RAPPORT D'ÉTAPE SUR LES POPULATIONS DISTINCTES

VIH/SIDA ET AUTRES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG PARMI LES JEUNES AU CANADA

PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES

Agence de la santé publique du Canada
Public Health Agency of Canada

Canada

PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

– Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
Population-specific Status Report: HIV/AIDS and Other Sexually Transmitted and Blood Borne Infections among Youth in Canada

Pour obtenir des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Courriel : ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2014

Date de publication : mars 2014

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier. Toutefois, la reproduction en multiples exemplaires de cette publication, en tout ou en partie, à des fins commerciales ou de redistribution est interdite sans l'autorisation écrite préalable du ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0S5 ou copyright.droitdauteur@pwgsc.gc.ca.

IMPRIMÉ Cat. : HP40-43/5-2014F
ISBN : 978-0-660-21738-3
Pub. : 130566

PDF Cat. : HP40-43/5-2014F-PDF
ISBN : 978-0-660-21739-0
Pub. : 130567

RAPPORT D'ÉTAPE SUR LES POPULATIONS DISTINCTES

VIH/SIDA ET AUTRES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG PARMI LES JEUNES AU CANADA

AVANT-PROPOS

L'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) est fière de publier, avec l'appui de ses nombreux partenaires, le présent rapport, sixième d'une série de rapports de synthèse des connaissances actuelles sur les répercussions du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/sida chez les populations clés au Canada.[i] Cette série de rapports d'étape a été lancée afin d'appuyer les mesures énoncées dans *L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*,[ii] et de fournir une base de données probantes aux autres partenaires et intervenants qui participent à la riposte du Canada. L'*Initiative fédérale*, lancée en 2005, fait état de la nécessité d'accroître l'efficacité des interventions et d'améliorer les initiatives de prévention, de recherche, de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien liées au VIH/sida à l'intention de populations distinctes qui vivent avec le VIH/sida ou risquent de le contracter. Les populations définies dans l'*Initiative fédérale* comprennent les homosexuels et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les utilisateurs de drogues injectables, les personnes venant de pays où le VIH est endémique, les Autochtones, les détenus, les jeunes à risque, les femmes à risque et les personnes vivant avec le VIH/sida.

Bien que l'*Initiative fédérale* détaille un cadre d'action propre au VIH/sida, le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ont des voies de transmission communes (c'est-à-dire l'exposition à des liquides organiques infectés), des comportements à risque communs (c'est-à-dire les rapports sexuels non protégés et le partage de matériel de consommation de drogues) et des déterminants communs (c'est-à-dire la pauvreté, la stigmatisation et la discrimination, les maladies mentales non traitées et les toxicomanies). En outre, la présence d'une infection peut augmenter le risque de contracter une autre infection. Par conséquent, bien que ce rapport d'étape soit principalement axé sur le VIH, il porte également sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang de façon plus générale.

Plus particulièrement, ce rapport met l'accent sur l'incidence du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang sur les jeunes au Canada. La transition de l'enfance à l'âge adulte est marquée par de nombreux changements, notamment la maturation physique, une indépendance accrue, la fin de l'école secondaire et l'entrée en études postsecondaires ou sur le marché du travail. C'est une période qui voit l'établissement d'attitudes et de normes de comportement qui, en définitive, engagent les jeunes sur diverses voies de la santé et du bien-être. Bien que la plupart des jeunes vivent cette transition avec succès, d'autres sont confrontés à des problèmes et à des obstacles. La recherche présentée dans ce rapport vise à informer le lecteur au sujet des nombreux facteurs qui placent les jeunes sur diverses voies et contribuent à la vulnérabilité ou à la résilience au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

De nombreux facteurs sociaux ont une incidence directe ou indirecte sur les comportements individuels qui peuvent mener au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, notamment les rapports sexuels non protégés et l'utilisation non sécuritaire de drogues injectables. Ce rapport met l'accent sur les déterminants de la santé généraux qui peuvent influer

---

[i] Les autres rapports de cette série sont, notamment : *Rapport d'étape sur les populations distinctes : Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada; Rapport d'étape sur les populations distinctes : Autochtones; Rapport d'étape sur les populations distinctes : Femmes; Rapport d'étape sur les populations distinctes : Homosexuels, bisexuels, bispirituels et ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; Rapport d'étape sur les populations distinctes : Personnes vivant avec le VIH/sida.*

[ii] L'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* représente le cadre des investissements fédéraux du gouvernement du Canada dans le domaine du VIH/sida. De plus amples renseignements sur l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* se trouvent à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/index-fra.php

sur les résultats de santé chez les jeunes, notamment l'éducation, le revenu, l'emploi, le sexe et les normes sexuelles, l'instabilité du logement ou le sans-abrisme, l'accès aux services de santé et les environnements sociaux. Ainsi, ce rapport appuie les efforts de l'Agence visant à cerner et à résoudre les disparités en matière de santé parmi les Canadiens.

Le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang continuent d'être un problème de santé publique majeure qui nécessite une intervention concertée et globale issue d'un processus de collaboration. L'examen des facteurs sous-jacents et des conditions qui entraînent la résilience ou augmentent la vulnérabilité au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang est la clé qui permet de comprendre la meilleure façon de structurer une intervention efficace. Nous encourageons les communautés, les gouvernements, les praticiens de la santé publique, les organisations non gouvernementales, les chercheurs et les autres intéressés à utiliser ce rapport pour éclairer l'orientation future des politiques, des programmes et de la recherche avec le but d'améliorer de manière positive, la santé et le bien-être des jeunes Canadiens vulnérables à ou qui vivent avec le VIH/sida ou d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

REMERCIEMENTS

L'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) tient à remercier les personnes, les représentants de la population, les représentants des communautés, les chercheurs et les représentants gouvernementaux d'avoir bien voulu consacrer leur temps, leur expertise et leur expérience à l'élaboration du présent rapport. Plus particulièrement, l'Agence exprime sa reconnaissance aux membres d'un groupe de travail technique pour leur engagement exceptionnel et leurs conseils précieux :

Stephen Alexander, Société canadienne du sida (Ottawa, Ontario)

Martin Blais, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal (Montréal, Québec)

Philippe-Benoît Côté, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal (Montréal, Québec)

Michel Dorais, École de service social, Université Laval (Québec, Québec)

Danya Fast, Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique, étude ARYS (Vancouver, Colombie-Britannique)

Jennifer Gratrix, Alberta Health Services/ Communicable Disease Control (Edmonton, Alberta)

June Larkin, projet GAAP/Université de Toronto (Toronto, Ontario)

Alisa McClain, Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa (Ottawa, Ontario)

Ken Monteith, COCQ-sida (Montréal, Québec)

Hazelle Palmer, AIDS Committee of Toronto (Positive Youth Outreach Services) (Toronto, Ontario)

Andrea Poncia, Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa (Ottawa, Ontario)

José Pruden, Battlefords Family Health Centre (North Battleford, Saskatchewan)

Kim Thomas, Société canadienne du sida (Ottawa, Ontario)

Elliott Youden, représentant de la jeunesse (Ottawa et Toronto, Ontario)

En outre, l'Agence désire remercier les employés des Instituts de recherche en santé du Canada et les employés de sa propre organisation pour leurs contributions et leurs efforts dévoués, notamment le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections et les Opérations régionales.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS . . . III
REMERCIEMENTS . . . V
LISTE DES TABLEAUX . . . XI
LISTE DES FIGURES . . . XII
LISTE DES ANNEXES . . . XIV
LISTE DES ACRONYMES . . . XV
RÉSUMÉ . . . 1
CHAPITRE 1 – INTRODUCTION . . . 3
1.1 MÉTHODOLOGIE . . . 3
CHAPITRE 2 – PROFIL DÉMOGRAPHIQUE . . . 5
2.1 INTRODUCTION . . . 5
2.2 DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES JEUNES AU CANADA . . . 5
2.2.1 Répartition géographique . . . 6
2.2.2 Sexe et genre . . . 8
2.2.3 État civil . . . 9
2.2.4 Orientation sexuelle . . . 9
2.2.5 Diversité ethnique, immigration et diversité linguistique . . . 9
2.2.6 Résidence . . . 12
2.3 ÉDUCATION, EMPLOI ET REVENU . . . 13
2.3.1 Éducation . . . 13
2.3.2 Emploi . . . 17
2.3.3 Revenu . . . 17
2.4 LES JEUNES ET LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE . . . 18
2.5 SANTÉ PHYSIQUE . . . 18
2.5.1 Mortalité . . . 18
2.5.2 Obésité et maladie physique . . . 18
2.5.3 Violence envers les enfants, mauvais traitements et négligence . . . 20
2.6 COMPORTEMENTS DE SANTÉ . . . 22
2.6.1 Consommation de drogues . . . 22
2.6.2 Comportement sexuel . . . 26
2.7 SANTÉ MENTALE ET MALADIE MENTALE . . . 27
2.7.1 Santé mentale . . . 27
2.7.2 Maladie mentale . . . 28

CHAPITRE 3 – L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH ET DES AUTRES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG CHEZ LES JEUNES AU CANADA . . . 30

3.1 INTRODUCTION ET CONTEXTE . . . 30

3.1.1 Limites des données . . . 32

3.2 DONNÉES NATIONALES : NOMBRE DE DÉCLARATIONS DE RÉSULTATS POSITIFS AU TEST DU VIH . . . 32

3.2.1 Sexe et genre . . . 33

3.2.2 Géographie . . . 37

3.2.3 Vue d'ensemble des catégories d'exposition . . . 38

3.2.4 Catégories d'exposition au VIH chez les jeunes . . . 39

3.2.4.1 Exposition périnatale . . . 42

3.2.5 Race ou groupe ethnique et le VIH chez les jeunes . . . 42

3.2.6 Sexe et race ou groupe ethnique . . . 43

3.2.7 Catégorie d'exposition et race ou groupe ethnique . . . 44

3.3 DONNÉES NATIONALES : NOMBRE DE CAS DE SIDA DÉCLARÉS . . . 45

3.3.1 Sexe et genre . . . 45

3.3.2 Les jeunes et la race ou le groupe ethnique . . . 46

3.4 DONNÉES NATIONALES : NOMBRE DE DÉCLARATIONS DE RÉSULTATS POSITIFS AU TEST DE DÉPISTAGE DE CERTAINES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG . . . 47

3.4.1 Chlamydia . . . 47

3.4.2 Gonorrhée . . . 48

3.4.3 Syphilis infectieuse . . . 49

3.4.4 Hépatite B . . . 50

3.4.5 Hépatite C . . . 51

3.5 RÉSULTATS DE LA SURVEILLANCE NATIONALE ACCRUE PARMI LES POPULATIONS CLÉS . . . 52

3.5.1 Surveillance accrue des jeunes de la rue (SAJR) . . . 52

3.5.2 M-Track . . . 53

3.5.3 I-Track . . . 54

3.6 RÉSUMÉ . . . 55

CHAPITRE 4 – DÉTERMINANTS DE LA VULNÉRABILITÉ ET DE LA RÉSILIENCE DES JEUNES AU VIH ET AUX AUTRES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG . . . 56

4.1 STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE : ÉDUCATION, EMPLOI ET REVENU . . . 56

4.1.1 Éducation . . . 57

4.1.2 Emploi . . . 57

4.1.3 Revenu familial et personnel . . . 58

4.2 SEXE . . . 58
4.2.1 Normes sexuelles . . . 59
4.3 ORIENTATION SEXUELLE . . . 60
4.4 CULTURE, RACE ET GROUPE ETHNIQUE . . . 63
4.4.1 Immigration . . . 65
4.5 DÉVELOPPEMENT SAIN DE L'ENFANT . . . 65
4.5.1 Liens familiaux . . . 65
4.5.2 Consommation d'alcool ou de drogues durant la grossesse . . . 66
4.5.3 Sentiment d'appartenance à la collectivité . . . 67
4.5.4 Facteurs de stress pendant l'enfance . . . 67
4.6 ENVIRONNEMENTS SOCIAUX . . . 69
4.6.1 Influences des camarades . . . 69
4.6.2 Environnement scolaire . . . 70
4.6.3 Soutien aux jeunes qui vivent avec le VIH . . . 71
4.7 SANTÉ MENTALE ET MALADIE MENTALE . . . 71
4.7.1 Santé mentale . . . 72
4.7.2 Maladie mentale . . . 72
4.8 ENVIRONNEMENTS PHYSIQUES . . . 73
4.8.1 Instabilité de logement, sans-abrisme et conditions de logement . . . 73
4.8.2 Les jeunes et le système de justice pénale . . . 75
4.9 HABITUDES DE VIE . . . 75
4.9.1 Éducation en matière de santé sexuelle . . . 76
4.9.2 Perceptions du risque associé au VIH et au dépistage du VIH . . . 77
4.10 ACCÈS AUX SERVICES ET À L'INFORMATION EN MATIÈRE DE SANTÉ . . . 78
4.10.1 Situation géographique et environnement physique . . . 78
4.10.2 Accès aux services de santé confidentiels . . . 79
4.10.3 Discrimination . . . 79
4.11 RÉSUMÉ . . . 80
CHAPITRE 5 – RECHERCHE ACTUELLE SUR LE VIH/SIDA . . . 81
5.1 MÉTHODOLOGIE . . . 81
5.1.1 Limites de la méthode . . . 82
5.2 APERÇU DES PROJETS DE RECHERCHE FINANCÉS ENTRE 2008 ET 2011 . . . 83
5.2.1 Emplacement géographique . . . 83
5.2.2 Populations particulières de jeunes . . . 85
5.2.3 Déterminants de la santé . . . 89

5.2.4 Capacité de la recherche communautaire, diffusion des résultats, recherche en politique de santé et transfert des connaissances 90
5.2.5 Résilience 92
5.3 DOMAINES DE RECHERCHES FUTURES 92
CHAPITRE 6 – STRATÉGIE ACTUELLE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA CHEZ LES JEUNES 95
6.1 MÉTHODOLOGIE 95
6.2 VUE D'ENSEMBLE 96
6.3 STRATÉGIES AXÉES SUR LES POPULATIONS DISTINCTES 96
6.3.1 Stratégies axées sur les populations distinctes à l'échelle nationale 97
6.3.2 Stratégies axées sur les populations distinctes à l'échelle provinciale 97
6.4 RÉSEAUX, COALITIONS ET ORGANISMES CONSULTATIFS AXÉS SUR LES JEUNES 100
6.5 ANALYSE DES PROGRAMMES 101
6.5.1 Types d'organisations 101
6.5.2 Répartition géographique des projets 102
6.5.3 Projets destinés à des populations distinctes de jeunes 103
6.6 AUTRES INITIATIVES PERTINENTES 110
6.7 RÉSUMÉ 111
CHAPITRE 7 – CONCLUSION 112
GLOSSAIRE 114
NOTES EN FIN D'OUVRAGE 173

