeunes de la rue qui ont fait état d'antécédents d'être utilisateur de drogues par injection (UDI) s'élevait à 14,5 % en 1999, à 16,1 % en 2001 et à 19,4 % en 2003. La figure 7 indique le taux d'hépatite C chez les jeunes de la rue UDI par rapport à celui de la population générale des jeunes de la rue. Comme la figure l'indique, les jeunes qui ont déclaré être des UDI présentaient un taux de prévalence de l'hépatite C significativement plus élevé que les autres. Une étude et une analyse plus approfondies du lien entre le VHC et l'utilisation de drogues par injection sont présentées dans le document *Hépatite C et consommation de drogues injectables chez les jeunes de la rue au Canada*<sup>23</sup>.

\* Bien que les contacts sexuels ne soient pas la principale voie de transmission de l'hépatite C, cette possibilité ne doit pas être exclue.

Figure 7. Taux d'infection par le virus de l'hépatite C chez les jeunes de la rue UDI en 1999, 2001 et 2003



#### 4.7 VIH

Le taux de prévalence du VIH chez les jeunes de la rue n'a pas changé de manière significative au fil des années d'enquête. En 1999, moins de 1 % des jeunes de la rue étaient infectés par le VIH. Tant en 2001 qu'en 2003, les taux variaient selon le groupe d'âge. En 2001, la plupart des cas d'infection à VIH chez les jeunes de la rue ont été observés dans le groupe des plus âgés (0,3 % contre 2,3 % respectivement). En 2003, les huit cas d'infection à VIH (0,7 %) ont été observés dans le groupe des plus âgés. Les facteurs de risque d'infection à VIH n'ont pas été examinés en raison du nombre peu élevé de cas déclarés.

#### 4.8 HTLV

Le virus T-lymphotrope humain (HTLV) est un rétrovirus. Il y a deux types de HTLV : HTLV-1 et HTLV-2. Le virus peut être transmis par le sang ou par contact sexuel intime, de même qu'il peut être transmis de la mère à l'enfant durant la grossesse et par le lait maternel. La plupart des personnes infectées demeurent en santé malgré le fait qu'elles soient porteuses du virus. Il arrive cependant, quoique rarement, que le HTLV-1 cause la leucémie/lymphome T de l'adulte, une forme rare et agressive de cancer du sang<sup>17</sup>. Des tests de détection du HTLV ont été effectués dans le cadre des enquêtes de 2001 et de 2003 de la SAJR. Durant les deux années en question, un seul cas d'infection à HTLV-1 a été confirmé en laboratoire.



## 5. Comportements sexuels et ITS

---

Les associations entre les taux d'infection à chlamydie, de gonorrhée et d'herpès génital (VHS-2) et les comportements sexuels qui peuvent exposer les jeunes à un risque d'ITS ont été examinés aux fins du présent rapport. Les cas d'infection à VIH et à HTLV et de syphilis infectieuse n'ont pas été examinés, en raison de leur faible prévalence chez les jeunes de la rue – le nombre de cas était trop faible pour permettre une analyse utile des associations. De même, les associations entre les comportements sexuels et la prévalence de l'infection à hépatite B n'ont pas été examinées dans le cadre du présent rapport.

### 5.1 Activité sexuelle

Dans l'ensemble, plus de 95 % des jeunes de la rue ont déclaré s'être déjà livrés à des activités sexuelles – ce qui concorde avec les résultats d'autres rapports<sup>3</sup> – et l'âge moyen lors de la première relation sexuelle chez les jeunes sexuellement actifs était de 14 ans, tant chez les hommes que chez les femmes. Cet âge est de beaucoup inférieur à l'âge moyen des jeunes de la population générale au Canada au moment de leur première relation sexuelle, soit 16,8 ans<sup>24</sup>. Entre 1999 et 2003, en moyenne, les jeunes de la rue qui ont obtenu un résultat positif pour la chlamydie avaient déclaré avoir eu leur première relation sexuelle à un âge significativement<sup>§</sup> plus précoce que ceux qui ont obtenu un résultat négatif au test (13,7 ans contre 14,1 en 1999 et 13,8 ans contre 14,1 en 2003).

En 2003, environ 50 % des jeunes de la rue ont déclaré avoir eu une activité sexuelle\*\* durant la semaine précédant l'interview; le nombre hebdomadaire moyen d'activités sexuelles variait entre deux avec des partenaires occasionnels (non réguliers) et 13 avec des « partenaires-clients » (figure 8). Chez les jeunes de la rue, ceux de sexe masculin ont déclaré avoir des relations sexuelles plus fréquentes avec des partenaires réguliers et occasionnels, alors que leurs homologues de sexe féminin ont déclaré avoir des relations sexuelles plus fréquentes avec des partenaires-clients.

