



Agence de santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

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

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

N° de cat. HP5-15/2006

ISBN 0-662-49069-X

HP5-15/2006F-PDF

0-662-71980-8

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

Dédicace	v
Préface	vi
Remerciements	vii
Sommaire	ix
1 Introduction	1
1.1 Jeunes de la rue	1
1.2 Jeunes de la rue et population générale des jeunes : en quoi sont-ils différents?	1
1.3 Les jeunes de la rue au Canada : une population vulnérable	2
1.4 Justification de la surveillance accrue des jeunes de la rue.	2
1.5 Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJR)	3
1.5.1 But	4
1.5.2 Objectifs	4
1.6 Avantages sur le plan de la santé publique	4
2 Constatations	5
2.1 Constatations principales – 1999 - 2003.	5
2.2 Caractéristiques socio-démographiques	6
2.2.1 Âge et sexe	7
2.2.2 Origine ethnique.	8
2.2.3 Études	9
2.3 La vie dans la rue	9
2.3.1 Vivre dans la rue.	9
2.3.2 Modalités d’hébergement pour la nuit	9
2.3.3 Durée de la période passée dans la rue	10
2.4 Situation familiale décrite par les jeunes de la rue	11
2.4.1 Caractéristiques familiales	11
2.4.2 Raisons de quitter le domicile familial.	11
2.4.3 Contacts avec les parents/parents-substituts.	13
2.5 Violence	14
2.6 Intervention des services sociaux	18
2.6.1 Travailleurs sociaux	18
2.6.2 Placement familial	18
2.6.3 Foyers de groupe	18

2.7	Services correctionnels	19
2.7.1	Incarcération.	19
2.7.2	Agent de probation/libération conditionnelle	19
2.8	Revenu	20
2.9	Comportements sexuels	21
2.9.1	Partenaires sexuels	22
2.9.2	Utilisation du condom.	23
2.9.3	Commerce du sexe	23
2.9.4	Activités sexuelles par obligation	25
2.10	ITS et infections transmissibles par le sang	26
2.10.1	Antécédents d'ITS.	27
2.10.2	Prévalence des ITS et des infections transmissibles par le sang.	28
2.10.3	Perception personnelle du risque d'ITS.	30
2.11	Toxicomanies	30
2.11.1	Injection de drogues	32
2.11.2	Utilisation de drogues autrement que par injection.	33
3	Incidence sur les interventions.	35
4	Conclusions	37
5.	Bibliographie	39
ANNEXE		42
	Méthodologie	42
	Plan et recrutement	42
	Tests en laboratoire	44
	Analyse statistique	45
	Terminologie des analyses	45
	Limites	46
Liste des tableaux		
	Tableau 1. Aperçu des caractéristiques socio-démographiques des jeunes de la rue recrutés aux fins de la SAJR	6
	Tableau 2. Raisons de quitter le domicile familial (1999 et 2001)	13
	Tableau 3. Taux de prévalence des ITS et des infections transmissibles par le sang chez les jeunes de la rue.	28
	Tableau 4. Habitudes de consommation de substances chez les jeunes de la rue	31
	Tableau 5. Drogues injectables les plus couramment utilisées par les utilisateurs de drogues par injection au cours des trois mois précédents	32
	Tableau 6. Drogues les plus couramment utilisées autrement que par injection au cours des trois mois précédents	34

Liste des figures

Figure 1.	Jeunes de la rue selon le sexe	7
Figure 2.	Jeunes de la rue selon le groupe d'âge	7
Figure 3.	Âge moyen selon le sexe	8
Figure 4.	Origines ethniques déclarées par les jeunes de la rue	8
Figure 5.	Modalités d'hébergement pour la nuit déclarées par les jeunes de la rue (2001 et 2003)	10
Figure 6.	Temps passé dans la rue au cours du mois précédent (2001 et 2003)	11
Figure 7.	Situation familiale durant l'enfance, décrite par les jeunes de la rue (2001 et 2003)	12
Figure 8.	Contacts avec les parents au cours des trois mois précédents (2001 et 2003)	13
Figure 9.	Fréquence des contacts avec les parents au cours des trois mois précédents (2001 et 2003)	14
Figure 10.	Forme de violence psychologique déclarée par les jeunes de la rue (2003)	15
Figure 11.	Forme de négligence déclarée par les jeunes de la rue (2003)	15
Figure 12.	Pourcentage des jeunes de la rue qui avaient quitté le domicile familial en raison de la violence subie	16
Figure 13.	Forme de violence déclarée (1999)	16
Figure 14.	Forme de violence déclarée (2001)	17
Figure 15.	Forme de violence déclarée (2003)	17
Figure 16.	Travailleurs sociaux, familles d'accueil et foyers de groupe selon le sexe	19
Figure 17.	Raisons du suivi par un agent de probation ou de libération conditionnelle (2003)	20
Figure 18.	Principale source de revenu déclarée par les jeunes de la rue	20
Figure 19.	Principale source de revenu déclarée par les jeunes de la rue de sexe masculin	21
Figure 20.	Principale source de revenu déclarée par les jeunes de la rue de sexe féminin	21
Figure 21.	Nombre et sexe des partenaires sexuels déclarés par les jeunes de la rue de sexe masculin (2001 et 2003)	22
Figure 22.	Nombre et sexe des partenaires sexuels déclarés par les jeunes de la rue de sexe féminin (2001 et 2003)	22
Figure 23.	Pourcentage des jeunes de la rue qui ont déclaré ne pas avoir utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle, selon le sexe de leur partenaire (2001 et 2003)	23
Figure 24.	Antécédents de commerce du sexe chez les jeunes de la rue	24
Figure 25.	Commerce du sexe au cours des trois mois précédents chez les jeunes de la rue qui ont fait état d'antécédents de commerce du sexe	24
Figure 26.	Biens le plus souvent reçus en échange des faveurs sexuelles	25
Figure 27.	Activités sexuelles par obligation chez les jeunes de la rue (2003)	26
Figure 28.	Biens le plus souvent reçus avant de se livrer à des activités sexuelles par obligation (2003)	26

Figure 29. Pourcentage des jeunes de la rue qui ont fait état d'antécédents d'ITS	27
Figure 30. Utilisation d'un moyen de protection sexuelle après un diagnostic d'ITS	27
Figure 31. Taux de prévalence des ITS et des infections transmissibles par le sang	29
Figure 32. Perception personnelle du risque d'ITS	30
Figure 33. Injection de drogues chez les jeunes de la rue	32
Figure 34. Utilisation de seringues ou d'autre matériel d'injection propres au cours des trois mois précédents	33
Figure 35. Utilisation de drogues autrement que par injection chez les jeunes de la rue	34

Dédicace

Ce rapport est dédié aux quelques 5 000 jeunes de la rue qui ont participé au programme SAJR mis en oeuvre dans sept villes du Canada. Il est à espérer qu'ils seront récompensés sous forme de services sociaux et de services de santé améliorés pour le temps, l'énergie et le courage qu'ils ont trouvés pour fournir ces renseignements à propos d'eux-mêmes.

Préface

L'information contenue dans ce rapport découle de renseignements fournis par des jeunes de la rue dans le cadre de trois cycles distincts de collecte de données entre 1999 et 2003 dans sept centres urbains d'un bout à l'autre du Canada.

Des questions de base ont été répétées dans chacun des cycles de collecte de données, et de nouvelles questions ont été ajoutées à la lumière des connaissances acquises lors des cycles précédents, ce qui a permis d'établir des comparaisons longitudinales des taux de prévalence des infections transmises sexuellement (ITS) et celles transmises par le sang, en plus de dégager les tendances concernant les comportements à risque.

Ce rapport ne présente qu'un aperçu des données disponibles. Il est complété par trois sous-rapports traitant de questions particulières touchant la population des jeunes de la rue; lesquels comprennent des analyses plus complexes et approfondies. Ces sous-rapports fournissent des renseignements détaillés découlant des données de surveillance sur les ITS, les toxicomanies et les comportements sexuels à risque qui y sont associés, de même que sur l'hépatite C et l'injection de drogues.

Tant le rapport principal que les sous-rapports utilisent des données obtenues lors des trois cycles; ils indiquent systématiquement le cycle où les données en question ont été recueillies. Chacun des cycles de collecte de données a été analysé séparément; on utilise les moyennes globales à l'occasion lorsque les différences observées entre les cycles sont infimes.

Nous avons fait des efforts pour que les renseignements contenus dans ce rapport soient faciles à comprendre, en fournissant le minimum de données statistiques afin de présenter les constatations le plus clairement possible pour les profanes.

Pour obtenir plus de renseignements sur le plan de la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données, veuillez communiquer avec Olayemi Agboola, chercheuse principale pour la SAJR, Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, ASPC.

Remerciements

Ce rapport a été préparé par la Section de surveillance et d'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada.

Nous remercions tous les jeunes de la rue, qui ont participé à l'enquête, de nous avoir consacré leur temps. Nous remercions également tous les chercheurs principaux et coordonnateurs locaux pour leur engagement, depuis le début du projet-pilote en 1998 jusqu'à la phase IV en 2003, notamment :

- Dr Baldwin Toye, Jacques Néron, Caroline Millar, Manon Morin et Tom Quintero d'Ottawa;
- D^{re} Miriam Rossi, Ruth Ewert et D^{re} Karen Leslie de Toronto;
- Dr David Haase, Pat Hazell et Janet Walsh de Halifax;
- D^{re} Ameeta Singh, Barbara Anderson, Jennifer Gratrix, Vicki Pilling et Dr Gerry Predy d'Edmonton;
- Dr Cordell Neudorf, Karen Grauer, Suzanne Mahaffey et Jocelyn Andrews de Saskatoon;
- D^{re} Gina Ogilvie, Darlene Taylor, Dr Michael Rekart, Dr David Patrick, Juanita Maginley, Elsie Wong et Elaine Jones de Vancouver;
- D^{re} Carole Beaudoin, Dr Stephen Moses, Dr Greg Hammond, Michelyn Wood et Margaret Ormond de Winnipeg.

Nous remercions infiniment nos collègues des Laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie, et en particulier au Dr John Kim et à Laurie Malloch; merci aussi au Laboratoire national de microbiologie (le Dr Lai King Ng et, auparavant, la Dre Rosanna Peeling) ainsi qu'à tous les laboratoires locaux et provinciaux participants.

Nous tenons à remercier tout particulièrement Robert Hanson, Stéphane Racine et Jillian Flight du Bureau de la recherche et de la surveillance, Programme de la Stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Santé Canada, pour leur aide précieuse dans l'analyse, la rédaction et la révision du sous-rapport sur les toxicomanies.

Nous exprimons toute notre gratitude aux nombreux employés de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), anciens et actuels, dont l'expertise nous a permis de mener à bien la rédaction du rapport principal et des sous-rapports, notamment :

- Susanne Shields, qui occupait auparavant le poste de chercheuse principale et qui a en fait contribué à la conceptualisation, à la création et à l'élaboration du SAJR. Sans le dévouement de M^{me} Shields, le SAJR ne serait pas une réalité aujourd'hui;
- Jennifer Phelan et à Cara Bowman pour leur contribution en matière d'analyse et de gestion des données;
- Tracey Donaldson, Katherine Dinner, Rhonda Kropp et Yogesh Choudri, pour avoir pris le temps de réviser les sous-rapports, de même que pour leurs commentaires pertinents;
- Hany Bishay et l'équipe responsable de la technologie de l'information (TI) pour leur aide dans l'élaboration et la mise sur pied de la base de données;

- Barbara Jones, Jeff Dodds, Robert Lerch, Allison Ringrose ainsi que l'ensemble du personnel de la DIAC pour leur aide;
- Drs Donald Sutherland et Ann Jolly ainsi qu'à Sandra Burton pour les travaux qu'ils ont accomplis auparavant dans le cadre de ce projet.

Nous aimerions aussi remercier tous les autres employés et entrepreneurs qui ont participé au projet au fil des années et qui ont contribué au succès général du SAJR.

Nous remercions infiniment la Division de la surveillance et de l'évaluation des risques de l'ASPC ainsi qu'au Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées de Santé Canada pour leur contribution financière.

Section de surveillance et d'épidémiologie

- Olayemi Agboola, épidémiologiste
- Maritia Gully, analyste de surveillance
- Lisa Hansen, épidémiologiste de terrain
- Jennifer Siushansian, coordonnatrice intérimaire
- Dr Tom Wong, directeur, Division des infections acquises dans la collectivité

Personne-ressource

Section de surveillance et d'épidémiologie
Division des infections acquises dans la collectivité (DIAC)
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI)
Agence de santé publique du Canada (ASPC)
Immeuble Jeanne-Mance, IA 1906B
Ottawa (ON) K1A 0K9

Tél. : 613 941-8422
Télec. : 613 957-0381

Sommaire

La Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJR) a été lancée en 1998 en réponse directe aux recommandations faites par les directeurs provinciaux et territoriaux de la surveillance des infections transmises sexuellement (ITS) lors de leur réunion nationale de 1997. Ce système est le fruit de la collaboration étroite des intervenants locaux, provinciaux et fédéraux en santé publique, de même que des universités. Le système de surveillance a fourni des données sur la prévalence et les comportements à risque chez une population qui n'est pas représentée dans les études en milieu scolaire ou les études en population.

Les constatations des analyses indiquent que les jeunes de la rue présentent des taux élevés d'ITS et d'infections transmissibles par le sang. L'étude de sous-groupes dans l'échantillon des jeunes de la rue, comme les utilisateurs de drogues par injection, révèle une prévalence particulièrement inquiétante de certains agents infectieux, par exemple le virus de l'hépatite C. Elle fait également ressortir, dans cette population, des comportements sexuels à risque élevé, comme l'utilisation peu fréquente du condom et un nombre élevé de partenaires sexuels de même que des taux de toxicomanie préoccupants.

Il est impossible d'élaborer des stratégies efficaces de prévention des ITS et des infections transmissibles par le sang à l'intention des jeunes de la rue si les données sur cette population sont restreintes aux comportements sexuels à risque. Nous devons connaître la dynamique sociale – comme les raisons de quitter le domicile familial, les interactions avec les services sociaux, l'exposition à la violence et les comportements à risque des partenaires sexuels – pour comprendre comment la prévention des ITS et des infections transmissibles par le sang s'intègre à la vie des jeunes de la rue. Par conséquent, ce rapport va au-delà de la simple prévalence des effets nocifs sur la santé au sein de cette population; il fournit des renseignements sur la prise de risque et sur le contexte social des comportements à risque. Enfin, le rapport fournit des comparaisons longitudinales des données recueillies dans tous les cycles de l'étude.

Les renseignements obtenus par le biais de la SAJR devraient aider à enrichir les programmes sociaux et les programmes de santé publique visant à améliorer le bien-être émotionnel, physique et psychologique des jeunes de la rue au Canada.



1. Introduction

1.1 Jeunes de la rue

Le Canada jouit depuis longtemps d'une excellente réputation internationale pour sa qualité de vie. Cependant, pour un nombre croissant de Canadiens, l'itinérance est devenue une réalité, et la recherche d'un abri fait partie de leurs luttes quotidiennes¹, en particulier dans le cas des jeunes.

La population mondiale des jeunes de la rue n'est pas connue, mais elle serait évaluée à des millions de personnes^{2,3}. Selon D. DeMatteon et coll., 150 000 jeunes vivent dans la rue chaque jour au Canada⁴.

Les définitions de l'expression « jeunes de la rue » sont nombreuses et variées, tout comme les réalités sociales de différents pays. Cependant, on observe une constante chez tous les jeunes de la rue, soit leurs conditions de vie précaires, notamment la pauvreté, l'instabilité résidentielle et la vulnérabilité émotionnelle et psychologique^{2,5}. Ces conditions peuvent mener à des comportements qui exposent les jeunes de la rue aux ITS et aux infections transmissibles par le sang, de même qu'à la consommation de drogues et à la toxicomanie.

1.2 Jeunes de la rue et population générale des jeunes : en quoi sont-ils différents?

La population des jeunes de la rue est aussi diversifiée que le reste de la population canadienne. Une étude des documents disponibles sur ce sujet indique que les jeunes de la rue sont plus nombreux que les autres jeunes de leur groupe d'âge à avoir abandonné leurs études et plus nombreux que ces derniers à travailler^{6,7}. Les jeunes de la rue font face à des conditions de vie et des conditions sociales difficiles, comme la pauvreté, la violence familiale et des conditions de vie instables. Ils sont différents des jeunes de la population générale qui vivent avec leurs parents, vont à l'école et ont accès aux services de santé de base^{6,8}.

Des études antérieures ont démontré que les parents de jeunes de la rue sont plus nombreux que les parents de jeunes qui fréquentent l'école à occuper un emploi de statut inférieur. Les jeunes de la rue ont en outre été plus nombreux que les jeunes de la population générale à déclarer avoir de mauvaises relations avec leurs parents^{8,9}.

Les données nationales sur les jeunes de 15 à 24 ans ne peuvent être considérées comme fiables lorsqu'il s'agit de mieux comprendre la réalité de la population des jeunes de la rue. Ces données générales sont souvent recueillies par le biais d'enquêtes en milieu scolaire, d'enquêtes téléphoniques et d'enquêtes menées auprès des ménages – qui ne permettent pas nécessairement de joindre les jeunes de la rue. De plus, chez les jeunes qui participent effectivement à ces enquêtes, la fréquence des comportements à risque est généralement inférieure à celle observée dans la population des jeunes de la rue¹⁰.

1.3 Les jeunes de la rue au Canada : une population vulnérable

Des études antérieures sur les jeunes de la rue ont montré qu'il s'agit d'une population émotionnellement et physiquement vulnérable⁹. Les jeunes de la rue ont été plus nombreux à déclarer avoir eu des relations sexuelles avant l'âge de 13 ans¹¹, et ils sont plus à risque pour un grand nombre d'ITS¹¹⁻¹³. Des données indiquent que les taux de prévalence (nombre total de cas) et d'incidence (nouveaux cas) d'un grand nombre d'ITS et d'infections transmissibles par le sang sont 10 à 12 fois plus élevés chez les jeunes de la rue que chez les jeunes du même groupe d'âge dans la population générale^{5,6,14}.

Une étude sur les jeunes de la rue à Montréal révèle que presque la moitié (45,8 %) d'entre eux s'étaient injecté des drogues. Les jeunes de la rue étaient également 11 fois plus nombreux que les jeunes de la population générale à mourir d'une surdose ou à se suicider¹⁵. Une étude des jeunes sans-abri à Calgary a montré que plus de la moitié avaient eu recours au système d'aide à l'enfance, après avoir vécu de la violence à la maison et des problèmes à l'école¹⁶. Plusieurs autres études, dont la SAJR, ont également révélé que les jeunes de la rue ont été victimes de violence durant leur enfance et qu'un grand nombre avaient quitté le domicile familial pour cette raison même^{9,17}. D'autres études ont fait état de taux élevés de tentatives de suicide^{16,18}.

Plusieurs études ont souligné que les jeunes de la rue utilisent diverses stratégies de survie comme se réfugier chez des amis, se livrer au commerce du sexe ou se prostituer, et commettre des infractions lorsqu'ils vivent dans la rue^{8,9,16}. Plus ils vivent longtemps dans la rue, plus ils sont susceptibles d'utiliser ces stratégies. On estime qu'entre 12 % et 32 % des jeunes de la rue au Canada se livrent au commerce du sexe^{2,19}.

Pour la plupart des jeunes de la rue, les possibilités d'explorer les choix de carrière potentiels sont restreintes et les choix de carrière peu nombreux, compte tenu de leur manque d'instruction et de formation officielle. Les emplois occasionnels et non spécialisés ne sont généralement pas suffisamment bien rémunérés pour qu'ils puissent s'offrir un logement stable^{16,20}. Le manque d'instruction et de compétences professionnelles en demande et l'instabilité émotionnelle et cognitive généralisée associée à l'itinérance elle-même contribuent à la dépendance de ces jeunes à l'égard de l'« économie de la rue » (p. ex. commerce du sexe, mendicité, livraison de drogue) comme principale source de revenu pour subvenir à leurs besoins de base, soit nourriture, vêtements et logement²¹.

Compte tenu de leurs difficultés familiales, du manque de possibilités d'éducation et d'emploi qui s'offrent à eux, et de leurs conditions de vie, comment les jeunes de la rue envisagent-ils l'avenir?

1.4 Justification de la surveillance accrue des jeunes de la rue

Au Canada, la surveillance est très utile aux fins du suivi des tendances concernant les ITS à déclaration obligatoire et de l'identification des groupes à risque nécessitant des interventions en matière de santé publique. Cependant, la surveillance systématique ne tient pas compte de tous les cas d'ITS, étant donné que les populations difficiles à joindre présentant des taux d'infection élevés n'ont généralement pas tendance à utiliser les services du système de santé.

