

**Direction de santé publique**

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Surveillance des ITSS et de comportements  
associés auprès des jeunes de la rue de  
Montréal**



**GARDER**  
*notre monde*  
**ENSANTÉ**

Québec 





**Direction de santé publique**

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Surveillance des ITSS et de comportements  
associés auprès des jeunes de la rue de  
Montréal**

*Pascale Leclerc*

*Serge Gallant*

*Carole Morissette*

*Élise Roy*

2013

**Une réalisation du :**

Secteur Vigie et protection  
Direction de santé publique de  
l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal  
1301, rue Sherbrooke est  
Montréal (Québec) H2L 1M3  
Téléphone : 514-528-2400  
www.dsp.santemontreal.qc.ca

**En collaboration avec :**

Agence de la santé publique du Canada  
Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance  
Clinique des jeunes de la rue  
Équipe des Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP)

**Chercheure principale**

---

Pascale Leclerc Direction de santé publique de l'Agence de la santé et  
des services sociaux de Montréal

**Co-chercheurs**

---

Carole Morissette Direction de santé publique de l'Agence de la santé et  
des services sociaux de Montréal  
Élise Roy Direction de santé publique de l'Agence de la santé et  
des services sociaux de Montréal  
Université de Sherbrooke  
Lily Fang Agence de la santé publique du Canada

**Coordonnateur de recherche**

---

Serge Gallant Direction de santé publique de l'Agence de la santé et  
des services sociaux de Montréal

**Infirmières et infirmier de recherche**

---

Chana Wittenberg Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance  
Sébastien Payan Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance  
Martine L'Heureux Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance

## **Mise en page**

---

Guylaine Brunet

Direction de santé publique de l'Agence de la  
santé et des services sociaux de Montréal

## **Laboratoires de microbiologie**

---

Centre hospitalier de l'Université de Montréal  
(laboratoire de l'Hôpital Saint-Luc)

Montréal, QC

Laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie

Ottawa, ON

## **Organismes communautaires ayant aidé au recrutement**

---

L'Auberge communautaire du Sud-Ouest

La Maison Tangente

Centre de jour Chez Pops

Passages

En Marge 12-17

Le Refuge de jeunes de Montréal

Ketch Café/Dîner- St-Louis

## **Remerciements**

---

Nous voudrions remercier tous les jeunes qui ont accepté de participer à ce projet. Nous voudrions également remercier Émilie Maurais, Claude Tremblay, Alexandru Traicu, Gilles Lambert et Michèle Tremblay pour leur aide dans différents aspects du projet.

*Cette étude a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada.*

© Direction de santé publique de  
l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2013)  
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-260-9 (version imprimée)

ISBN 978-2-89673-261-6 (version PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2013

Prix : 8 \$



## Mot du directeur

Les jeunes de la rue constituent une population vulnérable à de nombreux points de vue. Afin d'ajuster la prévention aux nouvelles réalités et de leur offrir les services de santé dont ils ont besoin, il est essentiel de suivre l'évolution de leur situation, ce que permettent de faire des études de surveillance comme celle présentée ici.

Les données recueillies auprès des jeunes de la rue de Montréal en 2011-2012, présentées dans ce rapport, montrent clairement leur vulnérabilité face aux ITSS. Leurs besoins sont grands en lien avec ces infections, que l'on parle d'accès à des moyens de prévention, de dépistage ou de traitement. Et la réponse à ces besoins requiert la contribution de nombreux partenaires, tant dans le milieu communautaire que dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Chez les jeunes de la rue comme dans les autres populations vulnérables, la prévention des ITSS doit tenir compte de la complexité de la prise de risque, que ce soit au plan de la sexualité ou dans la consommation de drogues; elle doit également tenir compte de la détresse psychologique vécue par plusieurs jeunes et de leurs conditions de vie précaires. Cela soulève l'importance d'une approche adaptée, déjà implantée par de nombreux organismes qui interviennent auprès de ces jeunes.

Les données présentées ici devraient permettre aux différents acteurs concernés de mieux connaître l'évolution de la situation des jeunes de la rue, leur permettant ainsi d'ajuster leurs services afin de prévenir la transmission des ITSS et, ultimement, d'améliorer la santé de ces jeunes.

Le directeur de santé publique,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Richard Massé', written in a cursive style.

Richard Massé, M.D.



## Résumé et faits saillants

Des études de cohorte menées à Montréal de 1995 à 1997 et de 2001 à 2004 ont montré des taux de prévalence élevés d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes de la rue. De plus, ces cohortes ont établi que plusieurs de ces jeunes ont des comportements qui sont associés à l'acquisition et à la transmission des ITSS.

L'Agence de la santé publique du Canada est responsable du réseau E-SYS (*Enhanced street-youth surveillance*), un programme de surveillance de seconde génération des ITSS parmi les jeunes de la rue canadiens. Les objectifs de ce réseau sont d'estimer la prévalence des ITSS parmi les jeunes de la rue au Canada, ainsi que la prévalence des comportements qui les mettent à risque de devenir infectés. En 2011-2012, Montréal a participé à ce réseau pour la première fois.

Des jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui étaient en mesure de donner un consentement éclairé ont été recrutés pour participer à l'étude. Ils devaient satisfaire à l'un des critères suivants pour la période de six mois qui précédait la journée où ils ont été recrutés : 1) s'être enfui de leur maison ou de leur place de résidence pour trois jours consécutifs ou plus; 2) avoir été jeté dehors de leur maison ou de leur place de résidence pour trois jours consécutifs ou plus, ou; 3) ne pas avoir eu d'adresse fixe pour trois jours consécutifs ou plus.

Toutes les entrevues ont eu lieu à la Clinique des jeunes de la rue située au CLSC des Faubourgs du CSSS Jeanne-Mance, dans le centre-ville de Montréal. Le recrutement des participants a été fait avec l'aide du personnel de la clinique, sur place et lors de leur travail dans les organismes communautaires dédiés aux jeunes de la rue. De plus, des cartes et affiches ont été laissées dans les principaux organismes communautaires visant ces jeunes pour promouvoir le projet et faciliter le recrutement. Les personnes éligibles ont répondu à un questionnaire avec l'aide d'une infirmière de recherche et ont fourni des échantillons de sang et d'urine.

En tout, 182 participants ont été retenus pour les analyses. Plus d'un quart (30 %) d'entre eux étaient des filles. Ils étaient âgés, en moyenne, de 20,9 ans, avec cinq participants âgés de moins de 18 ans. Dans les trois mois précédant leur entrevue, seulement le tiers des participants ont indiqué avoir dormi le plus souvent dans leur propre appartement ou chez leurs parents. De plus, presque un sur deux a mentionné dormir dans un refuge lors de son entrevue. Parmi les participantes, 37 % ont déjà été enceintes au moins une fois au cours de leur vie.

Presque tous les participants (96 %) ont consommé au moins une fois de la drogue au cours de leur vie et 24 % s'en sont injecté au moins une fois au cours de leur vie. Parmi les personnes s'étant déjà injectées, 36 % ont déjà utilisé des aiguilles ou seringues qui auraient pu avoir déjà été utilisées par quelqu'un d'autre. De plus, parmi l'ensemble des personnes qui ont consommé des drogues, 47 % ont dit avoir fait une surdose. Une

forte proportion de jeunes (43 %) ont aussi mentionné qu'ils ont déjà fait une tentative de suicide, la majorité de ces personnes (61 %) en ayant fait plus d'une.

Deux personnes (1,1 %) ont été trouvées infectées par le VIH, 6,3 % avaient des anticorps détectables contre l'hépatite C, 6,2 % ont été trouvées positives pour la chlamydie génitale, 1,1 % étaient positives pour une infection gonococcique et 1,7 % avaient un résultat positif pour la syphilis. De plus, pour un tiers des participants, il n'est pas possible de déterminer si le niveau de protection est adéquat pour prévenir une infection contre l'hépatite B.

Comparativement aux cohortes précédentes, la prévalence de l'hépatite C semble avoir diminué. Cette diminution pourrait refléter principalement la diminution de l'injection depuis ces deux études. En effet, dans notre étude, 24 % des jeunes se sont déjà injectés mais dans la dernière cohorte, 46 % s'étaient déjà injecté de la drogue.

Les données de notre étude montrent la vulnérabilité des jeunes de la rue, face aux ITSS et dans de nombreuses autres sphères de leur vie. Mieux connaître l'évolution de l'état de santé des jeunes de la rue et les tendances dans leurs comportements à risque, notamment en lien avec la consommation de drogues, devrait permettre d'adapter les services à leurs besoins en tenant compte des modifications dans les comportements.

## Tables des matières

1.	Introduction.....	1
1.1	Description du réseau canadien E-SYS .....	1
1.2	Sources de données sur les ITSS chez les jeunes de la rue de Montréal .....	1
2.	Méthodologie .....	3
2.1	Objectifs.....	3
2.2	Critères de sélection .....	3
2.3	Description des entrevues.....	3
2.4	Recrutement et promotion de l'étude .....	3
2.5	Nature de la participation .....	4
2.6	Analyses de laboratoire .....	5
2.7	Analyses statistiques .....	5
3.	Résultats .....	7
3.1	Recrutement.....	7
3.2	Données sociodémographiques .....	7
3.3	Autoévaluation de la santé mentale et physique et utilisation des services de santé .....	10
3.4	Services utilisés pendant l'année précédant l'entrevue .....	12
3.5	Détresse psychologique, pensées suicidaires et tentatives de suicide .....	13
3.6	Consommation d'alcool, de tabac et de drogue .....	15
3.7	Orientation sexuelle et comportements sexuels .....	24
3.8	Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) .....	30
4.	Discussion .....	37
5.	Conclusion .....	43
6.	Références.....	45
	Annexe A :.....	47
	Annexe B :.....	49



## Liste des tableaux

Tableau 1 :	Répartition des participants selon l'âge .....	8
Tableau 2 :	Répartition des répondants selon le dernier niveau de scolarité complété.....	8
Tableau 3 :	Sources de revenu et source primaire de revenu des participants au cours des trois derniers mois avant leur entrevue.....	9
Tableau 4 :	Endroit où les jeunes ont dormi le plus souvent dans les 3 mois précédant leur entrevue, et où ils dormaient lors de leur entrevue .....	10
Tableau 5 :	Autoévaluation de la santé physique et mentale actuelle .....	11
Tableau 6 :	Lieux où le jeune irait pour discuter de ses problèmes de santé physique ou mentale .....	11
Tableau 7 :	Obstacles qui empêchent l'accès aux services de santé .....	12
Tableau 8 :	Services utilisés durant la dernière année avant leur entrevue.....	13
Tableau 9 :	Tableau croisé de l'évaluation personnelle de l'état de santé mentale et du score obtenu à l'échelle Kessler .....	14
Tableau 10 :	Méthodes utilisées pour la dernière tentative de suicide .....	15
Tableau 11 :	Données sur la consommation d'alcool et la consommation « en brosse » au cours des 12 dernier mois avant leur entrevue .....	16
Tableau 12 :	Pourcentage des participants ayant consommé diverses drogues autrement que par injection parmi tous ceux qui en ont consommé au moins une au cours de leur vie .....	17
Tableau 13 :	Drogue la plus souvent consommée autrement que par injection dans les 12 derniers mois avant leur entrevue ou au cours de leur vie .....	18
Tableau 14 :	Fréquence de consommation de drogues non injectées dans le mois précédant leur entrevue parmi les jeunes ayant consommé au moins une drogue au cours de leur vie .....	18
Tableau 15 :	Fréquence du partage de matériel de consommation de drogue non injectable dans les trois mois précédant leur entrevue parmi ceux qui ont consommé de la drogue durant cette période .....	19
Tableau 16 :	Drogues consommées par injection au cours des 12 mois précédant leur entrevue et au cours de leur vie parmi les participants qui se sont déjà injectés au moins une fois au cours de leur vie .....	20
Tableau 17 :	Drogue injectée le plus souvent, pendant les 12 derniers mois avant leur entrevue et à vie.....	21
Tableau 18 :	Fréquence d'injection dans le dernier mois avant l'entrevue parmi les participants qui se sont injectés au moins une fois au cours de leur vie .....	21
Tableau 19 :	Personne avec qui le partage de seringue a été fait le plus souvent .....	22
Tableau 20 :	Orientation sexuelle des participants selon leur sexe .....	24
Tableau 21 :	Répartition des répondants selon le sexe des participants et le sexe de leurs partenaires sexuels (au cours de leur vie) parmi les participants ayant déjà eu des relations sexuelles.....	25

Tableau 22 :	Parmi les hommes qui ont déjà eu des relations sexuelles, nombre de partenaires sexuels masculins dans les derniers 3 mois avant leur entrevue et au cours de leur vie.....	25
Tableau 23 :	Parmi les hommes qui ont déjà eu des relations sexuelles, nombre de partenaires sexuelles féminines dans les derniers 3 mois et au cours de leur vie .....	26
Tableau 24 :	Parmi les femmes qui ont déjà eu des relations sexuelles, nombre de partenaires sexuels masculins dans les derniers 3 mois avant leur entrevue et au cours de leur vie .....	26
Tableau 25 :	Parmi les femmes qui ont déjà eu des relations sexuelles, nombre de partenaires sexuelles féminines dans les derniers 3 mois et au cours de leur vie .....	27
Tableau 26 :	Raisons données pour ne pas avoir utilisé de condom lors de la dernière relation sexuelle, par type de relation (orale, vaginale ou orale) .....	28
Tableau 27 :	Pourcentage de participants qui ont déjà été dépistés pour une ITSS au moins une fois au cours de leur vie .....	30
Tableau 28 :	Période du dernier test parmi ceux ayant déjà été dépistés pour le VIH et le VHC .....	31
Tableau 29 :	Prévalence de la chlamydie génitale, de l'infection gonococcique et de la syphilis parmi les participants qui ont donné un échantillon d'urine ou de sang, et en tenant compte de la prise d'antibiotiques dans le mois précédant leur entrevue.....	33
Tableau 30 :	Prévalence du HLTV, du HSV-1 et du HSV-2 parmi les participants qui ont donné un échantillon de sang .....	34
Tableau 31 :	Autoévaluation du risque d'attraper une ITSS parmi ceux qui sont infectés par une ITSS et ceux qui ne le sont pas .....	34

## Liste des figures

- Figure 1 : Nombre de surdoses accidentelles dans la dernière année parmi ceux qui en ont eu au moins une.....23
- Figure 2 : Répartition des femmes selon qu'elles aient ou non déjà été enceintes et distribution de l'issue de la dernière grossesse de celles qui l'ont déjà été ...29



## **1. Introduction**

### **1.1 Description du réseau canadien E-SYS**

En 1998, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a mis en place le réseau E-SYS (*Enhanced street-youth surveillance*), un programme de surveillance de seconde génération des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) parmi les jeunes de la rue canadiens. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la surveillance de seconde génération vise à caractériser le fardeau du VIH parmi les populations les plus à risque d'être infectées en réalisant des études transversales à intervalle régulier et de manière systématique. Grâce à des prélèvements biologiques et à des questionnaires, les données recueillies permettent de déterminer la prévalence du VIH et d'autres ITSS et de comportements qui peuvent mettre la personne à risque de devenir infectée. Ces informations peuvent ensuite être utilisées pour créer des nouveaux programmes de prévention en ITSS ou pour améliorer les programmes existants (1).