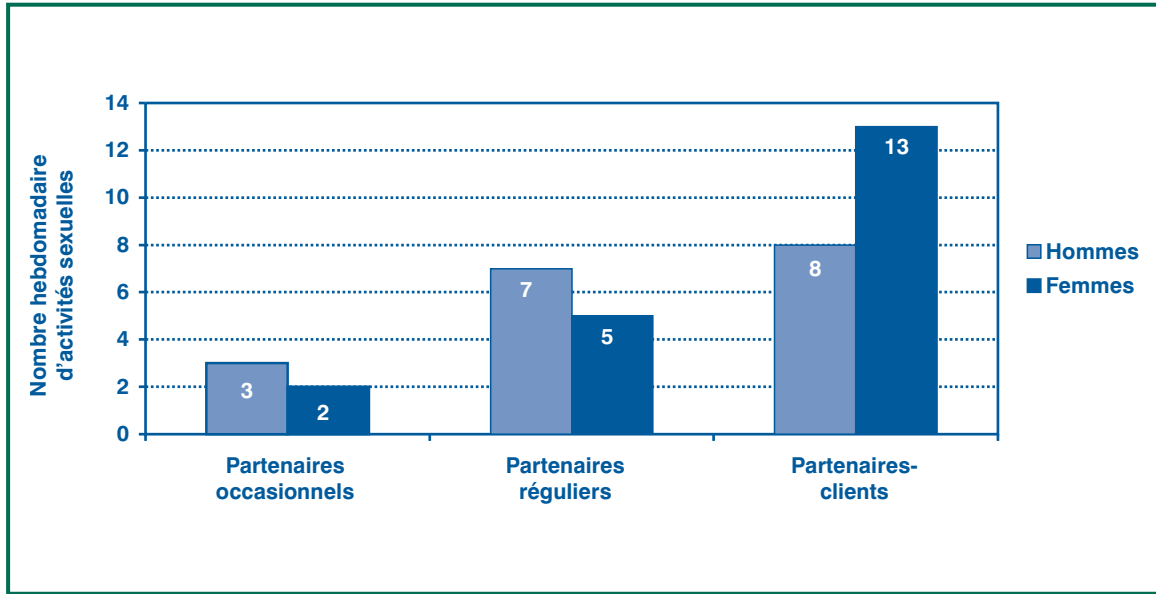
En 2003, une association significative<sup>§</sup> a été constatée entre les résultats de dépistage de la chlamydie et le nombre de partenaires-clients. Les jeunes de la rue qui ont obtenu un résultat positif avaient un nombre hebdomadaire moyen plus élevé de partenaires-clients que les jeunes qui ont obtenu un résultat négatif (19 partenaires contre 8 respectivement).

---

\*\* La gamme des activités sexuelles pouvait varier des attouchements sexuels à la pénétration du pénis ou aux contacts génitaux avec un doigt, la bouche ou un objet.

---

Figure 8. Nombre hebdomadaire moyen d'activités sexuelles selon le type de partenaire en 2003

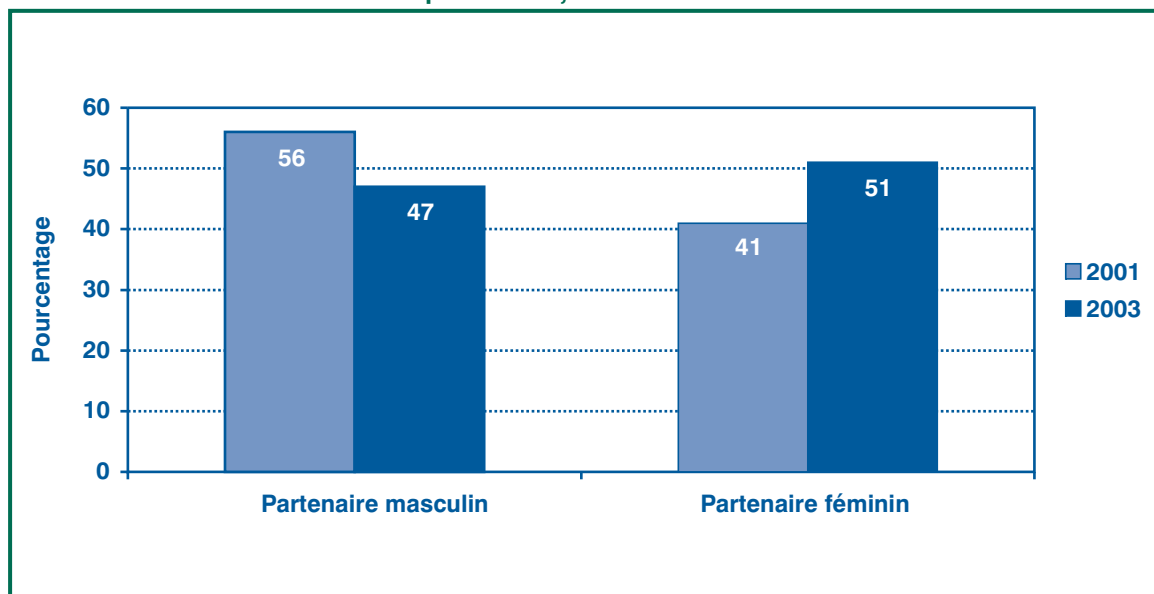


## 5.2 Utilisation du condom

Il est difficile d'établir des comparaisons concernant l'utilisation du condom chez les jeunes de la rue pour les années visées par l'étude, étant donné que les questions posées à ce sujet dans l'enquête de 1999 différaient de celles posées en 2001 et 2003. Néanmoins, un pourcentage élevé des jeunes de la rue sexuellement actifs participant aux différents cycles de collecte de données de la SAJR ont déclaré qu'ils n'utilisaient pas le condom.

En 2001 et en 2003, on a demandé aux jeunes s'ils avaient utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle. Comme l'illustre la figure 9, en 2001, 56 % des jeunes de la rue ont déclaré ne pas avoir utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle avec un partenaire de sexe masculin, et 41 % ont fait état du même comportement avec un partenaire de sexe féminin. En 2003, 47 % des jeunes ont déclaré ne pas avoir utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle avec un partenaire de sexe masculin, et 51 % ont fait état du même comportement avec un partenaire de sexe féminin. Bien que ces pourcentages soient élevés, ils concordent avec les conclusions d'autres études. Dans une étude sur les comportements à risque pour le sida chez les jeunes sans abri, le tiers des jeunes sexuellement actifs a déclaré utiliser le condom sur une base irrégulière<sup>3</sup>; de même, 32 % des jeunes visés dans l'étude « Les jeunes des rues face au sida » ont déclaré ne jamais l'utiliser<sup>11</sup>.

**Figure 9. Pourcentage des jeunes de la rue qui ont déclaré ne pas avoir utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle, selon le sexe du partenaire, en 2001 et 2003**



En 2003, la prévalence de la chlamydie et de l'herpès génital (VHS-2) était significativement\$ plus élevée chez les jeunes de la rue qui ont déclaré ne pas avoir utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle avec un partenaire de sexe féminin, comparativement à ceux qui ont déclaré l'avoir utilisé (12,2 % contre 8,7 % pour la chlamydie et 20,9 % contre 13,4 % pour l'herpès génital).