Il est essentiel d'utiliser des méthodes de surveillance accrue ciblant spécifiquement les populations difficiles à joindre afin d'évaluer le fardeau des ITS et de fournir des services de prévention et de traitement appropriés. Les jeunes de la rue sont une population difficile à joindre dans le contexte de la surveillance, étant donné qu'ils n'ont généralement pas de

domicile fixe et ont peu de contacts avec les systèmes d'éducation et de santé. Par conséquent, ils sont généralement exclus des enquêtes téléphoniques et des enquêtes menées dans les écoles, les cliniques ou les domiciles, ce qui entraîne des lacunes dans l'information disponible sur cette population.

La SAJR a été élaborée en réponse directe aux recommandations faites par les directeurs provinciaux et territoriaux de la surveillance des infections transmises sexuellement (ITS) lors de leur réunion nationale de 1997. Les participants avaient souligné la nécessité d'élaborer un mécanisme de collecte continue de données permettant de surveiller les tendances concernant les ITS et les infections transmissibles par le sang dans la population des jeunes de la rue. En plus des données sur la prévalence des maladies, le système de surveillance sentinelle a également été conçu pour recueillir des données sur certains des déterminants de la santé et sur la prévalence des comportements à risque. Ces données pourraient mener à la détermination de stratégies de promotion de la santé et à la mise au jour des lacunes dans la prévention des maladies.

1.5 Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJR)

La surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, ou SAJR, est une initiative multicentrique continue lancée en 1998 en réponse à la nécessité d'obtenir des données nationales sur cette population difficile à joindre. Ce système de surveillance est une source de données complètes sur les taux d'ITS et d'infections connexes, et les comportements et les déterminants du risque dans la population des jeunes de la rue au Canada.

La phase pilote (phase I) de la SAJR, qui visait à déterminer la faisabilité d'un programme de surveillance ciblant les jeunes de la rue, a été lancée en octobre 1998. Elle a été menée dans trois villes canadiennes : Vancouver, Ottawa et Halifax. L'échantillon comprenait 297 jeunes au total. Cette phase a permis de conclure qu'on pourrait obtenir des données valides sur les comportements à risque et les taux d'ITS, ainsi que prélever des échantillons biologiques, auprès de cette population. La collecte des données a été effectuée aux deux ans, d'abord en 1999 (phase II), puis en 2001 (phase III) et en 2003 (phase IV), le système de surveillance ayant été étendu à sept grands centres urbains dans tout le Canada : Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, Toronto, Ottawa et Halifax. Vancouver n'a pu participer à la phase III pour des raisons logistiques. L'échantillon utilisé dans le cadre des phases II, III et IV comprenait au total un peu moins de 5 000 jeunes.

Les participants avaient entre 15 et 24 ans (inclusivement), pouvaient s'exprimer en français ou en anglais et avaient, au cours des six mois précédents, été absents du domicile familial durant au moins trois nuits consécutives. Des renseignements concernant les données démographiques, les antécédents familiaux, les conditions de vie actuelles, les relations avec les fournisseurs de soins, les sources de revenus, l'utilisation de drogues et d'alcool, les comportements sexuels et les antécédents d'infections transmises sexuellement ont été obtenus par le biais d'un questionnaire standard, rempli par un intervieweur en une heure environ. En plus de répondre au questionnaire, les participants ont été invités à fournir des échantillons d'urine et de sang à des fins de dépistage des ITS et des infections transmissibles par le sang. Pour plus de renseignements sur les méthodes de recrutement, de collecte des données et de méthodes d'analyse des données, veuillez vous reporter à l'annexe.

Le succès de ces activités de surveillance est le fruit de la collaboration étroite et soutenue des représentants locaux, provinciaux et fédéraux.

1.5.1 But

La SAJR a pour but de fournir des renseignements sur la santé sexuelle et les comportements sexuels des jeunes de la rue au Canada, lesquels sont essentiels pour l'élaboration de programmes appropriés et efficaces de prévention des maladies.

1.5.2 Objectifs

Voici les objectifs précis liés au but susmentionné :

- déterminer les facteurs de risque potentiels associés à la chlamydie, à la gonorrhée, à la syphilis et aux infections dues au VIH, au virus *Herpes simplex* (VHS) et au virus de l'hépatite C (VHC) chez les jeunes de la rue au Canada;
- surveiller la prévalence de la chlamydie, de la gonorrhée, de la syphilis et des infections dues au virus *Herpes simplex* (VHS), au VIH 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 et surveiller les souches de VIH et les génotypes du VHC chez les jeunes de la rue au Canada; et
- fournir des renseignements qui seront utiles dans le cadre des efforts de prévention et de lutte ciblant cette population.

L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) souscrit pleinement à cette initiative qui l'aidera à s'acquitter de sa mission de promouvoir et de protéger la santé de tous les Canadiens et à brosser un portrait de cette population à l'échelle nationale. La SAJR permet de déterminer les besoins et les lacunes, ce qui facilite l'élaboration de politiques et de programmes visant à améliorer la santé de cette population vulnérable.

1.6 Avantages sur le plan de la santé publique

Outre les avantages de la collecte de données épidémiologiques sur le plan de la santé publique, la SAJR assure l'accès à un grand nombre de jeunes de la rue qui seraient difficiles à joindre autrement, particulièrement pour leur fournir gratuitement des services de counselling, de dépistage et de traitement de certaines ITS et infections transmissibles par le sang.



2. Constatations*

2.1 Constatations principales – 1999 - 2003

- Le rapport hommes-femmes est d'environ 2:1.
- Environ 15 % des jeunes de la rue ont déclaré que leur famille avait déjà été sans abri.
- Un conflit avec les parents était la principale raison invoquée par la plupart des jeunes de la rue à l'appui de leur décision de quitter le domicile familial.
- Plus de la moitié des jeunes de la rue ont déclaré avoir vécu dans la rue durant tout le mois précédent.
- Plus du quart ont déclaré que les prestations d'aide sociale étaient leur principale source de revenu.
- En 2003, plus de 35 % des jeunes de la rue ont déclaré qu'ils avaient abandonné leurs études ou avaient été expulsés de l'école définitivement.
- Plus de la moitié des jeunes de la rue ont déclaré avoir été victimes de violence psychologique ou de négligence.
- Les taux de chlamydie et de gonorrhée chez les jeunes de la rue sont plus de 10 fois plus élevés que ceux observés dans la population générale des jeunes.
- Le niveau d'immunité contre l'hépatite B augmente graduellement chez les jeunes de la rue; cependant, le pourcentage de jeunes de la rue qui n'ont aucune immunité demeure élevé, s'établissant à plus de 40 %.
- 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.
- 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.
- Un pourcentage élevé de jeunes de la rue ont déclaré ne pas avoir utilisé de condom durant leur dernière relation sexuelle.
- Environ 80 % des jeunes de la rue ont déclaré fumer tous les jours.
- Environ 40 % des jeunes de la rue ont déclaré avoir abusé d'alcool récemment.
- Les jeunes de la rue qui ont déclaré utiliser une substance (alcool, tabac ou drogues) étaient plus nombreux à déclarer utiliser d'autres substances (polytoxicomanie).

* Il n'était pas possible de présenter tous les renseignements obtenus dans le cadre des phases de 1999, 2001 et 2003 dans ce rapport, compte tenu du volume important de données disponibles; par conséquent, le rapport ne comprend qu'un aperçu des constatations. Trois sous-rapports traitant de questions particulières, assorties de données statistiques détaillées, viennent compléter ce rapport, soit *Toxicomanie chez les jeunes de la rue au Canada*,²² *Infections transmises sexuellement et par le sang chez les jeunes de la rue au Canada*²³ et *Hépatite C et consommation de drogues injectables chez les jeunes de la rue au Canada*²⁴.

- La vaste majorité (95 %) des jeunes de la rue ont déclaré avoir utilisé des drogues autrement que par injection. Presque 20 % ont déclaré s'être injecté des drogues.
- Il semble que les jeunes de la rue ne modifient pas leurs comportements sexuels après avoir reçu un diagnostic d'ITS.

2.2 Caractéristiques socio-démographiques

Le tableau 1 donne un aperçu des caractéristiques socio-démographiques des jeunes qui ont participé à la SAJR.

Tableau 1. Aperçu des caractéristiques socio-démographiques des jeunes de la rue recrutés aux fins de la SAJR

	1999 (N* = 1645)	2001 (N = 1427)	2003 (N = 1656)
Profil démographique	Pourcentage		
Sexe			
Homme	61,7	56,6	62,9
Femme	38,3	43,4	37,1
Âge moyen (ans)	18,9	19,0	19,7
Groupe d'âge			
15 à 19 ans	63,5	68,0	56,9
20 à 24 ans	36,5	32,0	43,1
Lieu de naissance			
Au Canada	92,2	92,9	91,9
À l'extérieur du Canada	7,9	7,1	8,1
Origine ethnique†			
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
A déjà reçu les services d'un travailleur social			
Oui	64,8	70,4	70,4
Non	35,2	29,6	29,6
A déjà été placé en famille d'accueil			
Oui	35,7	39,5	42,2
Non	64,3	60,5	57,8
A déjà été placé en foyer de groupe			
Oui	39,8	44,4	46,7
Non	60,2	55,6	53,3
A déjà été incarcéré ou détenu			
Oui	55,5	54,3	61,9
Non	44,5	45,7	38,1
A déjà été suivi par un agent de probation			
Oui	49,4	47,7	56,0
Non	50,6	52,3	44,0

* N = Dénominateur (nombre de jeunes recrutés).

† Les jeunes pouvaient déclarer plus d'une origine ethnique. Par conséquent, la somme des pourcentages pourrait dépasser 100 %.

‡ L'expression « Autochtones » comprend les membres des Premières nations, les Métis, les Inuits et les autres membres de la population autochtone.

2.2.1 Âge et sexe

Un nombre total de 4 728 jeunes ont été recrutés : 1 645 en 1999, 1 427 en 2001, et 1 656 en 2003. Le rapport hommes-femmes était d'environ 2:1 dans l'ensemble (figure 1). L'âge moyen était de 19,2 ans lors du recrutement, toutes années confondues, les femmes ayant environ un an de moins que les hommes (figure 3). Les jeunes ont été répartis dans deux groupes d'âge : le groupe des 15 à 19 ans (groupe des plus jeunes) et le groupe des 20 à 24 ans (groupe des plus âgés) (figure 2).

Figure 1. Jeunes de la rue selon le sexe

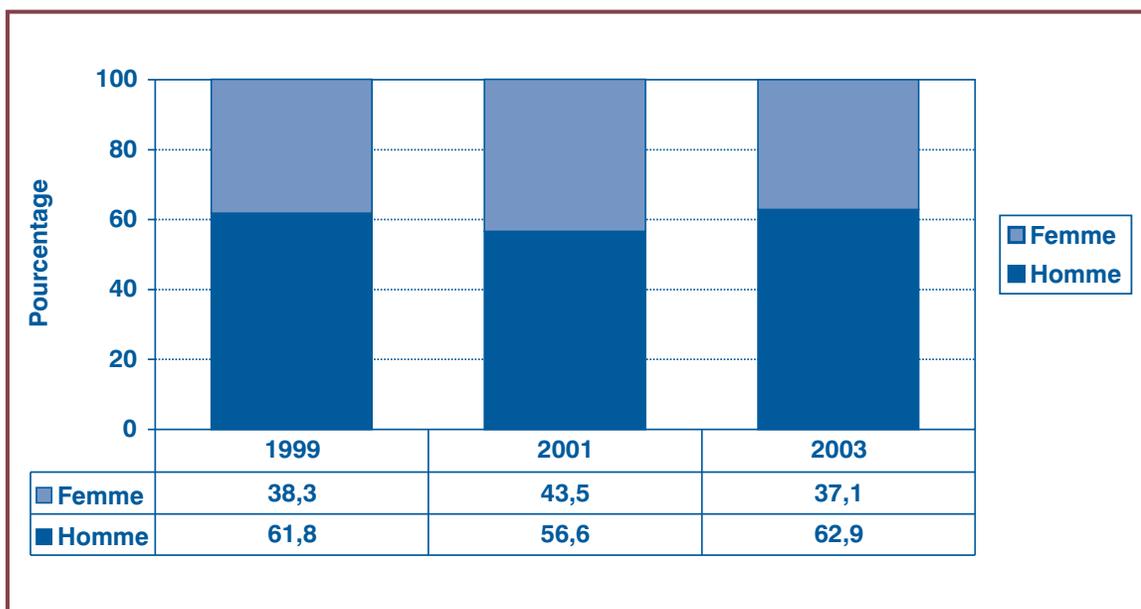


Figure 2. Jeunes de la rue selon le groupe d'âge

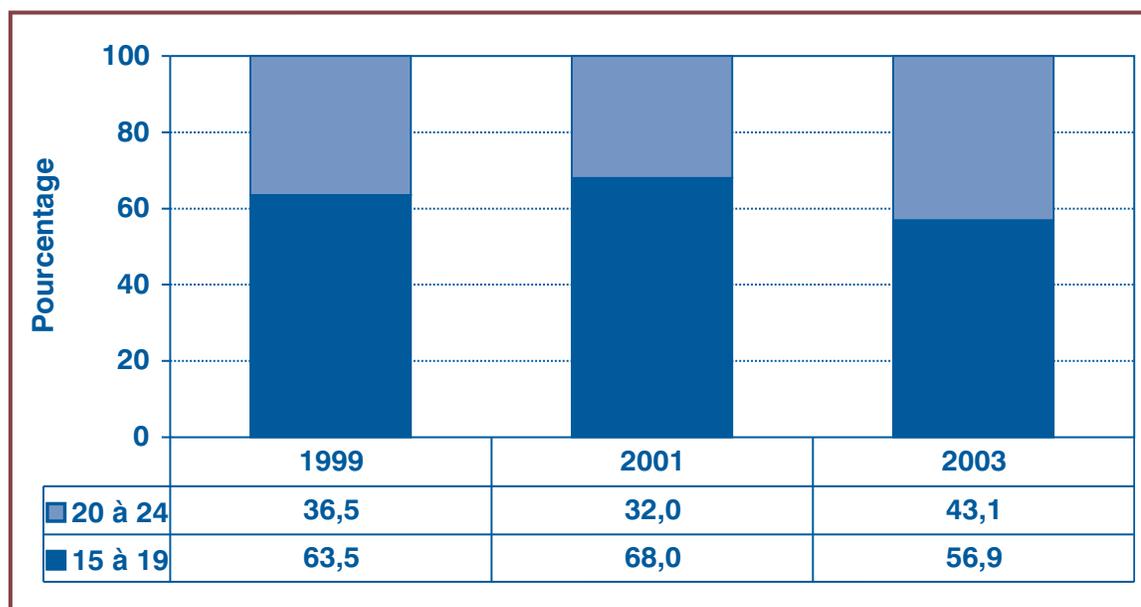
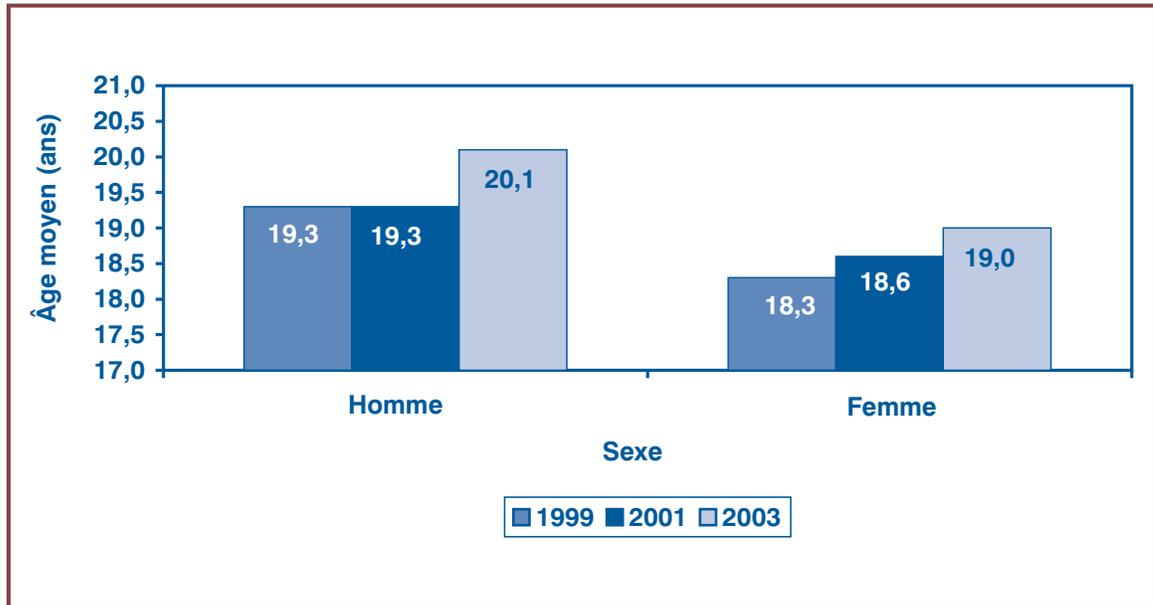


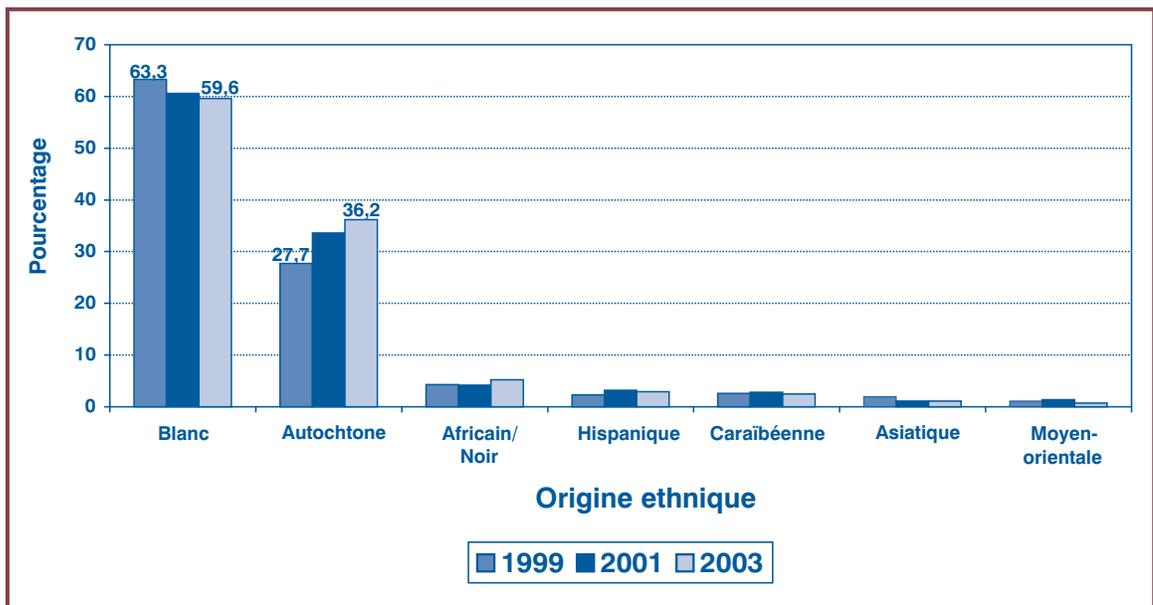
Figure 3. Âge moyen selon le sexe



2.2.2 Origine ethnique

La vaste majorité des jeunes étudiés étaient nés au Canada; moins de 10 % ayant déclaré être nés à l'extérieur du Canada. Les jeunes étaient d'origines ethniques diverses (figure 4), environ 60 %, dans l'ensemble, ayant déclaré être Blanc et environ le tiers, d'origine autochtone. Environ 12 % des jeunes ont déclaré être d'origine africaine, asiatique, moyen-orientale ou d'une autre origine ethnique.

Figure 4. Origines ethniques déclarées par les jeunes de la rue



2.2.3 Études

La plupart des jeunes de la rue ont déclaré avoir fait quelques années d'études secondaires (jusqu'à la 12^e année) : 88,6 % en 1999, 91,7 % en 2001 et 95,0 % en 2003. Quelques-uns seulement ont déclaré avoir fait des études post-secondaires. Seulement le quart (25 %) des jeunes de plus de 18 ans avaient terminé leur 12^e année (2003).

En 1999 et en 2001, on a demandé aux jeunes pourquoi ils ne fréquentaient pas l'école à l'époque. Pour les deux années en question, environ 38 % ont déclaré qu'ils avaient abandonné leurs études, tandis qu'environ 12 % ont déclaré qu'ils avaient été expulsés de l'école. En 2003, 40,1 % ont déclaré qu'ils avaient abandonné définitivement leurs études, et 37 % ont déclaré qu'ils avaient été expulsés définitivement de l'école. Les hommes étaient plus nombreux à avoir été expulsés définitivement de l'école, tandis que les femmes étaient plus nombreuses à avoir abandonné définitivement leurs études de leur propre chef.