Le premier cycle du projet E-SYS a été mené dans trois villes, soit Vancouver, Ottawa et Halifax. Depuis, cinq autres cycles ont eu lieu. Pour ce sixième cycle, les villes qui ont participé sont : Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, Toronto, Ottawa, Halifax et, pour la première fois, Montréal.

### **1.2 Sources de données sur les ITSS chez les jeunes de la rue de Montréal**

Deux études de cohortes auprès des jeunes de la rue ont déjà été réalisées à Montréal. Entre 1995 et 2006, ces cohortes ont démontré que les jeunes de la rue avaient des taux très élevés d'infection par le VIH et par le virus de l'hépatite C (VHC). De plus, ces cohortes ont démontré que de nombreux jeunes de la rue avaient des comportements qui les mettaient à risque de devenir infectés par une ITSS.

Dans la deuxième cohorte, réalisée entre 2001 et 2006 auprès de jeunes de la rue de 14 à 23 ans, la prévalence du VIH à l'entrée dans l'étude était de 0,9 % (2). De plus, la prévalence des anticorps contre le VHC à l'entrée dans la cohorte était de 14,0 % (2). Ce taux de VHC est très élevé comparé à celui chez les jeunes Canadiens du même âge; en effet, l'ASPC estime qu'en 2007 le taux de VHC était de 0,2 % parmi les jeunes âgés entre 15 et 24 ans (3). Une étude transversale réalisée en 1999 et 2000 chez des jeunes de la rue montréalais de 14 à 25 ans a montré un taux de prévalence d'infection à *Chlamydia trachomatis* de 6,6 %. Dans cette étude, aucun cas de *Neisseria gonorrhoeae* n'a été trouvé (4).

Les jeunes de la rue montréalais ont aussi considérablement plus de comportements à risque que les jeunes qui ne vivent pas dans la rue. La deuxième cohorte montréalaise a trouvé que près de la moitié des jeunes (46 %) s'étaient injecté de la drogue au moins une fois au cours de leur vie. De plus, 52 % de ces jeunes s'étaient injectés, au moins une fois, avec une seringue qui avait déjà été utilisée par quelqu'un d'autre. Par ailleurs,

## **Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal**

---

une forte proportion des jeunes de la rue ont des relations sexuelles à haut risque. La cohorte montréalaise mentionnée ci-haut a trouvé que 32 % des jeunes avaient déjà eu des rapports sexuels en échange d'argent ou de cadeaux (2).

Les jeunes de la rue de Montréal ont également un taux de mortalité très élevé. En effet, entre 1995 et 2000, la première cohorte montréalaise a observé un taux de mortalité onze fois plus élevé chez les jeunes de la rue que chez les jeunes du même âge de la population générale. Les causes de mortalité les plus fréquentes étaient le suicide et la surdose de drogue (5). Par contre, la cohorte subséquente a observé une diminution importante du taux de mortalité chez les jeunes de la rue; ce taux demeurait toutefois trois fois plus élevé que celui des jeunes de la population générale. Cette diminution s'expliquerait en partie grâce à diverses interventions développées suite à la diffusion des données de la première cohorte, notamment le développement d'une clinique dédiée aux jeunes de la rue (6).

Les travaux menés à Montréal entre 1995 et 2006 ont permis de mettre en lumière la vulnérabilité des jeunes de la rue quant aux ITSS et à la santé mentale. Le but de ce projet était d'obtenir de nouveaux estimés de la prévalence des ITSS, ainsi que des comportements à risque chez les jeunes de la rue montréalais.

## **2. Méthodologie**

### **2.1 Objectifs**

Les objectifs spécifiques de ce projet de surveillance étaient d'estimer, chez les jeunes de la rue montréalais :

- la prévalence de :
  - l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* (chlamydie génitale)
  - l'infection génitale à *Neisseria gonorrhoeae* (infection gonococcique)
  - l'infection par *Treponema pallidum* (syphilis)
  - l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB)
  - l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC)
  - l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
  - l'infection par le virus de l'herpès simplex (HSV-1 et HSV-2)
  - l'infection par le virus T-lymphotropique humain (HTLV).
  
- la prévalence de comportements à risques associés à l'acquisition et à la transmission des ITSS comme la consommation de drogues et les comportements sexuels.

### **2.2 Critères de sélection**

Pour pouvoir participer au projet, le participant devait être âgé entre 15 et 24 ans, comprendre le français ou l'anglais et être capable de donner un consentement éclairé. De plus, il devait satisfaire au moins un des trois critères suivants pour la période de six mois qui précédait la journée où il a été recruté : 1) s'être enfui de sa maison ou de sa place de résidence pour trois jours consécutifs ou plus; 2) avoir été jeté dehors de sa maison ou de sa place de résidence pour trois jours consécutifs ou plus, ou; 3) ne pas avoir eu d'adresse fixe pour trois jours consécutifs ou plus. Nous visions le recrutement de 200 jeunes répondants à ces critères.

### **2.3 Description des entrevues**

Toutes les entrevues ont eu lieu à la Clinique des jeunes de la rue, une clinique communautaire spécialisée pour répondre aux besoins des jeunes de la rue. La clinique se trouve au CLSC des Faubourgs du CSSS Jeanne-Mance, dans le centre-ville de Montréal. Les infirmières de recherche avaient un bureau dédié au projet dans la clinique. La clinique est ouverte du lundi au vendredi, entre 13 h 00 et 17 h 00. Toutes les entrevues ont été réalisées pendant les heures d'ouverture de la clinique.

### **2.4 Recrutement et promotion de l'étude**

Les participants recrutés représentent un échantillon de convenance. Cependant, différentes approches ont été utilisées pour diversifier le plus possible l'échantillon. Ainsi, au début du projet, l'infirmière de recherche recrutait les participants dans la salle d'attente de la clinique. Dès le début, le personnel de la clinique (les infirmières, le travailleur social et le psychologue) s'est également impliqué pour faciliter le

## **Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal**

---

recrutement des participants. Chacun présentait l'étude aux jeunes rencontrés qui répondaient aux critères d'admissibilités, tant à ceux rencontrés à la clinique qu'à ceux rencontrés lors de leur travail de proximité dans les divers organismes communautaires offrant des services aux jeunes de la rue.

Quelques semaines après le début de la période de recrutement, nous avons commencé à faire la promotion du projet Chez Pops, le plus grand centre de jour pour les jeunes de la rue à Montréal, à l'aide d'affiches et de cartes promotionnelles. De plus, l'infirmière de recherche est allée faire du recrutement sur place une fois par semaine durant plusieurs semaines. Par la suite, en raison de la disponibilité limitée du personnel, le recrutement sur place a été interrompu. Cependant, les affiches et cartes ont été laissées sur place et le personnel de la clinique qui y faisait du travail de proximité a continué de mentionner l'étude aux participants éligibles.

Des affiches et cartes promotionnelles ont aussi été placées dans d'autres centres communautaires et refuges qui s'adressent aux jeunes de la rue. Au total, six autres organismes communautaires nous ont ainsi aidés à faire la promotion du projet, soit l'Auberge communautaire du Sud-Ouest, En Marge 12-17, Ketch Café/Dîners St-Louis, la Maison Tangente, Passages et Le Refuge des jeunes de Montréal.

### ***2.5 Nature de la participation***

La participation au projet était complètement volontaire et confidentielle. Elle impliquait de répondre à un questionnaire (avec les questions lues par l'infirmière qui notait ensuite les réponses du participant) et de fournir des échantillons de sang et d'urine.

Après avoir lu et expliqué le formulaire de consentement au participant et obtenu son consentement, l'infirmière de recherche lui administrait le questionnaire (en français ou en anglais). Le questionnaire de base, aussi utilisé dans les autres villes canadiennes, incluait des questions sociodémographiques, des questions sur les sources de revenu et les endroits pour dormir, la consommation de drogue et d'alcool, les comportements sexuels, ainsi que sur l'utilisation des services de santé. En collaboration avec l'équipe de la Clinique des jeunes de la rue, nous avons ajouté au questionnaire de base des questions sur les tentatives et pensées suicidaires, les surdoses et la détresse psychologique.

Le participant fournissait ensuite un échantillon d'urine (d'au moins 5 ml) et un échantillon de sang (d'au moins 25 ml). À la fin de l'entrevue, l'infirmière référait au besoin le participant vers des services appropriés. Chaque participant recevait 15 dollars pour sa participation.

Deux semaines après son entrevue, chaque jeune qui le désirait pouvait retourner à la clinique pour obtenir les résultats de ses tests pour la chlamydie génitale, l'infection gonococcique, la syphilis, le VHB, le VHC et le VIH, et recevoir les traitements ou suivis

requis s'il s'avérait positif pour une infection. La remise des résultats, le suivi et les traitements requis étaient pris en charge par le personnel régulier de la clinique.

### **2.6 Analyses de laboratoire**

Les tests de détection de la *Chlamydia trachomatis* (chlamydie génitale) et de *Neisseria gonorrhoeae* (infection gonococcique) étaient effectués sur un prélèvement urinaire. Le tube dans lequel était transféré le prélèvement d'urine contenait un agent de conservation; les tubes ont tous été entreposés à une température située entre 2 et 8 degrés centigrades.

Les tests de détection de l'hépatite B, de l'hépatite C, de la syphilis et du VIH étaient effectués sur un prélèvement sanguin. Le sang était déposé dans cinq tubes de 5 ml qui contenaient un activateur de coagulation et étaient tous entreposés à une température située entre 2 et 8 degrés centigrades.

À la fin de chaque journée, les échantillons d'urine et de sang ont été acheminés au laboratoire du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), au pavillon Saint-Luc. Les tests pour la chlamydie génitale, l'infection gonococcique, le VHB, le VHC, la syphilis et le VIH y ont été effectués.

Un aliquot de sang a été congelé par le laboratoire du CHUM pour chaque participant. Tous ces aliquots ont été envoyés, à la fin de la période de collecte de données, aux Laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie à Ottawa où les analyses pour le HTLV et le HSV-1 et -2 ont été effectuées.

Des tests de confirmation ont été utilisés pour le VIH, la syphilis, le VHC et le HTLV. Les détails des tests de laboratoire sont présentés à l'annexe A pour le CHUM et à l'annexe B pour les laboratoires fédéraux.

### **2.7 Analyses statistiques**

Des analyses descriptives ont été effectuées pour présenter les données. Des analyses de comparaisons ont aussi été faites, avec des tests de Student, des tests du Khi carré ( $\chi^2$ ) et des tests exacts de Fisher (tel qu'approprié). Nous avons indiqué sous chaque tableau le nombre de données manquantes. Le « n » indiqué dans le tableau exclut les données manquantes et est donc le dénominateur utilisé pour calculer le pourcentage indiqué.



### **3. Résultats**

Les résultats de l'enquête ont été groupés par thématique pour faciliter leur présentation. Les données sur le recrutement sont présentées en premier, suivies par les caractéristiques sociodémographiques des participants. Les données sur la santé mentale et physique, sur l'utilisation des services de santé, sur la consommation de drogue, d'alcool et de tabac et sur les comportements sexuels des jeunes sont présentées par la suite. Le dernier bloc détaille les données en lien avec les ITSS. Il est à noter que le genre masculin utilisé dans le texte désigne à la fois les hommes et les femmes, sauf si indiqué différemment.

#### **3.1 Recrutement**

Nous avons recruté le premier participant le 28 octobre 2011 et le dernier participant le 13 avril 2012. En tout, 186 participants ont été recrutés. Lors de la vérification des données, nous avons constaté que quatre jeunes avaient probablement participé à deux reprises chacun. En effet, les deux participants de chaque « paire » avaient la même date de naissance et avaient fourni des réponses presque identiques à des questions clés du questionnaire. Après avoir enlevé ces doublons probables, la base de données finale contenait les réponses pour 182 participants différents. Parmi ces jeunes, 97,8 % ont fourni un échantillon d'urine et 95,6 % un échantillon de sang.

Environ le tiers des participants (35,2 %) ont été directement recrutés à la Clinique des jeunes de la rue, soit par l'infirmière de recherche, le personnel de la clinique ou par des affiches qui y étaient placées. De plus, 31,3 % des participants ont été référés par un ami ou un autre participant, alors que 19,8 % ont entendu parler de l'étude dans un organisme communautaire, soit par le personnel de la clinique qui y faisait du travail de proximité, par l'infirmière de recherche, par une affiche ou par le personnel de l'organisme. Aucune information n'est disponible sur le mode de recrutement pour 13,7 % des participants.