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition de la population des jeunes par catégorie d'âge et par lieu de résidence rural ou urbain 8

Tableau 2 : Prévalence des infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes de la rue au Canada, par sexe et race ou groupe ethnique, de 2005 à 2006. 53

Tableau 3 : Prévalence du VIH, connaissance de la séropositivité et prévalence de l'hépatite C chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans participant à l'étude I-Track (phase 2 : de 2005 à 2008), (n = 343) 54

Tableau 4 : Répartition des projets de recherche selon l'emplacement géographique 83

Tableau 5 : Répartition des projets de recherche selon la population 85

Tableau 6 : Répartition des projets de recherche selon le déterminant de la santé. 89

Tableau 7 : Répartition des projets de recherche par type d'intervention 90

Tableau 8 : Répartition géographique des projets visant à lutter contre le VIH/sida et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada (n = 105) 102

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des jeunes par groupe d'âge par année au Canada en 1996, en 2001 et en 2011 . . . 6

Figure 2 : Répartition géographique des chiffres de population et des jeunes âgés de 10 à 24 ans au Canada en 2011 . . . 7

Figure 3 : Répartition du lieu de naissance des jeunes immigrants (âgés de 15 à 24 ans) au Canada en 2011 . . . 11

Figure 4 : Conditions de logement des jeunes Canadiens (âgés de 12 à 19 ans) en 2011 . . . 12

Figure 5 : Taux d'abandon des études secondaires parmi les jeunes maintenant âgés de 20 à 24 ans, par sexe, au Canada . . . 13

Figure 6 : Proportions des jeunes autochtones et non autochtones au Canada âgés de 20 à 24 ans qui ont abandonné les études secondaires, entre 2007 et 2010 . . . 14

Figure 7 : Proportions des jeunes immigrants et des jeunes nés au Canada âgés de 20 à 24 ans qui ont abandonné les études secondaires, de 2009 à 2010 . . . 14

Figure 8 : Proportions des hommes et des femmes âgés de 20 à 24 ans par niveau d'éducation le plus élevé obtenu, en 2006 . . . 15

Figure 9 : Proportion des infractions déclarées à la police par type et par sexe parmi les enfants et les jeunes victimes (âgés de 0 à 17 ans) au Canada, en 2009 . . . 20

Figure 10 : Répartition de la relation entre l'accusé et la victime au Canada en 2009 . . . 21

Figure 11 : Nombres estimés des dossiers d'enquête sur la violence envers les enfants au Canada en 1998, en 2003 et en 2008 . . . 21

Figure 12 : Proportion des étudiants au Canada qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente, par année scolaire, de 2007 à 2008 . . . 23

Figure 13 : Proportion des étudiants qui ont déclaré avoir été « vraiment ivre » au moins deux fois, par année scolaire et par sexe (%) . . . 24

Figure 14 : Proportion des étudiants qui ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de l'année précédente, par année scolaire, de 2007 à 2008 . . . 25

Figure 15 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH par groupe d'âge et par année de test de dépistage (n = 24 264) . . . 33

Figure 16 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, par sexe, de 1985 à 2011 (n = 18 356) . . . 34

Figure 17 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH par sexe et par sous-groupe d'âge, de 2002 à 2011 (n = 5 406) . . . 34

Figure 18 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH par sexe et par groupe d'âge*, en 2011 (n = 2 170) . . . 35

Figure 19 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les femmes par âge*, de 1985 à 2011 (n = 12 533) . . . 36

Figure 20 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les hommes par âge, de 1985 à 2011 (n = 55 774) . . . 36

Figure 21 : Répartition des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, par province ou territoire, par rapport aux totaux provinciaux ou territoriaux, de 1985 à 2011 (n = 74 174) . . . 38

Figure 22 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes hommes et les jeunes femmes âgés de 15 à 29 ans, catégorie d'exposition signalée, en 2011 (n = 279) . . . 40

Figure 23 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes hommes âgés de 15 à 29 ans, catégorie d'exposition signalée, de 2002 à 2011 (n = 2 112) . . . 41

Figure 24 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes femmes âgées de 15 à 29 ans, catégorie d'exposition signalée, de 2002 à 2011 (n = 1 050) . . . 41

Figure 25 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes par race ou groupe ethnique, de 1998 à 2011 (n = 2 489) . . . 43

Figure 26 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, par sexe et par race ou groupe ethnique, de 1998 à 2011 (n = 2 487) . . . 44

Figure 27 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, par race ou groupe ethnique et par catégorie d'exposition, de 1998 à 2011 (n = 2 429) . . . 45

Figure 28 : Nombre de cas de sida parmi les jeunes âgés de 15 à 29 ans par année et par sexe, de 1979 à 2011 (n = 3 500) . . . 46

Figure 29 : Proportion de cas de sida parmi les jeunes âgés de 15 à 29 ans par race ou groupe ethnique, de 1979 à 2011 (n = 2 583) . . . 47

Figure 30 : Taux déclarés (pour 100 000 habitants) de chlamydia par sexe et par groupe d'âge, en 2010 . . . 48

Figure 31 : Taux déclarés (pour 100 000 habitants) de gonorrhée par sexe et par groupe d'âge, en 2010 . . . 49

Figure 32 : Taux déclarés (pour 100 000 habitants) de syphilis infectieuse par sexe et par groupe d'âge, en 2010 . . . 50

Figure 33 : Taux déclarés (pour 100 000 habitants) d'hépatite B par sexe et par groupe d'âge, en 2010 . . . 51

Figure 34 : Taux déclarés (pour 100 000 habitants) d'infection par le virus de l'hépatite C par sexe et par groupe d'âge, en 2010 . . . 52

Figure 35 : Répartition des organismes impliqués dans la lutte contre le VIH/sida et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes, par type d'organismes (n = 105) . . . 101

Figure 36 : Répartition géographique des projets visant à lutter contre le VIH/sida et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada (n = 105) . . . 102

LISTE DES ANNEXES

Annexe A : Termes de recherche et bases de données consultées 117
Annexe B : Projets de recherche axés sur le VIH/sida parmi les jeunes 120
Annexe C : Ressources communautaires destinées aux jeunes 159

LISTE DES ACRONYMES

ACRV	Association canadienne de recherche sur le VIH
ACSP	Administrateur en chef de la santé publique
ACYRN	Aboriginal Community Youth Resilience Network
ARYS	At-Risk Youth Study
Black CAP	Black Coalition for AIDS Prevention
CCLT	Centre canadien de lutte contre les toxicomanies
CCNSA	Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
CEGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CLCMTI	Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
CPS	Child Protective Services
CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines du Canada
EAPA	Enquête auprès des peuples autochtones
ECSES	Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire
EIC	Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants
EJET	Enquête auprès des jeunes en transition
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
ENSP	Enquête nationale sur la santé de la population
ERS	Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations
ESA	Enquête sur la santé des adolescents
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ETJ	Enquête sur le tabagisme chez les jeunes
FCRS	Fondation canadienne de recherche sur le SIDA
FQRSC	Fonds de recherche du Québec – Société et culture
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LGBTTQ	Acronyme anglais pour gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres/transsexuels, bispirituels, allosexuels et en questionnement
LSJPA	*Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*
MCA	Étude longitudinale sur les mauvais traitements et le cheminement des adolescents
MSFHR	Michael Smith Foundation for Health Research
OHTN	Réseau ontarien de traitement du VIH (pour l'anglais « Ontario HIV Treatment Network »)
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSDUHS	Ontario Student Drug Use and Health Survey
PPT	Planned Parenthood of Toronto

PVVIH/SIDA	Personnes vivant avec le VIH/sida
RCAS	Réseau canadien autochtone du sida
SAJRC	Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada
SCPSGJ	Services communautaires et placement sous garde des jeunes
SCS	Société canadienne du sida
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
TRUTH	Teens Resisting Urban Trans/Homophobia
TTS	Toronto Teen Survey
UDI	Utilisation de drogues injectables
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
YPP	Youth Pathways Project

RÉSUMÉ

Ce rapport est le sixième d'une série de *rapports d'étape sur les populations distinctes*; il examine l'incidence du VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sur les jeunes au Canada. Bien que la majorité des jeunes Canadiens vivent la transition vers l'âge adulte sans être infectés par le VIH ou par d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, ce n'est pas le cas pour tous. Certains jeunes sont plus vulnérables aux infections que d'autres, ce qui s'explique par divers problèmes, obstacles et conditions rencontrés dans leur environnement social, culturel, économique et physique.

DONNÉES ACTUELLES SUR LE VIH ET LES AUTRES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG PARMI LES JEUNES AU CANADA

Le chapitre 2 présente un profil démographique des jeunes au Canada et examine les données relatives à la santé physique et mentale de cette population afin de mettre en contexte les questions liées au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Les données liées à la vulnérabilité des jeunes au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang présentées dans ce chapitre comprennent des données socio-démographiques (p. ex. sexe, état civil, orientation sexuelle, groupe ethnique) ainsi que des données sur l'éducation, l'emploi, le revenu, l'état de santé physique, la santé mentale et les comportements à risque.

Le chapitre 3 présente des données épidémiologiques qui décrivent les tendances en matière de VIH, de sida et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada. En 2011, 2 208 cas d'infection au VIH ont été déclarés à l'Agence de la santé publique du Canada accompagnés de renseignements concernant l'âge; de ces cas, 531 (24 %) ont été recensés parmi les jeunes. La catégorie des jeunes arrivait au troisième rang des groupes d'âge les plus fréquemment signalés en 2011. Au cours des dix dernières années, la proportion de déclarations de résultats positifs au test du VIH attribuée aux jeunes du Canada est restée relativement stable. Depuis 1985, date à laquelle les déclarations ont commencé, les hommes représentent la vaste majorité des déclarations annuelles de résultats positifs au test du VIH parmi les jeunes âgés de 15 à 29 ans. À l'instar de la répartition des déclarations de résultats au test du VIH sur tous les groupes d'âge au Canada, la catégorie d'exposition des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) représente la plus grande proportion des résultats positifs cumulés au test du VIH parmi les jeunes. Le contact hétérosexuel et l'utilisation de drogues injectables arrivent au deuxième et au troisième rang des voies de transmission les plus couramment déclarées au sein de ce groupe d'âge.

Les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang touchent les jeunes de façon disproportionnée au Canada. En 2010, les taux déclarés de chlamydia étaient les plus élevés parmi les jeunes âgés de 20 à 24 ans. Les taux déclarés de chlamydia parmi les jeunes femmes de ce groupe d'âge étaient deux fois plus élevés que les taux déclarés parmi les jeunes hommes. En outre, les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentaient presque la moitié de tous les cas déclarés de gonorrhée en 2010, bien que les taux les plus élevés aient été déclarés parmi les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans.

FACTEURS QUI INFLUENT SUR LA RÉSILIENCE ET LA VULNÉRABILITÉ DES JEUNES AU VIH/SIDA ET AUX AUTRES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

La vulnérabilité ou la résilience au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang sont directement et indirectement influencées par divers déterminants de la santé, notamment l'éducation, le revenu, l'emploi, le sexe et les normes sexuelles, la culture, l'instabilité du logement ou le sans-abrisme, l'accès aux services de santé et les environnements sociaux. Le chapitre 4 du présent rapport examine les répercussions positives et négatives des interactions complexes de ces divers déterminants de la santé sur la vulnérabilité ou la résilience des jeunes au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. L'examen de ces déterminants de la santé peut aider à évaluer comment et pourquoi certains groupes de jeunes au Canada, tel que les jeunes de la rue, ceux qui utilisent des drogues injectables et les jeunes Autochtones, sont particulièrement vulnérables aux infections.

RECHERCHES ET INTERVENTIONS ACTUELLES PORTANT SUR LE VIH/SIDA PARMI LES JEUNES

Le chapitre 5 du présent rapport répertorie 59 projets de recherche qui se sont déroulés entre 2008 et 2011 et qui sont axés sur les jeunes et le VIH/sida au Canada. Les domaines de recherche généraux comprenaient les déterminants sociaux de la santé et du VIH (en particulier les environnements sociaux, les services de santé et services sociaux, ainsi que l'hygiène de vie personnelle et les compétences d'adaptation personnelle), la prévention du VIH et les interventions portant sur le VIH, l'intervention communautaire axée sur le VIH chez les jeunes, ainsi que le transfert des connaissances. Les travaux de recherche ont porté sur plusieurs populations de jeunes différentes, notamment les jeunes Autochtones, les jeunes qui utilisent des drogues, les jeunes de la rue, les jeunes nouveaux arrivants, immigrants et racialisés, les jeunes vivant avec le VIH et les jeunes en général. Le chapitre met également en relief les domaines sur lesquels de futurs travaux de recherche pourraient porter afin de combler des lacunes dans les connaissances au sujet des jeunes et du VIH/sida.

Au Canada, la portée et la complexité de la stratégie de lutte contre le VIH/sida se sont accrues depuis les premiers jours de l'infection, dans les années 1980. Le chapitre 6 examine la stratégie de lutte contre le VIH/sida parmi les jeunes à l'échelle des politiques et des programmes entre 2009 et 2011. On y compte les stratégies propres à une population précise au niveau national, provincial et territorial, les réseaux, coalitions et organismes consultatifs axés sur les populations distinctes, ainsi que les organisations et les projets visant à la mise en œuvre de programmes de lutte contre le VIH/sida chez les jeunes. Au total, 105 initiatives à durée limitée ont été répertoriées pendant cette période. Nous avons découvert l'existence de stratégies axées sur les jeunes et le VIH (ainsi que sur d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang) à l'échelle nationale et dans neuf provinces et territoires. Trois réseaux, coalitions et organismes consultatifs axés sur les jeunes ont été répertoriés à l'échelle nationale; ils portent sur le VIH, la santé sexuelle et les problèmes de santé connexes chez les jeunes. Cependant, seule une organisation de cette nature a été identifiée à l'échelle provinciale, en Nouvelle-Écosse.