Des données du *Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, publié en septembre 1999, indiquent que 22 % des hommes et 14 % des femmes abandonnent leurs études secondaires avant d'obtenir leur diplôme²⁵, ce qui signifie que le taux de décrochage est plus élevé chez les jeunes de la rue que dans la population générale des jeunes.

2.3 La vie dans la rue

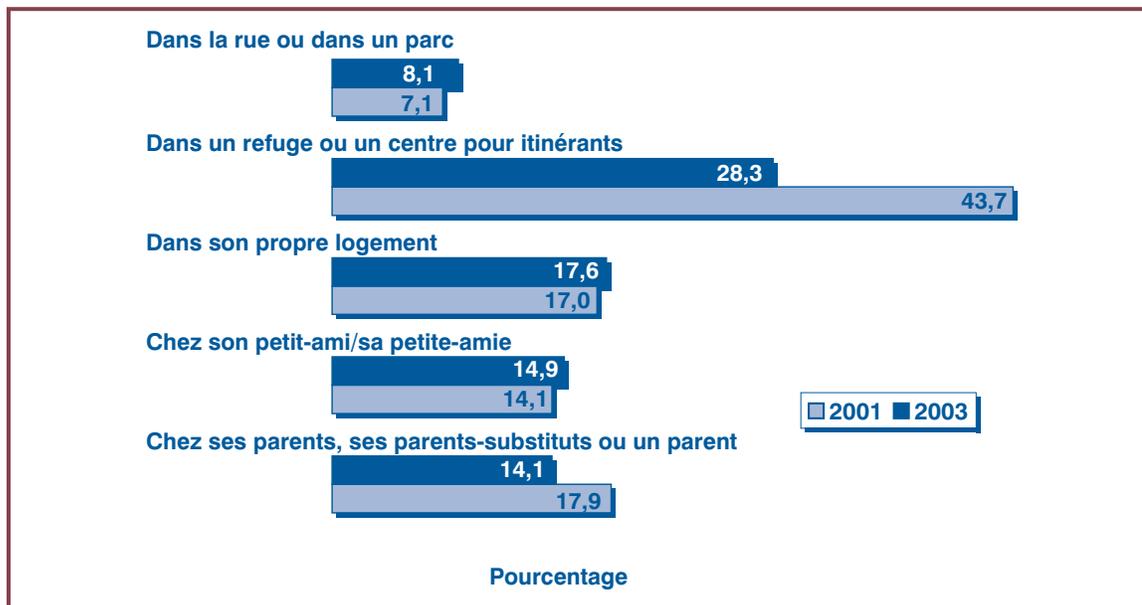
2.3.1 Vivre dans la rue

Lorsqu'on a demandé aux jeunes s'ils avaient déjà vécu à temps plein dans la rue, le tiers ont répondu par la négative, un autre tiers ont répondu qu'ils vivaient dans la rue auparavant mais que ce n'était plus le cas, tandis qu'un autre tiers ont répondu qu'ils vivaient et vivent encore dans la rue. Dans l'ensemble, plus de 60 % des jeunes ont déclaré avoir vécu dans la rue à temps plein à un moment donné. Cette tendance a été observée systématiquement durant toutes les années de l'étude.

2.3.2 Modalités d'hébergement pour la nuit

En 2001 et en 2003, on a demandé aux répondants où ils comptaient passer la nuit. La figure 5 indique que 7 % des jeunes en 2001 et 8 % en 2003 allaient passer la nuit dans la rue ou dans un parc. Le pourcentage le plus élevé des jeunes allaient passer la nuit dans un refuge ou un centre pour itinérants, tandis que les autres allaient passer la nuit chez leurs parents, leurs parents-substituts ou un parent, chez leur petit-ami/petite-amie ou dans leur propre logement.

Figure 5. Modalités d'hébergement pour la nuit déclarées par les jeunes de la rue (2001 et 2003)



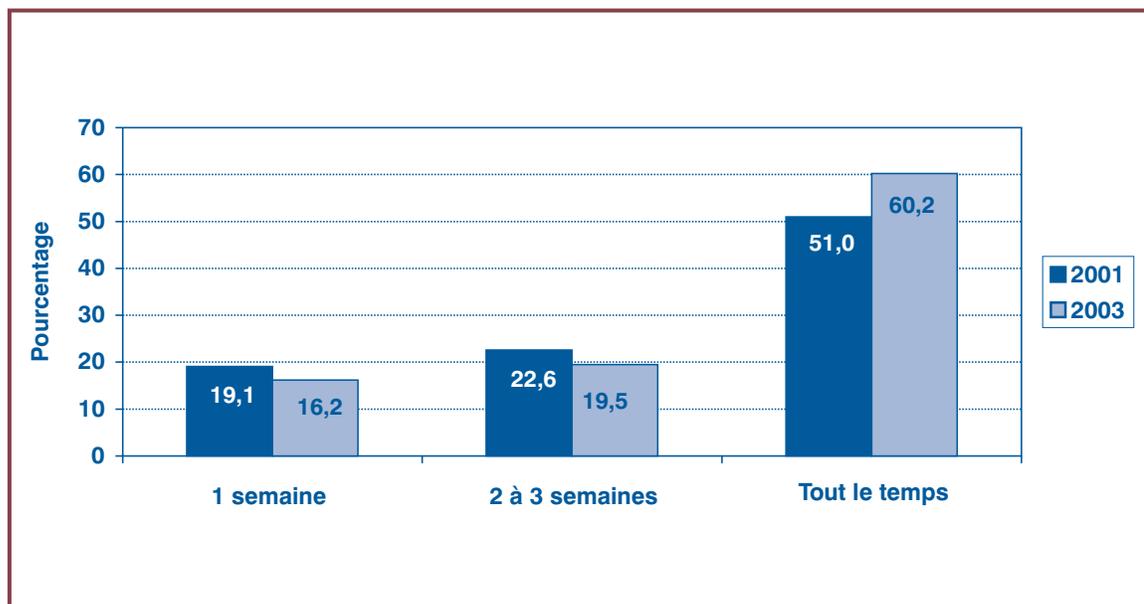
2.3.3 Durée de la période passée dans la rue

En 2001 et en 2003, on a demandé aux jeunes de la rue combien d'heures ils passent dans la rue chaque semaine et à quelle fréquence ils avaient vécu dans la rue au cours du mois précédent. Plus de 30 % des jeunes ont déclaré passer plus de 50 heures par semaine dans la rue. Environ 40 % ont déclaré passer entre 10 et 30 heures par semaine dans la rue, et près du cinquième (18 %) ont déclaré passer entre deux et 10 heures par semaine dans la rue. Les hommes étaient significativement plus nombreux que les femmes à déclarer passer plus de temps dans la rue.

Comme le montre la figure 6, un pourcentage élevé de jeunes de la rue ont déclaré passer tout leur temps dans la rue, mais la durée des périodes varie, ce qui indique qu'il y a des différences dans le temps total passé dans la rue. Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à déclarer passer tout leur temps dans la rue, tandis que les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à déclarer passer une partie de leur temps dans la rue (une à trois semaines au cours du mois précédent).

Les conditions climatiques ne semblent guère influencer sur la durée du temps passé dans la rue; la moitié des jeunes ont déclaré que le temps qu'ils passent dans la rue varie selon les conditions climatiques, tandis que l'autre moitié n'ont déclaré aucun changement à cet égard. Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à déclarer que les conditions climatiques ont une influence sur la durée du temps qu'elles passent dans la rue.

Figure 6. Temps passé dans la rue au cours du mois précédent (2001 et 2003)



2.4 Situation familiale décrite par les jeunes de la rue

2.4.1 Caractéristiques familiales

En 2001 et en 2003, on a demandé aux répondants d'indiquer quelle était leur situation familiale durant leur enfance. Les résultats, présentés dans la figure 7, montrent que certains jeunes avaient déjà fait l'expérience de l'itinérance avec leur famille avant de vivre dans la rue; 13 % et 15 % des jeunes en 2001 et en 2003, respectivement, ont effectivement déclaré que leur famille avait été sans abri à un moment donné. Plus de 70 % ont déclaré que leurs parents travaillaient à temps plein dans les années précédentes, et moins de 10 %, que leurs parents étaient sans emploi.

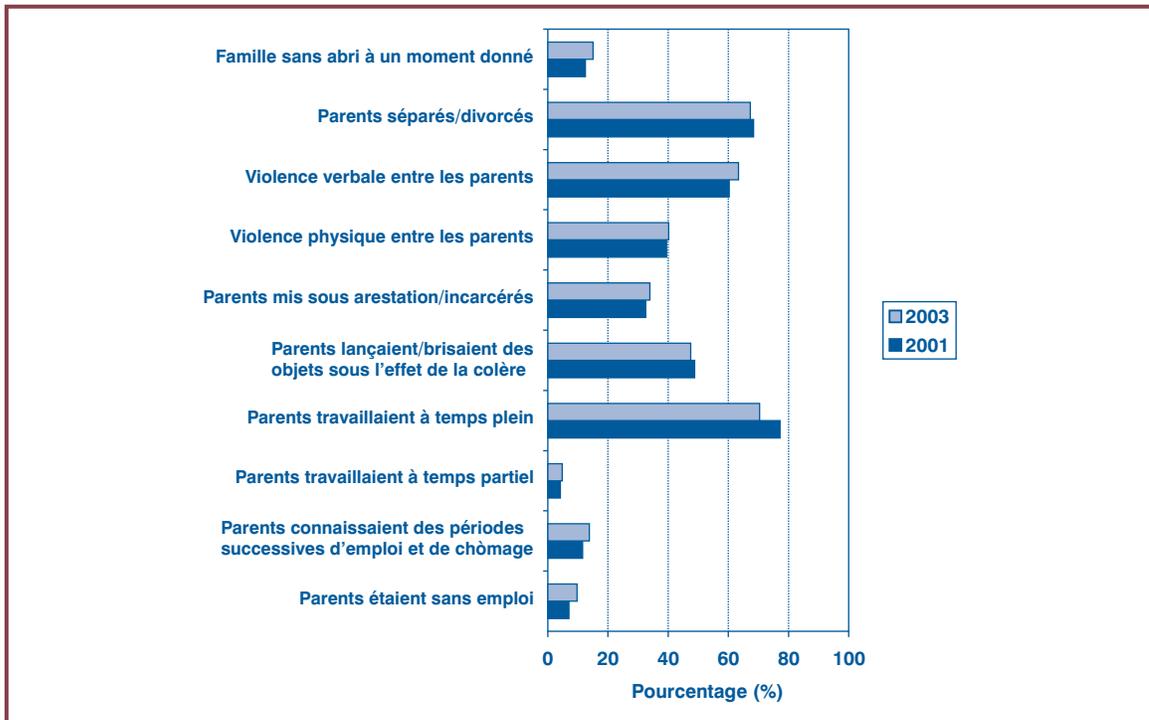
Plus de 65 % des jeunes ont dit que leurs parents étaient divorcés. Plus du tiers ont déclaré qu'un de leurs parents avait été incarcéré à un moment donné, tandis que plus de la moitié ont déclaré que leurs parents étaient violents, verbalement ou physiquement, l'un envers l'autre, et avaient des accès de colère.

2.4.2 Raisons de quitter le domicile familial

Les jeunes de la rue ont déclaré avoir quitté le domicile familial principalement à cause des conditions de vie insatisfaisantes. Les raisons énumérées ci-après sont celles qui ont été le plus souvent mentionnées parmi les diverses raisons invoquées par les jeunes à l'appui de leur décision de quitter le domicile familial, pour les trois années de l'étude :

- Bagarres ou disputes avec les parents/parents-substituts. Les motifs des disputes avec les parents variaient : non-respect des règles fixées par les parents, difficultés financières, consommation d'alcool et de drogues par les jeunes et par les parents, et études.
- Besoin d'indépendance, voyage, ou déménagement dans un plus grand centre urbain.

Figure 7. Situation familiale durant l'enfance, décrite par les jeunes de la rue (2001 et 2003)



- Expulsion du domicile familial.
- Violence, notamment la violence physique, sexuelle et psychologique, et négligence.
- Démêlés avec la justice.

Le tableau 2 présente les principales raisons invoquées par les jeunes à l'appui de leur décision de quitter le domicile familial en 1999 et en 2001.

Comme l'indique une étude antérieure, les jeunes quittent le domicile familial principalement parce qu'ils ne s'entendent pas avec leurs parents (conflits), ont l'impression de ne pas être aimés (violence psychologique), sont victimes de violence physique ou ont été chassés du domicile familial²⁶. Durant les phases de 1999 et de 2001 de la SAJR, les femmes ont été significativement plus nombreuses à invoquer la violence dont elles étaient victimes comme principale raison de quitter le domicile familial, tandis que les hommes ont cité leurs démêlés avec la justice.

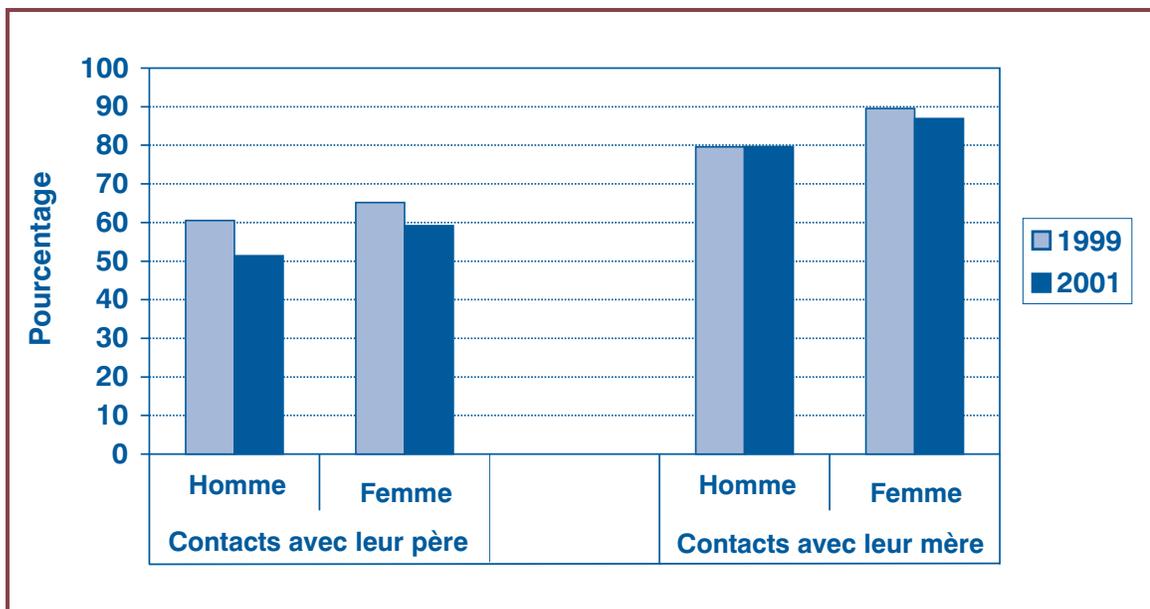
Tableau 2. Raisons de quitter le domicile familial (1999 et 2001)

Raisons de quitter le domicile familial	1999	2001
	Pourcentage	
Indépendance / voyage / déménagement dans un plus grand centre urbain	17,6	15,5
Déménagement pour faire des études / trouver un emploi	1,0	2,9
Retiré de son milieu / placé en famille d'accueil	3,6	5,6
Problème de toxicomanie / de santé des parents ou parents-substituts	4,2	6,1
Cohabitation avec son conjoint / sa conjointe (père/mère de son enfant)	2,0	2,0
Démêlés avec la justice	5,3	3,6
Violence (sexuelle, physique ou psychologique)	12,6	11,4
Départ d'un ou des parent(s) / parent(s)-substitut(s)	1,2	1,9
Expulsion du domicile familial	13,9	15,1
Consommation de drogues / d'alcool par le jeune	3,8	5,1
Conflits avec un de ses parents ou les deux	23,7	16,8
Difficultés financières des parents ou des parents-substituts	1,0	1,3
Décès d'un de ses parents / parents-substituts ou des deux	1,1	2,6

2.4.3 Contacts avec les parents/parents-substituts

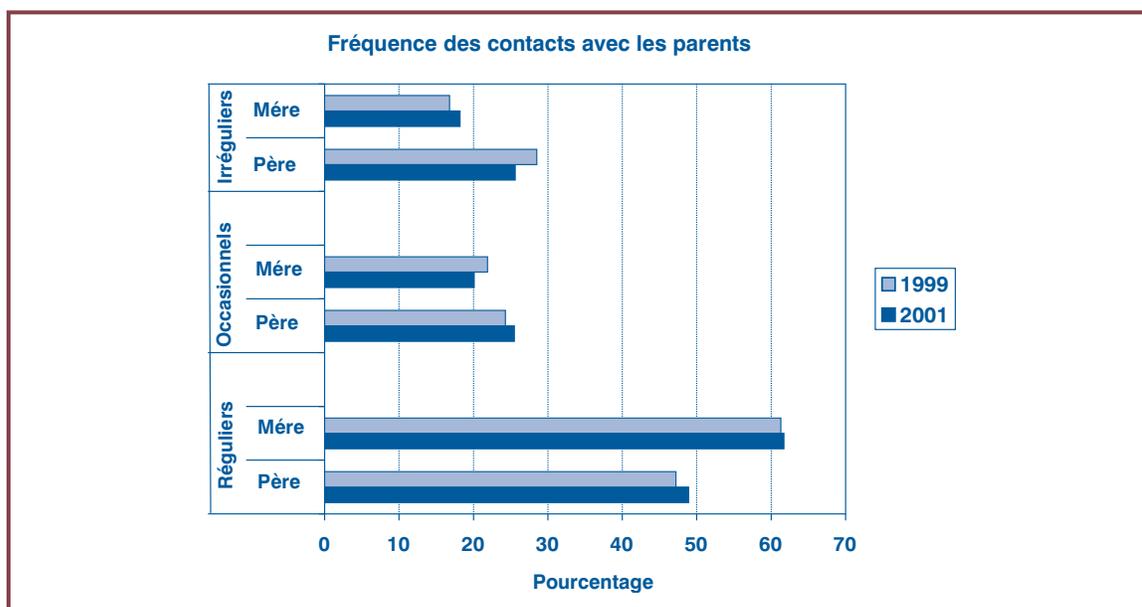
On a demandé aux jeunes de la rue s'ils avaient eu des contacts avec leurs parents ou leurs parents-substituts au cours des trois mois précédents. Bien qu'un pourcentage élevé des jeunes – plus de 60 % en 1999, plus de 50 % en 2001 et plus de 70 % en 2003 – aient déclaré avoir eu des contacts avec leurs parents, un plus grand nombre de jeunes ont fait état de contacts avec leur mère plutôt qu'avec leur père. Pour les années à l'étude, un nombre significativement plus élevé de femmes ont déclaré avoir eu des contacts avec un de leurs parents ou les deux (figure 8). La majorité des

Figure 8. Contacts avec les parents au cours des trois mois précédents (2001 et 2003)



jeunes qui ont déclaré avoir eu des contacts avec leurs parents ont mentionné qu'ils avaient des contacts réguliers (figure 9).

Figure 9. Fréquence des contacts avec les parents au cours des trois mois précédents (2001 et 2003)



2.5 Violence

En 1999, on n'a pas demandé aux jeunes de fournir des renseignements détaillés sur la violence. En 2001 et 2003, les répondants ont décrit la violence physique dont ils ont été victimes comme étant principalement des bagarres avec leurs parents/parents-substituts; quant à la violence psychologique, il s'agissait principalement d'injures, d'humiliations répétées, de la destruction délibérée de leurs biens par leurs parents, ou des paroles exprimées par leurs parents qui disaient souhaiter qu'il (leur enfant) soit mort ou qu'il ne soit jamais né. La figure 10 montre la forme de violence psychologique déclarée par les jeunes en 2003.

En 2003, on a ajouté des questions sur la négligence. Le tiers (30 %) des répondants ont déclaré avoir été victimes de négligence. Les jeunes ont décrit la négligence comme étant l'abandon ou l'expulsion du domicile familial, l'omission de leurs parents de les protéger contre la violence sexuelle, la négligence médicale (refus ou incapacité des parents de consentir aux soins médicaux) et la négligence physique (alimentation et vêtements inadéquats et conditions de vie insalubres). Comme l'indique la figure 11, la plupart des jeunes ont décrit la négligence comme l'abandon ou l'expulsion du domicile familial.

Le pourcentage global des jeunes de la rue qui ont déclaré avoir quitté le domicile familial parce qu'ils étaient victimes de violence physique, psychologique ou sexuelle était élevé, variant entre 19,1 % en 2003 et 27,9 % en 1999 (figure 12). Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à avoir quitté le domicile familial en raison de la violence subie.