La durée moyenne de l'entrevue était de 31,3 minutes (*Écart type (ET)*=10,4 minutes)\*. Quatre-vingt pourcent (80,1 %) des entrevues ont été complétées en français; les autres l'ont été en anglais.

#### **3.2 Données sociodémographiques**

##### **3.2.1 Sexe, âge et pays de naissance des participants**

La majorité des participants étaient de sexe masculin (70,3 %). L'âge des participants s'étendait entre 16 et 24 ans (voir tableau 1) et ils étaient âgés, en moyenne, de 20,9

---

\* 15 données manquantes

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

---

ans ( $ET = 2,0$  ans). Cinq participants étaient mineurs (âgés de moins de 18). Une forte majorité des participants (90,7 %) étaient nés au Canada.

Tableau 1 : Répartition des participants selon l'âge (n=182)

Âge à l'entrevue	Pourcentage
16 ans	0,5 %
17 ans	2,2 %
18 ans	10,4 %
19 ans	15,4 %
20 ans	15,4 %
21 ans	18,1 %
22 ans	14,3 %
23 ans	10,4 %
24 ans	13,2 %

### 3.2.2 Scolarité

Treize pourcent (13,2 %) des participants étaient inscrits à l'école lors de leur entrevue. Parmi les participants âgés de 18 ans ou plus, 72,2 % n'avaient pas encore complété leur secondaire 5 et n'étaient pas alors inscrits à l'école. Parmi les cinq jeunes âgés de 16 ou 17 ans, aucun n'était inscrit à l'école. Le tableau 2 ci-dessous montre le dernier niveau de scolarité complété par les participants.

Tableau 2 : Répartition des répondants selon le dernier niveau de scolarité complété (n=182)

Plus haut niveau de scolarité complété	Pourcentage
Maternelle à 6 <sup>e</sup> année	9,9 %
Secondaire 1	9,3 %
Secondaire 2	17,0 %
Secondaire 3	20,9 %
Secondaire 4	12,6 %
Secondaire 5	20,3 %
Postsecondaire*	8,8 %
Autre	1,1 %

\*Au moins une année d'un programme d'études professionnelles, de CEGEP ou d'université

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

Quatre personnes sur cinq (81,3 %) ont été suspendues de l'école au moins une fois au cours de leur vie. Une proportion similaire (80,7 %) de jeunes a décroché de l'école au moins une fois au cours de leur vie. De plus, 46,2 % ont déjà été renvoyés de l'école de façon permanente. Seulement cinq participants (2,9 %) ont eu un cheminement scolaire sans décrochage, ni suspension, ni sans avoir été renvoyé de façon permanente.

### 3.2.3 Incarcération

Dans l'ensemble de l'échantillon, 61,2 % ont passé au moins une nuit dans une cellule de détention, un centre de détention provisoire ou dans un centre de jeunesse (sous la loi des jeunes contrevenants) et 31,5 % ont passé au moins une nuit dans une prison ou dans un centre de détention fédéral. Globalement, 66,3 % des participants ont déjà été détenus dans l'un ou l'autre de ces lieux.

### 3.2.4 Sources de revenu

Le tableau 3 présente les différentes sources de revenu des participants pendant les trois derniers mois avant leur entrevue, ainsi que leur source principale de revenu pendant cette période. On voit que la majorité des jeunes obtiennent leur argent soit en travaillant (sur une base régulière ou « sous la table ») ou sous forme d'aide gouvernementale.

Tableau 3 : Sources de revenu et source primaire de revenu des participants au cours des trois derniers mois avant leur entrevue (n=180)\*

Source de revenu	Pourcentage ayant eu ce type de revenu dans les 3 derniers mois avant leur entrevue <sup>‡</sup>	Pourcentage ayant indiqué que c'était leur source primaire de revenu <sup>‡</sup>
Travail	37,8 %	21,7 %
Gouvernement	32,8 %	21,7 %
Famille	27,8 %	8,3 %
« Squeegie »/quête	27,2 %	11,7 %
Vente de drogue	21,1 %	11,1 %
Vente d'objets personnels ou volés	17,8 %	5,6 %
Travail du sexe	10,6 %	6,7 %
Assurance	8,3 %	3,9 %
Autre <sup>§</sup>	8,3 %	6,1 %
Pas de revenu	3,3 %	3,3 %

\* 2 personnes ont refusé de répondre à ces questions.

‡ Le participant pouvait choisir plus d'une réponse pour la source de revenu. Par contre, les jeunes pouvaient choisir une seule source principale de revenu.

§ Inclut chanteur de rue (« busking »), commettre de la fraude, bourse, battre des gens, etc.

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

### 3.2.5 Lieu où le jeune passe la nuit

Une large proportion (97,3 %) des participants n'habitaient plus chez leurs parents ou tuteurs lors de leur entrevue. La forte majorité d'entre eux (87,0 %) étaient partis de la maison depuis un an ou plus.

Dans les trois mois avant leur participation à l'étude, la majorité des jeunes ont dormi dans un refuge. Si on regarde où ils dormaient lors de leur entrevue, la majorité des participants ont également indiqué que c'était dans un refuge. Notons que seulement le tiers des participants ont indiqué que le lieu où ils ont dormi le plus souvent était soit leur propre appartement ou chez leurs parents. De plus, environ un sur deux dormait dans un refuge lors de son entrevue. Les données sont présentées au tableau 4.

Tableau 4 : Endroit où les jeunes ont dormi le plus souvent dans les 3 mois précédant leur entrevue, et où ils dormaient lors de leur entrevue (n=182)

Lieu	Le plus souvent dans les 3 mois précédant leur entrevue*	Où le jeune dormait lors de l'entrevue
Refuge	28,2 %	47,2 %
Amis	22,7 %	20,3 %
Propre appartement	22,1 %	14,3 %
Parc/rue/à l'extérieur	12,7 %	9,3 %
Parents <sup>†</sup>	7,7 %	5,0 %
Autre <sup>†</sup>	6,6 %	3,9 %

\* 1 personne ne savait pas où elle avait dormi le plus souvent dans les trois mois précédant l'entrevue, donc pour cette variable, le n=181

<sup>†</sup> Inclut tuteur, maison de la parenté, foyer de groupe et famille d'accueil

<sup>†</sup> Inclut église, centre de désintoxication, prison, hôpital, hôtel, ainsi que les jeunes qui ne pouvaient pas choisir seulement une réponse

### 3.3 Autoévaluation de la santé mentale et physique et utilisation des services de santé

Cette section du rapport présente les données sur l'évaluation personnelle de la santé physique et mentale du participant, ainsi que sur l'utilisation des services de santé et sur les obstacles à l'accès à ces services.

#### 3.3.1 Autoévaluation de la santé physique et mentale

La majorité des participants (64,8 %) ont évalué leur santé physique comme étant soit excellente, très bonne ou bonne (tableau 5). Ce pourcentage était très similaire pour l'évaluation de la santé mentale des participants (64,3 %). À noter que 15,9 % des jeunes considéraient avoir une pauvre santé mentale.

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

---

Tableau 5 : Autoévaluation de la santé physique et mentale actuelle (n=182)

Évaluation	Santé physique	Santé mentale
Excellente	18,7 %	23,1 %
Très bonne	14,8 %	19,2 %
Bonne	31,3 %	22,0 %
Acceptable	28,0 %	19,8 %
Pauvre	7,1 %	15,9 %

### 3.3.2 Savoir où aller pour discuter de problèmes de santé

La forte majorité des participants (93,4 %) ont mentionné qu'ils sauraient où aller pour parler avec quelqu'un à propos de leur santé physique ou mentale. Les lieux où ils iraient sont présentés au tableau 6.

Tableau 6 : Lieux où le jeune irait pour discuter de ses problèmes de santé physique ou mentale (n=182)

Lieu	Pourcentage*
CLSC	79,7 %
Halte-accueil/refuge	26,4 %
Hôpital/salle d'urgence	22,5 %
Médecin ou clinique médicale	11,5 %
Organisme communautaire	8,8 %
Ami ou membre de famille	8,2 %
Infirmière (de proximité ou à l'école)	7,7 %
Travailleur de proximité	5,5 %
Psychologue ou thérapeute	4,9 %
Autre	3,3 %

\* Le participant pouvait choisir plus d'une réponse

### 3.3.3 Obstacles à l'accès aux services de santé

Nous avons demandé aux participants quels obstacles les empêchaient d'avoir accès à des services de santé. Ces résultats sont présentés au tableau 7. À noter que près de 60 % ont répondu ne rencontrer aucun obstacle.

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

Tableau 7 : Obstacles qui empêchent l'accès aux services de santé (n=182)

Obstacles	Pourcentage*
Aucun obstacle	57,7 %
Carte (d'identité ou de maladie)	15,9 %
Argent (pour transport ou médicaments)	6,6 %
Temps d'attente trop long	5,5 %
Peur (des médecins/d'être jugé/d'apprendre qu'il est malade)	2,7 %
Difficulté pour s'y rendre/transport	3,9 %
Heures d'ouverture	1,1 %
Autre raison <sup>†</sup>	12,6 %

\*Le participant pouvait choisir plus d'une réponse, sauf s'il choisissait « aucun obstacle »

<sup>†</sup> Les choix de réponse étaient très variés, ce qui explique le haut pourcentage dans « autre raison »

### 3.4 Services utilisés pendant l'année précédant l'entrevue

Le tableau 8 présente les services utilisés par les jeunes au cours de la dernière année avant leur entrevue. Les services utilisés par les plus grandes proportions de jeunes sont le refuge et la halte-accueil. Précisons que, parmi ceux qui ont participé à un programme de traitement de la dépendance (n=34), la majorité (67,7 %) l'ont fait dans un centre de réadaptation spécialisé en toxicomanie et alcoolisme, 29,0 % dans un organisme communautaire et 9,7 % à l'hôpital\*.

\* À noter que les données sur les lieux du traitement pour la dépendance étaient disponibles pour seulement 31 participants.

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

Tableau 8 : Services utilisés durant la dernière année avant leur entrevue (n=182)

Service	Pourcentage*
Refuge	79,1 %
Halte-accueil	73,1 %
Clinique médicale	63,2 %
Salle d'urgence	49,5 %
Travailleur social	42,9 %
Centre communautaire	36,8 %
Programme de traitement de dépendance	18,7 %
Foyer de groupe	11,0 %
Centre de désintoxication	9,9 %
Famille d'accueil	4,4 %
Autre service d'urgence	1,1 %
Aucun service	1,1 %

\* Le participant pouvait choisir plus d'une réponse

### 3.5 Détresse psychologique, pensées suicidaires et tentatives de suicide

Cette section présente les données sur la détresse psychologique des participants, ainsi que les données recueillies sur les pensées et tentatives suicidaires qu'ils auraient pu avoir dans le passé.

#### 3.5.1 Détresse psychologique

La détresse psychologique des participants a été mesurée à l'aide de l'échelle Kessler. Cette échelle demande aux participants d'évaluer à quelle fréquence ils se sont sentis nerveux, anxieux, etc. au cours du mois précédant leur entrevue. Lors de la compilation des données, un score est attribué à la fréquence indiquée pour chaque question. La somme de ces scores permet de classer le jeune entre quatre niveaux de détresse.

Selon les scores obtenus, nous avons trouvé que 40 % des participants sont considérés comme ayant de la détresse psychologique sévère, 19 % comme ayant de la détresse modérée, 16 % comme ayant de la détresse faible et 24 % comme n'ayant pas de détresse. À noter que proportionnellement plus de participantes que de participants présentaient une détresse considérée sévère (53,7 % vs 34,6 %;  $p=0,02$ ).

Le tableau 9 présente le croisement de l'évaluation personnelle de la santé mentale des participants avec le score qu'ils ont obtenu à l'échelle Kessler. On note que près de 70 % des jeunes ne présentant pas de détresse psychologique selon l'échelle Kessler considèrent que leur santé mentale est excellente ou très bonne. De même, 68,5 % de ceux dont la détresse psychologique est jugée sévère considèrent leur santé mentale

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

comme acceptable ou pauvre. Globalement, la corrélation entre ces deux mesures est bonne ( $r = -0,55$ ).

Tableau 9 : Tableau croisé de l'évaluation personnelle de l'état de santé mentale et du score obtenu à l'échelle Kessler (n=181)\*

	Score échelle Kessler			
	Pas de détresse n = 44	Faible détresse n= 29	Détresse modérée n= 35	Détresse Sévère n= 73
<b>Excellente</b>	43,2 %	34,5 %	22,9 %	6,8 %
<b>Très bonne</b>	27,3 %	34,5 %	14,3 %	11,0 %
<b>Bonne</b>	22,7 %	17,2 %	42,9 %	13,7 %
<b>Acceptable</b>	4,6 %	10,3 %	11,4 %	35,6 %
<b>Pauvre</b>	2,3 %	3,5 %	8,6 %	32,9 %
<b>Totale</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

\*1 donnée manquante

### 3.5.2 Pensées suicidaires

Deux participants sur trois (67,0 %) ont déjà eu au moins une pensée suicidaire au cours de leur vie<sup>\*</sup>. L'âge moyen lors de leur première pensée était 14,3 ans ( $ET=3,5$  ans). Parmi ceux ayant déjà eu au moins une pensée suicidaire, 35,3 % en avait eu une dans les derniers 3 mois avant leur entrevue, 19,0 % dans les derniers 12 mois avant leur entrevue (excluant les 3 derniers mois) et 45,7 % il y a plus de 12 mois<sup>†</sup>.