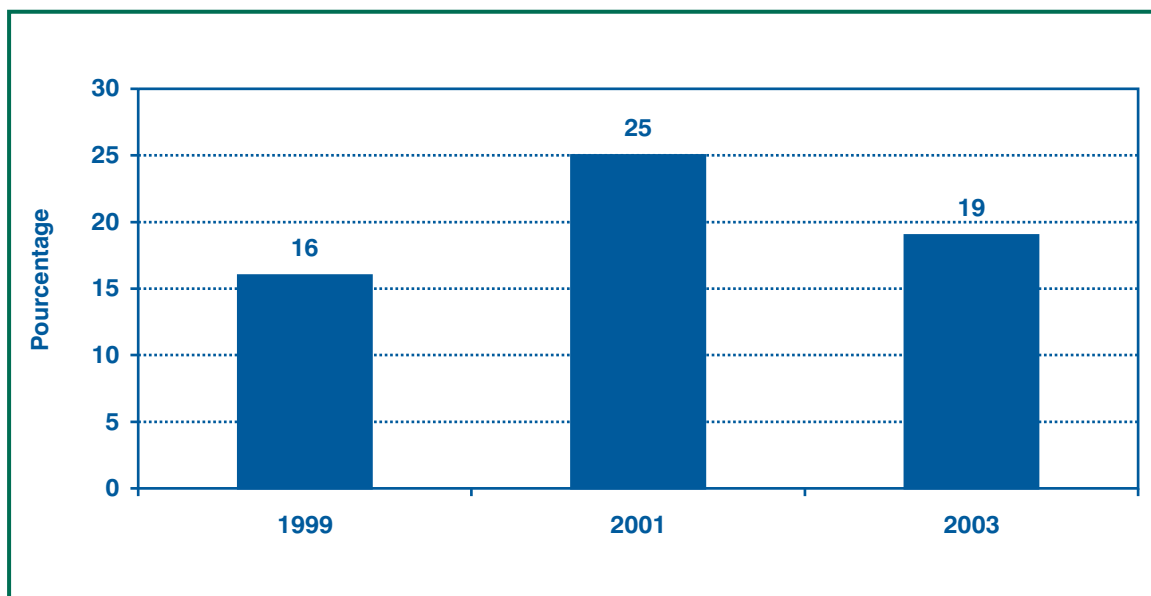
Aux jeunes de la rue qui s'étaient déjà adonnés au commerce du sexe, on leur a également demandé s'ils avaient utilisé le condom à leur dernière relation sexuelle avec un partenaire-client. Comme la figure 10 l'indique, le pourcentage des jeunes de la rue qui ont déclaré avoir utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle avec un partenaire-client variait de 16 % en 1999 à 25 % en 2001 et à 19 % en 2003. Tant en 1999 qu'en 2003, les jeunes de la rue de sexe masculin étaient significativement\$ plus nombreux que ceux de sexe féminin à déclarer ne pas avoir utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle avec un client (21 % contre 9 % et 29 % contre 10 % respectivement).

En 2003, 44 % des jeunes de la rue ont déclaré ne pas avoir utilisé le condom la dernière fois qu'ils ont eu des relations sexuelles par obligation\*\*\*, le pourcentage étant significativement\$ plus élevé chez les hommes (47 %) que chez les femmes (39 %).

\*\*\* L'expression « relations sexuelles par obligation » s'applique lorsque la personne se sent obligée d'avoir des relations sexuelles après avoir reçu de l'argent, des cadeaux ou des drogues ou s'être fait offrir un gîte pour la nuit.



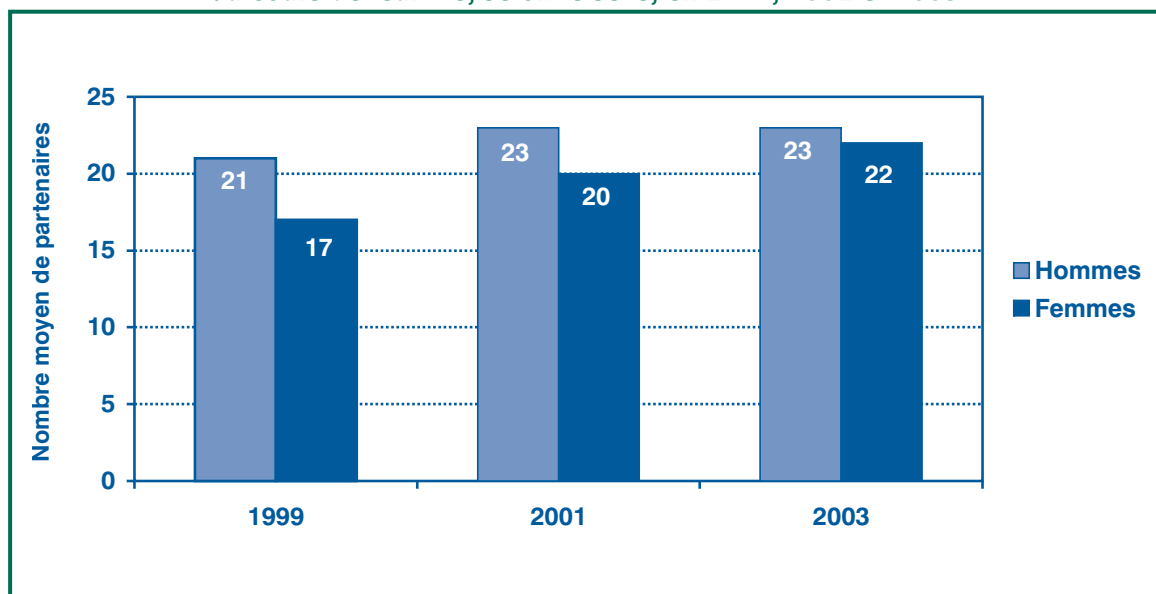
**Figure 10. Pourcentage des jeunes de la rue ayant déjà participé au commerce du sexe qui ont déclaré ne pas avoir utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle avec un partenaire-client en 1999, 2001 et 2003**



### 5.3 Nombre de partenaires sexuels

Le nombre de partenaires sexuels est un indicateur clé de comportements sexuels à risque, en particulier en ce qui concerne les ITS<sup>25</sup>. En moyenne, les jeunes de la rue ont déclaré avoir eu plus de 17 partenaires sexuels au cours de leur vie, les hommes ayant fait état d'un nombre plus élevé de partenaires que les femmes (figure 11).