Figure 10. Forme de violence psychologique déclarée par les jeunes de la rue (2003)

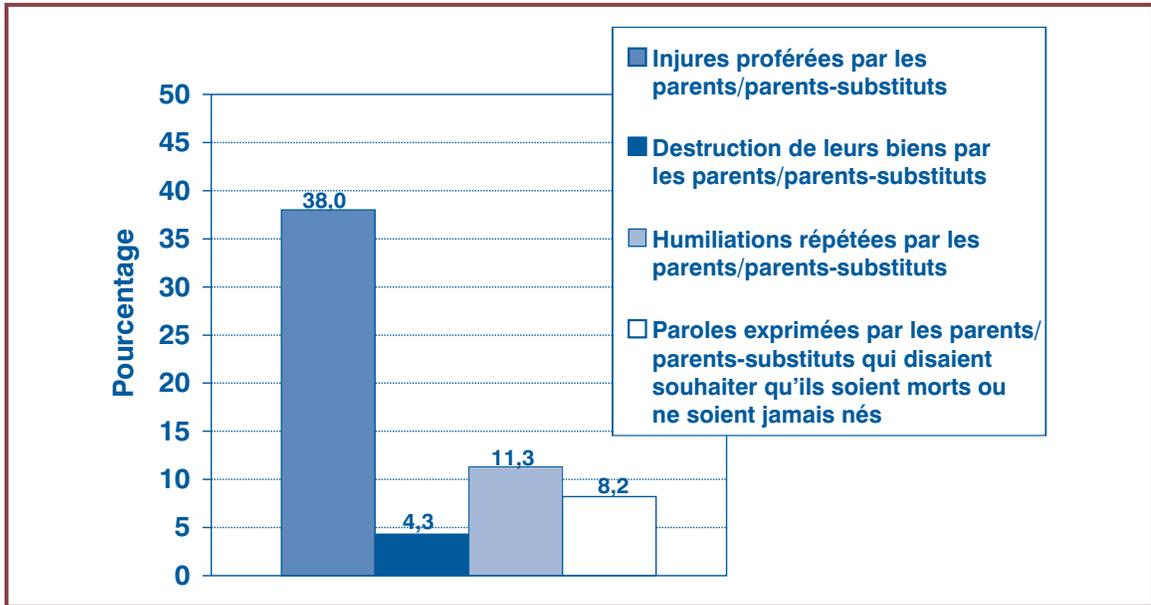
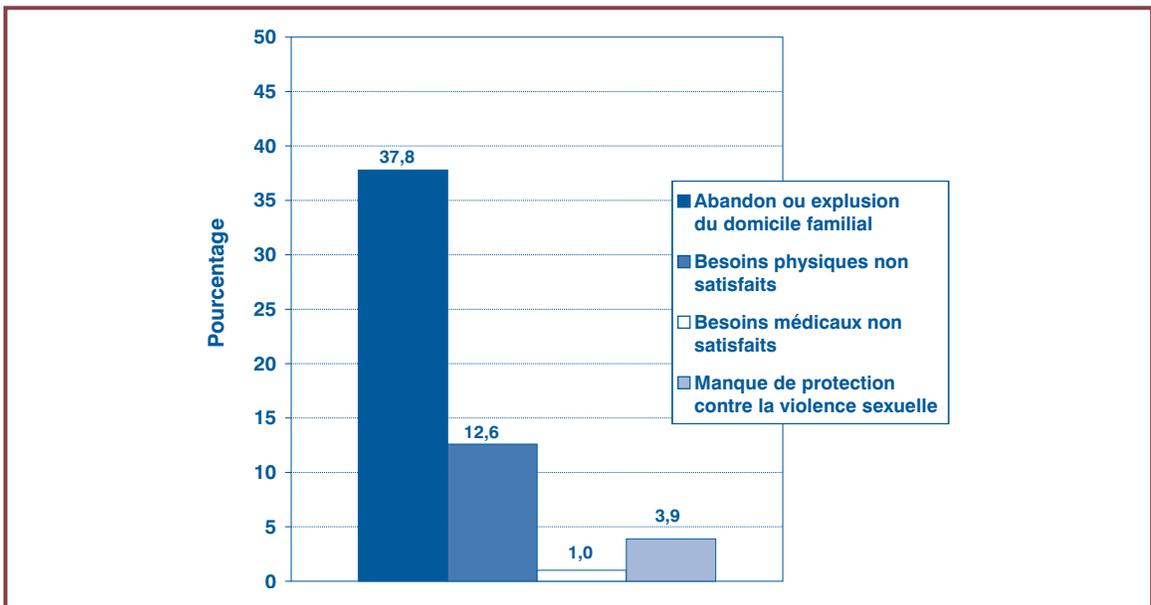


Figure 11. Forme de négligence déclarée par les jeunes de la rue (2003)



Les figures 13 à 15 montrent la répartition des formes de violence subie selon le sexe. Comme l'indiquent les figures ci-après, les taux de violence psychologique, physique et sexuelle sont beaucoup plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

Figure 12. Pourcentage des jeunes de la rue qui avaient quitté le domicile familial en raison de la violence subie

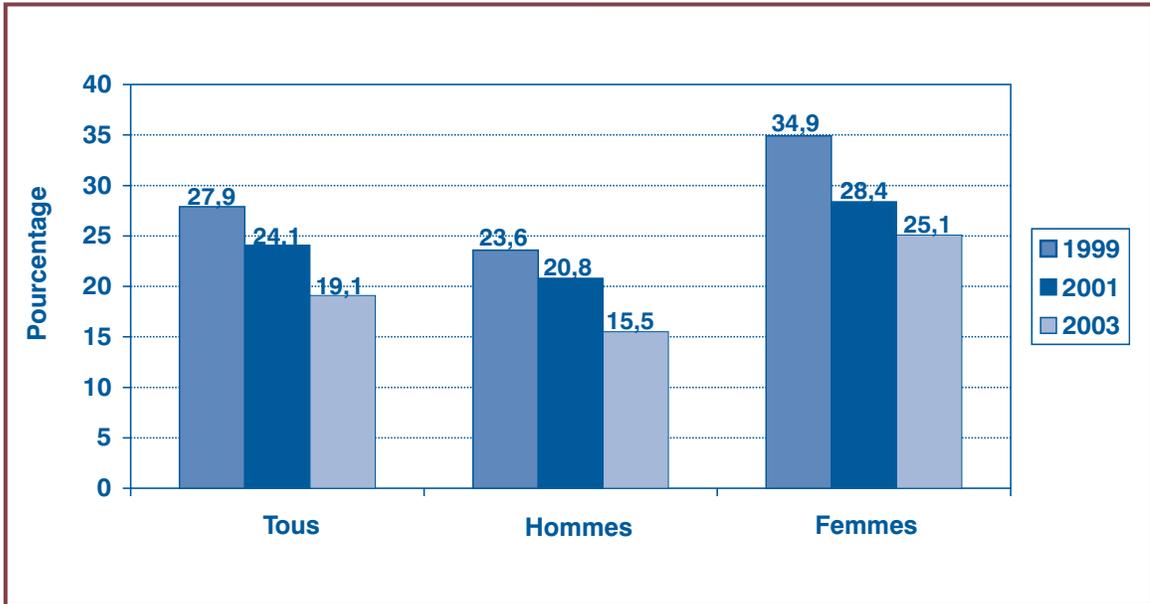
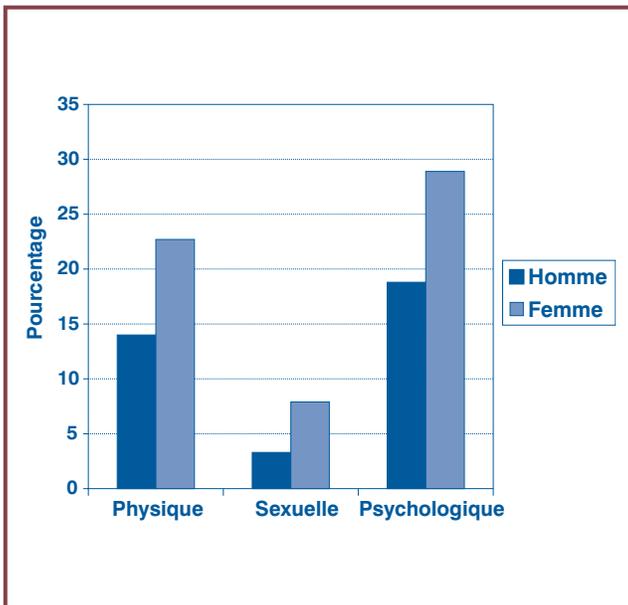
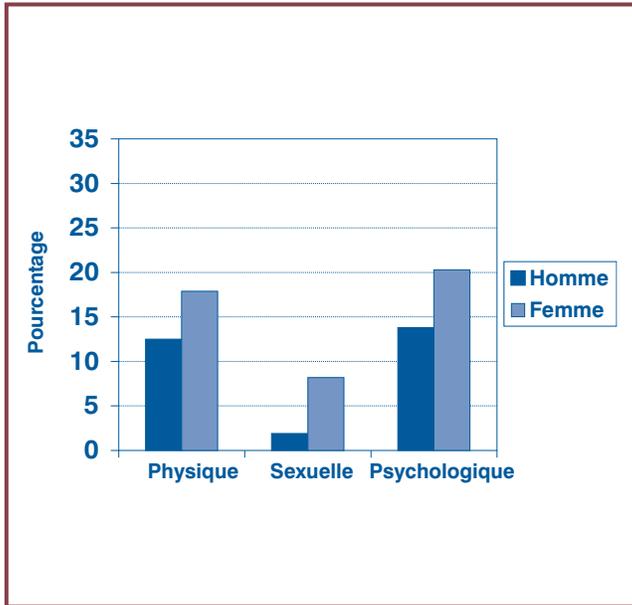


Figure 13. Forme de violence déclarée (1999)



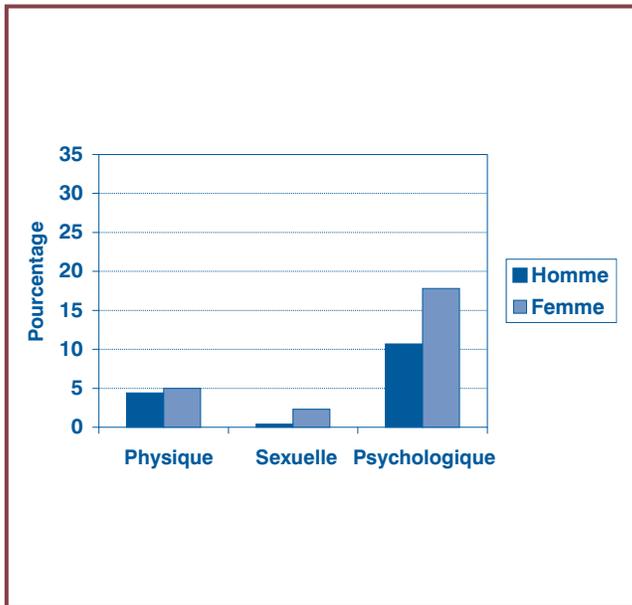
Dans l'ensemble, en 1999, 22,7 % des jeunes ont déclaré avoir quitté le domicile familial parce qu'ils étaient victimes de violence psychologique; 17,3 % et 5,1 % ont déclaré avoir quitté le domicile familial parce qu'ils étaient victimes de violence physique et de violence sexuelle, respectivement.

Figure 14. Forme de violence déclarée (2001)



Dans l'ensemble, en 2001, 16,6 % des jeunes ont déclaré avoir quitté le domicile familial parce qu'ils étaient victimes de violence psychologique; 14,9 % et 4,6 % ont déclaré avoir quitté le domicile familial parce qu'ils étaient victimes de violence physique et de violence sexuelle, respectivement.

Figure 15. Forme de violence déclarée (2003)



Dans l'ensemble, en 2003, 13,4 % des jeunes ont déclaré avoir quitté le domicile familial parce qu'ils étaient victimes de violence psychologique; 4,6 % et 1,1 % ont déclaré avoir quitté le domicile familial parce qu'ils étaient victimes de violence physique et de violence sexuelle, respectivement.

2.6 Intervention des services sociaux

2.6.1 Travailleurs sociaux

La majorité des jeunes de la rue (65 % à 70 % pour les trois années de l'étude) ont déclaré avoir reçu les services d'un travailleur social (figure 16). Les problèmes familiaux étaient la raison invoquée le plus souvent par les jeunes pour expliquer l'intervention d'un travailleur social (41,5 %). Parmi les autres raisons citées, mentionnons l'aiguillage vers un travailleur social (21,2 %), la violence subie (8 %), l'expulsion du domicile familial (4,3 %), les problèmes de toxicomanie des parents (6,6 %) et l'incarcération (3,4 %). Les raisons de consulter un travailleur social variaient selon le sexe; les femmes étaient plus nombreuses à déclarer le faire parce qu'elles avaient quitté le domicile familial ou en raison des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie d'un de leurs parents, tandis que les hommes ont déclaré avoir été aiguillés vers un travailleur social pour obtenir des services de logement et d'aide sociale. Les jeunes du groupe des plus âgés (20 à 24 ans) étaient significativement plus nombreux que ceux du groupe des plus jeunes (15 à 19 ans) à déclarer avoir été adressés à un travailleur social pour obtenir des services de logement et d'aide sociale.

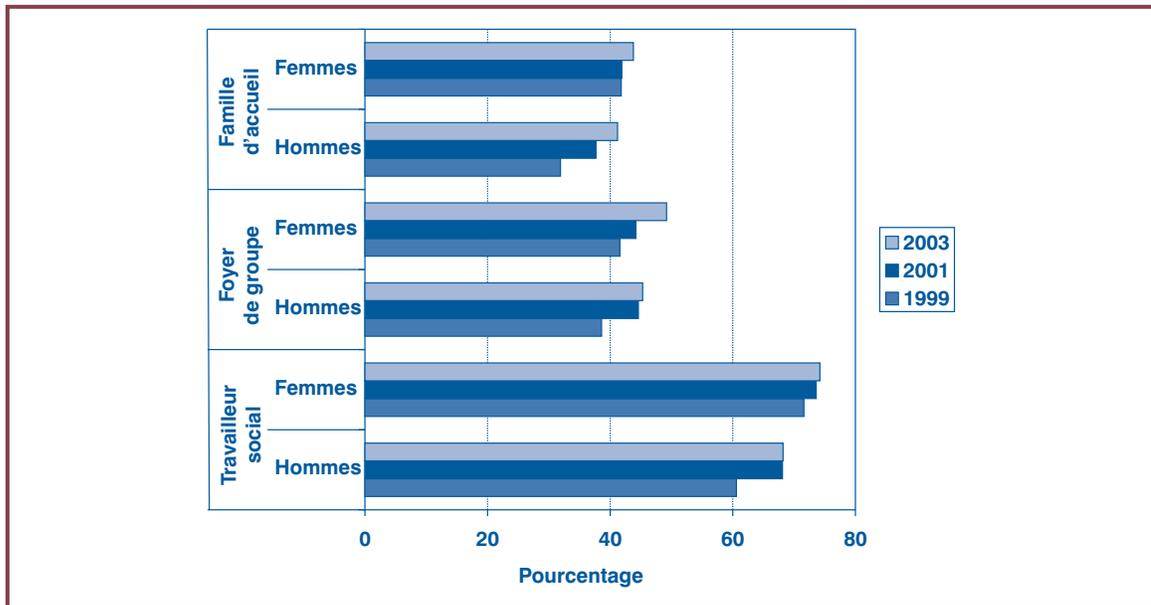
2.6.2 Placement familial

Le pourcentage des jeunes de la rue qui ont déclaré avoir été placés en famille d'accueil variait entre 35,7 % en 1999 et 42,2 % en 2003 (figure 16). En 2003, l'âge moyen lors du premier placement en famille d'accueil était huit ans, et le nombre moyen de placements était sept, tant chez les jeunes de la rue de sexe masculin que chez ceux de sexe féminin. Plus de la moitié (58 %) des répondants ont déclaré s'être enfuis du foyer d'accueil à un moment donné; le pourcentage était significativement plus élevé chez les femmes (66,5 %) que chez les hommes (52,9 %).

2.6.3 Foyers de groupe

Le pourcentage des jeunes de la rue qui ont déclaré avoir été placés dans un foyer de groupe variait entre 39,8 % en 1999 et 46,7 % en 2003 (figure 16). L'âge moyen lors du premier placement en foyer de groupe était 14 ans, tant chez les jeunes de la rue de sexe masculin que chez ceux de sexe féminin. Comme dans le cas des jeunes qui ont reçu les services d'un travailleur social, les problèmes familiaux étaient la principale raison citée par les jeunes pour expliquer leur placement dans un foyer de groupe. Les hommes étaient significativement plus nombreux à déclarer avoir été placés en foyer de groupe parce qu'ils avaient été chassés du domicile familial, parce qu'ils avaient été incarcérés et parce qu'ils avaient de la difficulté à maîtriser leur colère.

Figure 16. Travailleurs sociaux, familles d'accueil et foyers de groupe selon le sexe



2.7 Services correctionnels

2.7.1 Incarcération

Durant toutes les années de l'étude, plus de la moitié des jeunes de la rue ont déclaré avoir été détenus dans une prison, un centre de détention pour jeunes, un pénitencier ou un établissement de détention, pendant une nuit ou pendant une période plus longue. Les hommes étaient plus nombreux (65 %) que les femmes (40 %) à déclarer avoir été incarcérés.

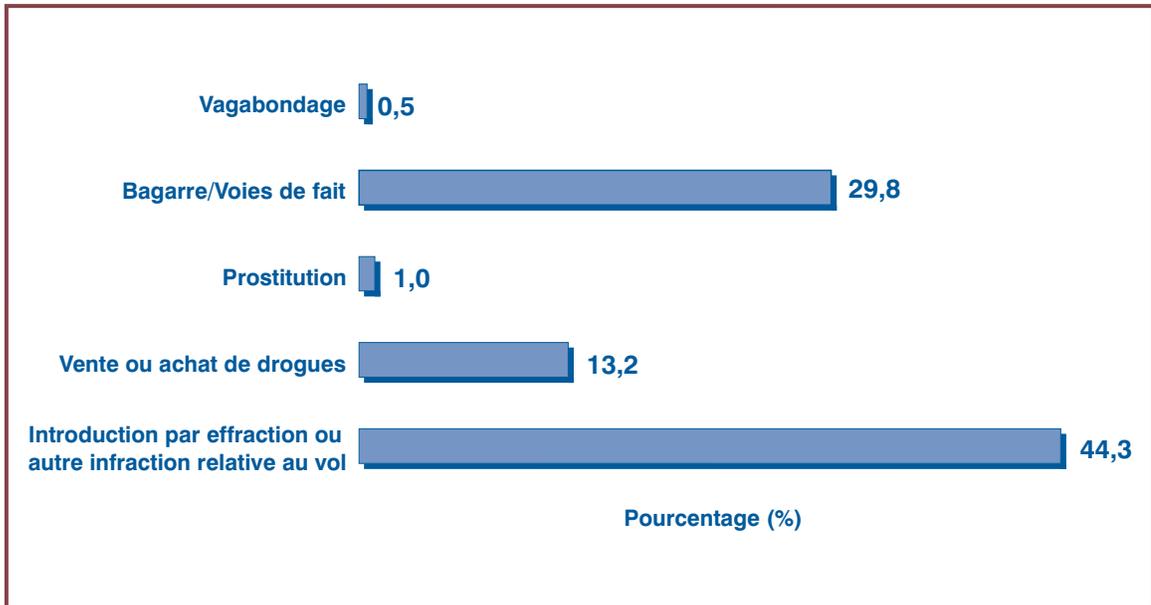
2.7.2 Agent de probation/libération conditionnelle

Plus de la moitié des jeunes de la rue ont déclaré avoir été suivis par un agent de probation ou de libération conditionnelle : 50,6 % en 1999, 48,0 % en 2001 et 56,0 % en 2003; les hommes étaient significativement plus nombreux que les femmes à déclarer avoir été suivis par ces intervenants.

La figure 17 indique les raisons fournies par les jeunes de la rue pour expliquer pourquoi ils ont été suivis par un agent de probation ou de libération conditionnelle en 2003. Les infractions commises par les jeunes comprennent introduction par effraction, bagarres/voies de fait et vente/achat de drogues.

Les jeunes du groupe des plus âgés étaient plus nombreux que celui des plus jeunes à déclarer avoir été suivis par un agent de probation/libération conditionnelle ou à avoir été incarcérés. Ce phénomène pourrait être lié à l'exposition, les jeunes les plus âgés ayant vécu dans la rue plus longtemps que les plus jeunes.

Figure 17. Raisons du suivi par un agent de probation ou de libération conditionnelle (2003)



2.8 Revenu

Comme le montre la figure 18, les prestations d'aide sociale étaient la principale source de revenu déclarée le plus souvent (26,1 % à 31,2 %). En 1999 et 2001, les revenus d'un emploi régulier et l'argent provenant de la famille étaient les autres sources de revenus déclarées le plus souvent, tandis qu'en 2003, les principales sources de revenus étaient les revenus d'un emploi occasionnel et d'un emploi régulier pour les hommes (figure 19) et l'argent provenant de la famille et les revenus d'un emploi régulier pour les femmes (figure 20).