Parmi les 63 personnes qui ont eu une pensée suicidaire dans l'année précédant leur entrevue 79,4 % avaient pensé à des moyens pour le faire. La méthode la plus communément envisagée était l'utilisation de médicaments ou d'autres produits chimiques (46,0 %).

### 3.5.3 Tentatives suicidaires

Parmi l'ensemble des participants, 43,4 % ont déjà tenté de se suicider. La majorité de ces personnes (60,8 %) l'ont fait plus d'une fois. La première tentative a eu lieu vers l'âge moyen de 15 ans ( $ET=3,3$  ans). Dix pourcent (10,3 %) des participants ont fait leur dernière tentative dans les trois mois précédant leur entrevue, 23,1 % dans 12 mois précédant leur entrevue (excluant les trois derniers mois) et 66,7 % il y a plus de 12 mois. Parmi les 26 personnes qui ont fait une tentative dans la dernière année, 42,3 %

\* 4 personnes ont indiqué qu'elles avaient eu au moins une tentative mais ne rapportaient pas de pensées suicidaires. Ces personnes ont été recodées comme ayant déjà pensé au suicide, mais nous n'avons pas de données sur ces pensées (âge de la première pensée, etc.).

† 2 personnes ne savaient pas quand elles avaient pensé au suicide la dernière fois.

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

---

ont fait une tentative en utilisant des médicaments. Les données sur les méthodes utilisées sont présentées au tableau 10.

Tableau 10 : Méthodes utilisées pour la dernière tentative de suicide (n=26)

Méthode	Pourcentage
Médicament ou autre produit chimique	42,3 %
Pendaison	26,9 %
Se couper les veines	19,2 %
Saut	11,5 %
Autre *	7,7 %

\* Inclut arrêt de manger et véhicule moteur

Suite à leur dernière tentative, 48,0 % des participants ont consulté un professionnel de la santé (une personne n'était pas certaine si elle en avait rencontré un). La majorité (66,7 %) de ces jeunes ont eu une consultation avec un spécialiste en santé mentale (psychiatre ou psychologue) et les autres avec un médecin généraliste ou un autre type de professionnel.

### **3.6 Consommation d'alcool, de tabac et de drogue**

La section qui suit porte sur la consommation d'alcool, de tabac et de drogue des participants.

#### **3.6.1 Consommation d'alcool**

Nous avons demandé aux participants d'indiquer, pour les 12 derniers mois avant leur entrevue, leur fréquence de consommation d'alcool ainsi que la fréquence de leur consommation « en brosse » (c'est à dire boire pour se saouler sur une longue période). Les données sont présentées au tableau 11. Environ 15 % des jeunes ont indiqué être des buveurs quotidiens et près d'un sur quatre consommait « en brosse » au moins deux fois par semaine.

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

Tableau 11 : Données sur la consommation d'alcool et la consommation « en brosse » au cours des 12 derniers mois avant leur entrevue (n=179)

	Consommation d'alcool*	« En brosse » <sup>†</sup>
<b>Jamais/pas dans les 12 derniers mois</b>	8,4 %	26,3 %
<b>Moins d'une fois par mois</b>	17,9 %	29,6 %
<b>1 à 3 fois par mois</b>	22,9 %	17,9 %
<b>1 fois par semaine</b>	12,3 %	3,9 %
<b>2 ou 3 fois par semaine</b>	12,8 %	10,6 %
<b>4 à 6 fois par semaine</b>	10,6 %	5,6 %
<b>Tous les jours</b>	15,1 %	6,1 %

\*3 données manquantes

† 2 données manquantes et 1 personne ne savait pas

### 3.6.2 Tabagisme

Plus de trois participants sur quatre (78,0 %) ont dit, lors de leur entrevue, qu'ils fumaient la cigarette tous les jours et 10,4 % qu'ils fumaient occasionnellement. Seulement 11,5 % des participants ont indiqué qu'ils ne fumaient pas.

### 3.6.3 Consommation de drogues non injectées

Presque tous les participants (95,6 %) ont consommé au moins une fois de la drogue au cours de leur vie et 92,3 % en ont consommé dans les derniers 12 mois avant leur entrevue. La drogue consommée par la proportion la plus élevée des participants est la marijuana. Le tableau 12 montre le pourcentage de jeunes qui ont consommé, autrement que par injection, diverses drogues dans les douze mois précédant leur entrevue et au cours de leur vie; ce tableau porte uniquement sur les jeunes ayant déjà consommé au moins une drogue au cours de leur vie.

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

Tableau 12 : Pourcentage des participants ayant consommé diverses drogues autrement que par injection parmi tous ceux qui en ont consommé au moins une au cours de leur vie (n=174)\*

Type de drogue consommée	12 mois	À vie
<b>Drogues illégales</b>		
<i>Marijuana</i>	88,8 %	97,7 %
<i>Amphétamines</i>	70,7 %	86,2 %
<i>Ecstasy</i>	58,6 %	80,5 %
<i>Cocaïne</i>	56,9 %	68,4 %
<i>Hallucinogènes (LSD, PCP, kétamine, etc.)</i>	41,9 %	65,5 %
<i>Crack/freebase</i>	36,2 %	48,3 %
<i>Méthamphétamines</i>	25,9 %	33,3 %
<i>Héroïne</i>	12,1 %	19,5 %
<i>GHB</i>	1,7 %	1,7 %
<b>Médicaments sous prescription pris dans un but non médical</b>		
<i>Antidouleurs</i>		
<i>Dilaudid® (Hydromorphone en comprimé)</i>	19,5 %	25,9 %
<i>Morphine</i>	16,1 %	24,1 %
<i>Hydromorph Contin® (Hydromorphone en capsule)</i>	12,6 %	17,2 %
<i>Oxycodone (OxyContin®)</i>	12,6 %	18,4 %
<i>Fentanyl</i>	2,9 %	2,9 %
<i>Autre antidouleur†</i>	5,2 %	12,1 %
<i>Antipsychotiques</i>		
<i>Stimulants (Ritalin®, Concerta<sup>MC</sup>, etc.)</i>	12,1 %	24,7 %
<i>Sédatifs ou tranquillisants (benzodiazépines/barbituriques)</i>	14,9 %	21,3 %
<i>Antidépresseurs</i>	4,0 %	8,1 %
<i>Méthadone</i>	2,9 %	6,3 %
<b>Renifler de la colle/essence ou autres solvants</b>	8,6 %	21,3 %
<b>Médicaments en vente libre, pris pour être « high »</b>		
<i>Sirop contre la toux</i>	8,6 %	17,8 %
<i>Autre‡</i>	1,7 %	2,9 %

\* Le participant pouvait choisir plus d'une réponse

† Inclut codéine, oxycodone/paracétamol (Percocet®) et buprénorphine (Suboxone<sup>MC</sup>)

‡ Inclut Graval® et Tylenol®

Chaque participant devait également indiquer quelle drogue il avait consommée le plus souvent au cours des 12 derniers mois précédant son entrevue et au cours de sa vie. Ces données sont présentées au tableau 13.

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

Tableau 13 : Drogue la plus souvent consommée autrement que par injection dans les 12 derniers mois avant leur entrevue ou au cours de leur vie

Drogue la plus souvent consommée	12 mois (n=173)*	À vie (n=169)†
<b>Aucune drogue</b>	2,9 %	n/a
<b>Marijuana</b>	55,5 %	60,9 %
<b>Amphétamines</b>	15,0 %	13,6 %
<b>Crack</b>	8,1 %	4,1 %
<b>Cocaine</b>	4,0 %	5,3 %
<b>Hallucinogènes (LSD, PCP, kétamine, etc.)</b>	5,2 %	3,0 %
<b>Ecstasy</b>	3,5 %	6,6 %
<b>Méthamphétamines</b>	1,2 %	0,0 %
<b>Héroïne</b>	0,6 %	0,0 %
<b>Morphine</b>	0,6 %	0,6 %
<b>Colle ou solvant (inhalation)</b>	0,0 %	0,6 %
<b>Autre<sup>‡</sup></b>	3,5 %	5,3 %

\* 1 donnée manquante

† 4 données manquantes et 1 personne ne savait pas

‡ Inclut des combinaisons de drogues, puisque le participant ne pouvait choisir entre deux drogues

Concernant sa fréquence de consommation de drogues non-injectées dans le dernier mois avant son entrevue, un participant sur deux a indiqué consommer tous les jours; globalement, 73 % des participants consommaient au moins une fois par semaine. Les données sont présentées au tableau 14.

Tableau 14 : Fréquence de consommation de drogues non injectées dans le mois précédant leur entrevue parmi les jeunes ayant consommé au moins une drogue au cours de leur vie (n=174)

Fréquence de consommation	Pourcentage
<b>Aucune fois</b>	18,1 %
<b>1 à 3 fois par mois</b>	9,3 %
<b>1 fois par semaine</b>	7,2 %
<b>2 ou 3 fois par semaine</b>	12,6 %
<b>4 à 6 fois par semaine</b>	3,9 %
<b>Tous les jours</b>	48,9 %

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

---

Nous avons aussi demandé aux participants de décrire la fréquence du partage d'équipement de consommation de drogues non injectées, tel qu'une paille, une pipe à crack ou une pipe à cannabis, dans les trois mois précédant leur entrevue. Les données sont présentées au tableau 15.

Tableau 15 : Fréquence du partage de matériel de consommation de drogue non injectable dans les trois mois précédant leur entrevue parmi ceux qui ont consommé de la drogue durant cette période (n=164)

Fréquence	Pourcentage
Jamais	65,9 %
Occasionnellement	20,7 %
Souvent	6,7 %
Tout le temps	6,7 %

### 3.6.4. Consommation de drogues par injection

Un participant sur quatre (24,2 %) s'est déjà injecté de la drogue au moins une fois au cours de sa vie. Parmi les 44 personnes s'étant déjà injectées, 81,8 % l'ont fait dans les derniers 12 mois, et huit personnes (18,2 %) se sont injectées seulement une fois. Ce sont 19,8 % de tous les participants qui se sont injectés dans les 12 mois précédents.

L'âge moyen lors de la première injection était 17,6 ans ( $ET=2,9$  ans). Les drogues injectées dans les 12 mois précédant leur entrevue et au cours de leur vie sont présentées dans le tableau 16. Dans la dernière année, 59,1 % des jeunes s'étaient injecté des médicaments opioïdes.

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

Tableau 16 : Drogues consommées par injection au cours des 12 mois précédant leur entrevue et au cours de leur vie parmi les participants qui se sont déjà injectés au moins une fois au cours de leur vie (n=44)

Type de drogue consommée	12 mois	À vie
<b>Drogues illégales</b>		
<i>Héroïne</i>	56,8 %	68,2 %
<i>Cocaïne</i>	47,7 %	75,0 %
<i>Speedball (cocaïne et opioïde)</i>	22,7 %	34,1 %
<i>Crack/Freebase</i>	20,5 %	29,6 %
<i>PCP ou hallucinogènes</i>	11,4 %	20,5 %
<i>Méthamphétamines</i>	11,4 %	15,9 %
<i>Amphétamines ou speed</i>	6,8 %	22,7 %
<b>Médicaments opioïdes pris dans un but non médical</b>		
<i>Dilaudid®</i>	52,3 %	54,6 %
<i>Hydromorph Contin®</i>	50,0 %	52,3 %
<i>Morphine</i>	45,5 %	52,3 %
<i>Oxycodone (OxyContin®)</i>	31,8 %	36,4 %
<i>Fentanyl</i>	22,7 %	22,7 %
<i>Rivotril®</i>	4,5 %	4,5 %
<i>Ritalin® et Talwin®</i>	2,3 %	6,8 %
<i>Méthadone</i>	0,0 %	2,3 %
<i>Autre opioïde</i>	2,3 %	4,5 %
<b>Alcool</b>	11,4 %	13,6 %

Le tableau 17 présente les drogues le plus souvent consommées dans les 12 mois avant l'entrevue et à vie. L'héroïne est la drogue la plus souvent injectée parmi les injecteurs, tant au cours de la dernière année qu'au cours de la vie.

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

Tableau 17 : Drogue injectée le plus souvent, pendant les 12 derniers mois avant leur entrevue et à vie

Drogue la plus souvent injectée	12 derniers mois (n=43)*	À vie (n=42)†
Aucune drogue	18,6%	n/a
Héroïne	32,6%	42,9%
Dilaudid®	18,6%	14,3%
Cocaïne	11,6%	19,0%
Hydromorph-Contin®	7,0%	2,4%
Morphine	2,3%	4,8%
Rivotril®	4,7%	4,8%
PCP ou hallucinogène	2,3%	2,4%
Crack/Freebase	2,3%	2,4%
Amphétamines	0,0%	2,4%
Autre‡	0,0%	4,8%

\*1 donnée manquante

† 1 donnée manquante et une personne ne savait pas quelle drogue elle avait consommée le plus souvent

‡ Includ des combinaisons de drogues, puisque le participant ne pouvait choisir entre deux drogues

Le tableau 18 ci-dessous montre la fréquence d'injection dans le mois précédant l'entrevue parmi l'ensemble des participants qui se sont injectés au moins une fois au cours de leur vie.

Tableau 18 : Fréquence d'injection dans le dernier mois avant l'entrevue parmi les participants qui se sont injectés au moins une fois au cours de leur vie (n=44)

Fréquence de consommation	Pourcentage
Aucune fois	47,7 %
1 à 3 fois par mois	6,8 %
1 fois par semaine	2,3 %
2 ou 3 fois par semaine	2,3 %
4 à 6 fois par semaine	2,3 %
Tous les jours	38,7 %

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

### 3.6.4.1 Partage du matériel d'injection

Parmi les participants qui se sont déjà injecté de la drogue au moins une fois au cours de leur vie (n=44), 36,4 % rapportent avoir déjà utilisé des aiguilles ou des seringues qui auraient déjà été utilisées par quelqu'un d'autre. Les données sur la personne avec laquelle le participant a ainsi partagé ses seringues le plus souvent sont présentées au tableau 19.