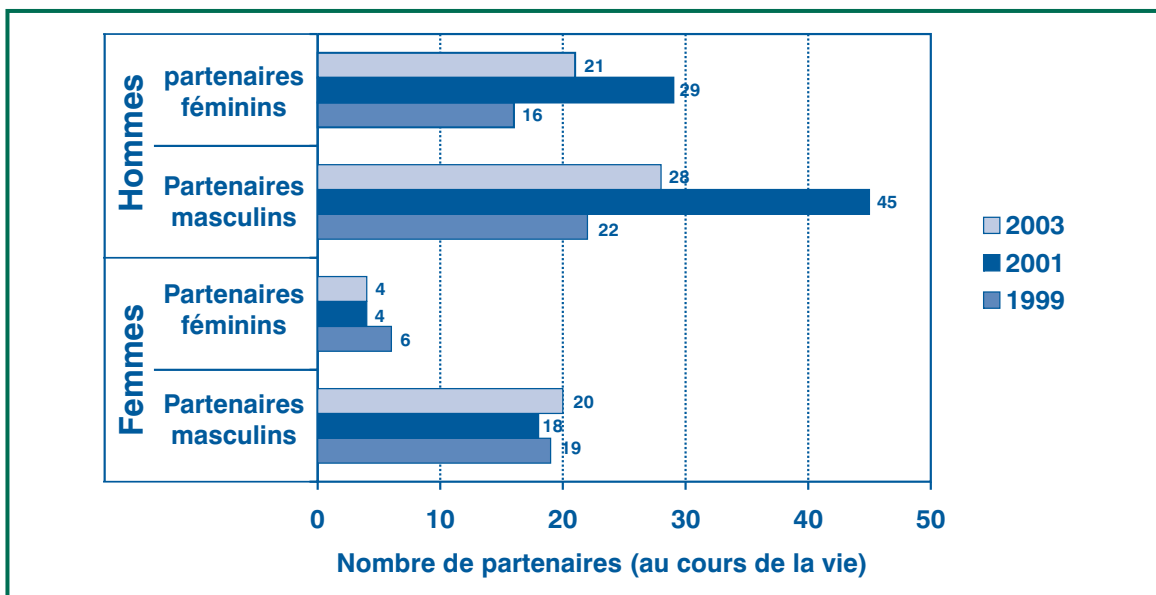
**Figure 11. Nombre moyen de partenaires sexuels que les jeunes de la rue avaient eus au cours de leur vie, selon le sexe, en 1999, 2001 et 2003**



Le nombre moyen de partenaires était le plus élevé chez les jeunes qui ont déclaré avoir eu des HARSAH\*\*\*\*. En 2001, les jeunes de sexe masculin qui ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec un autre homme avaient eu 45 partenaires, en moyenne, ce qui est plus du double du nombre moyen de partenaires déclaré par les autres jeunes (figure 12). Dans l'ensemble, 19,9 % des jeunes de la rue ont déclaré s'être livrés à des activités GLB+ au cours de leur vie.

En 2003, le nombre moyen de partenaires déclaré par les jeunes de la rue de sexe féminin qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de la chlamydie, de la gonorrhée ou de l'herpès génital (VHS-2) était significativement§ plus élevé que par les jeunes de sexe féminin qui ont obtenu un résultat négatif (27 partenaires contre 20 pour la chlamydie, 28 contre 21 pour la gonorrhée et 33 contre 13 pour l'herpès génital). Cet écart n'a pas été observé chez les jeunes de la rue de sexe masculin.

**Figure 12. Nombre de partenaires que les jeunes de la rue avaient eus au cours de leur vie, selon le sexe, en 1999, 2001 et 2003**



\*\*\*\*HARSAH = hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

+ GLB : Gai, lesbienne, bisexuel.

## 5.4 Partenaires à risque élevé

En 2001 et 2003, les jeunes de la rue ont été invités à répondre à des questions sur les comportements à risque de leurs partenaires sexuels. Ils ont déclaré avoir eu des partenaires à risque élevé – des partenaires qui savaient avoir déjà été atteints d'une ITS (17,0 % en 2001 et 16,0 % en 2003), qui s'adonnaient au commerce du sexe comme source de revenu d'appoint (7,1 % en 2001 et 9,5 % en 2003) et/ou qui étaient sous l'emprise des drogues pendant qu'ils avaient des relations sexuelles avec eux (47,4 % en 2001 et 50,8 % en 2003). Durant ces deux années, les femmes ont été significativement plus nombreuses que les hommes (21,2 % contre 13,7 % en 2001, et 18,7 % contre 14,3 % en 2003) à déclarer avoir eu un partenaire sexuel ayant des antécédents d'ITS, alors que les hommes ont été significativement plus nombreux que les femmes (9,9 % contre 3,8 % en 2001, et 11,3 % contre 7,1 % en 2003) à déclarer avoir un partenaire qui s'adonnait au commerce du sexe comme source de revenu d'appoint.

## 5.5 Activités sexuelles non désirées

Aux fins de la SAJR, on a défini les activités sexuelles non désirées comme étant des activités sexuelles subies contre son gré avec une personne en position d'autorité. Au cours de toutes les années d'enquête, l'âge moyen des jeunes lors de leur première expérience d'activités sexuelles non désirées était 8,7 ans, les femmes (8,4 ans) ayant déclaré un âge un peu plus précoce que les hommes (9,2 ans).