CHAPITRE 1 – INTRODUCTION

La transition de l'enfance à l'âge adulte est marquée par de nombreux changements, notamment la maturation physique, une indépendance accrue, la fin de l'école secondaire et l'entrée en études postsecondaires ou sur le marché du travail. Il s'agit d'une période pendant laquelle les jeunes[iii] commencent à explorer leur sexualité et à établir des attitudes et des modèles de comportement sexuel qui préparent le terrain pour leur santé sexuelle et leur bien-être futurs. Bien que la plupart des jeunes vivent cette transition sans heurts, d'autres sont confrontés à des problèmes et à des obstacles en cours de route.

Dans le domaine de la santé publique, une attention considérable a été accordée aux résultats négatifs de cette transition, notamment l'infection au VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). On a généralement expliqué ces résultats par les comportements individuels ou l'appartenance à un groupe « à risque ». Les comportements individuels tels que l'utilisation irrégulière du condom ou l'utilisation de matériel d'injection de drogues non sécuritaire augmentent indéniablement le risque d'infection au VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Cependant, en soulignant ces comportements sans tenir compte d'autres facteurs, on suppose que tous les jeunes ont des connaissances, des capacités et des possibilités égales pour prendre des décisions tout à fait éclairées au sujet de leur santé et de leur comportement sexuels. Cette supposition ignore les différentes conditions et possibilités vécues au quotidien par les jeunes, qui influent directement et indirectement sur leur vulnérabilité aux infections. En outre, le fait de mettre l'accent sur les jeunes « à risque » stigmatise certains groupes et peut contribuer à la discrimination à laquelle ces jeunes sont confrontés au quotidien[1].

Le présent rapport adopte un point de vue différent : il étudie l'incidence des déterminants clés de la santé, notamment l'éducation, le revenu, l'emploi, les conditions de vie et les environnements sociaux, sur les résultats de la santé. Il examine les répercussions du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang sur les jeunes au Canada tout en mettant l'accent sur le contexte social et les déterminants clés de leur vulnérabilité aux infections. Il se penche également sur les déterminants de la vulnérabilité aux infections parmi les jeunes, mais souligne les répercussions positives de ces déterminants sur la résilience des jeunes aux infections. Le présent rapport vise à fournir des données et des renseignements issus de la recherche qui aident les communautés, les gouvernements, les chercheurs, les praticiens en santé publique, les organisations non gouvernementales et d'autres à aider *tous* les jeunes à conserver leur santé et à vivre la transition vers l'âge adulte de façon saine. Il décrit brièvement les politiques, les initiatives et les programmes existants sur lesquels on peut s'appuyer et desquels on peut en tirer des leçons pour les futures stratégies de lutte contre le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi cette population.

1.1 MÉTHODOLOGIE

Pour appuyer la rédaction du présent rapport, l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) a formé un groupe de travail composé de représentants communautaires, d'universitaires et de jeunes vivant avec le VIH/sida, ainsi que de représentants du gouvernement experts dans les domaines de la recherche, de l'épidémiologie, du développement communautaire ainsi que de l'élaboration de politiques et de programmes en santé publique. Ce groupe de travail a agi en

[iii] Tout au long du présent rapport, l'emploi du terme « jeunes » fait référence aux personnes âgées de 10 à 24 ans.

tant qu'organe consultatif et a fourni des conseils et des commentaires sur les thèmes et les différentes versions du rapport. Les membres du groupe de travail ont été choisis en fonction de leur expertise et représentaient divers profils géographiques, démographiques et linguistiques.

Le présent rapport est un « examen de la portée », ou examen de la littérature, rédigé et adapté de façon à établir les grandes lignes de la documentation et des données probantes sur les jeunes et le VIH/sida au Canada. Pour chaque chapitre, les auteurs ont utilisé une méthodologie qui leur permettait de faire la synthèse et le résumé des données probantes les plus récentes et pertinentes qui soient. Les données démographiques ont été extraites de diverses sources, notamment les données issues du recensement et des enquêtes nationales recueillies par Statistique Canada. Les renseignements épidémiologiques et les données sur la surveillance ont été recueillis dans des rapports publiés par l'Agence, outre les données provenant d'autres sources publiées.

Les données et les renseignements sur la vulnérabilité et la résilience des jeunes au VIH/sida ont été recueillis dans des publications évaluées par des pairs et dans la littérature grise. Les renseignements inclus dans le présent rapport répondaient aux critères suivants : être axés sur le VIH ou le sida; être publiés entre 2003 et 2010; être axés sur les jeunes au Canada; se rapporter à au moins un des 12 déterminants de la santé liés au VIH ou au sida, ou traiter du VIH ou du sida dans le contexte de la prévention, des soins de santé, du traitement, du soutien ou du diagnostic; être rédigés en anglais ou en français. L'annexe A décrit les mots-clés et les termes de recherche utilisés, ainsi que les bases de données consultées au cours de ces travaux de recherche. Le rapport comprend également des renseignements supplémentaires et certaines études publiées après 2010 pour établir le contexte et combler les lacunes cernées par le groupe de travail.

Les renseignements concernant la recherche actuelle (en cours entre 2008 et 2011) ont été recueillis auprès des organisations nationales et provinciales suivantes : Alberta Innovates Health Solutions, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS (BC-CfE), Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV), Fondation canadienne de recherche sur le SIDA (FCRS), Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Fonds de recherche du Québec–Société et culture (FRQSC), Michael Smith Foundation for Health Research (MSFHR); Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN), Prairie Community-Based HIV Research Program et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH).

Afin de recueillir des renseignements au sujet des stratégies de lutte contre le VIH/sida parmi les jeunes en cours entre 2009 et 2011 (y compris les stratégies, coalitions, réseaux, organisations et projets à durée limitée), nous avons communiqué avec les organisations gouvernementales et non gouvernementales grâce à plusieurs mécanismes divers, tels que le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits du Canada de Santé Canada, le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale du Comité des responsables des services correctionnels et les consultants des programmes nationaux et régionaux sur le VIH/sida de l'Agence de la santé publique du Canada. Les projets financés par l'AIDS Prevention Community Investment Program du Bureau de santé publique de Toronto ont été inclus. Le groupe de travail a également contribué au recensement d'activités supplémentaires à intégrer au rapport. Les organismes du secteur privé n'ont pas été inclus dans le processus de cueillette d'information.

Afin d'alléger le texte, les sources d'information sont rassemblées dans des notes en fin d'ouvrage et sont indiquées dans le texte par des chiffres arabes en exposant. Des notes en bas de page servent dans l'ensemble du rapport à fournir des commentaires supplémentaires; elles sont indiquées dans le texte en chiffres romains minuscules.

CHAPITRE 2 – PROFIL DÉMOGRAPHIQUE

2.1 INTRODUCTION

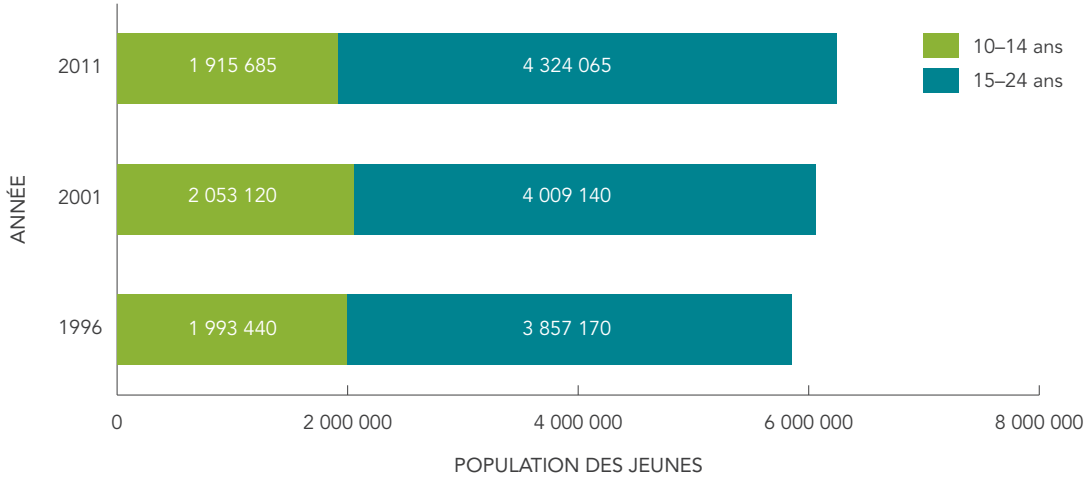
Ce chapitre présente un profil démographique des jeunes au Canada et examine les données relatives à la santé physique et mentale de cette population afin de mettre en contexte les questions liées au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Il examine diverses questions de santé associées à la vulnérabilité des jeunes au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, notamment la consommation de drogue, la maladie mentale, la santé mentale, les comportements sexuels à risque, les mauvais traitements, la santé physique et les troubles physiques chroniques.

La santé et la maladie ne sont pas uniformément réparties parmi les jeunes au Canada. Comme c'est le cas pour les autres enjeux de santé, les contextes sociaux, culturels, économiques et physiques créent des conditions de vulnérabilité au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang qui sont vécues de façon différente parmi la population des jeunes. Pour cette raison, lorsque les données le permettent, ce chapitre compare les données par sexe, par âge et par race ou groupe ethnique. Dans la mesure du possible, le chapitre se fie aux données nationales représentatives sur les jeunes âgés de 10 à 24 ans, bien que les sources de données fréquemment citées signalent des données correspondant à divers âges. S'il y a lieu, ces différences sont indiquées dans le texte.

2.2 DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES JEUNES AU CANADA

Au Canada, la proportion des jeunes âgés de 10 à 24 ans est restée relativement stable depuis le milieu des années 1990. Selon l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011, sur les quelque 32,9 millions d'habitants au Canada, 19 % étaient des jeunes âgés de 10 à 24 ans, ce qui représente une légère diminution par rapport à la proportion de 20,3 % de la décennie précédente. Entre 1996 et 2011, le nombre total de jeunes canadiens âgés de 10 à 24 ans a augmenté de 5,8 % et est passé d'environ 5,9 millions à 6,24 millions. Durant la même période, l'ensemble de la population canadienne a augmenté de 13,9 %[2]. La répartition relative des jeunes moins âgés (de 10 à 14 ans) et des jeunes plus âgés (de 15 à 24 ans) est restée relativement stable entre 1996 et 2001. Les jeunes âgés de 10 à 14 ans représentaient 30,7 % de la population totale des jeunes en 2011, par rapport à 34 % au cours de la décennie précédente (figure 1).

FIGURE 1 : Répartition des jeunes par groupe d'âge par année au Canada en 1996, en 2001 et en 2011

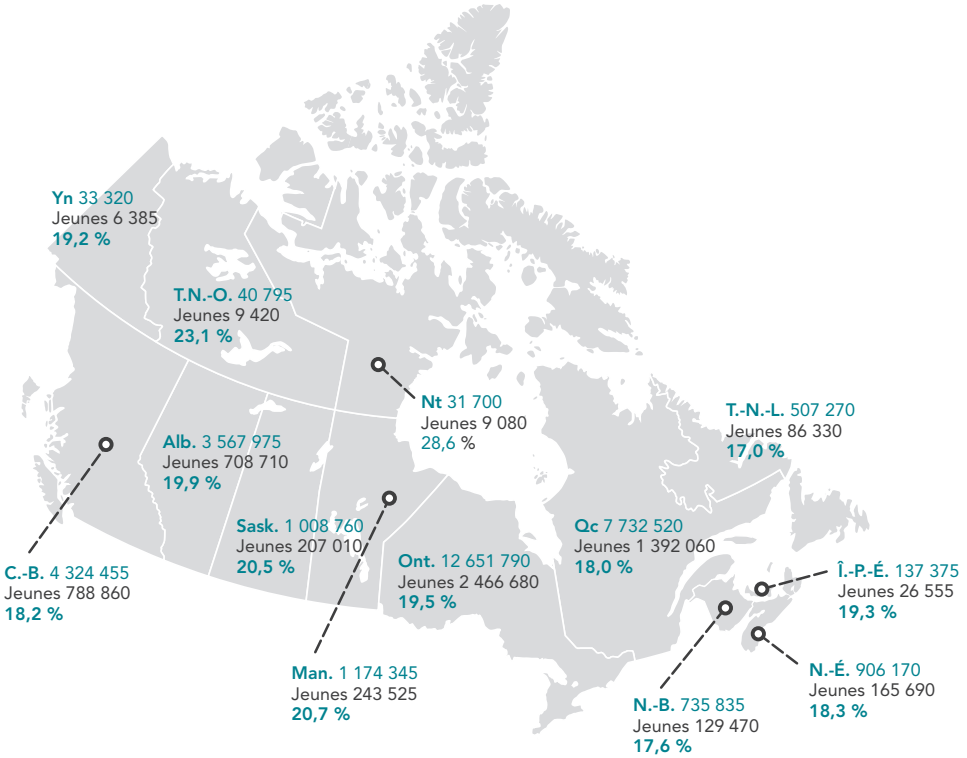


SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada utilisant les données issues de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 et du recensement de 2006 de Statistique Canada[3].

2.2.1 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

La répartition de la population des jeunes varie considérablement dans l'ensemble du Canada (figure 2). En 2011, le Nord était la région du pays où la population était la plus jeune (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut); environ un quart de la population était âgée de moins de 15 ans, et seulement 5,8 % de la population étaient âgés de 65 ans ou plus. Cela s'explique en partie par le taux de fécondité élevé dans le Nord, en particulier chez les Inuits, ainsi que par une espérance de vie moins élevée que dans les provinces du Sud[4]. En 2011, le Nunavut affichait la proportion de jeunes âgés de 10 à 24 ans la plus élevée au Canada, représentant 28,6 % de la population de ce territoire. Par comparaison, la région du pays où la population était la plus vieille se trouvait à l'Est, où les jeunes représentaient entre 17 % de la population de Terre-Neuve-et-Labrador et 19,3 % de la population de l'Île-du-Prince-Édouard.

FIGURE 2 : Répartition géographique des chiffres de population et des jeunes âgés de 10 à 24 ans au Canada en 2011



SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada utilisant les données provenant de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 de Statistique Canada[5].