Figure 18. Principale source de revenu déclarée par les jeunes de la rue

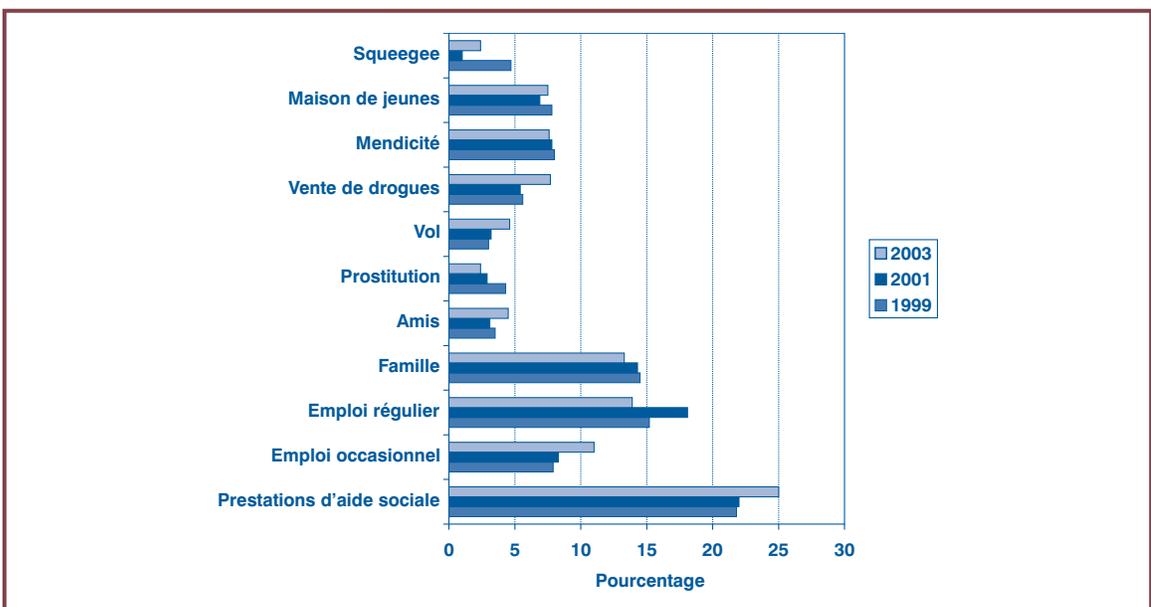


Figure 19. Principale source de revenu déclarée par les jeunes de la rue de sexe masculin

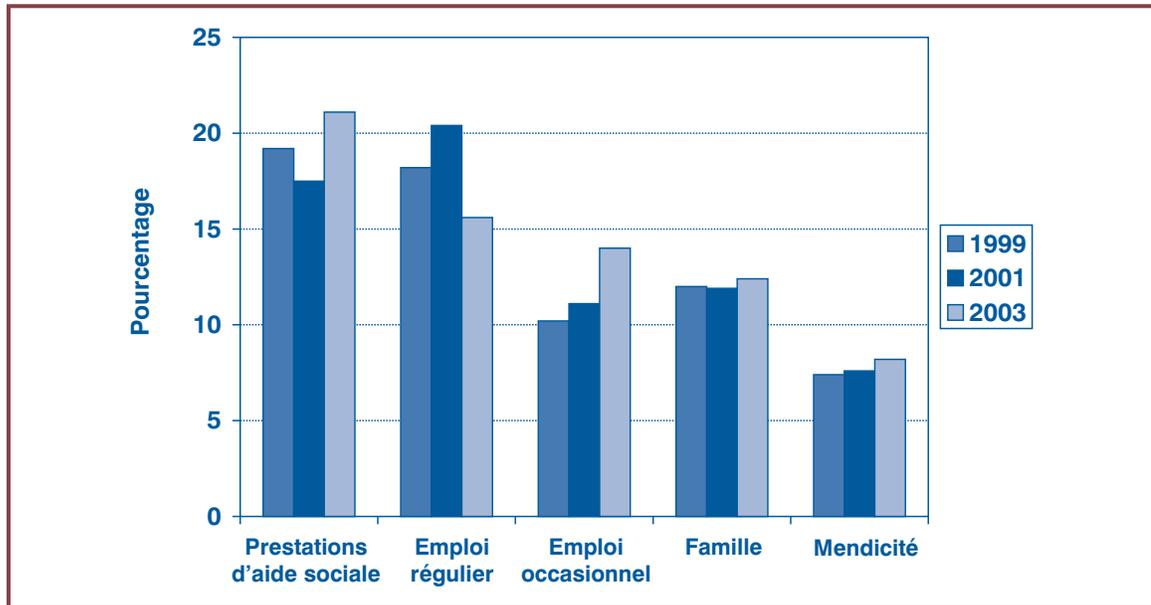
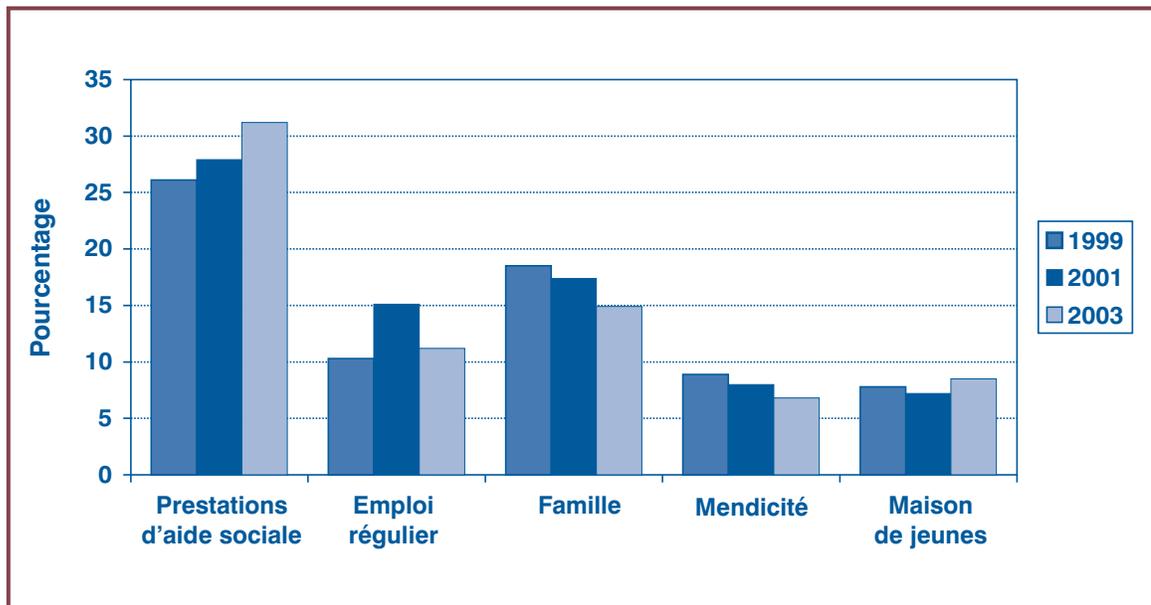


Figure 20. Principale source de revenu déclarée par les jeunes de la rue de sexe féminin



2.9 Comportements sexuels

Durant toutes les années de l'étude, plus de 95 % des jeunes de la rue ont déclaré être sexuellement actifs. L'âge moyen des jeunes sexuellement actifs lors de leur première relation sexuelle était de 14 ans, tant chez les hommes que chez les femmes et pour les trois années de l'étude.

2.9.1 Partenaires sexuels

En 2001 et 2003, les jeunes de la rue de sexe masculin ont déclaré avoir eu entre 18 et 45 partenaires sexuels, en moyenne, au cours de leur vie, tandis que les jeunes de sexe féminin ont déclaré en avoir eu entre 4 et 21. Les jeunes de sexe masculin ont également déclaré avoir eu un plus grand nombre de partenaires sexuels au cours des trois mois précédents que leurs homologues féminins (figures 21 et 22).

Figure 21. Nombre et sexe des partenaires sexuels déclarés par les jeunes de la rue de sexe masculin (2001 et 2003)

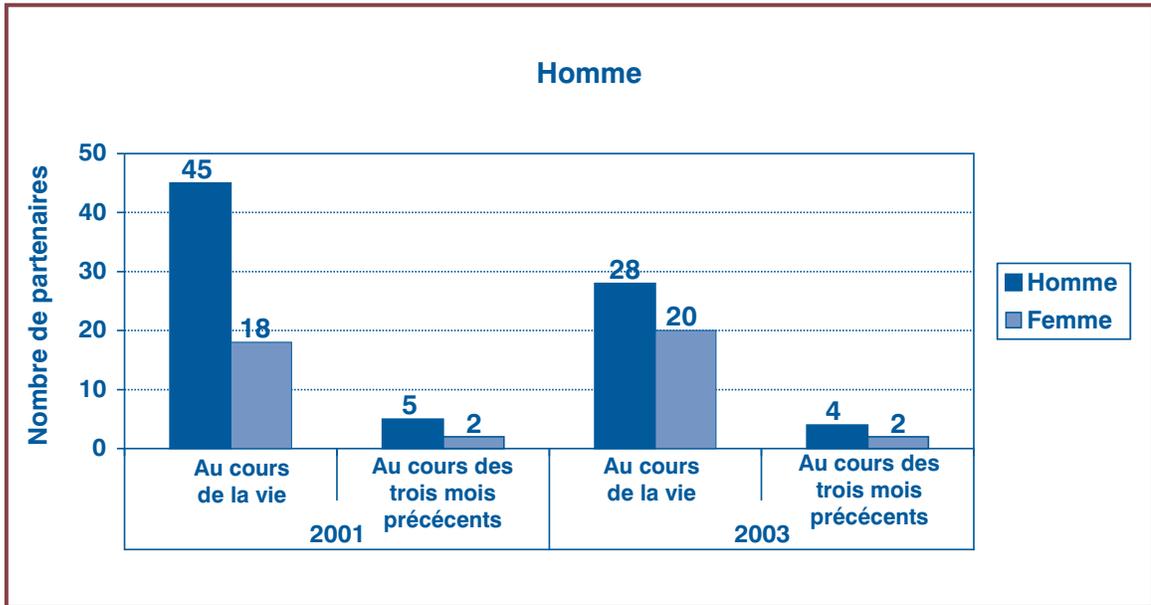
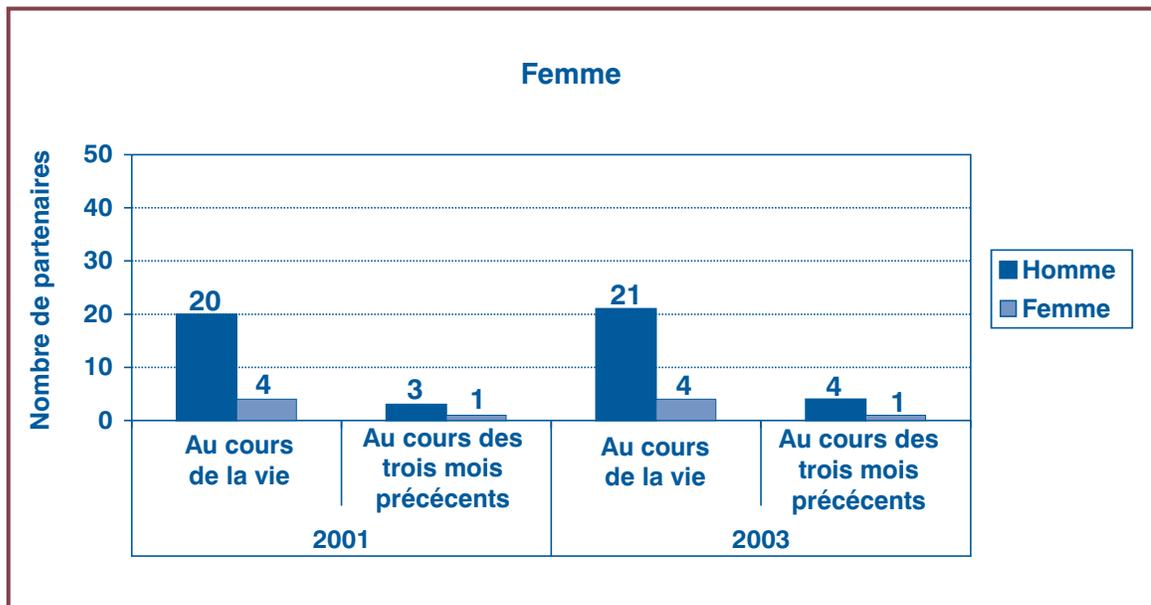


Figure 22. Nombre et sexe des partenaires sexuels déclarés par les jeunes de la rue de sexe féminin (2001 et 2003)

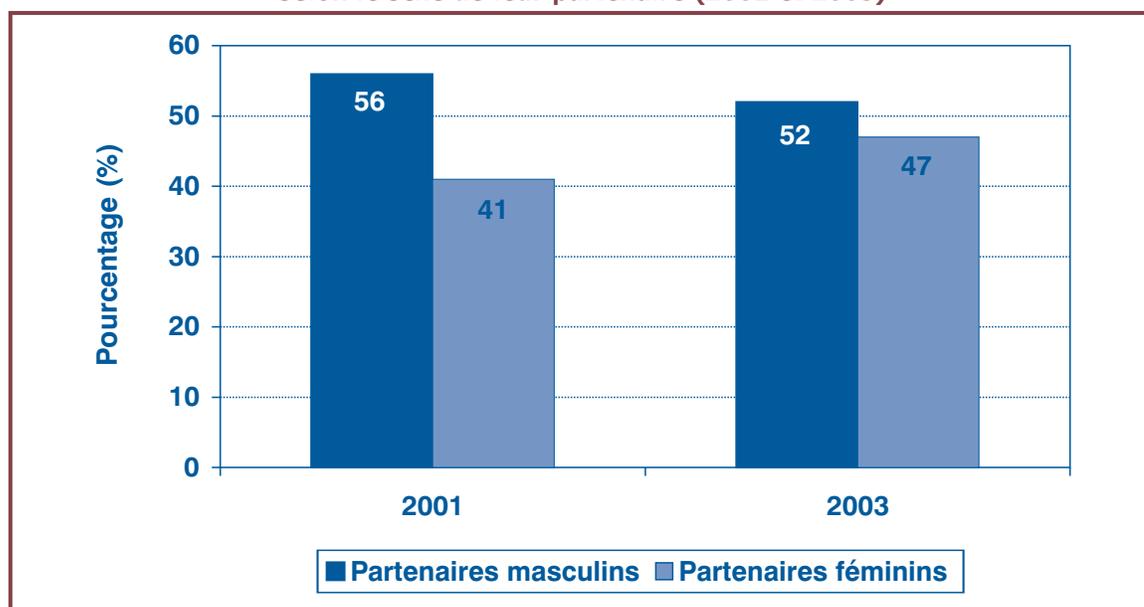


2.9.2 Utilisation du condom

La plupart des jeunes de la rue ont déclaré ne pas avoir utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle, que ce soit avec un homme ou une femme. Comme le montre la figure 23, il était moins fréquent que les jeunes de la rue utilisent un condom avec un partenaire masculin.

En 2001, les hommes étaient significativement plus nombreux à déclarer ne pas utiliser un condom avec leurs partenaires de sexe masculin (relations homosexuelles) comparativement à leur comportement avec leurs partenaires de sexe féminin (relations hétérosexuelles). Il faudrait souligner que le taux d'utilisation du condom, qui s'établit autour de 50 % chez les jeunes de la rue pour les trois années de l'étude, est encore très faible.

Figure 23. Pourcentage des jeunes de la rue qui ont déclaré ne pas avoir utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle, selon le sexe de leur partenaire (2001 et 2003)



2.9.3 Commerce du sexe

Dans l'ensemble, 22,6 % des jeunes de la rue ont déclaré s'être livrés au commerce du sexe en 1999, 20,9 % en 2001 et 20,2 % en 2003, les femmes étant plus nombreuses que les hommes à l'avoir fait (figure 24).

Parmi les jeunes de la rue qui ont déclaré s'être déjà livrés au commerce du sexe, 44,6 % en 1999, 37,6 % en 2001 et 35,6 % en 2003 ont dit l'avoir fait au cours des trois mois précédant l'entrevue. Les pourcentages ne semblaient pas varier considérablement selon le sexe (figure 25).

Figure 24. Antécédents de commerce du sexe chez les jeunes de la rue

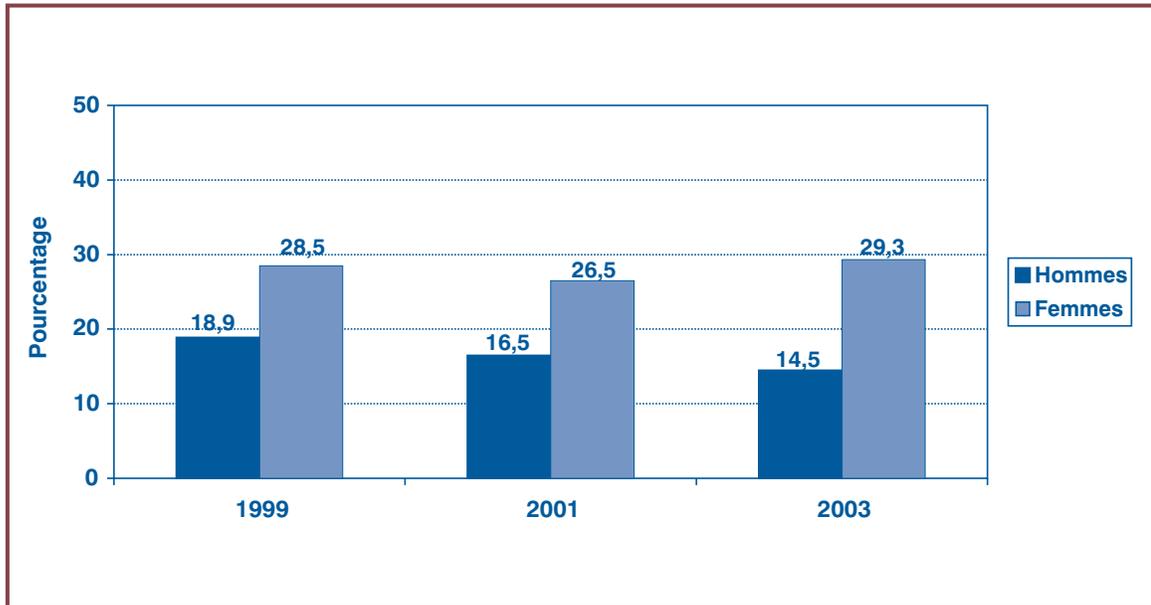
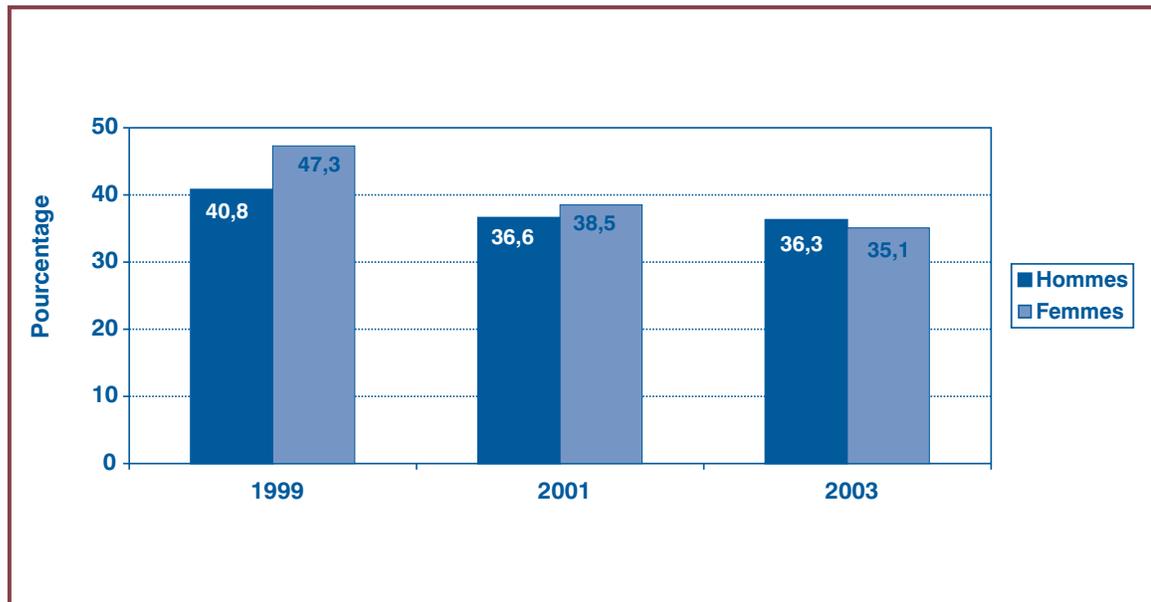


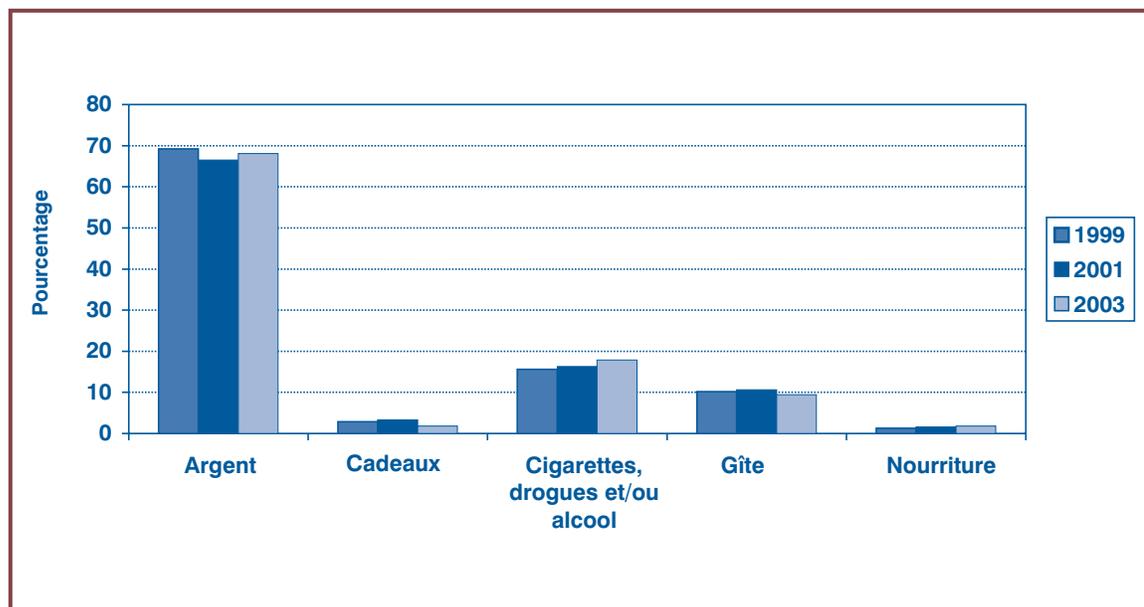
Figure 25. Commerce du sexe au cours des trois mois précédents chez les jeunes de la rue qui ont fait état d'antécédents de commerce du sexe



L'argent était le bien le plus souvent reçu en échange des faveurs sexuelles, suivi de cigarettes, de drogues et/ou d'alcool, et d'un gîte (figure 26). Cette tendance a été observée dans toutes les années de l'étude. Un petit nombre de jeunes de la rue seulement ont déclaré avoir accordé des faveurs sexuelles en échange de nourriture ou de cadeaux.