Le pourcentage des jeunes de la rue qui ont déclaré avoir subi des activités sexuelles non désirées est demeuré stable, à 17,3 % en 1999, à 18,3 % en 2001 et à 18,2 % en 2002. Le pourcentage des jeunes de sexe féminin qui ont déclaré avoir subi des activités sexuelles non désirées était plus du double de celui des jeunes de sexe masculin; la différence du pourcentage a été significative à toutes les années d'enquête (26,6 % contre 11,4 % en 1999, 28,0 % contre 11,0 % en 2001 et 27,8 % contre 12,5 % en 2003).

Les jeunes de la rue qui ont déclaré s'être livrés à des activités GLB au cours de leur vie étaient significativement plus nombreux à avoir subi des activités sexuelles non désirées que ceux qui ont déclaré ne pas s'être livrés à de telles activités (38,4 % contre 12,9 % en 1999, 40,1 % contre 12,9 % en 2001, et 32,5 % contre 13,2 % en 2003). Au cours de toutes les années d'enquête, les jeunes qui avaient subi des activités sexuelles non désirées étaient également significativement plus nombreux à déclarer s'être adonnés au commerce du sexe à un moment ou un autre de leur vie (44,4 % contre 16,2 %). En 2003, les jeunes qui avaient subi des activités sexuelles non désirées étaient significativement plus nombreux que ceux qui n'en avaient pas subies à déclarer ne pas avoir utilisé le condom ou une autre forme de barrière protectrice lors de leur dernière relation sexuelle (67,1 % contre 48,8 %).

La prévalence des ITS n'était pas associée de manière significative à l'expérience d'activités sexuelles non désirées, sauf en 2003. Chez les jeunes qui ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec un membre de la famille, un parent ou une autre personne en position d'autorité, on a observé des taux de prévalence de la chlamydie (16,4 % contre 10,0 %) et de l'herpès génital (VHS-2) (28,1 % contre 17,2 %) plus élevés que chez les jeunes qui ont déclaré ne pas avoir subi d'activités sexuelles non désirées.

## 5.6 Commerce du sexe

Bien qu'il y ait plusieurs définitions du commerce du sexe dans la littérature, la définition suivante a été adaptée pour les besoins du SAJR. Le « commerce du sexe » a été défini comme l'octroi de faveurs sexuelles en vue de subvenir à ses besoins de base, comme la nourriture, le logement et la sécurité. En moyenne, 21,2 % des jeunes de la rue ont déclaré s'être adonnés au commerce du sexe à un moment ou un autre de leur vie – 20,2 % en 1999, 20,9 % en 2001 et 22,6 % en 2003. Au cours de toutes les années d'enquête, les jeunes de la rue de sexe féminin étaient significativement plus nombreuses que les jeunes de sexe masculin à déclarer s'être adonnés au commerce du sexe. L'âge moyen auquel les jeunes ont fait leur première expérience du commerce du sexe, pour toutes les années de l'étude, était 15,8 ans, les femmes (15,0 ans) étant invariablement plus jeunes que les hommes (16,5 ans) à ce moment-là.

Les jeunes qui ont déclaré s'être adonnés au commerce du sexe étaient significativement plus nombreux que les jeunes qui ne l'avaient pas fait à avoir reçu un diagnostic d'ITS (44,4 % contre 13,8 % en 1999, 44,1 % contre 18,4 % en 2001, et 48,5 % contre 21,9 % en 2003). Les taux de chlamydie et de gonorrhée ne se sont pas révélés significativement plus élevés chez les jeunes qui avaient déclaré s'être adonnés au commerce du sexe; cependant, en 2003, le taux d'herpès génital (VHS-2) était significativement plus élevé chez les jeunes qui ont déclaré l'avoir fait que chez les autres (33,5 % contre 15,3 %).

## 5.7 Activités sexuelles par obligation

En 2003, à la question de savoir s'ils s'étaient déjà livrés à des activités sexuelles par obligation – c'est-à-dire après avoir reçu de l'argent, des cadeaux, des drogues ou un gîte pour la nuit – 18,5 % des jeunes de la rue ont répondu qu'ils l'avaient fait. Les femmes étaient significativement plus nombreuses que les hommes à avoir vécu cette expérience (25,5 % contre 14,3 %). L'âge moyen auquel ils avaient vécu leur première expérience d'activités sexuelles par obligation était 16 ans, tant chez les hommes que chez les femmes. Les jeunes ont déclaré s'être livrés à ces activités pour obtenir un gîte (38 %), des cigarettes, des drogues et/ou de l'alcool (33,2 %) ou de l'argent (25,9 %). Bien que les taux de chlamydie et de gonorrhée ne se soient pas révélés significativement plus élevés chez les jeunes qui ont déclaré s'être livrés à des activités sexuelles par obligation, le taux d'herpès génital s'est révélé significativement plus élevé (29,5 % contre 16,9 %).

## 5.8 Antécédents d'ITS

La littérature indique que les jeunes ne changent pas substantiellement leurs comportements, leurs attitudes ou leurs perceptions après avoir reçu un diagnostic d'ITS, comparativement à ceux qui n'ont pas reçu de diagnostic d'ITS<sup>26</sup>. L'une des études propose que les jeunes peuvent changer temporairement leurs comportements après avoir reçu un diagnostic d'ITS, mais qu'ils reviennent ensuite à leurs anciennes habitudes<sup>15</sup>. Dans une étude menée auprès de jeunes de la rue, de jeunes travailleurs du sexe et d'autres femmes à risque, le tiers des jeunes de sexe féminin et le quart des jeunes de sexe masculin avaient déclaré avoir des antécédents d'ITS<sup>7</sup>. La SAJR a observé des résultats semblables.