En 2006, la majorité (80,1 %) des jeunes âgés de 10 à 24 ans vivaient en zone urbaine.[iv] Parmi ce groupe d'âge, la proportion de jeunes vivant en zone urbaine augmentait avec l'âge (tableau 1). Un peu plus des trois quarts des jeunes âgés de 10 à 14 ans (77,8 %) et de 15 à 19 ans (78,3 %) vivaient en zone urbaine en 2006, par rapport à plus de 84 % des jeunes âgés de 20 à 24 ans. Cette tendance n'est pas surprenante, puisque les jeunes quittent souvent leur lieu de résidence rural à la fin de l'adolescence ou au début de la vingtaine pour poursuivre des études postsecondaires ou obtenir un emploi en milieu urbain[6].

La répartition des résidences rurales et urbaines varie entre les sous-groupes de jeunes. Par exemple, selon le recensement de 2006, un nombre bien moins élevé de jeunes Autochtones âgés de 10 à 24 ans vivaient en zone urbaine (52,6 %) par rapport à la population totale des jeunes. L'urbanisation des jeunes Autochtones augmente avec l'âge, tout comme celle de la population totale des jeunes. En 2006, environ la moitié des jeunes Autochtones âgés de 10 à 14 ans (49,9 %) et de 15 à 19 ans (51,3 %) vivait en zone urbaine, par rapport à 58 % des jeunes Autochtones âgés de 20 à 24 ans (tableau 1). Malgré l'urbanisation, la proportion de jeunes

[iv] Les termes « métropolitain » et « urbain » sont utilisés ici de façon interchangeable pour désigner des zones géographiques qui représentent des régions métropolitaines de recensement (RMR) et des centres urbains de taille moyenne, ou agglomérations de recensement (AR). Les termes « non métropolitain » et « rural » sont utilisés de façon interchangeable pour désigner toutes les autres régions qui ne sont pas considérées comme des métropolitaines de recensement ou des agglomérations de recensement.

Autochtones qui vivent dans les réserves reste relativement stable au cours de la transition des jeunes vers l'âge adulte. En 2006, un peu plus d'un quart des jeunes Autochtones âgés de 10 à 14 ans (28,8 %), de 15 à 19 ans (27,6 %) et de 20 à 24 ans (26 %) ont déclaré vivre dans les réserves.

TABLEAU 1 : Répartition de la population des jeunes par catégorie d'âge et par lieu de résidence rural ou urbain

	MILIEU RURAL n (%)	MILIEU URBAIN n (%)	TOTAL[b] n
Population totale des jeunes			
10–14 ans	423 320 (20,4)	1 617 325 (77,8)	2 078 130
15–19 ans	429 805 (20,1)	1 672 020 (78,3)	2 135 920
20–24 ans	299 150 (14,4)	1 746 850 (84,3)	2 071 895
Total	**1 152 275 (18,3)**	**5 036 195 (80,1)**	**6 285 945**
Jeunes Autochtones[a]			
10–14 ans	26 560 (21,2)	62 500 (49,9)	125 230
15–19 ans	24 820 (21,0)	60 640 (51,3)	118 105
20–24 ans	15 350 (16,4)	54 150 (57,7)	93 900
Total	**66 730**	**177 290**	**337 235**

SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada utilisant les données de Statistique Canada[7].

[a] Les jeunes qui vivent dans les réserves ne sont pas inclus dans ce tableau, mais sont représentés dans les chiffres de population totaux propres à chaque groupe d'âge, ce qui donne des pourcentages dont la somme n'équivaut pas à 100 parmi les jeunes Autochtones.

[b] Les chiffres de population totaux excluent les données concernant une ou plusieurs zones n'ayant pas pu être complètement recensées.

2.2.2 SEXE ET GENRE

En 2006, la population canadienne comptait légèrement plus de jeunes hommes que de jeunes femmes. Les proportions de jeunes hommes âgés de 10 à 14 ans (51,2 %) et de 15 à 24 ans (50,8 %) étaient légèrement plus élevées que celles des jeunes femmes de ces groupes d'âge (respectivement 48,8 % et 49,2 %)[8]. Dans l'ensemble de la population canadienne, cette tendance est inversée; en 2006, on comptait légèrement plus de femmes (51,1 %) que d'hommes (49 %)[9]. Bien que davantage de garçons que de filles naissent au Canada, le taux de mortalité est généralement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Par conséquent, les hommes surpassent les femmes en nombre parmi les jeunes au Canada, alors que les femmes sont plus nombreuses que les hommes parmi les populations plus âgées[10].

Bien que le recensement canadien ne reconnaisse que deux sexes (homme et femme), il est de plus en plus admis que certaines personnes connaissent une identité sexuelle qui ne correspond pas à leur sexe biologique, et que d'autres connaissent une identité qui n'est ni « masculine », ni « féminine ». Le terme « transgenre » fait référence aux personnes dont l'identité sexuelle ne correspond pas au sexe biologique à la naissance. Le terme « à genre variable » sert à décrire les personnes dont l'expression et l'identité sexuelles ne correspondent ni à la catégorie traditionnelle des hommes, ni à celle des femmes, que ce soit en raison de leur tenue, de leur comportement (rôles sexuels), de leur biologie (organes reproducteurs ou génitaux ni entièrement mâles, ni entièrement femelles) ou de leurs sentiments et de leur expérience de la masculinité et de la féminité. Il n'existe aucune source de données nationales représentatives indiquant la taille de la population canadienne transgenre ou à genre variable, mais des études pancanadiennes ou régionales ont tenté de combler ce manque de données. Par exemple, une étude portant sur plus de 3 700 étudiants du secondaire

dans l'ensemble du Canada a permis d'établir qu'environ 3 % de l'échantillon s'identifiait comme étant transgenre. Une petite enquête sur les jeunes vivant à Toronto, en Ontario, a découvert que 1 % des jeunes sondés s'identifiaient comme étant transgenres. Bien que ces études ne soient pas représentatives de la population entière des jeunes Canadiens, elles nous donnent une idée de la proportion de jeunes qui ne s'identifient ni comme étant de jeunes hommes, ni comme étant de jeunes femmes.

2.2.3 ÉTAT CIVIL

Selon le recensement de 2006, la majorité des jeunes âgés de 15 à 19 ans (99,3 %) et de 20 à 24 ans (93,6 %) étaient célibataires et n'avaient jamais été légalement mariés. Dans ce groupe, environ 13 % des jeunes âgés de 20 à 24 ans ont déclaré vivre en union de fait.

2.2.4 ORIENTATION SEXUELLE

Les données nationales décrivant l'orientation sexuelle des jeunes au Canada sont limitées. Le recueil de telles données est difficile, pour diverses raisons. Le fait que les enquêtes nationales dépendent de données autodéclarées est l'une des grandes difficultés. Les personnes interrogées ne se sentent peut-être pas suffisamment à l'aise pour divulguer leur orientation sexuelle dans une enquête auto-administrée par peur de la stigmatisation et de la discrimination, ou par crainte d'être « dénoncées » à leur famille ou aux autorités locales[11]. Les jeunes en particulier peuvent hésiter à divulguer leur orientation ou leur identité sexuelle par peur de se faire intimider par leurs camarades à l'école[12].

Des analyses des données provenant d'un échantillon national représentatif de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ont permis d'établir qu'une grande majorité (96,2 %) des jeunes âgés de 18 à 24 ans s'identifient comme étant hétérosexuels, le reste s'identifiant comme étant homosexuels (1,2 %) ou bisexuels (2,6 %). Ces proportions ne changent pas beaucoup de celles que l'on constate chez les adultes âgés de 25 à 59 ans[13].

Des données provenant d'études de plus petite envergure ou d'études régionales décrivent des profils similaires. En Colombie-Britannique, une étude menée en 2008 signale que, dans un échantillon de 29 000 jeunes de la septième à la douzième année, 86 % s'identifient comme étant hétérosexuels, 7 % comme étant principalement hétérosexuels, 2 % comme étant bisexuels et moins de 1 % comme étant principalement homosexuels ou homosexuels (gais ou lesbiennes)[14]. Dans une étude distincte portant sur plus de 3 700 étudiants du secondaire au Canada, 14 % des étudiants se sont identifiés comme étant non hétérosexuels[15].

2.2.5 DIVERSITÉ ETHNIQUE, IMMIGRATION ET DIVERSITÉ LINGUISTIQUE

Le Canada est l'un des pays les plus diversifiés au monde sur le plan ethnique. Sa composition ethnoculturelle a été formée au fil du temps par l'immigration ainsi que par les Autochtones. Le terme « Autochtones » fait référence aux premiers habitants d'Amérique du Nord et à leurs descendants. En 2011, plus de 1,4 million de personnes se sont identifiées comme étant Autochtones, composant 4,3 % de l'ensemble de la population canadienne[16]. Les proportions des jeunes âgés de 10 à 14 ans et de 15 à 24 ans qui se sont identifiés comme étant Autochtones étaient plus élevées que celle de la population générale (respectivement 6,8 % et 5,9 %). Parmi les jeunes Autochtones âgés de 10 à 24 ans, la majorité (62,7 %) se sont identifiés comme étant Premières nations; un peu moins d'un tiers (30,4 %) se sont identifiés comme étant Métis et 4,7 % comme étant Inuk (Inuit)[17]. La proportion de la population qui s'identifie comme étant Autochtone est en rapide

croissance, en particulier parmi les jeunes. Entre 2001 et 2011, la proportion des jeunes âgés de 10 à 24 ans qui s'identifiaient comme étant Autochtones a augmenté de 34,8 %, par rapport à 30,7 % dans la population générale[18].

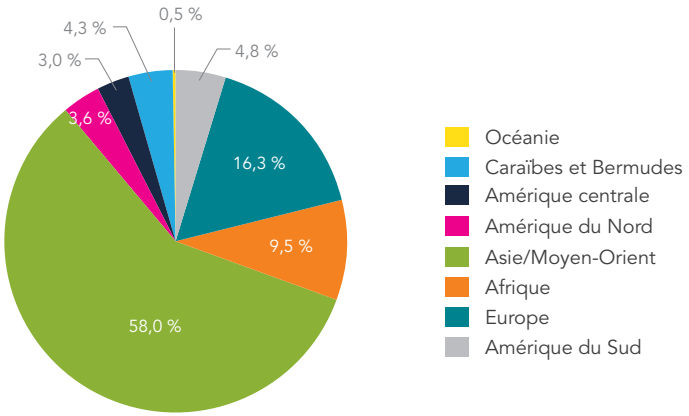
Bien que les Autochtones soient les premiers habitants du Canada, l'immigration a considérablement augmenté la diversité ethnique du Canada; chaque nouvelle vague d'immigration contribue à la diversité ethnique de la population. En fait, plus de 200 origines ethniques ont été déclarées parmi la population au Canada dans l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011. En revanche, le recensement de 1901 énumérait 25 origines ethniques, dont la majorité était constituée par les origines autochtone, britannique ou française[19].

Les origines européennes (p. ex. anglaise, française, écossaise, irlandaise, italienne, allemande) étaient encore parmi les origines ethniques les plus fréquemment citées dans l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011; plus de 20,2 millions d'habitants ont déclaré des origines européennes. Les autres origines reflétaient de nouvelles tendances parmi les immigrants des pays non européens[20]. Selon l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011, 19,1 % de la population générale du Canada était composée de minorités visibles, par rapport à 16,2 % dans le recensement de 2006. En 2011, la population des minorités visibles au Canada était plus jeune que l'ensemble de la population. Selon l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011, l'âge médian des populations des minorités visibles était de 33,4 ans, par rapport à 40,1 ans parmi la population dans son ensemble[21]. Parmi les jeunes des minorités visibles âgés de 15 à 24 ans, les groupes ethniques d'Asie du Sud (23,2 %), de la Chine (21,5 %) et de la race noire (16,4 %) étaient cités les plus fréquemment[22].

En 2011, 20,6 % de la population était née à l'extérieur du Canada, la proportion la plus élevée parmi les pays du G8 [23]. La majorité des personnes nées en dehors du Canada étaient des immigrants au Canada.[v] Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentaient 8,4 % de la population totale des immigrants [24]. Parmi les jeunes immigrants au Canada, environ 30 % étaient des jeunes « nouveaux arrivants » ou des jeunes ayant immigré au cours des cinq années précédentes. Les jeunes nouveaux arrivants représentaient 14,5 % de la population totale de 1,16 million de nouveaux arrivants qui sont venus s'établir au Canada entre 2006 et 2011[25]. La plus grande proportion des jeunes immigrants vivant au Canada en 2011 étaient née en Asie et au Moyen-Orient (58,0 %), puis en Europe (16,3 %), en Afrique (9,5 %) et en Amérique du Sud (4,8 %) (figure 3)[26].

[v] Toutes les personnes nées en dehors du Canada, mais qui vivent au Canada, ne sont pas classées comme étant des immigrants. Les « immigrants » sont des personnes qui ont reçu des autorités de l'immigration le droit de vivre au Canada de façon permanente. Les autres personnes nées en dehors du Canada, mais qui vivaient au Canada au moment où les données ont été recueillies, comprennent les détenteurs d'un permis de travail ou d'études temporaire, les demandeurs du statut de réfugié, ainsi que les personnes qui vivaient avec un membre de la famille au Canada.

FIGURE 3 : Répartition du lieu de naissance des jeunes immigrants (âgés de 15 à 24 ans) au Canada en 2011



SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada utilisant les données provenant de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 de Statistique Canada[27].

La diversité linguistique du Canada égale sa diversité ethnique. Plus de 200 langues ont été déclarées soit comme langue parlée à la maison, soit comme langue maternelle[vi] dans le recensement de la population de 2011. En 2011, plus des trois quarts (78,3 %) de la population ont déclaré l'une des deux langues officielles comme langue maternelle unique (57 % pour l'anglais, 21,3 % pour le français). La proportion des jeunes qui ont déclaré une langue maternelle autre que l'anglais seulement était considérablement plus élevée que la même proportion dans l'ensemble de la population. Environ deux tiers des jeunes âgés de 10 à 14 ans (64,3 %) et de 15 à 24 ans (62,2 %) ont déclaré que leur langue maternelle était l'anglais. La proportion des jeunes qui ont déclaré que leur langue maternelle était le français seulement était moins élevée que la même proportion dans l'ensemble de la population. En 2011, moins d'un jeune sur cinq âgé de 10 à 14 ans (18,8 %) et de 15 à 24 ans (19,6 %) a déclaré que sa langue maternelle était le français.