Durant toutes les années de l'étude, plus de 75 % des jeunes de la rue ont déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils s'étaient livrés au commerce du sexe. Bien que ce pourcentage semble élevé, il y a des risques potentiels pour les jeunes qui ont déclaré ne pas avoir utilisé un condom : 16 % en 1999, 25 % en 2001 et 19 % en 2003.

Figure 26. Biens le plus souvent reçus en échange des faveurs sexuelles



2.9.4 Activités sexuelles par obligation

En 2003, on a demandé aux jeunes de la rue s'ils s'étaient déjà livrés à des activités sexuelles par obligation – définies comme étant des activités sexuelles auxquelles ils se sont sentis obligés de se livrer *après* avoir reçu de l'argent, des cadeaux, des drogues ou le gîte pour la nuit. Parmi les répondants, 18,5 % ont déclaré qu'ils s'étaient sentis obligés de se livrer à des activités sexuelles à un moment ou un autre, les femmes étant plus nombreuses que les hommes à avoir vécu cette expérience (25,5 % c. 14,3 %). Cependant, les hommes étaient plus nombreux que les femmes à déclarer l'avoir fait au moins une fois au cours des trois mois précédant l'entrevue (25,7 % c. 21,2 %) [figure 27]. Soulignons le fait qu'à peine un peu plus de la moitié ont déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils se sont livrés à des activités sexuelles par obligation.

On a demandé aux jeunes de la rue de décrire les biens qu'ils avaient reçus avant de se sentir obligés de se livrer à des activités sexuelles. Un gîte pour la nuit était le bien le plus souvent mentionné, suivi de cigarettes, de drogues et/ou d'alcool, d'argent, de nourriture et de cadeaux (figure 28).

Figure 27. Activités sexuelles par obligation chez les jeunes de la rue (2003)

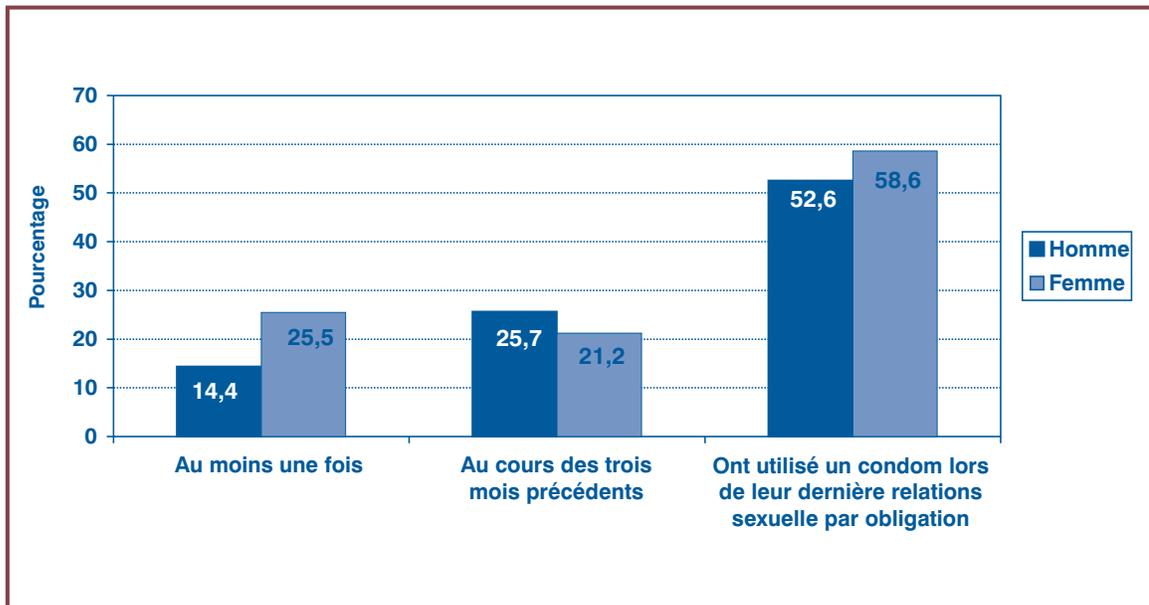
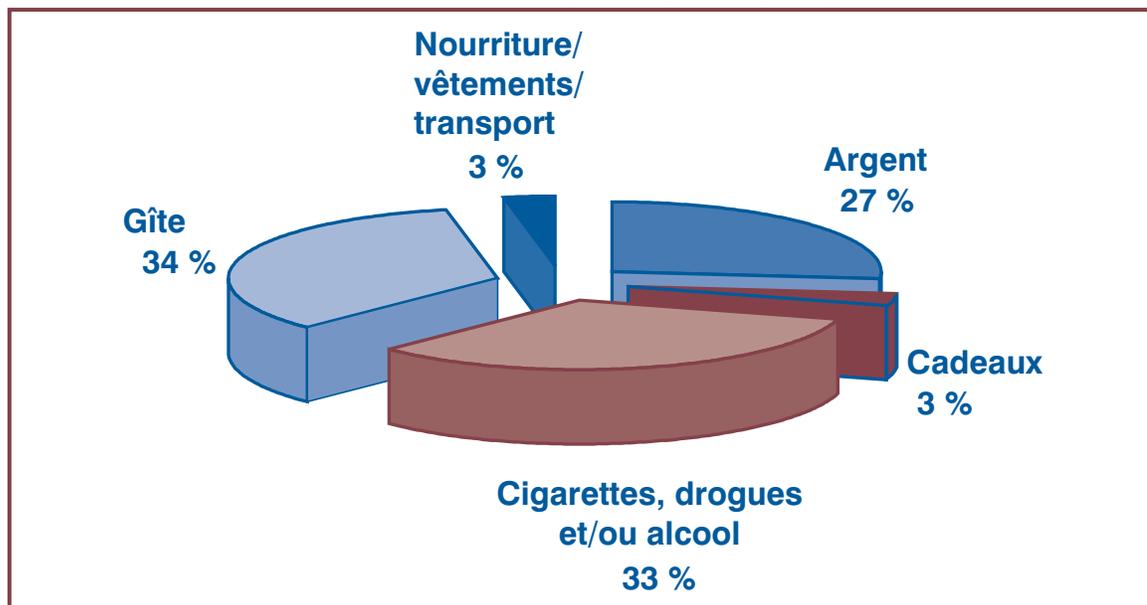


Figure 28. Biens le plus souvent reçus avant de se livrer à des activités sexuelles par obligation (2003)



2.10 ITS et infections transmissibles par le sang

Cette section présente un aperçu de la prévalence des ITS chez les jeunes de la rue. Des renseignements plus détaillés sont fournis dans le rapport *Infections transmises sexuellement et par le sang chez les jeunes de la rue au Canada*²³.

2.10.1 Antécédents d'ITS

On a demandé aux jeunes de la rue s'ils avaient des antécédents d'ITS. Au cours de toutes les années de l'étude, les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à faire état d'antécédents d'ITS (figure 29). Dans l'ensemble, le pourcentage des jeunes de la rue qui ont déclaré des antécédents d'ITS était 20,8 % en 1999, 22,7 % en 2001 et 26,6 % en 2003. Lorsqu'on leur a demandé s'ils utilisaient un moyen de protection durant leurs relations sexuelles après avoir reçu un diagnostic d'ITS, 32 % ont déclaré n'en utiliser aucun en 1999 (figure 30), bien que ce pourcentage ait chuté à 27 % en 2003.

Figure 29. Pourcentage des jeunes de la rue qui ont fait état d'antécédents d'ITS

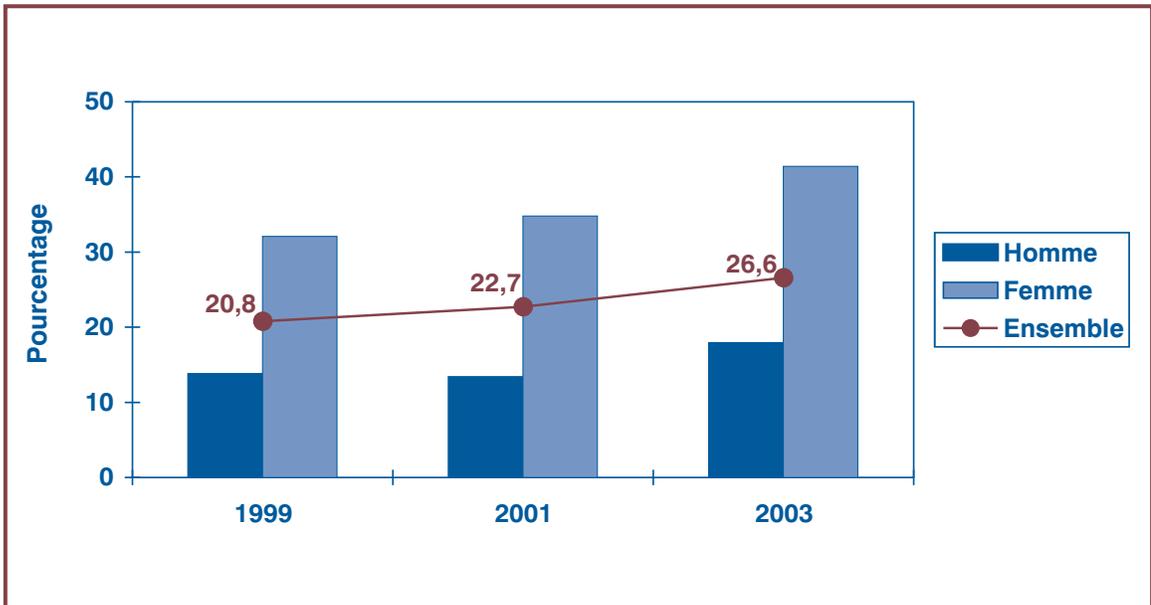
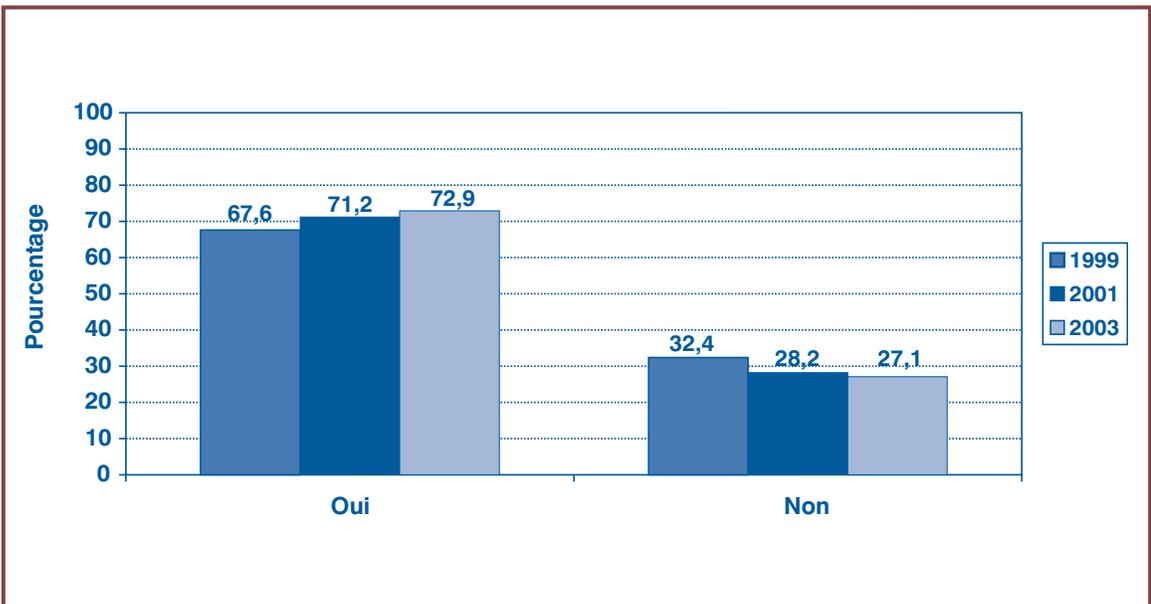


Figure 30. Utilisation d'un moyen de protection sexuelle après un diagnostic d'ITS



2.10.2 Prévalence des ITS et des infections transmissibles par le sang

On a demandé aux jeunes qui ont accepté de subir des tests de dépistage des ITS et d'autres infections transmissibles par le sang de fournir un échantillon d'urine et un échantillon de sang. Plus de 70 % des participants ont fourni un échantillon de sang, et plus de 80 % ont fourni un échantillon d'urine.

Tableau 3. Taux de prévalence des ITS et des infections transmissibles par le sang chez les jeunes de la rue

ITS et infections transmissibles par le sang	1999	2001	2003
	Taux de prévalence (%)		
Chlamydirose	8,6	11,5	11,0
Hommes	7,5	9,4	8,4
Femmes	10,4	14,3	15,4
Gonorrhée	1,4	1,4	3,1
Hommes	1,2	1,1	2,3
Femmes	1,7	1,8	4,6
Syphilis infectieuse*	–	0,0	0,7
Hommes		0,0	0,6
Femmes		0,0	0,9
Hépatite C**	4,0	3,6	4,5
Hommes	3,9	2,4	4,4
Femmes	4,2	5,0	4,8
VIH	<1,0	<1,0	<1,0
Hépatite B (réceptif)***	67,3	49,8	40,4
Hommes	69,4	51,9	46,1
Femmes	63,6	46,9	29,9
Virus Herpes simplex type 1 (VHS-1)	–	56,0	60,8
Hommes		53,2	59,3
Femmes		59,6	63,2
Virus Herpès simplex type 2 (VHS-2)	–	14,2	18,8
Hommes		7,6	12,6
Femmes		22,6	29,4
Co-infection VHS-1 et 2	–	9,9	11,9
Hommes		5,2	8,4
Femmes		16,0	18,1

* La syphilis infectieuse comprend la syphilis primaire, secondaire et latente précoce.

** Un autre rapport, *Hépatite C et consommation de drogues injectables chez les jeunes de la rue au Canada*²⁴, fournit des renseignements détaillés sur le lien entre le VHC et l'injection de drogues.

*** Réceptif = ne présente pas d'anticorps anti-HBs ni d'anticorps anti-HBc ou aucune preuve obtenue en laboratoire de vaccination contre l'hépatite B.

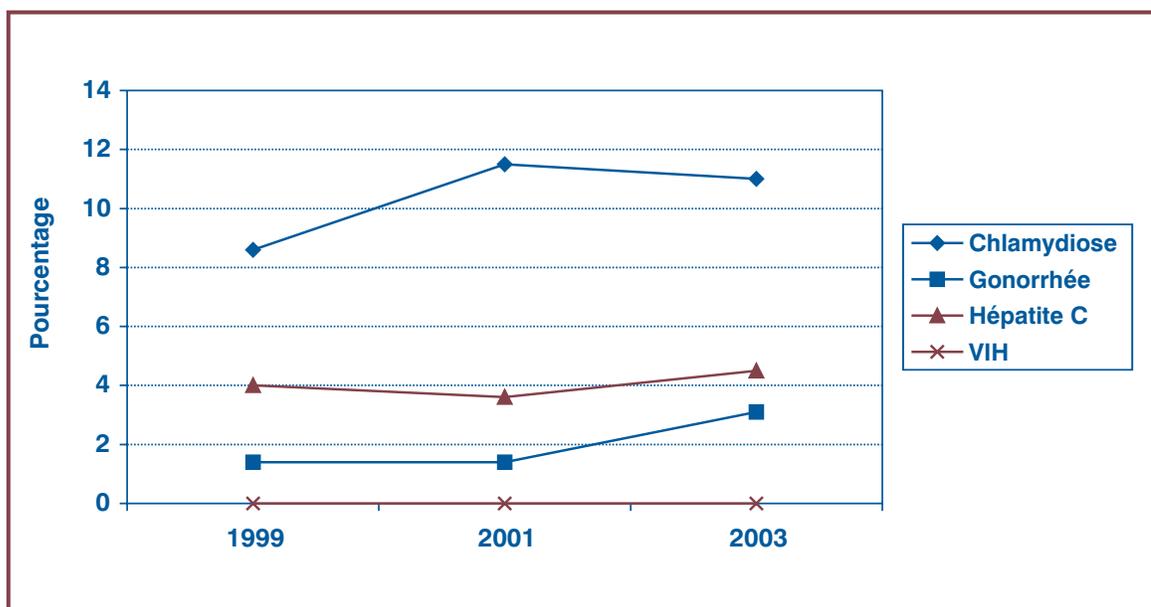
Comme le montre la figure 31, les taux de chlamydie et de gonorrhée chez les jeunes de la rue ont augmenté entre 1999 et 2003. Ils sont significativement plus élevés que les taux déclarés pour tous les jeunes de 15 à 24 ans, qui sont d'environ 1 % pour la chlamydie et de 0,3 % pour la gonorrhée²⁷. Les taux d'hépatite C et de VIH chez les jeunes de la rue sont demeurés stables, s'établissant à environ 4 % et moins de 1 %, respectivement, au cours des années de l'étude.

Le dépistage de la syphilis a été ajouté au protocole de surveillance pour 2001 et 2003. Au cours de cette période, le taux de syphilis infectieuse est passé de 0 % (aucun cas) en 2001 à 0,7 % (10 cas) en 2003 (tableau 3).

En ce qui concerne l'hépatite B, au cours des trois années de l'étude, le pourcentage de jeunes qui n'avaient aucune immunité naturelle ni immunité induite par la vaccination et qui devaient être immunisés a diminué sensiblement (tableau 3).

Des tests de dépistage du HTLV ont été effectués en 2001 et en 2003; au cours des deux années, un seul cas de HTLV-1 a été décelé.