En 1999, les jeunes de la rue qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'ITS présentaient des taux significativement plus élevés de chlamydie que ceux qui ont déclaré n'avoir jamais reçu de diagnostic d'ITS (11,7 % contre 7,8 %). En 2001 et 2003, cette même association a été observée chez les jeunes de la rue du groupe des 15 à 19 ans, mais non dans l'ensemble de la population des jeunes de la rue.

En 2003, les femmes qui ont déclaré avoir été atteintes de chlamydie dans le passé présentaient des taux significativement plus élevés de chlamydie que celles qui ont déclaré n'avoir jamais eu cette infection (12,9 % contre 2,7 %). Aucune association n'a été établie entre les antécédents déclarés de gonorrhée et les résultats positifs pour la gonorrhée. Les jeunes de la rue qui ont déclaré des antécédents d'ITS (dont l'herpès génital) présentaient des taux significativement plus élevés d'herpès génital (VHS-2) que ceux qui ont déclaré n'avoir aucun antécédent.

On a demandé aux jeunes s'ils utilisaient des mesures de protection après avoir reçu un diagnostic d'ITS. Aucune association n'a été constatée durant les années d'enquête entre l'utilisation déclarée de mesures de protection chez les jeunes de la rue ayant fait état d'antécédents d'ITS et les taux vérifiés de chlamydie, de gonorrhée et d'herpès génital.

On a également demandé aux jeunes qui ont déclaré avoir commencé à utiliser des mesures de protection après avoir reçu un diagnostic d'ITS s'ils utilisaient encore des mesures de protection. En 2003, les jeunes qui ont déclaré qu'ils utilisaient encore des mesures de protection présentaient des taux significativement plus faibles de gonorrhée, comparativement à ceux qui ont déclaré avoir cessé d'en utiliser (2,8 % contre 9,4 %).

## 5.9 ITS et perception personnelle du risque

À chacune des années d'enquête, on a demandé aux jeunes de la rue d'évaluer leur risque de contracter une ITS. En 1999, les jeunes qui ne se considéraient pas à risque ou qui se considéraient à faible risque de contracter une ITS présentaient des taux significativement plus faibles de chlamydie que ceux qui se considéraient à risque moyen ou élevé. Aucune autre association n'a été observée entre la perception personnelle du risque d'ITS et les taux de chlamydie, de gonorrhée et d'herpès génital (VHS-2) en 1999, 2001 ou 2003. Le tableau 3 présente des données comparatives concernant les comportements sexuels des jeunes selon leur perception personnelle du risque de contracter des ITS en 2003.

**Tableau 3. Comportements sexuels et perception personnelle du risque chez les jeunes de la rue en 2003**

Comportement sexuel	Perception personnelle du risque	
	Nul à faible	Moyen à élevé
§Avaient subi un test de dépistage d'ITS (infections à VIH, VHC, VHB, gonorrhée ou chlamydiae)	69,0%	78,0%
§Avaient reçu un diagnostic d'ITS	19,0%	33,0%
§N'avaient pas utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle avec une femme	49,0%	57,0%
N'avaient pas utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle avec un homme	47,0%	47,5%
§Avaient subi des activités sexuelles par obligation au cours des 3 mois précédents	17,4%	29,6%
N'avaient pas utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle par obligation	45,8%	42,1%
§S'étaient adonnés au commerce du sexe au cours des 3 mois précédents	28,0%	42,3%
N'avaient pas utilisé le condom la dernière fois qu'ils s'étaient adonnés au commerce du sexe	24,0%	17,9%
<b>Comportement des partenaires sexuels au cours des 3 mois précédents</b>		
§Avaient consommé des drogues autrement que par injection	72,3%	86,0%
§S'étaient injectés des drogues	8,0%	19,0%
§Étaient sous l'emprise des drogues lors de leurs relations sexuelles	45,0%	64,3%
§Avaient reçu un diagnostic d'ITS	14,0%	22,1%
§S'étaient adonnés au commerce du sexe	7,1%	16,0%

Comme l'indique le tableau 3, les jeunes de la rue qui ont déclaré avoir eu des partenaires sexuels à risque élevé au cours des trois mois précédents étaient significativement§ plus nombreux à évaluer à moyen ou élevé leur risque de contracter des ITS, comparativement à ceux qui n'ont pas déclaré avoir eu de tels partenaires sexuels au cours de la même période. De plus, les jeunes de la rue qui avaient subi un test de dépistage des ITS, qui n'avaient pas utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle avec une femme, qui avaient eu des relations sexuelles par obligation au cours des trois mois précédents et qui s'étaient adonnés au commerce du sexe au cours de cette même période étaient significativement§ plus nombreux à évaluer entre moyen et élevé leur risque de contracter des ITS.

## 6. Toxicomanies et ITS

---



Dans l'ensemble, les taux d'ITS ne se sont pas révélés significativement plus élevés chez les jeunes de la rue ayant des antécédents récents d'intoxication alcoolique par rapport à ceux qui n'en avaient pas. En 1999, le taux de prévalence de la chlamydie était significativement plus élevé chez les jeunes qui ont déclaré utiliser de la méthamphétamine en cristaux que chez ceux qui ont déclaré le contraire (17,2 % contre 8,2 %), en particulier chez les femmes (33,3 % contre 9,4 %). En 2003, le taux de prévalence de la gonorrhée était significativement plus élevé chez les jeunes de la rue qui ont déclaré utiliser de la méthamphétamine en cristaux, comparativement à ceux qui ont déclaré le contraire (6,9 % contre 2,8 %), tandis que le taux d'herpès génital (VHS-2) était beaucoup plus élevé chez les jeunes de la rue qui ont déclaré consommer une ou des drogues (par injection ou autrement), par rapport à ceux qui ont dit ne pas en consommer (26,8 % contre 16,7 %). Le lien entre la consommation de drogues et les pathogènes transmissibles par le sang sera examiné plus en détail dans un prochain rapport sur l'hépatite C et l'utilisation de drogues par injection chez les jeunes de la rue.