Parmi la population générale du Canada, seuls 6,2 % ont déclaré que leur langue maternelle unique était autre que l'anglais ou le français. Cependant, parmi les jeunes âgés de 10 à 24 ans, ce pourcentage est plus que le double de celui de la population générale. En 2011, 14,3 % des jeunes âgés de 10 à 14 ans et 16 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans ont déclaré que leur langue maternelle était autre que l'anglais ou le français.

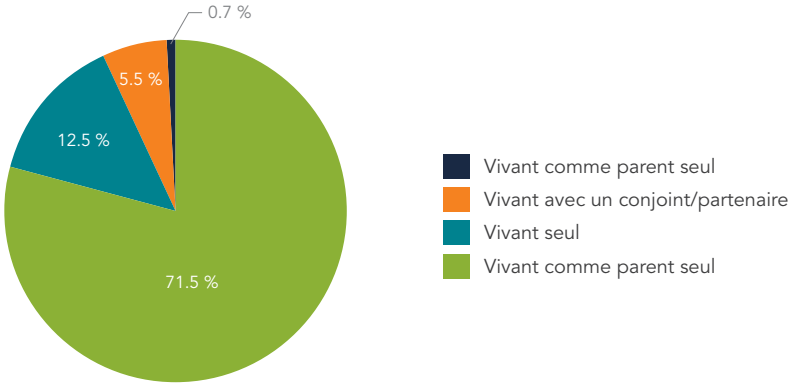
Le recensement de 2011 énumère plus de 60 langues autochtones, regroupées en 12 familles linguistiques. Au total, moins de 1 % de la population canadienne a déclaré que sa langue maternelle était autochtone. La proportion des jeunes âgés de 10 à 24 ans qui ont déclaré que leur langue maternelle était autochtone était similaire à celle de la population générale, à moins de 1 %, malgré le fait qu'environ 5 % de la population des jeunes s'est identifiée comme étant Autochtone. Parmi les langues maternelles autochtones déclarées en 2011, les langues algonquines formaient la famille linguistique la plus fréquemment déclarée parmi les langues autochtones.

[vi] Le terme « langue maternelle » fait référence à la première langue qu'un enfant apprend et qu'il comprend encore au moment du recensement.

2.2.6 RÉSIDENCE

Dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011, dans un échantillon national représentatif, près des trois quarts (71,5 %) des jeunes âgés de 12 à 19 ans vivaient chez leurs parents. Parmi ces jeunes, plus des trois quarts (78,8 %) vivaient avec deux parents, alors que 21,4 % vivaient dans un foyer monoparental. Les autres jeunes vivaient soit seuls (12,5 %), soit avec un conjoint ou un partenaire (5,5 %), soit comme parent seul (0,7 %)[28]. Selon l'étude *Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire* de 2009–2010, la majorité des jeunes au Canada ont déclaré avoir une vie heureuse à la maison, bien que cela soit vrai pour une plus grande proportion de garçons que de filles. Le nombre de garçons et de filles déclarant avoir une vie heureuse à la maison diminuait avec l'âge. Néanmoins, même chez les jeunes les plus âgés (dixième année), 75 % des garçons et 66 % des filles ont déclaré avoir une vie heureuse à la maison[29].

FIGURE 4 : Conditions de logement des jeunes Canadiens (âgés de 12 à 19 ans) en 2011



SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada utilisant les données provenant de l'*Enquête nationale auprès des ménages de 2011* de Statistique Canada.

Bien que le nombre de jeunes vivant dans la rue au Canada soit difficile à estimer, en raison de la nature transitoire de la vie dans la rue, certaines estimations laissent entendre que le nombre des jeunes sans abri ou vivant dans la rue s'élève environ à 150 000 au Canada, ce qui représente un tiers de la population des sans-abri du pays[30]. Les jeunes quittent leur domicile pour vivre dans la rue pour de nombreuses raisons, mais la plupart d'entre eux partent de la maison ou se font mettre à la porte en raison de conflits familiaux, notamment la maltraitance, l'homophobie et la transphobie[31].

Ces expériences peuvent expliquer la surreprésentation des jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable parmi les jeunes de la rue[32]. Un rapport de 2003 sur les jeunes de la rue à Winnipeg a estimé qu'un tiers de ces jeunes s'identifiaient comme ayant des orientations sexuelles diverses ou étant à genre variable[33]. Dans une étude portant sur 500 jeunes de la rue à Vancouver, 13 % des participants se considéraient comme ayant des orientations sexuelles diverses[34]. Les jeunes Autochtones sont également surreprésentés dans les populations des sans-abris et les populations de la rue[35]. Les données provenant du *Système de surveillance accrue des jeunes de la rue* laissent entendre qu'entre 24,0 % et 35 % des jeunes de la rue s'identifient comme étant Autochtones[36].

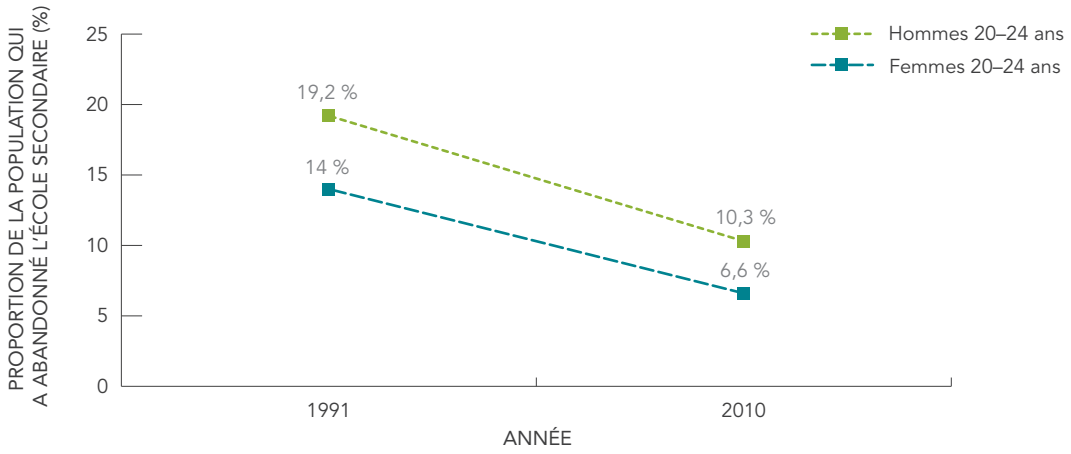
2.3 ÉDUCATION, EMPLOI ET REVENU

2.3.1 ÉDUCATION

Divers indicateurs du niveau d'éducation et des expériences scolaires jouent un rôle important pour mettre en contexte la vulnérabilité des jeunes Canadiens au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Ils comptent notamment le niveau d'éducation des parents ou des tuteurs à domicile, le rendement et le statut scolaires des jeunes eux-mêmes, l'attachement à l'école et les expériences scolaires, les taux d'abandon des études et la participation aux études postsecondaires.

En 2006, plus de 86 % des jeunes Canadiens âgés de 20 à 24 ans avaient obtenu un diplôme d'études secondaires. Une plus grande proportion de filles (88,5 %) que de garçons (83,9 %) a déclaré avoir obtenu au moins un diplôme d'études secondaires. Les taux d'abandon des études secondaires dans ce groupe d'âge ont également chuté au cours des deux dernières décennies[37]. Au cours de l'année scolaire 1990–1991, 16,6 % des jeunes Canadiens âgés de 20 à 24 ans n'avaient pas terminé leurs études secondaires et n'étaient pas inscrits à l'école. Par l'année scolaire 2009–2010, ce pourcentage était tombé à 8,5 %[38]. Les taux d'abandon des études secondaires ont toujours été plus élevés pour les garçons que pour les filles (figure 5). Au cours de l'année scolaire 2009–2010, 10,3 % des garçons ont abandonné l'école secondaire, par rapport à 6,6 % de filles[39].

FIGURE 5 : Taux d'abandon des études secondaires parmi les jeunes maintenant âgés de 20 à 24 ans, par sexe, au Canada

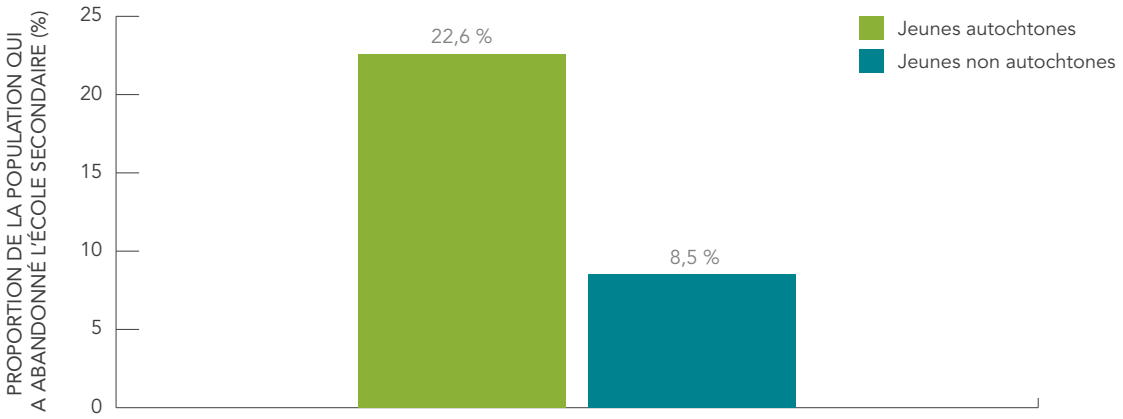


SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada utilisantles données provenant de l'Enquête sur la population active de Statistique Canada[40].

Les taux d'abandon des études secondaires varient également entre les populations autochtones et non autochtones, ainsi qu'entre les populations d'immigrants et de non-immigrants. Au cours des années scolaires 2007–2008 et 2009–2010, environ 23 % des populations des Premières nations, des Métis et des Inuits âgés de 20 à 24 ans vivant hors réserve ont abandonné l'école secondaire, plus du double du taux observé chez la population non autochtone sur la même période (figure 6)[41]. Les taux d'abandon des études secondaires les plus faibles sont parmi les

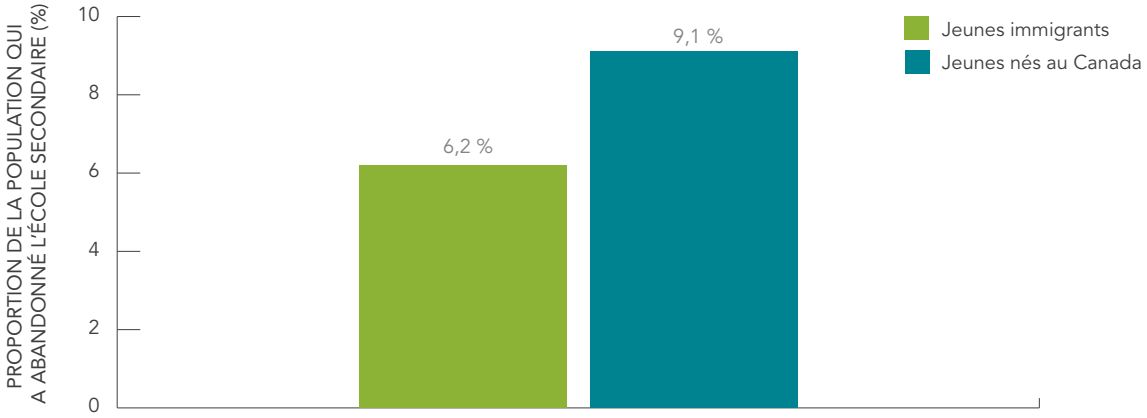
populations d'immigrants au Canada. Au cours de l'année scolaire 2009–2010, le taux d'abandon des études secondaires s'élevait à 6,2 % parmi les jeunes immigrants et nouveaux arrivants âgés de 20 à 24 ans, par rapport à un taux de 9,1 % chez la population des non-immigrants (figure 7)[42].

FIGURE 6 : Proportions des jeunes autochtones et non autochtones au Canada âgés de 20 à 24 ans qui ont abandonné les études secondaires, entre 2007 et 2010



SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada utilisant les données provenant de l'Enquête sur la population active de Statistique Canada[43].

FIGURE 7 : Proportions des jeunes immigrants et des jeunes nés au Canada âgés de 20 à 24 ans qui ont abandonné les études secondaires, de 2009 à 2010



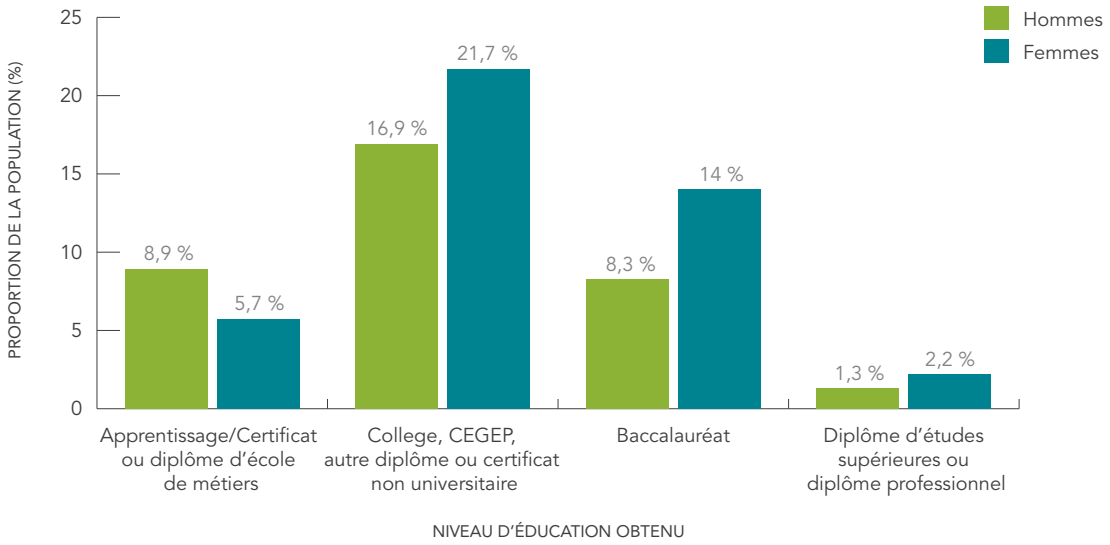
SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada utilisant les données provenant de l'Enquête sur la population active de Statistique Canada[44].