Tableau 19 : Personne avec qui le partage de seringue a été fait le plus souvent (n=15)\*

Personne	Pourcentage
Ami	46,7 %
Chum/blonde	26,7 %
Étranger	20,0 %
Autre <sup>†</sup>	6,7 %

\*1 personne ne savait pas

† 1 personne ne pouvait pas choisir une seule réponse

Parmi les 25 personnes qui s'étaient injectées au cours des trois mois avant leur entrevue, 64,0 % n'avaient pas utilisé de seringues qui auraient été utilisées par d'autres au cours de cette période. De plus, au cours de cette même période, 60,0 % des jeunes qui s'étaient injectés ont indiqué avoir toujours utilisé des seringues ou des aiguilles stériles (i.e., des seringues ou des aiguilles qui n'avaient jamais été utilisées par d'autres personnes ou par eux-mêmes). Parmi les 44 participants qui s'étaient injecté de la drogue au moins une fois au cours de leur vie, 43,2 % ont indiqué avoir déjà utilisé de l'équipement d'injection autre que la seringue (par exemple de l'eau, un filtre, tampon, « cooker » ou une cuillère) qui aurait déjà été utilisé par quelqu'un d'autre. Parmi les participants qui se sont injectés dans les trois derniers mois (n=25), 60,0 % n'ont jamais partagé du matériel d'injection qui aurait pu être utilisé par quelqu'un d'autre dans les derniers trois mois avant leur entrevue.

### 3.6.4.2 Qui injecte le participant?

La majorité (77,3 %) des personnes qui s'injectent des drogues ont indiqué qu'elles s'injectaient généralement elles-mêmes, et aucune variation significative n'existait entre les filles et garçons (66,7 % des filles et 82,8 % des garçons,  $p=0,24$ ). Parmi les 34 personnes qui s'injectaient généralement elles-mêmes, 60,0 %\* ont cependant indiqué qu'elles s'étaient déjà fait injecter par une autre personne.

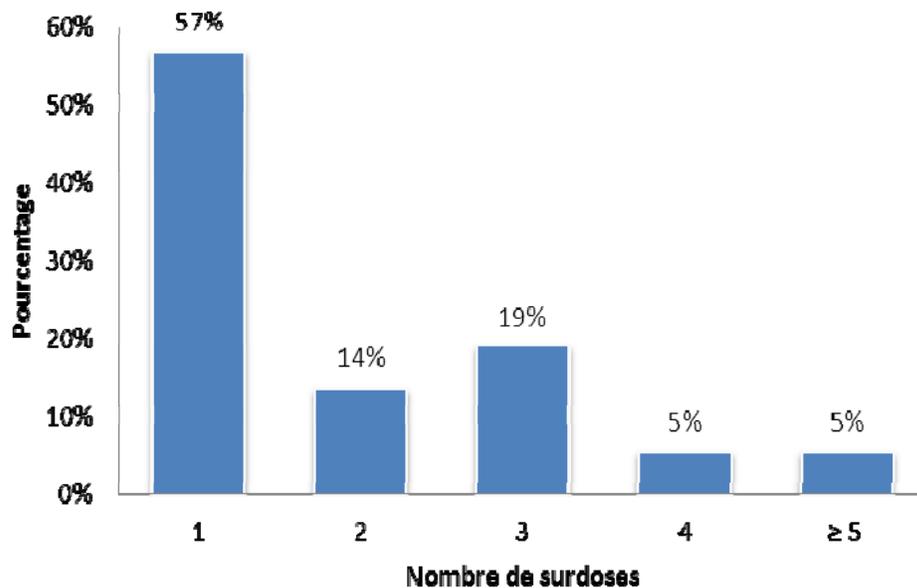
\* 4 données manquantes

Parmi les personnes qui se font généralement injecter par quelqu'un d'autre, la plupart ont indiqué qu'elles se faisaient le plus souvent injecter par un ami (60,0 %) ou par leur chum ou leur blonde (20,0 %). Pour tous les participants sauf un, la personne qui les injectait le plus souvent était un utilisateur de drogues par injection.

### 3.6.5 Surdoses de drogue

Parmi les 174 jeunes qui ont déjà consommé des drogues (injectables ou non-injectables), un sur deux (46,8\* %) a indiqué avoir déjà fait au moins une surdose de drogues au cours de sa vie. De ces 80 personnes, 51,3 % ont fait au moins une surdose dans la dernière année; 90,2 % de ces participants ont indiqué avoir fait au moins une surdose accidentelle, alors que 14,6 % ont indiqué avoir fait au moins une surdose intentionnelle. La distribution du nombre de surdoses accidentelles survenues au cours de la dernière année est présentée à la figure 1. Parmi ceux qui ont eu au moins une surdose accidentelle dans la dernière année, 51,4 % ont indiqué être allés à l'hôpital suite à leur dernière surdose accidentelle.

**Figure 1 :** Nombre de surdoses accidentelles dans la dernière année parmi ceux qui en ont eu au moins une (n=37)



\* 3 données manquantes

### **3.7 Orientation sexuelle et comportements sexuels**

Cette section présente tout d'abord les données sur l'orientation sexuelle des participants. Par la suite, les données sur les comportements sexuels des jeunes sont présentées, incluant le sexe de leurs partenaires et leur nombre ainsi que les types de relations sexuelles et le port du condom.

#### **3.7.1 Orientation sexuelle**

La majorité des participants (79,6 %) ont rapporté qu'ils se considèrent comme hétérosexuels ou « straight ». Les données sur l'orientation sexuelle ventilées selon le sexe du participant (tableau 20) montrent que proportionnellement plus de femmes se considèrent comme bisexuelles, et plus d'hommes se considèrent hétérosexuels ou « straight » ( $p < 0,001$ ).

Tableau 20 : Orientation sexuelle des participants selon leur sexe\*

<b>Orientation sexuelle</b>	<b>Sexe masculin (n=128)</b>	<b>Sexe féminin (n=53)<sup>†</sup></b>	<b>Total (n=181<sup>†</sup>)</b>
<b>Hétérosexuelle / « straight »</b>	88,3 %	58,5 %	79,6 %
<b>Bisexuelle/bispirituelle</b>	8,6 %	32,1 %	15,5 %
<b>Gaie, lesbienne/ou homosexuelle</b>	2,3 %	3,8 %	2,8 %
<b>Allosexuelle/« queer »</b>	0,0 %	1,9 %	0,6 %
<b>En questionnement/ne sait pas/confus</b>	1,6 %	3,8 %	2,2 %

\* Les participants pouvaient choisir plus d'une réponse

<sup>†</sup> Une personne avait refusé de répondre à la question

#### **3.7.2 Partenaires sexuels**

Le tableau 21 présente la répartition des participants selon le sexe de leurs partenaires sexuels, sans tenir compte de leur orientation sexuelle. Trois participants masculins n'ont jamais eu de relation sexuelle au cours de leur vie et sont exclus de tous les tableaux qui présentent des données sur les relations sexuelles qui suivent. Nous pouvons constater qu'il n'y a pas toujours de correspondance entre l'orientation sexuelle et les comportements sexuels, puisque 27 % des hommes ont eu des relations sexuelles avec d'autres hommes, alors que seulement environ 11 % se considèrent comme étant bisexuels ou gais.

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

Tableau 21 : Répartition des répondants selon le sexe des participants et le sexe de leurs partenaires sexuels (au cours de leur vie) parmi les participants ayant déjà eu des relations sexuelles

Relations avec ...	Participant <sup>es</sup> féminines (n=54)	Participants masculins (n=125)
<b>Hommes</b>	100,0 %	27,2 %
<b>Femmes</b>	57,4 %	97,6 %
<b>Transsexuel(le)s</b>	1,9 %	8,8 %

Nous avons aussi demandé aux participants combien de partenaires sexuels ils ont eu au cours de leur vie et au cours des trois derniers mois avant leur entrevue. Les tableaux qui suivent sont ventilés selon le sexe du participant et le sexe du partenaire.

Tableau 22 : Parmi les hommes qui ont déjà eu des relations sexuelles, nombre de *partenaires sexuels masculins* dans les derniers 3 mois avant leur entrevue et au cours de leur vie (n=123)\*

Nombre de partenaires	Dans les derniers 3 mois avant leur entrevue	Au cours de leur vie
<b>Aucun</b>	87,8 %	72,4 %
<b>1</b>	2,4 %	8,1 %
<b>2</b>	4,1 %	4,1 %
<b>3 à 5</b>	0,8 %	3,2 %
<b>6 à 9</b>	0,8 %	2,4 %
<b>10 à 19</b>	3,3 %	3,3 %
<b>20 ou plus</b>	0,8 %	6,5 %

\*2 données manquantes

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

Tableau 23 : Parmi les hommes qui ont déjà eu des relations sexuelles, nombre de *partenaires sexuelles féminines* dans les derniers 3 mois et au cours de leur vie (n=124)\*

Nombre de partenaires	Dans les derniers 3 mois avant leur entrevue	Au cours de leur vie <sup>†</sup>
<b>Aucun</b>	17,7 %	1,7 %
<b>1</b>	32,3 %	3,4 %
<b>2</b>	17,7 %	3,4 %
<b>3 à 5</b>	18,6 %	15,3 %
<b>6 à 9</b>	7,3 %	15,3 %
<b>10 à 19</b>	2,4 %	20,3 %
<b>20 ou plus</b>	4,0 %	40,7 %

\*1 donnée manquante

† Six hommes ne savaient leur nombre de partenaires sexuels

Tableau 24 : Parmi les femmes qui ont déjà eu des relations sexuelles, nombre de *partenaires sexuels masculins* dans les derniers 3 mois avant leur entrevue et au cours de leur vie (n=54)

Nombre de partenaires	Dans les derniers 3 mois avant leur entrevue	Au cours de leur vie
<b>Aucun</b>	9,3 %	0 %
<b>1</b>	37,0 %	0 %
<b>2</b>	18,5 %	7,4 %
<b>3 à 5</b>	25,9 %	20,4 %
<b>6 à 9</b>	5,6 %	18,5 %
<b>10 à 19</b>	3,7 %	24,1 %
<b>20 ou plus</b>	0 %	29,6 %

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

Tableau 25 : Parmi les femmes qui ont déjà eu des relations sexuelles, nombre de **partenaires sexuelles féminines** dans les derniers 3 mois et au cours de leur vie (n=54)

Nombre de partenaires	Dans les derniers 3 mois avant leur entrevue	Au cours de leur vie
Aucun	72,2 %	42,6 %
1	13,0 %	16,7 %
2	9,3 %	7,4 %
3 à 5	3,7 %	22,2 %
6 à 9	0 %	1,9 %
10 à 19	1,8 %	3,7 %
20 ou plus	0 %	5,6 %

### 3.7.3 Relations sexuelles par type de relation

Parmi ceux qui ont déjà eu des relations sexuelles (n=179), 93,8 %\* ont déjà eu des relations orales, 97,7 % des relations vaginales et 56,7 % des relations anales (pourcentages égaux pour les hommes et les femmes). L'âge moyen lors de la première relation était 14,7 ans pour les relations orales, 14,3 ans pour les relations vaginales et 17,5 ans pour les relations anales. L'âge à la première relation ne variait pas selon le sexe pour tous les types de relations.

Environ 82,4<sup>†</sup> % des 167 personnes qui ont déjà eu une relation orale n'avaient pas utilisé un condom lors de leur dernière relation de ce type (87,0 % des garçons et 72,0 % des filles,  $p = 0,02$ ). Presque la moitié des participants (50,9%)<sup>‡</sup> n'ont pas utilisé de condom lors de leur dernière relation vaginale (50,4 % des garçons et 46,1 % des filles,  $p = 0,61$ ). Deux participants sur cinq (42,4 %)<sup>§</sup> n'avaient pas utilisé de condoms lors de leur dernière relation anale (60,6 % des garçons et 50,0 % des filles,  $p = 0,34$ ). Les raisons données par les personnes ne l'ayant pas utilisé sont présentées au tableau 26.

\* 1 donnée manquante

† 2 personnes ne savaient pas si elles avaient utilisé un condom

‡ 1 personne ne savait pas si elle avait utilisé un condom lors de sa dernière relation vaginale

§ 2 personnes ne savaient pas si elles avaient utilisé un condom lors de leur dernière relation anale.

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

Tableau 26 : Raisons données pour ne pas avoir utilisé de condom lors de la dernière relation sexuelle, par type de relation (orale, vaginale ou orale)\*

Raisons pour ne pas avoir porté de condom	Type de relation		
	Orale N = 136 <sup>†</sup>	Vaginale N = 88 <sup>‡</sup>	Anale N=42 <sup>§</sup>
Fait confiance à son partenaire/relation stable	26,5 %	43,2 %	26,2 %
Ne pensait pas en avoir de besoin	14,7 %	2,3 %	7,1 %
Pas de condom disponible	11,0 %	11,4 %	11,9 %
Partenaire est propre	8,1 %	15,9 %	21,4 %
Condom inconfortable	7,4 %	11,4 %	11,9 %
Ne lui tente pas/n'aime pas ça	5,9 %	4,6 %	4,8 %
Le latex ne goute pas bon	5,2 %	0,0 %	0,0 %
Était gelé ou saoul	3,7 %	4,6 %	9,5 %
Relation sexuelle non consentante/viol	2,2 %	4,6 %	7,1 %
Allergie au latex	2,2 %	3,4 %	2,4 %
Sensation diminuée/ « moins le fun »	1,5 %	0,0 %	0,0 %
Ne voulait pas en utiliser	1,5 %	1,7 %	2,4 %
Trop cher	0,0 %	1,1 %	2,4 %
Était embarrassé d'en acheter	0,7 %	1,1 %	2,4 %
Ne sait pas	19,9 %	5,7 %	7,1 %
Autre	3,7 %	6,8 %	2,4 %

\*Les participants pouvaient choisir plus d'une réponse

<sup>†</sup> 2 personnes ne savaient pas si elles avaient utilisé des condoms lors de leur dernière relation orale, donc elles n'ont pas répondu à cette question.