## 7. Conséquences

---

**P**our la plupart des jeunes de la rue, la nécessité de subvenir aux besoins de base l'emporte souvent sur les préoccupations concernant les risques pour la santé<sup>3</sup>. Les taux d'ITS sont beaucoup plus élevés chez les jeunes de la rue que dans la population générale des jeunes. Il faut allouer les ressources nécessaires pour fournir aux jeunes de la rue des services d'approche comme des services de prévention, de dépistage et de traitement des ITS, et ces services doivent être offerts dans le cadre de programmes communautaires.

Plus de 40 % des jeunes de la rue ont déclaré ne pas avoir utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle. Étant donné qu'une si grande proportion des jeunes de la rue n'utilisent pas systématiquement un condom, il faut prévoir des interventions structurelles et éducatives en vue d'enseigner à cette population des mesures de réduction des méfaits et d'améliorer l'accès aux outils nécessaires pour appliquer les mesures (c.-à-d. accessibilité accrue des condoms) qui réduiront considérablement leur risque d'exposition aux ITS. Des études ont démontré que les personnes qui utilisent systématiquement le condom (pour 100 % des relations) présentent des taux beaucoup plus faibles de chlamydie que celles qui ne le font pas (condoms utilisés pour 25 % à 75 % des relations)<sup>27</sup>.

L'utilisation systématique et appropriée du condom joue un rôle capital dans la prévention de la propagation des ITS, de même que des grossesses non désirées<sup>28</sup>. Il faudrait faire des efforts soutenus pour promouvoir l'utilisation systématique du condom auprès des jeunes de la rue.

Un début précoce de l'activité sexuelle est souvent utilisé comme indice d'un comportement sexuel à risque<sup>10</sup>. Dans le cadre de la SAJR, l'âge moyen déclaré lors de la première relation sexuelle des participants était 14 ans, soit un âge beaucoup plus précoce que celui observé dans la population générale des jeunes, qui est 17 ans<sup>22</sup>. Les jeunes de la rue ont également déclaré avoir eu, en moyenne, un nombre élevé de partenaires sexuels, soit pas moins de 17, au cours de leur vie.

Il est d'une importance capitale de prévoir des interventions en matière d'éducation qui tiennent compte de la situation des jeunes de la rue. Comme pour ceux destinés à la population générale, ces programmes devraient comprendre la prestation de services visant à aider les jeunes de la rue à évaluer le risque auquel ils sont exposés, individuellement, et à acquérir les capacités nécessaires pour réduire ce risque et la motivation personnelle pour le faire<sup>3</sup>. Cette stratégie pourrait procurer des avantages importants si elle était intégrée à titre de composante dans des programmes permanents à l'intention des jeunes de la rue<sup>10</sup>. La prestation de programmes d'éducation en matière de santé sexuelle dans les écoles sera utile pour les jeunes de la rue qui sont encore aux études ou qui ont terminé leurs études secondaires, mais il faut prévoir des interventions plus énergiques à l'intention des jeunes qui ont décroché et qui ne seraient peut-être pas joints dans le cadre des programmes scolaires.



Au nombre des stratégies visant à réduire la fréquence des comportements à risque chez les jeunes de la rue, on peut inclure l'élimination de la nécessité, pour un grand nombre de ces jeunes, de dépendre d'activités illégales afin de s'assurer un revenu ou de survivre. Une approche multidimensionnelle à long terme s'impose pour s'attaquer à ce problème. Comme la présente étude le démontre, les jeunes de la rue s'adonnent au commerce du sexe pour s'assurer un revenu, et les taux d'ITS sont plus élevés chez les jeunes qui ont déclaré s'être déjà livrés à la prostitution<sup>13</sup>. Les risques et les dangers associés à la prostitution chez les jeunes de la rue comprennent les agressions physiques et sexuelles, les toxicomanies, la dépression et les ITS<sup>13</sup>. Les risques que courent les personnes qui se livrent à la « prostitution de survie » figurent parmi les répercussions les plus néfastes du sans-abrisme chez les jeunes<sup>29</sup>. Dans le cadre des enquêtes de la SAJR, plus du cinquième (21 %) des jeunes de la rue ont déclaré s'être livrés au commerce du sexe à un moment ou un autre de leur vie. Ces résultats indiquent qu'il est urgent d'élaborer des services intensifs et à long terme qui offriront des solutions de rechange au commerce du sexe pour répondre aux besoins économiques<sup>29</sup>.

Enfin, il faut appuyer et promouvoir auprès des jeunes de la rue les méthodes de réduction des méfaits, par exemple les encourager à utiliser le condom systématiquement et correctement, à retarder le début de l'activité sexuelle et à réduire le nombre de partenaires sexuels. Il faudrait donner aux jeunes de la rue qui sont à risque des conseils concernant les mesures qu'ils peuvent prendre pour réduire au minimum leur risque d'être atteints par des agents infectieux ou de transmettre ces agents à d'autres personnes, et notamment de se faire vacciner contre l'hépatite B.



## 8. Conclusion

---

Chez les nombreux jeunes de la rue qui doivent souvent prendre des risques importants simplement pour survivre, les préoccupations à long terme concernant leur santé sont vraisemblablement reléguées au second rang<sup>3</sup>. Ces jeunes sont particulièrement vulnérables aux ITS, compte tenu du grand nombre de facteurs de risque auxquels ils sont exposés durant la période où ils vivent dans la rue.

Les jeunes de la rue adoptent des comportements comme l'utilisation de drogues par injection, les relations sexuelles non protégées, les relations sexuelles avec des partenaires à risque élevé et avec des partenaires multiples. Ces comportements augmentent leur risque de contracter et de transmettre des ITS et des infections transmissibles par le sang. Comme on l'a mentionné précédemment, il est d'une importance capitale d'élaborer des interventions ciblant les jeunes de la rue et visant spécifiquement à réduire le risque et à promouvoir la santé sexuelle.