Les études postsecondaires deviennent de plus en plus importantes, pour les possibilités d'épanouissement personnel comme pour la compétitivité de l'économie canadienne. Depuis 1997, on a constaté une augmentation significative des inscriptions aux études postsecondaires au Canada, notamment dans les apprentissages enregistrés, les collèges et les universités. Au cours des années scolaires 2005–2006 et 2007–2008, près de 360 000 apprentis enregistrés, plus de 530 000 étudiants

de niveau collégial à temps complet et à temps partiel et près de 980 000 étudiants universitaires se sont inscrits à des programmes de premier et de deuxième cycle.

En 2006, 7,4 % des jeunes âgés de 20 à 24 ans avaient terminé leur apprentissage ou obtenu un certificat ou un diplôme d'une école de métiers, 19,3 % avaient terminé les études collégiales ou le CEGEP, 11,1 % avaient obtenu un baccalauréat et 1,7 % avaient obtenu un diplôme d'études supérieures ou un diplôme professionnel. Bien que le nombre de jeunes hommes ayant terminé un apprentissage ou un programme de métiers (8,9 %) ait été plus important que celui des jeunes femmes (5,7 %), ces dernières étaient plus nombreuses que les jeunes hommes dans toutes les autres catégories d'éducation (figure 8).

FIGURE 8 : Proportions des hommes et des femmes âgés de 20 à 24 ans par niveau d'éducation le plus élevé obtenu, en 2006



SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada utilisant les données provenant du recensement de 2006 de Statistique Canada[45].

L'*Enquête auprès des jeunes en transition* (EJET) a suivi une cohorte de plus de 22 000 jeunes âgés de 18 à 20 ans de 2000 à 2008[46]. Les données de l'enquête ont indiqué que l'achèvement des études postsecondaires varie d'une province et d'un territoire à l'autre, ainsi que selon le lieu de résidence urbain ou rural, le groupe ethnique et le statut d'immigrant. Les provinces de l'Atlantique et l'Ontario affichaient la proportion la plus élevée de jeunes ayant obtenu un diplôme universitaire. Pendant la période de l'étude de huit ans, un nombre plus important de jeunes provenant de zones urbaines (66 %) que de jeunes provenant de zones rurales (57 %) ont terminé des études postsecondaires sous une forme ou une autre. En 2008, moins de 10 % des jeunes Autochtones vivant hors réserve ont obtenu un diplôme universitaire, par rapport à plus de 30 % des jeunes non-Autochtones de l'échantillon. En 2008, une proportion plus élevée de jeunes de minorités visibles nés à l'extérieur du Canada ont obtenu un diplôme universitaire que de jeunes nés au Canada et n'appartenant pas à des minorités visibles.

Outre le statut scolaire, la qualité des expériences scolaires a des répercussions considérables sur le bien-être physique, émotionnel et mental des jeunes. Les écoles offrent aux jeunes les connaissances nécessaires pour réussir dans la vie, obtenir un emploi et prendre de bonnes

décisions au sujet de leur santé, mais elles leur donnent également la possibilité d'acquérir de l'estime de soi et des aptitudes à entretenir des relations saines. C'est pour cette raison que le milieu scolaire, notamment le sentiment d'appartenance à l'école et la qualité des relations avec les enseignants et les camarades, a fait l'objet de nombreuses études sur la santé et le bien-être des jeunes au cours de la dernière décennie.

Selon les données tirées de l'étude *Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire*, la majorité des jeunes de la sixième à la dixième année ressentaient un sentiment d'appartenance et de liens avec leur école. Néanmoins, lorsque les jeunes passent de l'école élémentaire à l'école secondaire, leur sentiment d'attachement à l'école diminue. Une proportion plus importante de garçons et de filles en sixième année (respectivement 71 % et 74 %) a déclaré un sentiment d'appartenance et d'attachement à l'école que les garçons et les filles en dixième année (respectivement 57 % et 55 %).

Les relations avec les enseignants et les camarades peuvent également avoir des répercussions considérables sur les comportements de santé, les connaissances et les attitudes des jeunes du point de vue de la vulnérabilité au VIH et aux infections transmissibles sexuellement et par le sang. Au cours de l'année scolaire 2009–2010, plus les étudiants étaient âgés, moins ils croyaient que leurs enseignants s'intéressaient à eux en tant qu'êtres humains. En dixième année, un peu plus de la moitié des garçons (52 %) et des filles (55 %) croyaient que leurs enseignants s'intéressaient personnellement à eux, par rapport à environ trois quarts des étudiants en sixième année (respectivement 71 % et 78 %). On a observé des tendances à la baisse similaires d'une année scolaire à l'autre concernant la perception de l'encouragement du travail des étudiants par les enseignants.

En revanche, la perception par les jeunes de leurs relations avec leurs camarades était bien plus stable. Plus de deux tiers des jeunes, toutes années scolaires confondues, pensaient que les autres étudiants les acceptaient tels qu'ils étaient. Bien que ces constatations soient positives, il n'en reste pas moins qu'environ un tiers des étudiants (environ 33 %), toutes années scolaires confondues, ne se sentaient pas acceptés.

L'étude *First National Climate Survey* de 2007 à 2009 s'attachait à découvrir si certains groupes de jeunes couraient plus de risque de se retrouver dans un climat scolaire négatif que d'autres. Plus particulièrement, l'étude examinait les milieux scolaires du point de vue des jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable par rapport aux jeunes hétérosexuels[47]. Soixante-quatorze pour cent (74 %) des étudiants transgenres, 55 % des étudiants à orientations sexuelles diverses et 26 % des étudiants hétérosexuels ont fait l'objet d'un harcèlement verbal au sujet de l'expression de l'identité sexuelle[48]. L'étude a également découvert que le harcèlement physique dû à l'orientation sexuelle, à l'orientation sexuelle perçue et à l'expression de l'identité sexuelle est prévalent dans les écoles canadiennes. Près d'un quart (21 %) des jeunes à orientations sexuelles diverses ont déclaré avoir été physiquement harcelés ou agressés en raison de leur orientation sexuelle ou de leur orientation sexuelle perçue, par rapport à 10 % des jeunes hétérosexuels[49]. Plus d'un tiers (37 %) des étudiants transgenres ont subi un harcèlement ou une agression physique en raison de l'expression de leur identité sexuelle. En outre, les étudiants transgenres couraient beaucoup plus de risques que les étudiants à orientations sexuelles diverses ou les étudiants hétérosexuels d'avoir été victimes de harcèlement ou d'agression physique[50].

Le chapitre 4 étudie l'incidence des expériences scolaires négatives, telles que le sentiment d'isolement ou l'intimidation, sur la vulnérabilité des jeunes à de moins bons résultats de santé, tels que le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

2.3.2 EMPLOI

Selon le recensement de 2006, près de la moitié (43,5 %) des jeunes âgés de 15 à 19 ans et près des trois quarts (71,2 %) des jeunes âgés de 20 à 24 ans avaient un emploi cette année-là. Parmi le groupe des jeunes âgés de 15 à 19 ans, un nombre légèrement plus important de jeunes filles (44,9 %) que de jeunes hommes (42,3 %) avaient un emploi, mais cette tendance était inversée chez les jeunes plus âgés. Parmi les jeunes âgés de 20 à 24 ans, un nombre plus élevé de jeunes hommes que de jeunes femmes avaient un emploi en 2006 (respectivement 72,3 % et 70,2 %). Les emplois dans le secteur de la vente et des services étaient les plus courants, représentant environ 72 % des emplois détenus par les jeunes âgés de 15 à 19 ans et environ 41 % des emplois détenus par les jeunes âgés de 20 à 24 ans. Bien qu'il n'existe aucune donnée relative au type d'emploi pour l'année 2006, les chiffres provenant de l'Enquête sur la population active de 2011 laissent entendre que les jeunes âgés de 15 à 24 ans qui possédaient un emploi cette année-là composaient plus d'un tiers de la population active à temps partiel (35,4 %) et environ 9 % de la population active à temps plein.

En 2006, les taux de chômage[vii] chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans étaient respectivement de 7,5 % et de 9,2 %. Cette année-là, les taux de chômage les plus élevés touchaient les jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans (9,9 %), suivis par les femmes du même groupe d'âge (8,6 %). Les jeunes des minorités visibles affichaient des taux de chômage plus élevés que les jeunes n'appartenant pas aux minorités visibles. Parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans, le taux de chômage chez les minorités visibles était de 15,7 %, par rapport à un taux de 12,3 % dans les populations non minoritaires.

2.3.3 REVENU

Le revenu familial peut exercer une influence sur divers résultats liés au développement, à la santé et aux périodes de transition parmi les jeunes qui vivent avec leurs parents. En 2007, 11 % des jeunes âgés de 5 à 24 ans vivaient dans des situations de faible revenu, par rapport à 15 % en 2003.[viii] Les enfants qui vivaient avec un seul parent couraient trois fois plus de risques que les enfants qui vivaient avec leurs deux parents de vivre dans des situations de faible revenu.

En 2007, les jeunes qui ne vivaient pas avec leurs parents couraient un risque plus élevé de vivre en situation de faible revenu que ceux qui vivaient avec au moins un de leurs parents. En fait, un tiers (33 %) des jeunes qui ne vivaient pas avec leurs parents se trouvaient cette année-là en situation de faible revenu. Même si d'autres données sont nécessaires pour expliquer ce fait, il est raisonnable de supposer que les jeunes qui ont quitté la maison et essaient d'entrer dans la population active sont plus susceptibles d'avoir de faibles revenus.

En 2006, plus d'un tiers des jeunes âgés de 15 à 19 ans n'avaient pas de revenu personnel, par rapport à 2,5 % seulement des jeunes âgés de 20 à 24 ans. Le revenu personnel moyen des jeunes âgés de 20 à 24 ans était environ trois fois plus élevé que le revenu personnel des jeunes âgés de 15 à 19 ans (respectivement 15 665 $ et 5 960 $).

[vii] On définit le taux de chômage comme la proportion des jeunes d'un groupe d'âge donné qui peuvent travailler et cherchent un emploi, mais n'en ont pas.

[viii] Le pourcentage d'enfants qui connaissaient des situations de faible revenu a été calculé en fonction des seuils de faible revenu (SFR) de Statistique Canada, à l'aide de données sur le revenu familial après réception des prestations gouvernementales et paiement des impôts fédéraux et provinciaux ou territoriaux.

2.4 LES JEUNES ET LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE

Bien que les données déclarées par les services de police canadiens laissent entendre que la délinquance juvénile a augmenté de 3 % entre 2005 et 2006, le taux de délinquance juvénile global a affiché une tendance à la baisse depuis le début des années 1990[51]. En 2006, le taux de délinquance juvénile était 25 % plus faible qu'en 1991[52]. On peut attribuer cette tendance générale à la baisse à une diminution des taux de délinquance juvénile dans quatre provinces pendant cette période, à savoir la Colombie-Britannique (-49 %), l'Alberta (-41 %), l'Ontario (-34 %) et le Québec (-25 %)[53]. Une augmentation de ce taux a été signalée dans l'Île-du-Prince-Édouard (+38 %), à Terre-Neuve-et-Labrador (+22 %), en Nouvelle-Écosse (+17 %) et au Manitoba (+14 %)[54].

Depuis la mise en application de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*, le nombre moyen de jeunes âgés de 12 à 17 ans condamnés à la détention ou en probation à l'échelle fédérale, provinciale ou territoriale a chuté[55]. En 2008–2009, on comptait en moyenne 1 898 jeunes sous une forme ou une autre de détention quotidienne, dont environ la moitié (47 %) était en détention après condamnation[56]. Néanmoins, le taux de détention chez les jeunes était bien moins élevé que chez la population adulte. Il était de 7 pour 10 000 chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans, par rapport à 141 pour 100 000 chez la population adulte[57]. Les hommes représentent une plus grande proportion de jeunes en détention que les femmes. Parmi les jeunes hommes, le taux d'incarcération était sept fois plus élevé que parmi les jeunes femmes (respectivement 15 pour 10 000 et 2 pour 10 000)[58].

Comme la population adulte, les jeunes Autochtones sont représentés de façon disproportionnelle dans les établissements correctionnels au Canada. Bien que les Autochtones représentent 5 % de tous les jeunes au Canada, ils constituent 27 % des jeunes admis en détention provisoire, 36 % des jeunes admis en détention après condamnation et 24 % des jeunes admis en probation[59].

2.5 SANTÉ PHYSIQUE

2.5.1 MORTALITÉ

Les décès parmi les jeunes au Canada sont rares. En 2009, les décès parmi les jeunes âgés de 10 à 24 ans représentaient environ 1 % de tous les décès enregistrés pendant l'année. Les jeunes garçons affichent une proportion de décès plus importante par rapport à l'ensemble des hommes canadiens que les jeunes filles. En 2009, les décès parmi les jeunes hommes âgés de 10 à 24 ans représentaient environ 1,4 % de tous les décès chez les hommes au Canada. La proportion correspondante chez les jeunes femmes était de 0,6 %. Au cours de la même année, les accidents (blessures involontaires) et les suicides (actes autodestructeurs intentionnels) étaient les deux premières causes de décès chez les jeunes âgés de 10 à 24 ans, représentant environ deux tiers des décès chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans (63 %) et âgés de 20 à 24 ans (61,1 %).

2.5.2 OBÉSITÉ ET MALADIE PHYSIQUE

L'obésité chez les enfants et les jeunes adultes a des conséquences considérables à court et à long terme sur le bien-être physique, émotionnel et mental des jeunes au Canada. Avoir de l'embonpoint ou être obèse peut avoir une incidence négative sur l'estime de soi, les relations avec les autres et la confiance en soi, et peut augmenter le risque de mécanismes d'adaptation négatifs et de comportements qui compromettent la santé. La prévalence de l'obésité chez les jeunes au Canada a considérablement augmenté au cours des derniers 25 ans. Selon les données présentées dans

l'*Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)*, un peu plus de 30 % des jeunes âgés de 12 à 17 ans avaient de l'embonpoint ou étaient obèses entre 2009 et 2011. Dans ce groupe d'âge, on comptait un nombre légèrement supérieur de jeunes hommes que de jeunes femmes obèses (respectivement 10,7 % et 9,6 %), alors qu'une proportion légèrement plus élevée de jeunes femmes que de jeunes hommes appartenait à la catégorie des personnes ayant de l'embonpoint (respectivement 20,9 % et 18,9 %). Les données de l'l'*Enquête canadienne sur les mesures de la santé* de 2009 laissent entendre qu'un nombre moins élevé de jeunes immigrants et un nombre plus élevé de jeunes Autochtones vivant hors réserve ont de l'embonpoint ou sont obèses par rapport à la population totale des jeunes.