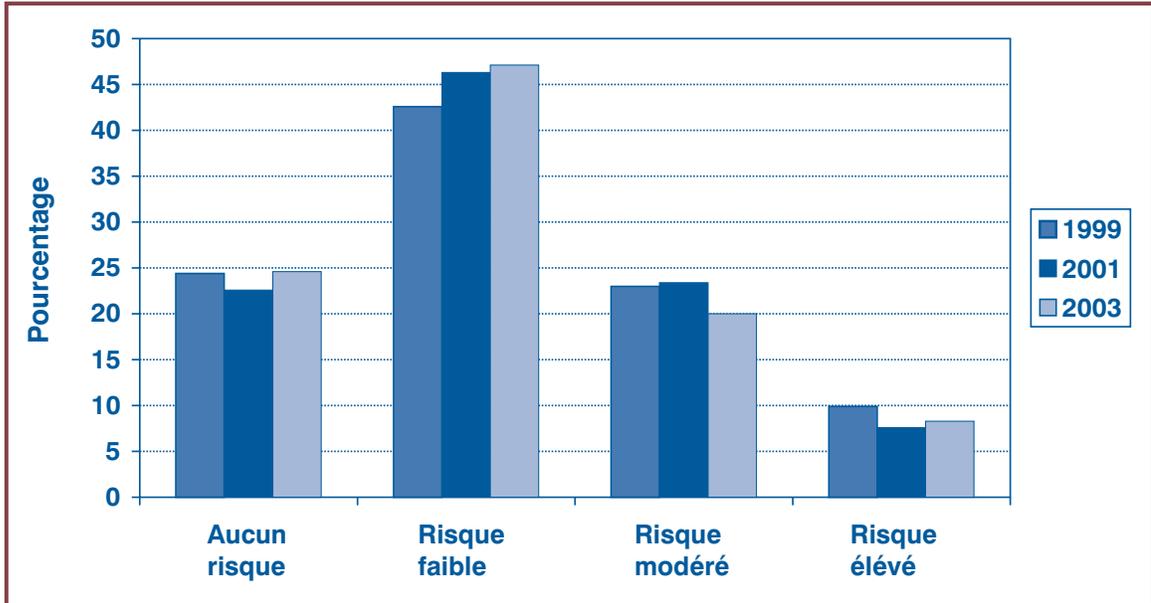
Figure 31. Taux de prévalence des ITS et des infections transmissibles par le sang



2.10.3 Perception personnelle du risque d'ITS

En ce qui concerne leur perception du risque de contracter une ITS, la majorité des jeunes de la rue interviewés se considéraient comme n'étant pas à risque ou étant à risque faible (figure 32). Moins de 10 % des jeunes de la rue dans toutes les années de l'étude se considéraient à risque élevé d'ITS. Environ le quart se considéraient comme à risque nul.

Figure 32. Perception personnelle du risque d'ITS



2.11 Toxicomanies

Nous avons interrogé les jeunes sur leurs habitudes de consommation de tabac, d'alcool et de drogues. Les répondants devaient indiquer s'ils fumaient au moment de l'étude et faire état de leurs habitudes de consommation d'alcool et de drogues au cours des trois mois précédents. Cette section donne un aperçu des habitudes de consommation de substances chez les jeunes de la rue. Des renseignements plus détaillés sont fournis dans le rapport *Toxicomanie chez les jeunes de la rue au Canada*²².

Tableau 4. Habitudes de consommation de substances chez les jeunes de la rue

Consommation de substances	1999	2001	2003
	Pourcentage		
Tabac – consommation actuelle			
Tous les jours	84,3	82,5	78,8
À l'occasion	5,7	7,2	9,2
Alcool – au cours des trois mois précédents			
Tous les jours	6,5	7,0	5,8
Plus d'une fois par semaine	24,1	29,8	26,9
Moins d'une fois par semaine	50,7	42,3	43,1
Jamais	18,7	20,9	24,3
Intoxication alcoolique au cours des trois mois précédents	67,2	42,0	36,6
Hommes	65,3	46,1	37,9
Femmes	70,5	36,5	34,2
Injection de drogues (au cours de la vie)	20,8	18,4	22,3
Hommes	21,4	18,7	23,3
Femmes	20,0	20,5	20,6
Utilisation de drogues autrement que par injection (au cours de la vie)	79,0	76,3	73,2
Hommes	78,6	77,2	73,1
Femmes	80,0	75,1	73,2
Utilisation de drogues au cours de la vie (par injection et autrement)	95,2	93,9	95,3
Hommes	95,3	94,2	96,4
Femmes	95,2	93,5	93,5

Comme le tableau ci-dessus l'indique, la majorité des jeunes de la rue fumaient tous les jours. Le pourcentage des fumeurs quotidiens était très élevé, mais il a diminué, passant de 84,3 % en 1999 à 78,8 % en 2003. Moins de 10 % des jeunes de la rue ont déclaré consommer de l'alcool tous les jours. Cependant, un pourcentage élevé ont fait état d'une intoxication alcoolique récente – définie comme le fait d'être en état d'ébriété durant au moins une journée – ce pourcentage ayant également diminué entre 1999 et 2003 (67,2 % en 1999, 42,0 % en 2001 et 36,6 % en 2003).

2.11.1 Injection de drogues

Plus de 20 % des jeunes de la rue ont déclaré s'injecter des drogues au cours de toutes les années de l'étude (figure 33). Les drogues injectables les plus couramment utilisées par les jeunes de la rue au cours des trois mois précédents l'étude étaient la cocaïne, l'héroïne, la morphine et le speedball (mélange de cocaïne et d'héroïne) (tableau 5). Ces données sont compatibles avec les données d'études sur l'injection de drogues au Canada, y compris l'enquête I-Track²⁸. Dans une étude portant sur les facteurs les plus susceptibles de prédire le début de l'utilisation des drogues par injection, l'itinérance récente est considérée comme le facteur le plus important²⁹.

Figure 33. Injection de drogues chez les jeunes de la rue

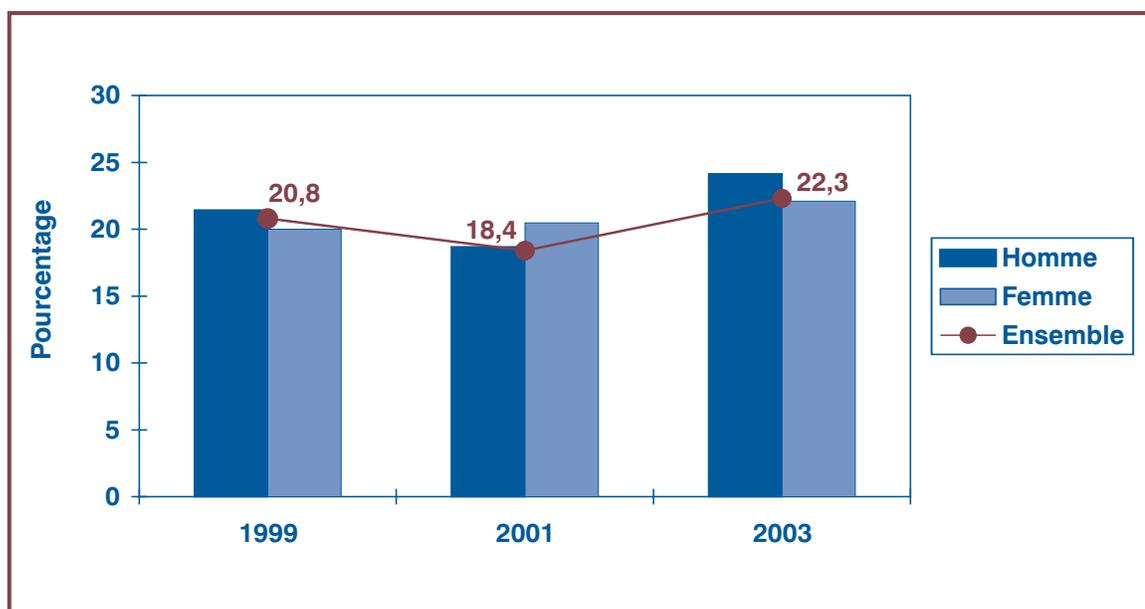


Tableau 5. Drogues injectables les plus couramment utilisées par les utilisateurs de drogues par injection au cours des trois mois précédents

Drogues couramment utilisées	1999*	2001†	2003
	Pourcentage		
Cocaïne	21,2	56,3	37,7
Héroïne	20,9	36,5	26,0
Morphine	9,4	42,3	34,4
Speedball	7,5	15,8	11,0
PCP	0,9	0,0	4,6
Alcool	0,2	0,0	2,9

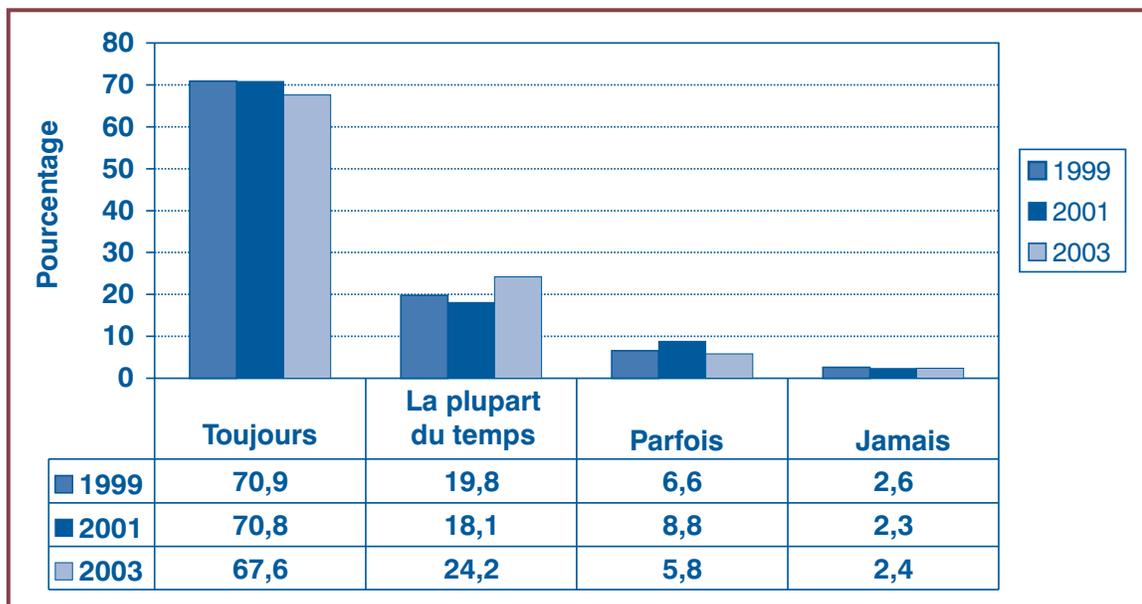
* La somme des pourcentages ne donne pas 100 % en raison du grand nombre de valeurs manquantes. On n'a pas bien répondu à cette question en 1999.

† En 2001 et 2003, les jeunes pouvaient déclarer plus d'une drogue. Par conséquent, la somme des pourcentages pourrait dépasser 100 %.

Nous avons demandé aux répondants d'indiquer à quelle fréquence ils avaient utilisé des seringues et d'autre matériel d'injection propres au cours des trois mois précédents. Comme le montre la figure 34, environ le tiers (30 %) des UDI ont déclaré ne pas avoir utilisé systématiquement des seringues ou du matériel d'injection propres durant cette période.

En 2003, on a demandé aux jeunes de la rue s'ils avaient déjà emprunté du matériel d'injection d'une autre personne; 31 % des utilisateurs de drogues par injection ont déclaré l'avoir effectivement déjà fait.

Figure 34. Utilisation de seringues ou d'autre matériel d'injection propres au cours des trois mois précédents



2.11.2 Utilisation de drogues autrement que par injection

Un pourcentage élevé de jeunes de la rue ont déclaré utiliser des drogues autrement que par injection. Les taux variaient entre 79 % en 1999 et 73 % en 2003 (figure 35). Parmi ces drogues, celles qui avaient été le plus couramment utilisées au cours des trois mois précédents étaient la marijuana, le crack et d'autres formes de cocaïne, la méthamphétamine en cristaux (« crystal meth ») et l'« ecstasy » (tableau 6).

Figure 35. Utilisation de drogues autrement que par injection chez les jeunes de la rue

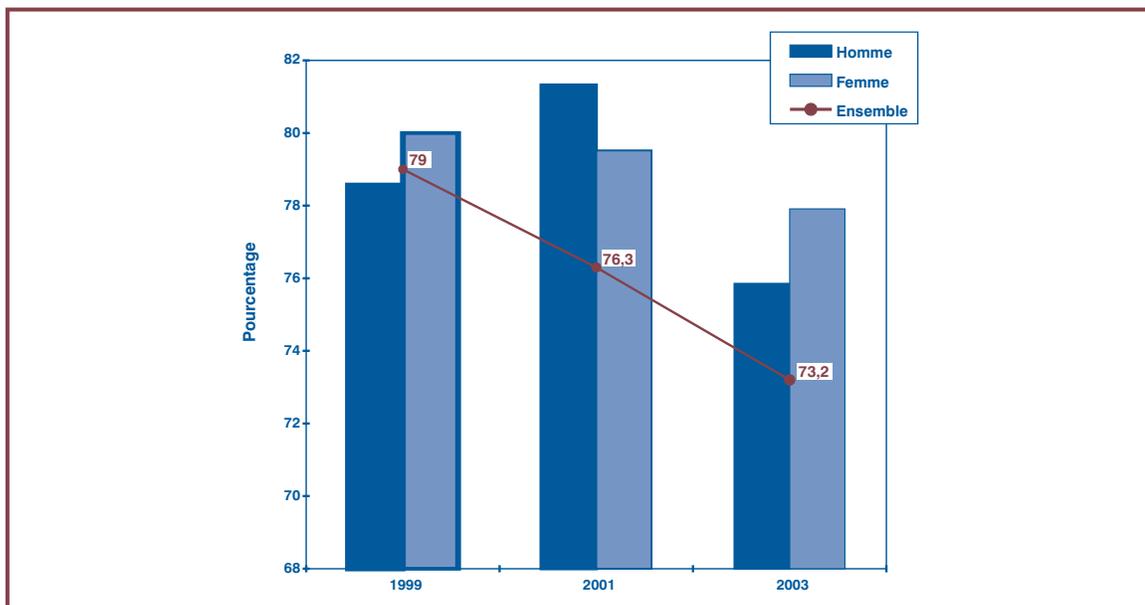


Tableau 6. Drogues les plus couramment utilisées autrement que par injection au cours des trois mois précédents

Drogue	1999*	2001†	2003
	Pourcentage		
Marijuana	66,6	81,8	78,3
Cocaïne	2,2	1,6	5,1
Crack	1,5	3,0	5,8
Ecstasy	1,2	3,8	5,1
Méthamphétamine en cristaux	2,3	3,7	6,6
LSD	2,8	0,0	2,3
Hachisch	1,9	0,7	2,2

* La somme des pourcentages ne donne pas 100 % en raison du grand nombre de valeurs manquantes. On n'a pas bien répondu à cette question en 1999.

† En 2001 et 2003, les jeunes pouvaient déclarer plus d'une drogue. Par conséquent, la somme des pourcentages pourrait dépasser 100 %.



3. Incidence sur les interventions

Les constatations dégagées de la SAJR sont d'une importance capitale aux fins des interventions auprès de la population des jeunes de la rue. La majorité des jeunes de la rue ont déclaré avoir quitté le domicile familial en raison de problèmes familiaux, parce qu'ils avaient été chassés du domicile familial ou avaient été victimes de violence. Ces constatations concordent avec celles d'autres études qui indiquent que les adolescents quittent souvent le domicile familial en raison de problèmes familiaux, comme la violence familiale, les conflits familiaux et les différends avec les parents-substituts concernant les comportements des adolescents^{17,25,29-30}.

Une approche intégrée de l'élaboration et de l'exécution de programmes d'intervention à l'intention de la population des jeunes de la rue contribuerait grandement à faciliter l'accès de ces jeunes à l'aide dont ils ont besoin dans différents domaines. Une approche à volets multiples axée sur les grands déterminants de la santé s'impose, car il est peu probable que des interventions de santé publique axées sur un seul aspect s'attaquent aux causes fondamentales des comportements à risque. Par exemple, les jeunes de la rue qui ont été victimes de violence et ont connu des problèmes familiaux pourraient avoir besoin de services de protection et de services de santé mentale, plutôt que de services correctionnels lorsqu'ils ont des démêlés avec le système judiciaire.

Les jeunes qui ne peuvent compter sur l'appui et l'aide de leur famille finissent par se tourner vers des pairs du même âge. Or, chez les jeunes sans abri, les pairs et les relations sociales qui composent ce nouveau réseau de soutien social sont généralement des personnes qui ont elles-mêmes des problèmes. Il en résulte un réseau social de jeunes du même âge qui, bien qu'il permette un soutien mutuel, peut inciter ses nouveaux membres à adopter des comportements et des stratégies de survie à risque. Une étude interculturelle récente auprès des jeunes de la rue a démontré que bien que la participation à des réseaux de jeunes de la rue puisse exposer ces jeunes à des comportements à risque élevé, les réseaux jouent néanmoins un rôle positif sur le plan émotionnel²⁶.

Les programmes de prévention qui déterminent et mettent à profit ces relations sociales positives – y compris les relations avec la famille et les pairs qui ne vivent pas dans la rue – pourraient à la fois préserver des liens importants avec la communauté et l'école et réduire l'affiliation à des réseaux de jeunes de la rue²⁶. Le fait de favoriser l'établissement de relations positives avec les amis à l'école et à la maison peut mener à des solutions d'hébergement autres que le domicile familial tout en maintenant le jeune dans un milieu de vie et un milieu scolaire familiers.

Un pourcentage élevé de jeunes de la rue (plus de 70 % en 2003) ont déclaré avoir eu des contacts avec leurs parents ou parents-substituts au cours des trois mois précédents. Bien que ce ne soit pas le cas pour tous les jeunes de la rue, les liens familiaux sont une force sur laquelle il faut tabler, comme on l'a souligné dans la littérature dans ce domaine. L'élaboration de mesures axées sur la famille qui aident les parents et les frères et sœurs du jeune à maintenir des interactions positives peut être une stratégie d'intervention précoce viable pour les jeunes qui commencent à vivre dans la rue¹⁷. Une intervention efficace, lorsque la famille

ne s'est pas désintégrée au point d'exclure toute possibilité de réunification, peut éventuellement empêcher l'itinérance future³¹, bien qu'il faille mener d'autres études avant de faire des recommandations à cet égard.

L'adolescence est une période où l'on prend des risques; cela fait partie du processus de croissance. Les jeunes sont plus susceptibles d'entretenir plusieurs relations simultanées, des relations monogames de courte durée et un grand nombre de nouveaux partenaires. Tous ces facteurs peuvent accroître le risque de transmission d'ITS³². Les jeunes de la rue sont une population sexuellement active; ils sont plus nombreux que les jeunes qui ne vivent pas dans la rue à déclarer avoir eu des relations sexuelles avant l'âge de 13 ans^{11,33}. Ils sont également plus nombreux à avoir plusieurs partenaires sexuels et à déclarer utiliser un condom sur une base irrégulière.

Il est important de fournir des services appropriés aux jeunes qui vivent dans la rue, de les aider à mettre leur potentiel en valeur et de les encourager à adopter des approches de réduction des préjudices, comme l'utilisation systématique du condom et la réduction du nombre de partenaires sexuels, afin de réduire le risque de contracter ou de transmettre des ITS et des infections transmissibles par le sang. Notre étude révèle que bien que les taux d'ITS soient élevés, la plupart des jeunes de la rue ont déclaré se considérer comme étant à faible risque d'ITS.

Les jeunes de la rue ont dit utiliser des substances comme des cigarettes, de l'alcool et plusieurs drogues. Compte tenu des taux d'utilisation de drogues (par injection ou autrement) chez les jeunes de la rue, il est clair que des mesures doivent être prises pour réduire les taux de toxicomanie et atténuer les répercussions des préjudices sociaux et physiques associés à l'utilisation de ces substances. Des interventions précoces auprès des jeunes de la rue visant à informer ces derniers des risques liés à l'injection de drogues et aux toxicomanies pourraient contribuer à les empêcher de commencer à s'injecter des drogues. Les approches de réduction des préjudices, conjuguées à la facilitation d'un retour à l'école ou d'autres modalités d'apprentissage, doivent également être accessibles aux jeunes de la rue. Il faut en outre collaborer avec le système d'éducation en vue d'identifier les jeunes qui sont à risque de vivre dans la rue et de prendre des mesures de prévention.



4. Conclusions

Depuis son lancement, la *Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada* (SAJR) nous a beaucoup appris sur la population des jeunes de la rue. Les données de surveillance recueillies indiquent qu'il faut adopter une approche multidimensionnelle, intégrant des programmes et des interventions en santé visant à tenir compte des grands déterminants de la santé. Une telle approche pourrait éventuellement améliorer la qualité de vie des jeunes de la rue et réduire les dangers potentiels associés à la vie dans la rue. Il est peu probable que des interventions de santé publique axées sur un seul aspect s'attaquent aux causes fondamentales de ces problèmes.