<sup>‡</sup> 1 personne ne savait pas si elle avait utilisé un condom lors de sa dernière relation vaginale, donc elle n'a pas répondu à cette question.

<sup>§</sup> 2 personnes ne savaient pas si elles avaient utilisé un condom lors de leur dernière relation anale, donc elles n'ont pas répondu à cette question.

### 3.7.4 Relations sexuelles sous l'effet de l'alcool ou de drogues dans les trois mois avant leur entrevue

Parmi les participants qui ont été actifs sexuellement dans les trois derniers mois précédant leur entrevue, 80,5 % avaient eu des relations sexuelles sous l'effet de l'alcool ou de drogues; 53,7 % ont eu des relations sexuelles alors qu'ils étaient ivres et 67,3\* % alors qu'ils étaient sous l'effet de drogues.

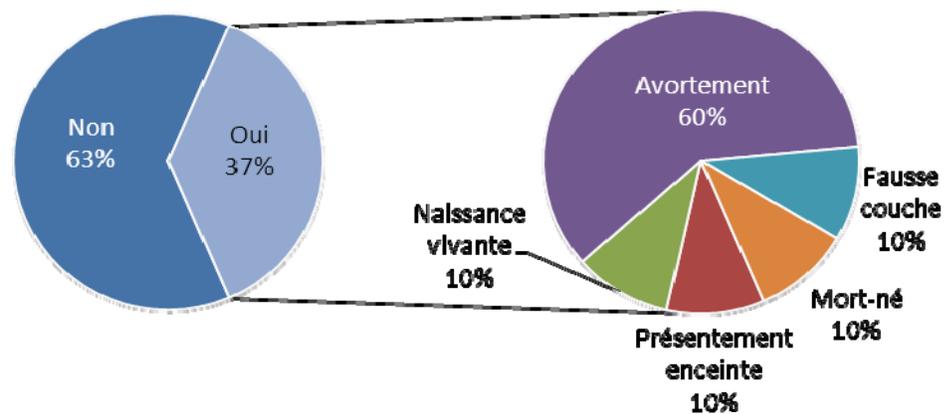
\* 1 donnée manquante

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

### 3.7.5 Grossesse chez les participantes

Nous avons aussi demandé aux participantes si elles avaient déjà été enceintes et, si oui, comment s'était terminée leur dernière grossesse. Vingt femmes, soit 37,0 % des participantes, ont été enceintes au moins une fois au cours de leur vie. Lors de leur dernière grossesse, la majorité d'entre elles ont eu un avortement (60,0 %). Les données sont présentées à la figure 2.

**Figure 2 :** Répartition des femmes selon qu'elles aient ou non déjà été enceintes (n=54) et distribution de l'issue de la dernière grossesse de celles qui l'ont déjà été (n=20)



### 3.7.6 Implication dans le travail du sexe

Nous avons demandé aux participants s'ils avaient déjà été impliqués dans le travail du sexe, qui était défini comme recevoir intentionnellement de l'argent ou des cadeaux en échange d'activités sexuelles incluant la prostitution ou les massages.

Trente-cinq personnes (19,7 %) ont mentionné avoir déjà été impliquées dans le travail du sexe. L'âge moyen lors de la première implication dans le travail du sexe était 17,1 ans ( $ET=2,8$  ans). Presque toutes ces personnes (97,1 %) l'ont fait le plus souvent en échange d'argent, et une personne en échange d'autre chose\*.

Cinquante-sept pourcent (57,1 %) des jeunes déjà impliqués dans le travail du sexe l'ont été durant les trois derniers mois et, parmi eux (n=20), 33,3 % n'avaient pas utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle†.

\* Le participant a indiqué qu'il n'avait pas reçu d'argent, mais n'a pas spécifié ce qu'il avait reçu.

† Deux participantes étaient des danseuses et elles n'ont pas eu de relations vaginales, orales ou anales en

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

### 3.7.7 Relations sexuelles forcées et autres formes d'abus

Cinquante-sept participants (32,0 %) ont dit qu'ils ont déjà été forcés d'avoir une relation sexuelle (orale, vaginale ou anale) au moins une fois au cours de leur vie. Ce pourcentage est significativement plus élevé parmi les filles que les garçons (64,8 % versus 17,7 %,  $p < 0,001$ ).

Le questionnaire couvrait également d'autres types d'abus. Ainsi, 60,6 % des jeunes ont été victimes d'abus physiques, 65,6 % d'abus émotionnels, 76,7 % ont été témoins de violence et 46,1 % ont été négligés par leurs parents ou gardiens. Globalement, 88,9 %\* ont subi au moins une de ces cinq formes d'abus au cours de leur vie.

### 3.8 Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)

Cette section porte sur différents aspects des ITSS, en débutant par les antécédents de dépistage des participants. Par la suite, les résultats des tests de laboratoire effectués dans l'étude pour les différentes infections sont décrits. Finalement, l'autoévaluation du niveau de risque d'attraper une ITSS et les visites à la clinique pour aller chercher les résultats des tests sont présentés.

#### 3.8.1 Dépistage des ITSS et diagnostic antérieur

Environ trois participants sur quatre (76,7 %) ont été dépistés pour au moins une ITSS au cours de leur vie. Le pourcentage de participants ayant déjà été dépistés pour chaque ITSS est indiqué au tableau 27.

Tableau 27 : Pourcentage de participants qui ont déjà été dépistés pour une ITSS au moins une fois au cours de leur vie (n=179)\*

ITSS	Pourcentage
VIH	72,1 %
Hépatite C	61,4 %
Hépatite B	58,1 %
Chlamydieuse génitale †	67,8 %
Infection gonococcique †	68,4 %
Syphilis †	58,6 %
Herpès †	<1 %

\* 1 donnée manquante et 2 personnes ne savaient pas

† Pour ces ITSS, 5 personnes supplémentaires ont indiqué ne pas savoir si elles avaient été dépistées. Donc le dénominateur est 174.

échange d'argent.

\* 1 personne ne savait pas et 1 personne a refusé de répondre à la question

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

---

Nous avons aussi demandé aux participants quand ils avaient eu leur dernier dépistage pour le VIH et l'hépatite C. La majorité des jeunes s'étaient fait dépister dans les derniers six mois (tableau 28).

Tableau 28 : Période du dernier test parmi ceux ayant déjà été dépistés pour le VIH (n=124)\* et le VHC (n=93)†

Période du dernier test	VIH (%)	VHC (%)
<b>0 – 6 mois</b>	72,6 %	61,3 %
<b>7 – 11 mois</b>	4,8 %	18,3 %
<b>1 à 2 ans</b>	11,3 %	10,7 %
<b>Plus de 2 ans</b>	11,3 %	9,7 %

\* 5 données manquantes

† 17 données manquantes

Aussi, parmi les participants ayant eu des relations sexuelles dans les trois mois précédant leur entrevue (n=160), 8,7 % ont dit qu'ils avaient eu un diagnostic d'ITSS pendant ces trois mois et 6,6 %\* ont indiqué qu'un de leurs partenaires sexuels avait eu un tel diagnostic durant cette période.

---

\* 9 personnes ne savaient pas si leur partenaire avait été diagnostiqué par une ITSS

### 3.8.2 Prévalence des ITSS

Cette section présente les prévalences des ITSS telles qu'observées dans l'étude; les taux sont basés sur les résultats des tests de laboratoire effectués sur les échantillons de sang et d'urine des participants.

Globalement, 50,9 % des participants qui avaient donné un échantillon de sang et d'urine (n=171) étaient positifs pour l'une des infections suivantes : VIH, VHC, VHB, chlamydie génitale, infection gonococcique, syphilis, HLTV, HSV-1 ou HSV-2. Le pourcentage de participants positifs pour au moins une infection est de 20,5 % si nous ne tenons pas compte du HSV-1, un virus qui est principalement lié à l'herpès labial (communément appelé bouton de fièvre ou « feu sauvage »). Les résultats spécifiques pour chacune des infections sont présentés dans les sections qui suivent.

#### 3.8.2.1 Prévalence du VIH

Deux personnes ont été trouvées infectées par le VIH, soit 1,1 % des 174 participants qui ont donné un échantillon de sang.

#### 3.8.2.2 Prévalence du VHC et du VHB

Onze personnes avaient des anticorps détectables contre le VHC, soit 6,3 % des 174 participants qui ont donné un échantillon de sang.

Aucun participant n'était infecté par le virus de l'hépatite B et aucun participant n'avait un antécédent d'infection pour l'hépatite B parmi les 174 participants qui ont fourni un échantillon de sang. Parmi ces participants, 67,1 % avaient un niveau d'anticorps assez élevé pour les rendre immuns à cette infection ( $\geq 10$  mIU/mL). Parmi les autres participants, 34 (19,5 %) avaient des anticorps entre 2 et 10 mIU/mL (moyenne = 4,4 mIU/ml) et 24 (13,7 %) avaient des anticorps sous 2 mIU/mL. Pour les 58 participants ayant des niveaux d'anticorps plus bas que 10 mIU/mL, il n'est pas possible de conclure si le jeune :

- i) n'a jamais été vacciné contre le VHB,
- ii) a été vacciné mais n'a pas reçu les trois doses,
- iii) a été vacciné avec trois doses mais n'a pas répondu ou
- iv) a été vacciné et a bien répondu, mais son niveau d'anticorps a décliné depuis sa vaccination.

#### 3.8.2.3 Prévalence de la chlamydie génitale, de l'infection gonococcique et de la syphilis

Onze personnes ont été trouvées positives pour la chlamydie génitale (soit 6,2 % des 178 qui ont donné un échantillon d'urine) et deux personnes étaient positives pour une infection gonococcique (soit 1,1 % de celles qui ont donné un échantillon d'urine). Trois personnes avaient un résultat positif pour la syphilis (soit 1,7 % de celles qui ont donné

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

un échantillon de sang). Les tests effectués pour cette infection ne permettent pas de déterminer de quel stade de syphilis il s'agit ni s'il s'agit d'une syphilis ayant déjà été traitée.

Puisque la prise récente d'antibiotiques peut entraîner une sous-estimation de la prévalence des infections bactériennes, nous avons recalculé les estimés de prévalence en enlevant du dénominateur les personnes négatives qui avaient pris un antibiotique dans le mois précédant leur entrevue. Les données sont présentées au tableau 29.

Tableau 29 : Prévalence de la chlamydirose génitale, de l'infection gonococcique et de la syphilis parmi les participants qui ont donné un échantillon d'urine ou de sang, et en tenant compte de la prise d'antibiotiques dans le mois précédant leur entrevue

ITSS	Prévalence parmi l'ensemble de l'échantillon	Prévalence en tenant compte de la prise d'antibiotiques <sup>§</sup>
<b>Chlamydirose génitale</b>	6,2 % <sup>*</sup>	7,3 % <sup>‡</sup>
<b>Infection gonococcique</b>	1,1 % <sup>*</sup>	1,3 % <sup>‡</sup>
<b>Syphilis</b>	1,7 % <sup>†</sup>	2,0 % <sup>§</sup>

<sup>§</sup> À noter que les taux de prévalences ont été calculés en enlevant du dénominateur les personnes négatives qui avaient pris un antibiotique dans le mois précédant leur entrevue.

<sup>\*</sup> n = 178

<sup>‡</sup> n = 149

<sup>†</sup> n = 174

<sup>§</sup> n = 147

### 3.8.2.4 Prévalence de l'HTLV, du HSV-1 et du HSV-2

Les données sur la prévalence de ces infections sont présentées au tableau 30. Rappelons que les jeunes ne pouvaient pas obtenir ces résultats à la clinique, puisque les tests ont été faits après la fin de l'étude.

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

Tableau 30 : Prévalence du HTLV, du HSV-1 et du HSV-2 parmi les participants qui ont donné un échantillon de sang (n=171)\*

ITSS	Prévalence
HTLV	0,0 %
HSV-1	47,4 %
HSV-2	7,6 %

\* 3 données manquantes

### 3.8.3 Autoévaluation du risque d'attraper une ITSS

Chaque participant devait qualifier son risque d'attraper une ITSS, en indiquant s'il le considérait nul, faible, moyen ou élevé. Environ 18,2 % des participants pensaient n'avoir aucun risque d'attraper une ITSS (risque nul), 47,5 % considéraient leur risque faible, 25,4 % leur risque moyen et 8,8 % leur risque élevé. Le tableau 31 présente la répartition des participants ayant donné un échantillon de sang et d'urine selon leur statut d'infection pour certaines ITSS et l'évaluation de leur niveau de risque d'attraper une ITSS. Aucune différence statistiquement significative n'existe entre ces deux groupes ( $p=0,43$ ), bien qu'un pourcentage plus faible de personnes infectées considèrent que leur risque est nul.

Tableau 31 : Autoévaluation du risque d'attraper une ITSS parmi ceux qui sont infectés par une ITSS (n=29) et ceux qui ne le sont pas (n=136)

Niveau de risque	Infecté par une ITSS* (%)	Non infecté par une ITSS* (%)
Aucun	6,9 %	18,4 %
Faible	58,6 %	46,8 %
Moyen	24,2 %	26,2 %
Élevé	10,3 %	8,6 %

\* Parmi ceux qui ont donné un échantillon de sang et d'urine, en tenant compte des ITSS suivantes : chlamydie génitale, infection gonococcique, syphilis, VIH, VHC et VHB.