Plusieurs autres troubles médicaux ont des effets à court et à long terme sur la santé et le bien-être des jeunes. Certaines affections chroniques peuvent se déclarer à la suite d'une infection transmissible sexuellement, alors que d'autres peuvent influer sur l'évolution des infections transmissibles sexuellement et par le sang, y compris le VIH, chez les jeunes déjà touchés par une infection.

Le cancer du col de l'utérus arrive au deuxième rang des cancers les plus fréquents chez les femmes dans le monde entier. Presque tous les cancers du col de l'utérus sont causés par le virus du papillome humain (VPH), qui est une infection sexuellement transmissible. L'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité liée à ce type de cancer sont en déclin au Canada. L'incidence du cancer du col de l'utérus connaît une baisse constante de 1,4 % par année depuis 1998, et la mortalité liée au cancer du col de l'utérus a chuté de près de 3 % par année depuis cette époque. Cela est probablement attribuable à l'introduction de vaccins contre le virus du papillome humain dans les programmes de vaccination financés par les deniers publics provinciaux et territoriaux pour les enfants en âge de scolarité ainsi que par un dépistage généralisé à l'aide du test de Papanicolaou (Pap).

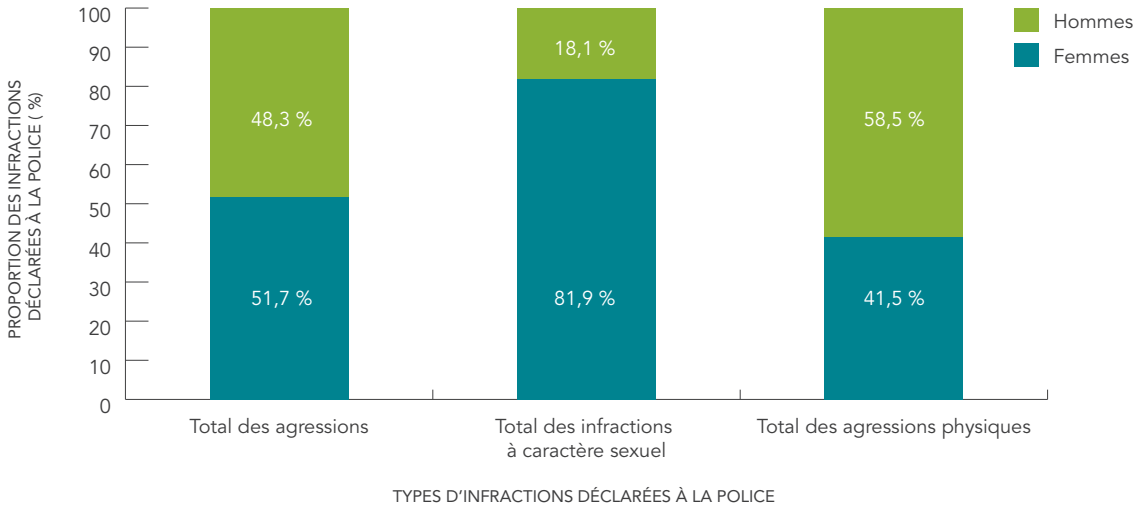
La tuberculose est une maladie infectieuse causée par une bactérie qui se transmet d'une personne à l'autre par voie aérienne. Dans le monde, la tuberculose est la cause de décès la plus fréquente chez les personnes infectées au VIH. Au Canada, les co-infections sont susceptibles de prendre de l'importance, en particulier chez les immigrants et les réfugiés provenant de pays où la tuberculose et le VIH sont endémiques et chez les Autochtones. Au Canada, le taux de tuberculose est généralement très faible. En 2011, 1 607 cas de tuberculose active et cas de retraitement ont été signalés, correspondant à un taux d'incidence déclaré de 4,7 cas pour 100 000 habitants. Ensemble, la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec représentaient 70 % du nombre total de cas déclarés; toutefois, le Nunavut a signalé le taux d'incidence le plus élevé (222,1 cas pour 100 000 habitants).

Bien que le taux global au Canada soit l'un des plus faibles au monde, le fardeau de la tuberculose n'est pas uniformément réparti. Environ 13 % des cas en 2011 ont été déclarés parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans, un taux de 4,6 cas pour 100 000 habitants. Les infections de tuberculose sont démesurément élevées parmi les immigrants au Canada et les Autochtones. En 2011, 64,8 % des cas de tuberculose parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans au Canada ont été déclarés parmi les immigrants et 27,7 % parmi les Autochtones. Ensemble, ces deux sous-groupes représentaient plus de 90 % de tous les cas de tuberculose déclarés en 2011 parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans.

2.5.3 VIOLENCE ENVERS LES ENFANTS, MAUVAIS TRAITEMENTS ET NÉGLIGENCE

La violence sexuelle, physique et émotionnelle envers les enfants, les mauvais traitements et la négligence ont des conséquences directes et indirectes sur la vulnérabilité au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. En 2009, le rapport *La violence familiale au Canada* cite plus de 54 000 cas déclarés à la police d'infractions à caractère sexuel et d'agression physique contre les enfants et les adolescents[60]. Dans le cas des infractions à caractère sexuel, la majorité des victimes étaient des jeunes femmes (81,9 %). Cette tendance s'inverse dans le cas de l'agression physique, de laquelle les jeunes hommes sont victimes dans plus de la moitié de l'ensemble des cas déclarés (58,5 %) (figure 9)[61].

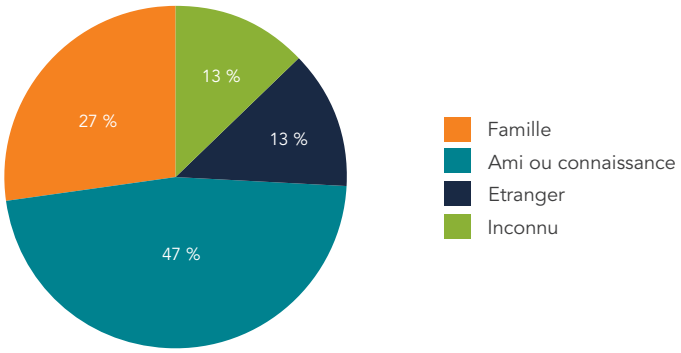
FIGURE 9 : Proportion des infractions déclarées à la police par type et par sexe parmi les enfants et les jeunes victimes (âgés de 0 à 17 ans) au Canada, en 2009



SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada utilisant les données provenant du Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada[62].

Les jeunes courent plus de risques d'être victimes d'une agression de la part d'une personne qu'ils connaissent. Environ 74 % des jeunes étaient victimes d'un membre de la famille (p. ex. parents, frères et sœurs et autres membres apparentés par le sang, le mariage ou l'adoption), d'un ami ou d'une connaissance. Parmi ces cas, près des deux tiers (60 %) avaient pour auteurs les parents ou les tuteurs (figure 10)[63]. Les jeunes femmes étaient victimes d'infractions à caractère sexuel commises par un membre de la famille dans une plus grande proportion que les jeunes hommes[64].

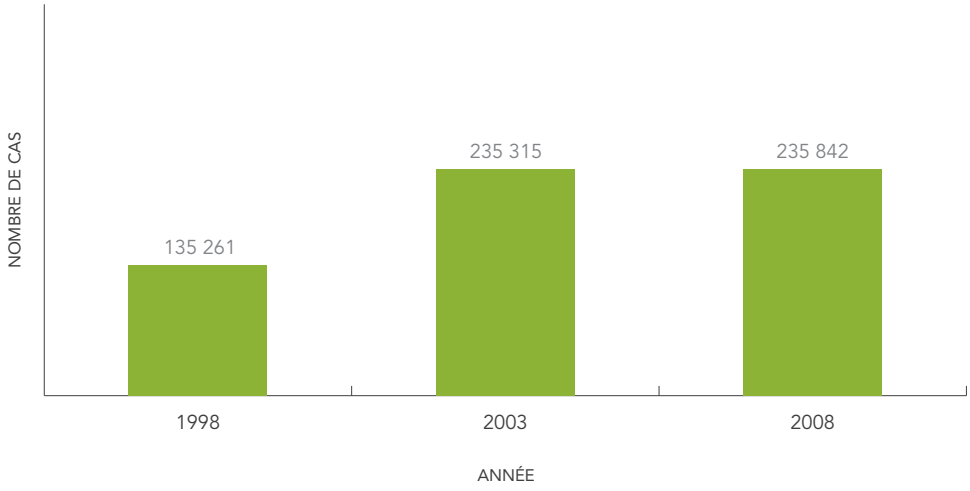
FIGURE 10 : Répartition de la relation entre l'accusé et la victime au Canada en 2009



SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada utilisant les données provenant du Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada [65].

Les jeunes sont victimes d'autres formes de maltraitance (p. ex. la négligence) qui ne sont pas aussi facilement reconnaissables que l'agression physique ou sexuelle[66]. L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (EIC) a signalé près de 16 000 enquêtes sur la maltraitance des enfants en 2008[67]. Cependant, le nombre de cas déclarés ne représente qu'une fraction de tous les cas de maltraitance des jeunes au Canada. Selon les cas ayant fait l'objet d'une enquête, le nombre total estimé de cas de maltraitance des enfants en 2008 s'élevait à 235 842, une légère augmentation par rapport à 2003 (235 315 cas) et une augmentation significative par rapport à 135 261 cas en 1998 (figure 11)[68].

FIGURE 11 : Nombres estimés des dossiers d'enquête sur la violence envers les enfants au Canada en 1998, en 2003 et en 2008



SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, 2010[69].

Les enquêtes sur la maltraitance parmi les jeunes Autochtones étaient cinq fois plus susceptibles de s'avérer relevé de la négligence que les enquêtes chez les jeunes non autochtones[70]. Les jeunes Autochtones courent également plus de risques d'être retirés de la maison et confiés à la garde des organismes de protection de la jeunesse que les jeunes non autochtones[71]. Parmi les jeunes Autochtones, la négligence est la raison principale de l'ouverture d'une enquête sur la maltraitance, notamment le fait de ne pas pourvoir aux besoins fondamentaux, de ne pas fournir des ressources éducatives pertinentes ou un accès adéquat aux services médicaux. La capacité à pourvoir aux besoins fondamentaux d'un enfant est souvent déterminée par des facteurs structurels, tels que la pauvreté, qui échappent au contrôle des parents[72]. L'interaction complexe des facteurs structurels peut expliquer en partie la surreprésentation des enfants autochtones dans les dossiers d'enquête[73].

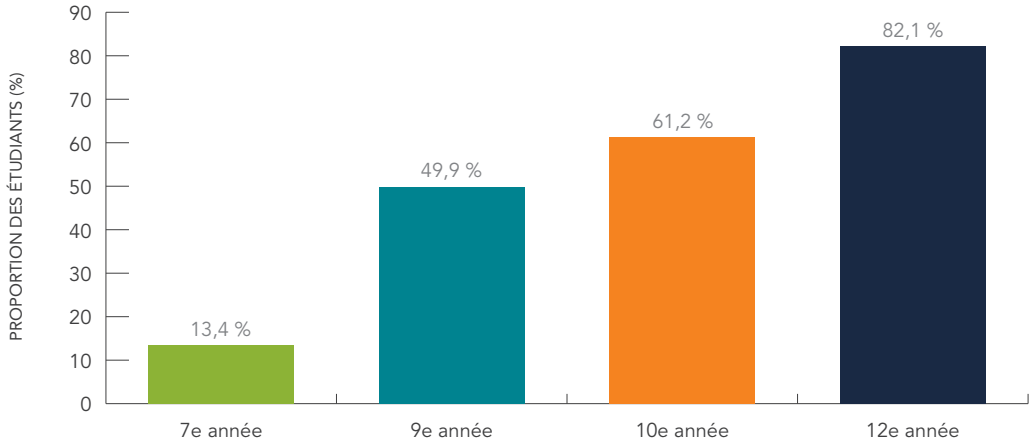
2.6 COMPORTEMENTS DE SANTÉ

2.6.1 CONSOMMATION DE DROGUES

L'adolescence est une période de la vie au cours de laquelle de nombreuses habitudes ayant des conséquences sur la santé se forment. Pour certains, c'est également une période pendant laquelle ils font l'expérience de comportements qui compromettent la santé, comme le tabagisme et la consommation d'alcool et de drogues. Dans l'étude nationale *Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire* de 2009–2010 portant sur des jeunes de la sixième à la dixième année, environ trois quarts des étudiants en neuvième et dixième année ont déclaré n'avoir *jamais* fumé une cigarette. Parmi les étudiants qui ont déclaré avoir fumé, très peu ont indiqué fumer chaque jour. Cependant, les proportions des fumeurs quotidiens augmentaient avec l'année scolaire, de 1 % en sixième année à 6 à 7 % en dixième année.

Les études nationales portant sur les jeunes au Canada laissent entendre que l'alcool est la substance dont l'usage est le plus répandu. En 2009–2010, environ deux tiers (66 %) des étudiants ayant participé à l'étude *Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire* ont déclaré avoir consommé de l'alcool au moins une fois. En 2007–2008, plus de la moitié (52,6 %) des étudiants ayant participé à l'*Enquête sur le tabagisme chez les jeunes* (ETJ) âgés de 12 à 18 ans ont déclaré avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours de l'année précédente. Les déclarations étaient similaires chez les jeunes hommes (54,1 %) et les jeunes femmes (51,1 %)[74]. Bien que l'alcool soit la substance dont l'usage est le plus répandu chez les jeunes au Canada, les taux de consommation hebdomadaires d'alcool sont très faibles et ont chuté au cours des deux dernières décennies. Selon les données longitudinales de l'étude *Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire*, le nombre de jeunes qui boivent de la bière et du vin au moins une fois par semaine a chuté depuis 1990 à moins de 5 % dans chaque année scolaire.