On a constaté que les jeunes sans abri ont généralement eu une enfance difficile et des conditions de vie instables¹⁷. Un grand nombre de jeunes de la rue ont en commun un passé lourd et complexe, étant issus d'un milieu familial défavorable caractérisé par la violence, la négligence et les conflits. Les jeunes de la rue ont besoin de soins de base et d'un soutien continu pour pouvoir mener une vie productive, s'épanouir et jouer un rôle utile dans leur communauté.

Les jeunes décident de vivre dans la rue pour diverses raisons, dont les plus courantes sont les conditions de vie à la maison. La plupart des jeunes qui ont quitté le domicile familial pour vivre dans la rue estiment que leur famille est responsable de leur départ. Les conflits avec leurs parents et la violence subie sont souvent cités comme raisons du départ du domicile familial^{17,29}. Bien que la vie dans la rue puisse être dangereuse, certains jeunes la considèrent plus sûre que la vie chez leurs parents²⁹.

Il faut effectuer d'autres études sur les conditions de vie de ces jeunes à la maison, de même que sur les facteurs qui ont motivé leur décision de vivre dans la rue. Un grand nombre de jeunes sans abri ont mentionné qu'ils n'avaient plus de respect pour leurs parents ou leurs parents-substituts, auxquels ils reprochaient de ne pas leur avoir fourni dûment les soins, le soutien et la protection contre les abus et la violence familiale²⁹. Dans les circonstances, ces jeunes ne peuvent envisager la possibilité de réintégrer le domicile familial³¹. La vie dans la rue peut alors devenir une solution de rechange à un milieu familial et à d'autres milieux de vie intolérables³⁰.

Le présent rapport souligne certaines conclusions nationales qui pourraient inspirer et façonner les programmes de prévention et de lutte dans l'avenir. Cependant, il faut obtenir plus de données pour pouvoir élaborer les meilleurs programmes possibles pour joindre ces jeunes, compte tenu des nombreux problèmes concurrents. Il faut élaborer des programmes de prévention et de lutte qui seront mis en œuvre avant que les jeunes se retrouvent dans la rue ou aient des démêlés avec le système judiciaire.

À l'échelle de la société, nous nous attendons à ce que les institutions sociales clés – notamment la famille, le système d'éducation, le système de justice pénale et le système de santé – contribuent à aider les jeunes et à les protéger contre l'exposition répétée à des risques au cours des différentes étapes de leur jeunesse et des premières années de leur vie adulte³⁴. Comme les conclusions de la présente étude et d'autres études l'ont démontré, la

plupart des jeunes de la rue sont d'avis que ces systèmes ne leur offrent pas actuellement cette aide et cette protection.

La SAJR visait à contribuer aux études courantes sur les jeunes de la rue en fournissant une analyse plus détaillée de leurs caractéristiques socio-démographiques, de leurs interactions avec les services sociaux et le système judiciaire, de leurs habitudes de consommation de substances, notamment l'injection de drogues, de leurs comportements sexuels, comme leurs relations avec leurs partenaires sexuels et l'utilisation de condoms, et d'autres déterminants du risque. Il est à espérer que nos conclusions contribueront également à prévenir et à combattre les facteurs de risque liés à l'itinérance, de même que les facteurs de risque sous-jacents, dans la population des jeunes de la rue.



5. Bibliographie

1. Frankish CJ, Hwang SW, Quantz D. *Homelessness and Health in Canada: Research lessons and priorities*. Can J Public Health. 2005; s23-29.
2. Roy E, Haley N, Leclerc P, et al. *Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth*. Int J STD AIDS. 2000; 11 : 241-247.
3. Weber AE, Boivin J, Blaise L, et al. *HIV Risk Profile and Prostitution Among Female Street Youth*. J Urban Health. 2002; 79(4) : 525-535.
4. DeMatteo D, Major C, Block B, Coates R, Fearon M, Goldberg E, et al. *Toronto street youth and HIV/AIDS: prevalence, demographics, and risks*. J Adolesc Health. 1999; 25(5): 358-366.
5. Noell J, Rohde P, Ochs L, et al. *Incidence and Prevalence of Chlamydia, Herpes, and Viral Hepatitis in a Homeless Adolescent Population*. ex Transm Dis. 2001; 28(1) : 4-10.
6. US Department of Health and Human Services. *Sexual behavior among high school students – United States, 1990*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1992; 40(51) : 885-888.
7. CBC News. The fifth estate. No Way Home. 2004. Available from: http://www.cbc.ca/fifth/main_nowayhome_who.html.
8. King, A, Beazley, R, Warren, W, et al. *Canada Youth & AIDS Study*. 1989. Kingston, Université Queen's.
9. Radford JL, King A, Warren WK. *Street Youth and AIDS*. 1989. Kingston, Université Queen's.
10. Santé Canada. *Horizons – Three young Canadians' alcohol and other drug use: Increasing our understanding*. Hewitt D, Vinje G, MacNeil P, éditeurs; 2005. n° de cat. H39-307/3-1996E.
11. 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*. Sex Transm Dis. 2001; 28(8) : 437-443.
12. Greene JM, Ennett S, et al. *Prevalence and Correlates of Survival Sex among Runaway and Homeless Youth*. Am J Public Health. 1999; 89(9) : 1406-1409.
13. Haley N, Roy E, Leclerc P, et al. *HIV risk profile of male street youth involved in survival sex*. Sex Transm Infect. 2004; 80 : 526-530.
14. 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.

15. Roy E, Boivin JF, Haley N, Lemire N. *Mortality among street youth*. Lancet. 1998; 352 : 32.
16. Begin P, Casavant L, Chenier NM, Dupuis J. *Homelessness*. Parliamentary Research Branch, Library of Parliament; 1999.
17. Milburn NG, et al. *Predictors of close family relationships over one year among homeless young people*. J Adolesc. 2005; 28 : 263-275.
18. Kidd SA, Kral MJ. *Suicide and prostitution among street youth: a qualitative analysis*. Adolescence. 2002; 37(146) : 411-430.
19. Weber AE, Boivin J, Blaise L, et al. *HIV Risk Profile and Prostitution Among Female Street Youth*. J Urban Health. 2002; 79(4) : 525-535.
20. Raffaelli M, Koller SH. *Future expectations of Brazilian street youth*. J Adolesc. 2005; 28 : 249-262.
21. Clatts MC, Davis WR, Sotheran JL, Atillasoy A. *Correlates and distribution of HIV risk behaviours among homeless youths in New York City*. Child Welfare. 1998; 77(2) : 195-207.
22. Agence de santé publique du Canada. *Toxicomanie chez les jeunes de la rue au Canada*. Ottawa; 2006.
23. Agence de santé publique du Canada. *Infections transmises sexuellement chez les jeunes de la rue au Canada*. Ottawa; 2006.
24. Agence de santé publique du Canada. *Hépatite C et consommation de drogues injectables chez les jeunes de la rue au Canada*. Ottawa; 2006.
25. Provincial and Territorial Ministers of Health. *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*. 1999; p. 71-90.
26. Johnson KD, Whitbeck LB, Hoyt DR. *Predictors of Social Network Composition among Homeless and Runaway Adolescents*. J Adolesc. 2005; 28(2): 231-248.
27. Agence de santé publique du Canada. *2002 Canadian Sexually Transmitted Infections Surveillance Report*. CCDR. 2005; 31 : S2.
28. Santé Canada. I-Track. *Enhanced Surveillance of Risk Behaviours among Injecting Drug Users in Canada*. Pilot Survey Report. Ottawa; 2004.
29. Mallet S, Roseenthal D, Keys D. *Young People, Drug Use and Family Conflict: Pathways into homelessness*. J Adolesc. 2005; 28(2) : 185-199.
30. Robert M, Pauze R, Fournier L. *Factors Associated With Homelessness of Adolescents Under Supervision of the Youth Protection System*. J Adolesc. 2005; 28(2) : 215-230.
31. Slesnick N, Prestopnik J. *Ecologically Based Family Therapy Outcome With Substance Abusing Runaway Adolescents*. J Adolesc. 2005; 28(2) : 277-298.
32. Robinson AJ, Rogstad K. *Adolescence: A time of risk taking*. Editorial. Sex Transm Infect. 2002; 78 : 314-315.
33. Johnson TP, Aschkenasy JR, Herbers MR, et al. *Self-reported risk factors for AIDS among homeless youth*. AIDS Educ Prev. 1996; 8(4) : 308-322.

34. Clatts MC, Goldsamt L, Yi H, et al. *Homelessness and Drug Abuse Among Young Men Who Have Sex With Men in New York City: A preliminary epidemiological trajectory*. J Adolesc. 2005; 28(2) : 201-214.
35. Landis J, Koch GC. *The measurement of observer agreement for categorical data*. Biometrics. 1977; 33 : 159-174.
36. Roy E, Haley N, Lemire N, et al. *Hepatitis B virus infection among street youths in Montreal*. Can Med Assoc J. 1999; 161(6) : 689-693.
37. Strathdee SA. *Needle exchange is not enough: Lessons from the Vancouver injecting drug use study*. Patrick DM, Currie SL, Cornelisse PG, Rekart ML, Montaner JS, et al, éditeurs. AIDS. 1997; 11(8) : F59-F65.
38. Faugier J, Sargeant M. *Sampling hard to reach populations*. J Adv Nurs. 1997; 26(4) : 790-797.

ANNEXE

Méthodologie

Plan et recrutement

Un projet-pilote lancé en octobre 1998 (phase I) a examiné la faisabilité d'une étude sur la population des jeunes de la rue. Les données recueillies dans le cadre de cette phase ont été utilisées pour valider les réponses à des questions dont le libellé était semblable. La validité des réponses a été vérifiée au moyen du calcul des statistiques de Kappa. L'interprétation a fait état d'une concordance modérée, selon la définition de Landis et Koch³⁵. Des questions additionnelles, inspirées des questionnaires utilisés par Roy et coll.³⁶ et la Vancouver Injection Drug Use Study (VIDUS)³⁷, ont été vérifiées et validées auprès de populations semblables. Des universités ou des comités d'éthique de la recherche d'hôpitaux locaux dans chacune des villes où l'étude a été menée ont examiné le plan et le questionnaire de l'étude. Le consentement éclairé de chaque jeune a été obtenu préalablement à sa participation à l'étude.

Des données ont ensuite été recueillies dans plusieurs grandes villes 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). Les phases II et IV comprenaient Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, Toronto, Ottawa et Halifax. Vancouver n'a pu participer à la phase III pour des raisons logistiques. Les villes qui avaient participé à une phase antérieure de la collecte de données ont été invitées à participer aux phases suivantes. On a utilisé les mêmes méthodes de recrutement, critères d'inclusion et méthodes de laboratoire pour toutes les phases.

Au début de chaque phase de collecte de données, on a modifié le questionnaire pour tenir compte des renseignements nouveaux, obtenus durant la phase précédente. Cependant, les questions de base sont restées inchangées, ce qui a permis d'effectuer des analyses des tendances temporelles concernant la prévalence des maladies, de même que les principaux facteurs de risque.

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 ayant été annoncée verbalement aux participants potentiels, aucune base de sondage géographique particulière ou processus d'aiguillage direct n'ayant été utilisés. Cette technique s'est révélée efficace dans le cas de populations difficiles à joindre comme les jeunes de la rue³⁸.

Les critères d'inclusion englobaient les différentes définitions de « jeune de la rue » adaptées de la littérature. Les répondants devaient :

- avoir entre 15 et 24 ans inclusivement (c.-à-d. participer le jour de leur 15^e anniversaire ou après et le jour de leur 25^e anniversaire ou avant),
- pouvoir s'exprimer en français ou en anglais (les deux langues officielles du Canada), et
- ne pas être intoxiqués (drogues et/ou alcool);

ET devaient, au cours des six mois précédents :

- avoir été absents du domicile familial durant au moins trois nuits consécutives, OU
- s'être enfuis de chez eux ou d'un autre logement durant trois jours ou plus, OU

- avoir été chassés de chez eux durant trois jours ou plus, OU
- avoir été sans adresse fixe durant trois jours ou plus.

En créant cette définition, notre objectif était de tenir compte de la durée de la période passée dans la rue, étant donné que cette variable est généralement un indicateur de la fréquence et des types de comportements à risque⁴.

Les participants ont été recrutés par l'intermédiaire de haltes-accueil (au moins deux centres par ville), de services d'approche et de fourgonnettes mobiles. Les haltes-accueil ont fourni des services médicaux et des services de counselling et d'aiguillage aux jeunes gratuitement et dans un environnement permettant de discuter en toute confidentialité. Des infirmières itinérantes ont arpenté les quartiers où les jeunes de la rue se rassemblaient, recrutant durant le jour et la nuit. Des fourgonnettes mobiles ont été utilisées pour distribuer gratuitement des condoms, des seringues propres et des aliments chauds. Des infirmières expérimentées dans l'intervention auprès des jeunes de la rue ont reçu une formation visant à assurer l'utilisation de la même méthode de recrutement dans tous les quartiers. La formation normalisée, fournie dans le cadre de téléconférences auxquelles participaient toutes les infirmières avant et durant la période de l'étude, a permis de veiller à ce que les méthodes de recrutement et l'administration du questionnaire soient uniformes. Un bon alimentaire a été donné à chaque jeune pour sa participation à l'étude. Les jeunes ne pouvaient participer à l'étude qu'une seule fois au cours de chacune des années de collecte des données.

Des études antérieures sur les jeunes de la rue avaient révélé que les interventions visant à prévenir les ITS et les infections transmissibles par le sang dans cette population ne sont pas optimales si seules les données liées aux comportements sexuels à risque sont prises en compte. Par conséquent, d'autres données socio-démographiques ont été recueillies, dont l'origine ethnique, les conditions de vie actuelles, les interactions avec les parents ou parents-substituts, les sources de revenus, la consommation de drogues et d'alcool, la santé mentale, les antécédents d'ITS et d'infections transmissibles par le sang, les relations et les partenaires sexuels, et les activités sexuelles non désirées.

Les réponses concernant l'origine ethnique n'ont pas été « suggérées » aux participants, qui ont pu, en l'occurrence, indiquer plusieurs origines ethniques. La définition d'« Autochtone autodéclaré » a été élaborée à partir de ces réponses. Les jeunes de la rue qui se sont identifiés comme Autochtones comprenaient ceux qui se sont identifiés comme étant exclusivement ou partiellement autochtones, y compris les membres des Premières nations, les Métis, les Inuits et/ou les membres d'un peuple autochtone particulier.

Les données ont été recueillies au moyen 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. Il fallait environ une heure pour remplir ce questionnaire. Le répondant pouvait se retirer de l'étude en tout temps durant l'administration du questionnaire. Toutes les données recueillies ont été gardées confidentielles.

En plus de répondre au questionnaire, les jeunes ont fourni, sur une base facultative, un échantillon d'urine et de sang. Durant toutes les années de l'étude, on a analysé des échantillons de sang en vue de déceler la présence du virus de l'hépatite B et C et du VIH; on a effectué des tests de détection du virus T-lymphotrope humain (HTLV), de la syphilis et du virus *Herpes simplex* types 1 et 2 dans le cadre des phases III et IV seulement. On a analysé

des échantillons d'urine en vue du dépistage de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoea*. Les tests de dépistage de la chlamydie, de la gonorrhée, de l'hépatite B et de la syphilis ont été effectués dans des laboratoires locaux. Les tests de dépistage des autres pathogènes ont été effectués dans des laboratoires fédéraux à Ottawa.

Les jeunes qui n'ont pas fourni d'échantillons biologiques ont néanmoins été inclus dans l'étude, sous réserve du consentement à répondre au questionnaire. Si le jeune voulait seulement subir un test de détection d'une ITS ou d'une infection transmissible par le sang, il était aiguillé vers les services de santé de la halte-accueil ou une clinique médicale locale. Les résultats des tests ont été reliés aux questionnaires selon une formule non nominative, au moyen de codes. Les jeunes qui ont accepté de subir des tests ont été fortement encouragés à se présenter à la halte-accueil ou à la fourgonnette mobile pour obtenir les résultats de leurs tests de dépistage de la chlamydie, de la gonorrhée, de la syphilis infectieuse et de l'hépatite B. En ce qui concerne le VIH, le virus de l'hépatite C et le HTLV, il a été recommandé aux jeunes présentant des facteurs de risque de s'adresser à une clinique ou d'autres lieux de tests pour obtenir des services de counselling, des tests, de même que les résultats des tests.

Au besoin, un deuxième questionnaire concernant les questions liées aux obstacles à la notification aux partenaires a été administré, à titre de suivi, dans le cas des jeunes ayant obtenu des résultats positifs pour les ITS et les pathogènes transmissibles par le sang aux analyses d'urine ou de sang.

Les jeunes qui ont obtenu des résultats positifs pour la chlamydie, la gonorrhée ou la syphilis infectieuse ont reçu des services de counselling et de traitement gratuitement. Les jeunes qui n'avaient aucune immunité, naturelle ou induite par la vaccination, contre l'hépatite B ont été adressés à des services de vaccination contre cette maladie. Tous les traitements et services d'aiguillage ont été fournis conformément aux normes professionnelles et aux lignes directrices provinciales en matière de santé publique. La notification aux partenaires a été effectuée conformément aux lignes directrices en matière de santé publique.

Tests en laboratoire

Les échantillons d'urine ont été transportés et conservés dans une glacière maintenue à -4 °C jusqu'à ce qu'ils soient analysés par un laboratoire central dans chacune des sept villes. Le test PCR Amplicor de Roche a été utilisé conformément aux instructions du fabricant pour détecter *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*. Pour éviter toute contamination, on a séparé physiquement les aires utilisées avant et après l'exécution du test PCR dans le laboratoire et assuré un déroulement unidirectionnel des opérations. On a utilisé des pipettes et d'autres fournitures spécifiquement réservées à ces tests et on a procédé à de fréquents changements de gants afin d'éviter toute contamination croisée. Dans le cadre de l'assurance de la qualité, chaque test PCR effectué comprenait des témoins positifs et négatifs.

On a analysé les échantillons de sang aux fins du dépistage du virus de l'hépatite B et de la syphilis dans des laboratoires locaux, tandis que le sérum restant a été conservé pour expédition au Laboratoire national du VIH et de rétrovirologie à Ottawa. Les tests sérologiques ont été effectués à Ottawa pour le dépistage du virus de l'hépatite C, du virus *Herpes simplex* types 1 et 2, du VIH et du HTLV. Tous les tests ont été effectués au moyen de la technique ELISA.

Un échantillon d'urine recueilli en début de jet (10-20 mL) a été fourni par les jeunes aux fins des tests de dépistage de la chlamydie et de la gonorrhée. Le test PCR Amplicor de Roche a été utilisé pour détecter *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*. Le test PCR utilisé

pour détecter *Chlamydia trachomatis* dans l'urine a une sensibilité de > 90 % et une spécificité de > 99 %. 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 EIA; 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).

Analyse statistique

Les données des phases II et III ont été entrées dans une base de données créée au moyen de Microsoft Access 97 (Microsoft Corporation, Redmond, WA). Quant aux données de la phase IV, elles ont été entrées dans une base de données Oracle adaptée aux besoins de l'étude. Les analyses statistiques ont été réalisées au moyen des v6.02 et v8e du système SAS en environnement Windows (SAS Institute, Carey, NC).

Les tests d'association utilisés étaient le test du chi carré ou la méthode exacte de Fisher pour les variables discrètes, le test Kruskal-Wallis pour les variables continues qui n'étaient pas distribuées normalement, et le test t pour les variables continues distribuées normalement. Une valeur p bilatérale < 0,05 a été considérée comme statistiquement significative à des fins d'analyse à une variable.

Les pourcentages présentés pour chaque variable dans le questionnaire sont basés sur le nombre de jeunes qui ont répondu à la question ou sur le nombre de jeunes qui ont fourni des échantillons de sang ou d'urine. Pour les besoins de ce rapport, les plus jeunes parmi les jeunes sont ceux de 15 à 19 ans, tandis que les plus âgés sont ceux de 20 à 24 ans.

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 une analyse à une variable au moyen du test du chi carré portant sur l'hétérogénéité ou de la méthode exacte de Fisher pour les variables discrètes, du test Kruskal-Wallis pour les variables continues qui n'étaient pas distribuées normalement, et du test t pour les variables continues distribuées normalement. 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.

Limites

La SAJR présente plusieurs limites, qui devraient 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 grandes villes au Canada. Nous considérons cet aspect à la fois comme une force et une faiblesse. Sa force réside dans le fait qu'il renseigne sur la présence des jeunes de la rue dans les villes où ils se retrouvent généralement, de même que sur les difficultés auxquelles ils font face. Sa faiblesse est que les résultats ne s'appliquent pas nécessairement à d'autres régions 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 ayant été annoncée verbalement aux participants potentiels, aucune base de sondage géographique particulière ou processus d'aiguillage direct n'ayant été utilisés. 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 données autodéclarées. 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 réprouvés socialement, comme avoir des relations sexuelles non protégées, s'adonner au commerce du sexe et s'injecter des drogues et, par conséquent, ces comportements ont peut-être été sous-déclarés.