Il est intéressant de noter que les deux personnes séropositives pour le VIH pensaient qu'elles étaient à faible risque d'être infectées par une ITSS. De même, parmi les 11 personnes qui avaient des anticorps contre le VHC, huit se considéraient à faible risque, deux à risque moyen et une à risque élevé.

### **3.8.4 Connaissance du statut pour le VIH et le VHC chez les participants ayant des anticorps contre ces virus**

Nous avons demandé aux participants s'ils avaient déjà été informés par un professionnel de la santé qu'ils avaient le VIH ou le VHC. Une des deux personnes infectées par le VIH ne savait pas qu'elle l'était. Parmi les 11 personnes qui avaient des anticorps contre le VHC, deux (18,2 %) ne le savaient pas; les autres étaient au courant.

### **3.8.5 Facteurs associés aux ITSS**

Cette sous-section présente quelques données descriptives sur les participants qui étaient infectés par une ITSS. Il est important de noter qu'aucune analyse statistique n'a été faite en raison du petit nombre de personnes positives pour chaque infection. De plus, pour éviter de donner des informations pouvant permettre d'identifier les personnes infectées, seules les variables comptant plusieurs participants pour chaque catégorie sont présentées.

#### *3.8.5.1 Facteurs associés à l'infection par le VIH*

Les deux personnes infectées étaient des hommes. Aucun d'eux n'avait fait usage de drogues par injection, aucun n'avait eu de relations sexuelles avec des hommes et aucun n'avait fait de prostitution.

#### *3.8.5.2 Facteurs associés à l'infection par le VHC*

Onze participants avaient des anticorps contre le VHC; deux (18,2 %) étaient des femmes. Les 11 participants s'étaient déjà injectés des drogues et tous sauf deux s'étaient injectés dans les derniers trois mois.

#### *3.8.5.3 Facteurs associés à la chlamydie génitale*

Onze personnes étaient positives pour la chlamydie génitale; trois (27,3 %) étaient des femmes. La majorité (72,7 %) des personnes infectées avaient indiqué avoir eu plus de 20 partenaires au cours de leur vie. Un des hommes avait déjà eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. Trois participants avaient déjà été impliqués dans le travail du sexe. Trois des participants s'étaient déjà fait dire par un professionnel de la santé qu'ils avaient la chlamydie génitale.

#### *3.8.5.4 Facteurs associés à l'infection gonococcique*

Deux personnes (un homme et une femme) étaient infectées. Toutes deux étaient impliquées dans le travail du sexe. L'homme avait déjà eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les deux participants s'étaient déjà fait dire par un professionnel de la santé qu'ils avaient une infection gonococcique et une chlamydie génitale.

### 3.8.5.5 Facteurs associés à la syphilis

Trois personnes (deux femmes et un homme) étaient positives pour la syphilis. Deux étaient impliquées dans le travail du sexe. L'homme avait déjà eu des relations sexuelles avec d'autres hommes, et les trois participants avaient eu plus de 20 partenaires au cours de leur vie. Deux participants s'étaient déjà fait dire par un professionnel de la santé qu'ils avaient la syphilis.

### 3.8.6 Visite à la clinique pour aller chercher leurs résultats

Globalement, 37,4 % des jeunes sont retournés à la clinique pour obtenir les résultats de leurs tests. Parmi les personnes infectées par une ITSS pour lesquelles nous pouvions remettre les résultats\* (n=29), 31,0 % sont retournées chercher leurs résultats. Parmi les participants qui n'étaient infectés par aucune de ces ITSS (n=142), 40,8 % sont retournés à la clinique. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre ces deux proportions ( $p=0,33$ ).

---

\* Soit le VIH, le VHC, le VHB, la chlamydie génitale, l'infection gonococcique et la syphilis.

## **4. Discussion**

Les résultats de notre étude, comme d'autres obtenues auparavant à Montréal et ailleurs, montrent la vulnérabilité aux ITSS des jeunes de la rue. Elles font également ressortir certaines des situations difficiles que vivent ces jeunes, de même que certaines de leurs difficultés psychosociales.

Une première sphère de la vie des jeunes de la rue de Montréal qui illustre leur vulnérabilité est leur niveau de scolarisation. En effet, ces jeunes sont nettement moins scolarisés que les jeunes de la population générale. Dans notre étude, 72 % des jeunes de plus de 18 ans n'avaient pas obtenu leur diplôme d'études secondaires et n'étaient pas inscrits à l'école. Or, une enquête populationnelle de Statistique Canada a démontré qu'entre 2007 et 2010, 11,7 % des Québécois âgés entre 20 et 24 ans étaient sans diplôme d'études secondaires et n'étaient pas inscrits à l'école (7).

Peu de jeunes de la rue vivent dans des conditions résidentielles stables. Seulement 22 % d'entre eux ont indiqué avoir dormi le plus souvent dans leur propre appartement dans les trois mois précédant leur entrevue. Ce pourcentage est nettement plus bas que celui de la deuxième cohorte montréalaise, où 44 % des participants avaient indiqué que c'était leur lieu de résidence principal pendant les six mois précédant leur entrevue (2). Quant à la proportion de jeunes ayant dormi le plus souvent dans un refuge, elle était de 28 % dans notre étude (trois derniers mois), alors qu'elle était de seulement 6 % dans la deuxième étude de cohorte (six derniers mois) (2). Bien qu'il soit difficile de comparer les données des deux études, en raison de questions couvrant des périodes de temps différentes, les résultats suggèrent que de nombreux jeunes de la rue continuent à vivre dans des conditions résidentielles précaires.

En plus de leur précarité au niveau social, plusieurs jeunes de la rue ont des difficultés d'ordre psychologique. D'après les réponses qu'ils ont fournies, 40 % des répondants souffriraient de détresse psychologique sévère. De plus, 43 % des jeunes rapportent avoir déjà tenté de se suicider. D'autres études menées auprès des jeunes de la rue ont trouvé des données similaires concernant les tentatives suicidaires. Ainsi, l'étude transversale menée à Calgary a trouvé que 37 % des jeunes avaient fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (8). De plus, la deuxième cohorte montréalaise avait trouvé que 38 % des participants en avait déjà fait une (2).

Dans notre étude, environ un jeune sur deux rapporte avoir rencontré un spécialiste de la santé après sa dernière tentative de suicide. Il faut toutefois souligner que, d'après des informations supplémentaires fournies spontanément par quelques participants aux infirmiers, cette rencontre a eu lieu dans une salle d'urgence avec un psychiatre, sans aucun autre suivi; elle était souvent nécessaire pour que le jeune soit autorisé à quitter l'urgence. Il est donc difficile, à partir de la seule question sur leur rencontre avec un

spécialiste posée aux participants de se faire une idée juste du suivi médical offert aux jeunes de la rue suite à une tentative de suicide.

La consommation de drogues est omniprésente chez les jeunes de la rue. Presque tous en ont consommé au moins une fois dans leur vie. Des proportions similaires avaient été observées dans la dernière cohorte menée à Montréal (2). Toutefois, concernant la consommation par injection, on note un changement important depuis les études montréalaises précédentes. En effet, dans notre étude, 24 % des participants ont rapporté s'être injectés au moins une fois au cours de leur vie. Cette proportion était nettement plus élevée dans les deux précédentes études de cohorte (47 % dans la première cohorte (9) et 46 % dans la deuxième (2)). Une analyse de tendance couvrant les dix années de suivi de ces deux cohortes a démontré que la prévalence de l'injection récente (c'est-à-dire, l'injection dans les six mois précédant l'entrevue) était stable autour de 30 % pendant la période (10). Un changement serait donc survenu depuis la fin de la deuxième étude de cohorte et la consommation de drogue par injection chez les jeunes de la rue de Montréal aurait diminué.

On note également certains changements dans le choix des drogues consommées par injection depuis la dernière cohorte montréalaise. Ainsi, l'injection de médicaments (pris à des fins non médicales) semble avoir augmenté depuis 2004. En effet, à leur entrée dans la deuxième étude de cohorte, 27 % des jeunes s'étant déjà injectés rapportaient s'être déjà injecté des médicaments pour s'intoxiquer (pour « buzzer ») (2). Dans notre étude, 55 % des jeunes s'étant déjà injectés ont rapporté s'être déjà injecté du Dilaudid®. Le pourcentage pour ce seul médicament est plus du double de celui pour tous les médicaments dans la deuxième cohorte. Et l'injection de plusieurs autres médicaments est rapportée par les jeunes de notre étude, notamment l'injection de Fentanyl. Évidemment, la différence observée peut être due à une plus grande précision dans la question posée dans notre étude, avec chaque médicament nommé séparément, mais l'injection de médicaments à des fins non médicales semble une tendance à surveiller chez les jeunes de la rue et est concordante avec les résultats d'autres études chez les personnes utilisant des drogues par injection (11).

Suite à leur consommation de drogues, plusieurs jeunes de la rue ont fait une surdose. Parmi les jeunes ayant déjà consommé des drogues, un sur deux (47 %) en a fait au moins une au cours de sa vie. Dans la deuxième étude de cohorte, 38 % des jeunes en avaient eu au moins une au cours de leur vie (2), proportion également très élevée. Soulignons que la plupart des surdoses rapportées dans la présente étude sont accidentelles, suggérant des besoins d'éducation importants chez les jeunes de la rue sur la consommation à risques réduits. De plus, plusieurs études chez des usagers de drogues et une étude chez les jeunes de la rue de Montréal ont noté des liens significatifs entre surdoses accidentelles et pensées suicidaires ou tentatives de suicide. Comme le suggèrent les auteurs de l'étude montréalaise, un intervenant en contact

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

---

avec un jeune ayant fait une surdose accidentelle, en plus d'aborder la consommation à risques réduits, devrait aborder de possibles pensées suicidaires (12).

L'étude nous renseigne également sur les comportements sexuels des jeunes de la rue et sur leur prise de risque à ce niveau. La presque totalité des jeunes (98 %) ont déjà eu des relations sexuelles. Plusieurs ont eu des relations sexuelles avec des partenaires du même sexe, soit 28 % des hommes et 57 % des femmes. Ajoutons que plus de la moitié (57 %) des jeunes des deux sexes ont rapporté avoir déjà eu des relations anales. Ceci souligne l'importance d'aborder la notion de risque accru de transmission des ITSS lors de relations anales avec les jeunes de la rue, peu importe leur sexe.

De plus, les données sur l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle montrent que son utilisation est plus grande pour les relations anales (58 %) que pour les relations vaginales (49 %), et plus grande que pour celles orales (18 %). Même si les questions comportent des limites, notamment l'absence d'information sur le type de partenaire, et que les données montrent une tendance rassurante concernant le port du condom pour les relations anales, des interventions semblent nécessaires pour renforcer l'usage du condom chez les jeunes de la rue.

La grossesse est une réalité pour de nombreuses jeunes femmes de la rue. En effet, 37 % d'entre elles ont déjà été enceintes au moins une fois. Des pourcentages mêmes un peu plus élevés ont été observés dans d'autres études semblables. Ainsi, la deuxième cohorte montréalaise avait trouvé que 49 % des participantes avaient déjà été enceintes au cours de leur vie (2) et une étude transversale parmi les jeunes de la rue à Montréal avait trouvé que 44 % des participantes l'avaient déjà été (4). L'étude transversale menée à Calgary montrait que 52 % l'avaient déjà été (8). Cet aspect de la vie des jeunes femmes de la rue mériterait une attention particulière pour comprendre les raisons de ces grossesses fréquentes, au-delà de l'hypothèse des échecs de contraception.

Par ailleurs, presque 60 % des jeunes qui étaient infectés par une ITSS évaluaient leur risque comme faible ou nul. Ce pourcentage était similaire à celui parmi les jeunes non infectés par une ITSS. Il semble donc que les jeunes de la rue évaluent mal leur risque d'être infectés par une ITSS.

Le mode de vie des jeunes de la rue peut les mettre à risque d'être exposés au VHB. La vaccination contre ce virus étant offerte en quatrième année du primaire depuis 1995, tous les jeunes devraient avoir été vaccinés à ce niveau scolaire. Comme trois doses de vaccin reçues à cet âge confèrent un taux de protection de 99 %, les jeunes devraient donc être protégés. Toutefois, les données recueillies dans l'étude ne permettent pas de déterminer le niveau de protection du tiers des participants. Étant donné leur risque d'exposition au VHB, une approche auprès de ces jeunes pourrait être de leur donner une dose de rappel. Un dosage effectué un à deux mois plus tard permettrait de

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

---

s'assurer qu'ils sont protégés (et de le documenter dans leur dossier) ou de les vacciner au besoin.

La prévalence obtenue pour le VIH (1,1 %) est semblable à celle observée dans la deuxième cohorte des jeunes de la rue montréalais, où 0,9 % des participants étaient infectés par le VIH (2), et dans la première cohorte, où 1,3 % des participants l'étaient (9). De plus, notre estimé est plus élevé que dans la population canadienne, où la prévalence est estimée d'être autour de 0,21 % (13). La situation du VIH chez les jeunes de la rue de Montréal demeure donc très préoccupante.

Pour ce qui est de la prévalence du VHC, elle semble avoir diminué depuis la dernière cohorte. Dans notre étude, 6,3 % des jeunes avaient des anticorps contre le VHC alors que cette proportion était de 14,0 % dans la deuxième étude de cohorte (2). Cette diminution reflète probablement la diminution de l'injection entre les deux études qui a été mentionnée précédemment (de 46 % à 24 %). En effet, la prévalence des anticorps parmi les jeunes s'étant déjà injectés est de 25,0 % dans notre étude, ce qui est similaire à la proportion de 30,7 % observée dans la dernière cohorte (2). Cependant, le taux de VHC observé dans notre étude est très élevé comparé à celui chez les jeunes Canadiens, chez qui la prévalence est estimée à 0,2 % parmi les jeunes âgés entre 15 et 24 ans (3). Cette différence est certainement liée au pourcentage élevé de consommateurs de drogues par injection parmi les jeunes de la rue.