Les répercussions sur la santé des comportements à risque élevé sur le plan sexuel et de la consommation de drogues sont certes préoccupantes. Comme l'indiquent la SAJR de même que des études antérieures, les jeunes de la rue ne changent pas substantiellement leurs comportements, attitudes et perceptions après avoir reçu un diagnostic d'ITS. Il faut déployer plus d'efforts au chapitre de la prestation des services, de la promotion de la santé et de la recherche afin de déterminer les interventions les plus susceptibles de donner de bons résultats auprès de cette population<sup>15</sup>.

Il faut élaborer des interventions plus efficaces à l'intention de cette population à risque élevé. Il est à espérer que les conclusions de la présente étude seront utilisées pour éclairer les politiques gouvernementales et les interventions en matière de santé publique dans l'intérêt des jeunes de la rue au Canada.

## 9. Bibliographie



1. Beech BM, Myers L, Beech DJ, et al. *Human Immunodeficiency Syndrome and Hepatitis B and C Infections among Homeless Adolescents*. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*. 2003;14(1) :12-19.
2. Agence de santé publique du Canada. *Les jeunes de la rue au Canada*. Constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada. Ottawa; 2006
3. Johnson TP, Aschkenasy JR, Herbers MR, et al. *Self-reported risk factors for AIDS among homeless youth*. *AIDS Education and Prevention*. 1996;8(4) :308-322.
4. Roy E, Haley N, Lemire N, et al. *Hepatitis B virus infection among street youths in Montreal*. *Canadian Medical Association Journal*. 1999;161(6) :689-693.
5. Haley N, Roy E, Lemire N, et al. *HIV risk profile of male street youth involved in survival sex*. *Sexually Transmitted Infections*; 80 :526-530.
6. Roy E, Haley N, Leclerc P, et al. *Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth*. *International Journal of STD and AIDS*, 2000;11 :241-247.
7. Poulin C, Alary M, Bernier F, et al. *Prevalence of Chlamydia and Gonorrhoea among at-risk women, young sex workers and street youth attending community organizations in Quebec City, Canada*. *Sexually Transmitted Diseases*. 2001;28(8) :437-443.
8. Clements K, Gleghorn A, Garcia D, et al. *A risk profile of street youth in northern California: Implications for gender-specific HIV prevention*. *Journal of Adolescent Health*. 1997;20:343-353.
9. Shields S, Wong T, Mann J, et al. *Prevalence and correlates of Chlamydia infection in Canadian street youth*. *Journal of Adolescent Health*. 2004;34 :384-390.
10. Kaestle C, Halpern CT, Miller W, et al. *Young age at first sexual intercourse and STIs in adolescents and young adults*. *American Journal of Epidemiology*. 2005;161 :774-780.
11. Radford JL, King A, Warren WK. *Les jeunes des rues face au SIDA*. Kingston : Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's. 1988.
12. Weber AE, Boivin J, Blaise L, et al. *HIV Risk Profile and Prostitution among Female Street Youths*. *Journal of Urban Health*. 2002;79(4) :525-535.
13. Weber AE, Boivin J, Blaise L, et al. *Predictors of Initiation Into Prostitution Among Female Street Youths*. *Journal of Urban Health*. 2004;81(4) :584-595.
14. Faugier J, Sargeant M. *Sampling hard to reach populations*. *J Adv Nurs*. 1997;26(4) :790-797.
15. Robinson AJ, Rogstad K. *Adolescent: A time of risk taking*. *Sexually Transmitted Infections*. 2002;78 :314-315.
16. Agence de santé publique du Canada. *Rapport de surveillance canadien 2002 sur les infections transmises sexuellement*. RMTTC. 2005;31 :S2.

17. Holmes KK, Mardh P, Sparling PF, et al., editeurs. *Sexually Transmitted Diseases*. 3<sup>e</sup> ed. 1999.
18. Worman H. Hepatitis B. *Diseases of the liver* [en ligne]. Disponible à : <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/gi/hepB.html>
19. Agence de santé publique du Canada. *L'hépatite virale et des nouveaux agents pathogènes transmissibles par le sang au Canada*. RMTTC. 2001;27 :S3.
20. Agence de santé publique du Canada. *Toxicomanie chez les jeunes de la rue au Canada*. Ottawa; 2006.
21. Aitken C, Bowden S, Macdonald M, et al. *The national hepatitis C resource manual* [en ligne]. Disponible à : [http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/health-pubhlth-strateg-hiv\\_hepc-hepc-manual.htm](http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/health-pubhlth-strateg-hiv_hepc-hepc-manual.htm)
22. Newmeyer J. *Can HCV be prevented among injection drug users?* Journal of Psychoactive Drugs. 2002;34(4).
23. Agence de santé publique du Canada. *Hépatite C et consommation de drogues injectables chez les jeunes de la rue au Canada*. Ottawa; 2006.
24. Hansen L, Mann J, Wong, T, McMahon S. *Sexual Health*. BMC Women's Health. 2004;4 Suppl 1 :S24.
25. McKay A. *Adolescent sexual and reproductive health in Canada: A report card in 2004*. The Canadian Journal of Human Sexuality. 2004;13(2) :67-81.
26. Kershaw TS, Ickovics JR, Lewis JB, et al. *Sexual Risk Following a Sexually Transmitted Disease Diagnosis: The More Things Change the More They Stay the Same*. Journal of Behavioral Medicine. 2004;27(5) :445-461.
27. Shlay JC, McClung MW, Patnaik JL, Douglas JM. *Comparison of sexually transmitted disease prevalence by reported level of condom use among patients attending an urban STD clinic*. Sexually Transmitted Diseases. 2004;31 :154-160.
28. Biddlecom AE. *Trends in sexual behaviours and infections among young people in the US*. Sexually Transmitted Infections. 2004;80 Suppl II :ii74-ii79.
29. Greene JM, Ennett S, Ringwalth CL, et al. *Prevalence and Correlates of Survival Sex Among Runaway and Homeless Youth*. American Journal of Public Health. 1999;89(9):1406-1409.