Le taux de chlamydie génitale observé chez les jeunes de la rue entre 1999 et 2000 était de 7 % (4), un taux de prévalence identique à notre estimé. Cette étude n'avait détecté aucune infection gonococcique, alors que notre étude montre une prévalence de 1 % (4). Une des premières études du projet E-SYS avait aussi trouvé un taux de prévalence global de chlamydie génitale de 8,5 %, mais ce pourcentage variait entre 1,4 % et 14,2 % selon la ville (14). Les taux observés pour la chlamydie et l'infection gonococcique montrent que ces infections sont nettement plus présentes chez les jeunes de la rue que chez les jeunes de la population générale (15).

Aucune autre étude n'avait mesuré la prévalence de la syphilis auprès des jeunes de la rue de Montréal. Les deux infections détectées montrent que c'est une ITSS dont il faut se préoccuper chez les jeunes de la rue, surtout dans le contexte actuel de la recrudescence des cas de syphilis notée chez les jeunes du Québec (16).

Les taux de dépistage des ITSS à vie sont relativement élevés. En effet, 77 % des jeunes ont déjà été dépistés pour au moins une ITSS dans leur vie. Ce pourcentage est un peu supérieur à celui observé dans l'étude menée à Calgary, qui a trouvé que 69 % des jeunes s'étaient fait dépister pour une ITSS au moins une fois au cours de leur vie (8). Le fait qu'une proportion importante des jeunes aient été recrutés à la Clinique pourrait expliquer ces taux plus élevés. Toutefois, les taux observés d'ITSS suggèrent que la fréquence des dépistages doit être accrue. Soulignons que 37 % des jeunes sont allés

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

---

chercher les résultats de leurs tests de dépistage. Ce pourcentage est plus élevé que celui observé dans une étude semblable, où seulement 7 % des jeunes étaient retournés chercher leurs résultats (17). Cependant, il est possible que ce chiffre soit biaisé par les efforts du personnel de la Clinique. En effet, quand un jeune était vu par le personnel de la clinique, on lui demandait s'il était intéressé à participer au projet de recherche et, s'il avait déjà participé, on lui demandait s'il avait reçu ses résultats. Le pourcentage n'inclut donc pas seulement les participants qui sont venus spontanément chercher leurs résultats, mais aussi ceux qui sont suivis régulièrement à la Clinique et ont été encouragés à les recevoir.

Certaines limites de cette étude doivent être mentionnées. Tout d'abord, certains biais sont inhérents à la méthodologie utilisée. Ainsi, une étude transversale permet d'avoir un portrait des comportements et de la prévalence de différentes infections chez les jeunes à un point donné dans le temps. Elle ne peut cependant pas permettre de distinguer entre cause et effet. Pour étudier les facteurs associés à l'incidence d'une infection, des études de type cohorte sont nécessaires. De plus, dans le cas présent, l'analyse des facteurs associés avec les différentes ITSS n'était pas possible en raison de la petite taille d'échantillon. La puissance statistique est calculée pour permettre d'effectuer les analyses au niveau de l'ensemble de l'étude (toutes les données du cycle 6 de E-SYS) et non au niveau d'un seul site. Les prévalences observées, tant des infections que des comportements, sont cependant très utiles pour chaque site.

La méthode de recrutement des participants peut aussi avoir biaisé nos estimés. Puisque les jeunes de la rue sont difficiles à rejoindre, il n'est pas possible d'utiliser un échantillonnage probabiliste; nous avons plutôt obtenu un échantillon de convenance. Les personnes recrutées peuvent ne pas être représentatives de l'ensemble des jeunes de la rue de Montréal. Par exemple, un jeune qui ne visite pas les organismes communautaires ciblés par le projet et qui ne reçoit aucun soin des membres de la Clinique des jeunes de la rue avait peu de chance d'être recruté dans l'étude comparativement à ceux qui fréquentent ces lieux. C'est pour tenter de limiter ce biais que nous avons impliqué plusieurs organismes communautaires dans le recrutement, en accordant une attention spéciale à ceux desservant la plus grande clientèle. Il faut toutefois noter que les deux cohortes montréalaises étaient probablement plus représentatives de l'ensemble des jeunes de la rue, car les lieux de recrutement étaient plus diversifiés et le recrutement s'y faisait de manière intensive et continue.

De plus, le fait que plusieurs participants aient été référés par un ami ou un autre participant peut avoir limité la variabilité de l'échantillon. En effet, on peut penser que les participants vont référer des jeunes qui sont proches d'eux et ont possiblement des comportements semblables. L'échantillon est cependant largement constitué de participants qui n'ont pas été référés par d'autres, ce qui permet de préserver la variabilité.

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

---

Il faut également souligner que, comme dans toutes les études similaires, les comportements des participants sont auto-rapportés. Ces données sont donc sujettes à des biais de désirabilité sociale et de rappel. Le fait que les entrevues aient été effectuées par des infirmiers et infirmières travaillant déjà auprès de populations marginalisées a certainement aidé à minimiser ce premier biais. De plus, le fait que les infirmiers et infirmières posaient oralement les questions leur a permis d'aider le jeune à bien situer les périodes auxquelles les questions faisaient référence, aidant à diminuer le biais de rappel. Cette manière d'administrer le questionnaire a également permis de contourner les problèmes de lecture que certains jeunes auraient pu avoir.

Certaines limites du questionnaire lui-même doivent aussi être mentionnées. Ainsi, bien que le questionnaire ait été utilisé dans plusieurs autres villes canadiennes au cours du cycle 6, certaines questions devront être améliorées pour le prochain cycle. Par exemple, la formulation des questions sur le nombre de partenaires sexuels à vie ne mentionnait pas les situations de viols et d'abus sexuels. Il est peu probable que les répondants aient considéré les personnes ayant commis ces gestes comme des partenaires sexuels, mais nous ne pouvons en être certains. De plus, certaines questions s'appliquaient moins bien au contexte montréalais. Ainsi, les réponses à la question sur l'identité ethnique n'ont pas été analysées car elles étaient peu informatives; une grande proportion des participants ayant répondu qu'ils étaient « Québécois ».

## **5. Conclusion**

Les données de surveillance visent à mieux connaître l'état de santé d'une population afin de mieux adapter les services à ses besoins. Les données recueillies auprès des jeunes de la rue de Montréal montrent clairement leur vulnérabilité, tant face aux ITSS que dans de multiples autres sphères de leur vie. D'un point de vue de prévention des ITSS, des interventions visant à favoriser le port du condom, à favoriser le dépistage et à améliorer l'autoévaluation du risque d'ITSS apparaissent essentielles. Ces interventions doivent cependant aller au-delà de la transmission d'informations en lien avec ces sujets. Elles devraient inclure des sessions d'éducation à la sexualité et sur les comportements à risque pour les ITSS, soit dans les écoles, avant que les jeunes n'en décrochent, ou lors des rencontres avec les intervenants dans les organismes communautaires ou avec des professionnels de la santé. Malgré la diminution observée dans la prévalence de l'injection, les interventions visant à réduire ce comportement, dont la prévalence reste élevée, de même que celles visant la prévention des ITSS en lien avec la consommation de drogues continuent d'être essentielles. La consommation de substances doit être prise en compte dans tout le travail de prévention des ITSS, de même que la prévalence élevée de la détresse psychologique et la vulnérabilité socioéconomique des jeunes. Ces données montrent clairement la nécessité d'approches intégrées. Ces jeunes ont clairement besoin d'une offre de services globale, visant tant leur santé physique que mentale et visant également les dimensions psychosociales de leur vie. Cette approche, déjà prise par la Clinique des jeunes de la rue du CSSS Jeanne-Mance, doit être poursuivie et renforcée.



## **6. Références**

- (1) World Health Organization. (2012). *Second Generation Surveillance for HIV/AIDS*. <http://www.who.int/hiv/topics/surveillance/2ndgen/en/>.
- (2) Roy É, Haley N, Godin G, Boivin JF, Claessens C. (2005). *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue : Rapport d'étape numéro 4*. Direction de santé publique de l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. ISBN 2-89494-467-5.
- (3) Remis R. (2010). *Modelling the incidence and prevalence of hepatitis C infection and its sequelae in Canada, 2007: Final report*. Public Health Agency of Canada.
- (4) Haley N, Roy É, Leclerc P, Lambert G, Boivin JF, Cédras L, Vincelette J. (2002). *Risk behaviours and prevalence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae genital infections among Montreal street youth*. International Journal of STD & AIDS, 13(4): 238-245.
- (5) Roy É, Haley N, Leclerc P, Sochanski B, Boudreau JF, Boivin JF. (2004). *Mortality in a cohort of street youth in Montreal*. JAMA, 292(5): 569-574.
- (6) Roy É, Haley N, Boudreau JF, Leclerc P, Boivin JF. (2010). *The challenge of understanding mortality changes among street youth*. Journal of Urban Health, 87(1):95-101.
- (7) Gilmore J. (2010). *Tendances du taux de décrochage et des résultats sur le marché du travail des jeunes décrocheurs*. Statistiques Canada. <http://www.statcan.gc.ca/pub/81-004-x/2010004/article/11339-fra.htm>.
- (8) Worthington CA, MacLaurin BJ. (2009) *Level of street involvement and health services use of Calgary street youth*. Canadian Journal of Public Health; 100(5):384-388.
- (9) Roy É, Haley N, Boivin JF, Frappier JY, Claessens C. (2001). *Étude de cohorte sur l'infection au VIH chez les jeunes de la rue de Montréal : Rapport d'étape numéro 2*. Direction de la santé publique de Montréal; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. ISBN 2-89494-281-8.

## Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal

---

- (10) Roy É, Boudreau JF, Leclerc P, Boivin JF, Godin G. (2007). *Trends in injection drug use behaviors over 10 years among street youth*. Drug and Alcohol Dependence, 89(2-3):170-175.
- (11) Bruneau J, Roy É, Arruda N, Zang G, Jutras-Aswad D. (2012). *The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users*. Addiction, 107(7):1318-1327.
- (12) Richer I, Bertrand K, Vandermeersch J, Roy É. (2012). *A prospective cohort study of non-fatal accidental overdose among street youth: The link with suicidal ideation*. Drug and Alcohol Review.
- (13) Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011*. <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat2011-fra.php>.
- (14) Shields SA, Wong T, Mann J, Jolly AM, Haase D, Mahaffey S, Moses S, Morin M, Patrick D, Predy G, Rossi M, Sutherland D. (2004). *Prevalence and correlates of Chlamydia infection in Canadian street youth*. Journal of Adolescent Health, 34(5):384-390.
- (15) Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2012). *Espace montréalais d'informations sur la santé : MADO-statistiques*. <http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/axes-dintervention/infection-et-intoxications/>.
- (16) Massé R. (2012). *Appel à la vigilance: syphilis*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. [http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/espace\\_du\\_directeur/rubriques/nouveaut es/article/appel\\_a\\_la\\_vigilance\\_syphilis.html](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/espace_du_directeur/rubriques/nouveaut es/article/appel_a_la_vigilance_syphilis.html).
- (17) Roy É, Haley N, Samuelson J, Leclerc P, Boivin JF, Lambert G. (2000). *Étude de prévalence de l'infection génitale à Chlamydia trachomatis et à Neisseria gonorrhoeae chez les jeunes de la rue de Montréal*. Direction de santé publique de Montréal; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. ISBN 2-89494-277-X.

**Annexe A :**

**Détails des tests effectués au laboratoire du CHUM**

<b>ITSS</b>	<b>Fluide</b>	<b>Composante ciblée</b>	<b>Méthode d'analyse</b>
<b>Infection gonococcique</b>	Urine	Détection des acides nucléiques des bactéries	Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN)
<b>Chlamydieuse génitale</b>		<i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i>	
<b>Syphilis*</b>	Sang	Détection ancienne ou actuelle de la bactérie <i>Treponema pallidum</i>	Essai immunoenzymatique (EIA)
<b>VIH*</b>	Sang	Test de détection de l'antigène p24 (MEIA)	<i>Microplate Enzymatic Immuno-Assay</i> (MEIA)
<b>Hépatite C</b>	Sang	Test de détection des anticorps contre l'hépatite C	EIA
<b>Hépatite B</b>	Sang	Test de détection de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (HBsAG).	EIA
	Sang	Test de détection des anticorps de surface du virus de l'hépatite B (anti-HBs).	EIA
	Sang	Test de détection des anticorps de noyau du virus de l'hépatite B (anti-HBc).	EIA

\*Test de confirmation effectué si le résultat était positif



**Annexe B :**

**Détails des tests effectués au laboratoire fédéral**

<b>ITSS</b>	<b>Fluide</b>	<b>Composante ciblée</b>	<b>Méthode d'analyse</b>
<b>HTLV*</b>	Sang	Test de détection des anticorps du virus HTLV	EIA
<b>HSV-1</b>	Sang	Test de détection des anticorps du virus HSV-1	EIA
<b>HSV-2</b>	Sang	Test de détection des anticorps du virus HSV-2	EIA

\*Test de confirmation effectué si le résultat était positif



# BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	<b>Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal</b>	<b>8,00 \$</b>	
	NUMÉRO D'ISBN (version imprimée) <b>978-2-89673-260-9</b> <b>978-2-89673-261-6 (version PDF)</b>		

Nom

---

---

Adresse

---

No	Rue	Ann
Ville	Code postal	

---

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la  
**Direction de santé publique de Montréal**

**Veillez retourner votre bon de commande à :**

Centre de documentation  
Direction de santé publique  
1301, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H2L 1M3

**Pour information : 514 528-2400 poste 3646**

1301, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H2L 1M3  
Téléphone : 514 528-2400  
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal

Québec 