FIGURE 12 : Proportion des étudiants au Canada qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente, par année scolaire, de 2007 à 2008

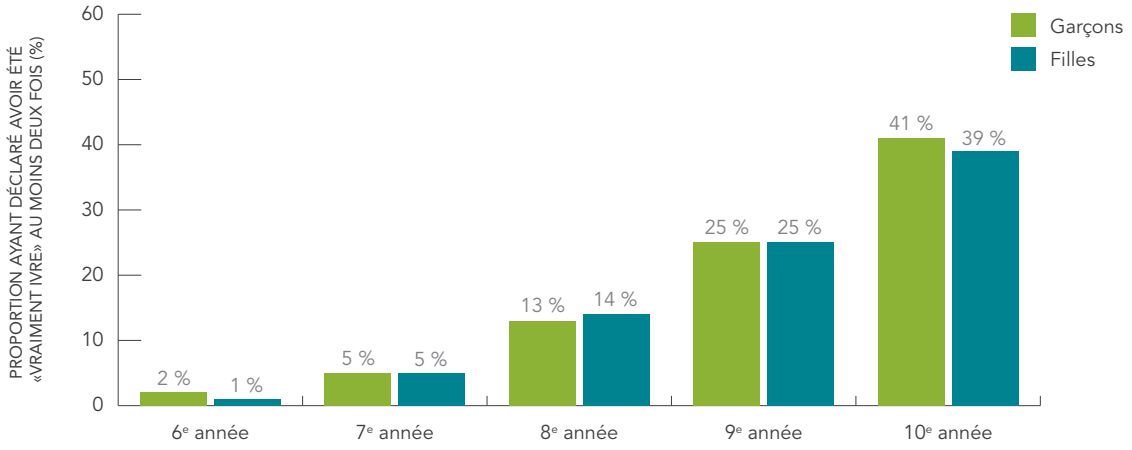


SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada utilisant les données provenant de Young, *et al.* [75]

Les épisodes de « consommation excessive d'alcool » sont particulièrement préoccupants pour la santé et le bien-être des jeunes. On définit généralement la consommation excessive d'alcool comme la consommation de cinq verres ou plus au cours d'une même occasion pour les hommes et de quatre verres ou plus au cours d'une même occasion pour les femmes[76]. Les rapports de consommation excessive d'alcool augmentaient avec l'âge dans l'étude *Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire*; 56 % des garçons et 54 % des filles en dixième année ont déclaré s'être livrés à une consommation excessive d'alcool au cours de l'année précédente, par rapport à 41 % et à 38 % respectivement en neuvième année.

Les définitions standard de la consommation excessive d'alcool ont leurs limites et ne reflètent pas nécessairement les cas d'abus d'alcool ou les situations où une personne était « ivre ». En 2009–2010, les proportions des étudiants ayant participé à l'étude *Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire* qui ont déclaré avoir été « vraiment ivre » à au moins deux occasions dans la vie augmentaient avec l'âge et étaient similaires chez les filles et les garçons pour chaque année scolaire. Les proportions de jeunes ayant déclaré avoir été « vraiment ivre » au moins deux fois dans leur vie allaient de 2 % pour les garçons et de 1 % pour les filles en sixième année à 41 % pour les garçons et à 39 % pour les filles en dixième année. Ces tendances sont similaires à celles qui ont été constatées au cours de l'étude l'*Enquête sur le tabagisme chez les jeunes* en 2007–2008[77].

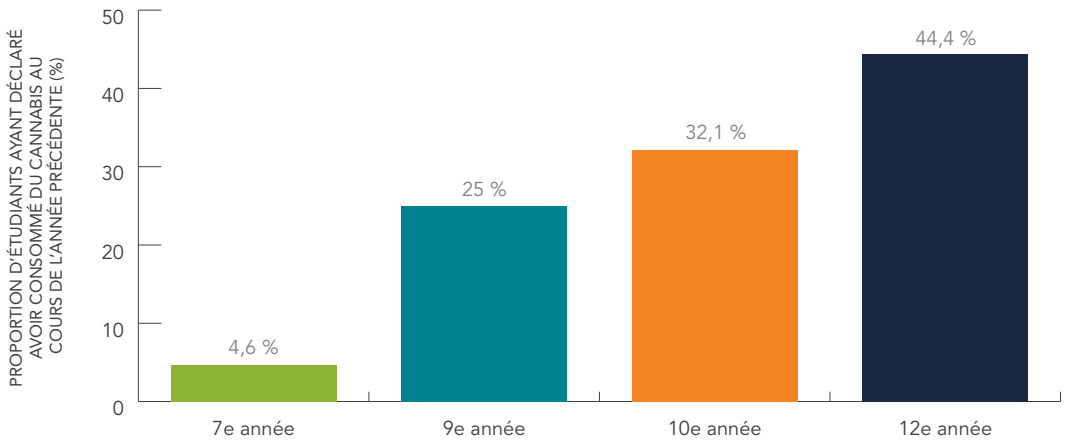
FIGURE 13 : Proportion des étudiants qui ont déclaré avoir été « vraiment ivre » au moins deux fois, par année scolaire et par sexe (%)[78]



SOURCE : Currie, C., *et al.*, rédacteurs. (2012). *Déterminants sociaux de la santé et du bien-être chez les jeunes. Enquête sur le comportement des jeunes d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) : rapport international sur l'étude de 2009–2010.* Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (Politique de santé pour les enfants et adolescents, n° 6).

Les données longitudinales provenant de l'étude *Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire* laissent entendre que, bien que le tabagisme et la consommation d'alcool aient chuté parmi les jeunes entre 1990 et 2010, la consommation de cannabis a augmenté au cours de cette période. En 2009–2010, 40 % des garçons et 37 % des filles en dixième année ont déclaré avoir essayé le cannabis; un quart des garçons et des filles ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours des douze mois précédents. On a constaté des tendances similaires concernant la consommation de cannabis au cours de l'année précédente dans le cadre de l'étude *Enquête sur le tabagisme chez les jeunes* de 2007–2008, ainsi que des différences régionales de consommation du cannabis. Les proportions de garçons et de filles ayant déclaré avoir consommé du cannabis au cours de l'année précédente étaient les plus faibles en Alberta (16,7 %) et les plus élevées en Nouvelle-Écosse (32,4 %)[79].

FIGURE 14 : Proportion des étudiants qui ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de l'année précédente, par année scolaire, de 2007 à 2008



SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada utilisant les données provenant de Young, *et al.*[80]

Les données sur la consommation de drogues autres que le cannabis sont limitées. Les conclusions de l'étude *Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire* de 2009–2010 laissent entendre que le pourcentage de jeunes en neuvième et en dixième année qui déclarent avoir utilisé des drogues illégales ou des médicaments sur ordonnance pour se défoncer était plus faible que celui des jeunes ayant déclaré avoir consommé du cannabis. Les substances les plus fréquemment mentionnées par les étudiants de neuvième et de dixième année étaient les analgésiques, l'ecstasy, le LSD et les autres hallucinogènes, ainsi que la salvia. Les substances les moins fréquemment signalées étaient les amphétamines, les méthamphétamines, les opiacés, l'inhalation de vapeurs de colle ou de solvant et les sédatifs.

La consommation de drogues illégales pourrait être plus fréquente chez certains groupes. Par exemple, dans un échantillon de commodité transversal de jeunes de la rue âgés de 15 à 24 ans du système *Surveillance accrue des jeunes de la rue (*SAJR*)*, 19,2 % des jeunes femmes ont déclaré s'être injecté des drogues plus d'une fois dans leur vie, par rapport à 17,5 % des jeunes hommes. De plus, 4,2 % des jeunes femmes et 4,5 % des jeunes hommes ont déclaré s'être injecté des drogues une seule fois dans leur vie[81].

I-Track est le système de surveillance amélioré (des facteurs comportementaux et biologiques) qui recueille des renseignements sur les comportements à risque liés au VIH et à l'hépatite C (VHC) parmi les utilisateurs de drogues injectables dans les sites sentinelles du Canada. Parmi les jeunes participant à I-Track, 41,4 % ont déclaré avoir commencé à s'injecter des drogues à l'âge de 16 ans ou moins et avoir passé des drogues « douces » aux drogues « dures »[82]. Une étude menée en 2006 et portant sur plus de 1 000 jeunes de la rue à Montréal a indiqué que la consommation d'au moins quatre types de drogues différents permettait de prédire avec une grande certitude le début de la consommation de drogues injectables[83].

Le partage de seringues ou d'autres dispositifs servant à l'injection de drogues peut également faire courir aux jeunes un risque élevé de contracter le VIH et le VHC, ce qui est plus susceptible de se produire lorsque l'on s'injecte des drogues en compagnie d'autres jeunes[84]. Parmi les jeunes participants à I-Track, plus de 25 % ont déclaré avoir emprunté des aiguilles ou des seringues

usagées au cours des six mois précédents, alors que près de 50 % ont déclaré avoir emprunté du matériel d'injection usagé, tel que des réchauds, de l'eau, des filtres, des garrots, des cotons-tiges et des acidifiants, au cours de la même période[85]. Les jeunes qui ont utilisé des aiguilles ou des seringues usagées ont indiqué les avoir empruntées le plus fréquemment à des amis proches (47,8 %) et à des partenaires sexuels réguliers (44,6 %), alors qu'un nombre moins élevé de jeunes ont déclaré les avoir empruntées à des personnes qu'ils ne connaissaient pas bien (14,1 %)[86]. Les jeunes hommes étaient plus susceptibles d'emprunter du matériel à des amis proches (69,4 %) et à des personnes qu'ils ne connaissaient pas bien (25,0 %) que les jeunes femmes (respectivement 33,9 % et 7,1 %). Les résultats du projet *Cedar* et de l'étude *Surveillance accrue des jeunes de la rue* indiquaient que les jeunes femmes affichaient des taux de partage de matériel d'injection de drogues plus élevés que leurs homologues masculins, car elles étaient souvent « les deuxièmes à utiliser une seringue » (les deuxièmes à s'injecter des drogues à l'aide de la même seringue), se fiant à leur partenaire masculin pour l'acquisition, la préparation et l'injection des drogues[87]. Les jeunes femmes empruntaient du matériel plus fréquemment à un partenaire sexuel régulier (60,7 %) et à un membre de la famille (19,4 %) que les jeunes hommes (respectivement 7,1 % et 0 %)[88]. Par conséquent, les jeunes femmes ont signalé des taux d'infection au VIH et au VHC plus élevés[89].

2.6.2 COMPORTEMENT SEXUEL

L'adolescence est une période durant laquelle la majorité des gens commencent à explorer leur sexualité et à avoir des relations sexuelles. Les comportements et les pratiques sexuelles établies au cours de cette période ont des répercussions considérables sur les résultats liés aux relations sexuelles et à la santé tout au long de la vie. Des données nationales représentatives au Canada laissent entendre que l'âge moyen des premiers rapports sexuels se situe entre 16 et 18 ans depuis la dernière décennie[90]. En outre, la proportion de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui déclarent n'avoir jamais eu de rapports sexuels est restée stable depuis 2003, à environ 66 % (date la plus ancienne pour laquelle des données nationales comparables existent)[91].

Certains comportements sexuels, notamment les partenaires multiples et l'utilisation irrégulière du condom, exposent les jeunes à un risque accru de contracter le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Selon des données nationales représentatives, le pourcentage de jeunes qui indiquent avoir eu plusieurs partenaires au cours des douze mois précédents est resté stable entre 2003 et 2009–2010[92]. En 2009–2010, environ un tiers (30,9 %) des jeunes âgés de 15 à 24 ans ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des douze mois précédents, la proportion de jeunes hommes déclarant ce comportement étant plus importante (39 %) que celle des jeunes femmes (25 %). Parmi les jeunes qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des douze mois précédents, ceux qui ont indiqué avoir utilisé un condom au cours de leurs derniers rapports a augmenté de 6 % entre 2003 et 2009–2010, passant de 62 % à 68 %. En 2009–2010, le nombre de jeunes hommes (73 %) ayant déclaré avoir utilisé un condom lors de leurs derniers rapports sexuels était plus élevé que celui des jeunes femmes (63 %). Les proportions étaient semblables entre les jeunes qui ont déclaré n'avoir eu qu'un partenaire (67 %) ou ceux qui ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire au cours des douze mois précédents (69 %)[93]. Bien que les données ne puissent être comparées d'une étude à l'autre, les données provenant d'enquêtes auprès de groupes de jeunes précis laissent entendre l'existence d'habitudes de comportement qui diffèrent de celles de la population générale des jeunes. Les données du système de surveillance accrue *SAJR*, recueillies auprès de jeunes âgés de 15 à 24 ans dans six centres urbains (Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Toronto, Ottawa et Halifax), ont indiqué que la grande majorité (96,8 %) a déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un ou une partenaire. Environ un tiers (29,7 %) des participants ont signalé avoir eu plus de 10 partenaires sexuelles, alors

que 18,2 % ont indiqué avoir eu plus de 10 partenaires sexuels au cours de leur vie. Plus de la moitié (58,8 %) des jeunes hommes et environ un quart (22,6 %) des jeunes femmes ont indiqué avoir utilisé un type de protection, tel qu'un condom, au cours de leurs derniers rapports sexuels avec une partenaire. Une proportion similaire de jeunes hommes (54,5 %) et plus du double de la proportion des jeunes femmes (46,6 %) ont indiqué avoir utilisé une protection au cours de leurs derniers rapports sexuels avec un partenaire[94].

M-Track est un système de surveillance améliorée qui assure le suivi du VIH, des infections transmissibles sexuellement et par le sang et des comportements à risque associés parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) au Canada en associant la surveillance biologique à la surveillance comportementale. Dans un échantillon transversal de l'enquête M-Track, la majorité (64 %) des jeunes âgés de 15 à 24 ans a déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus (rapports sexuels oraux ou anaux) au cours des six mois précédant l'enquête. Parmi les jeunes qui ont eu des rapports sexuels oraux ou anaux au cours des six mois précédents, plus de la moitié (55 %) a déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel. Plus des trois quarts (77 %) de l'échantillon qui avait eu des rapports sexuels avec un partenaire ont déclaré avoir eu des rapports avec un partenaire occasionnel[ix], alors qu'environ la moitié des jeunes qui avaient eu des rapports sexuels anaux avec un partenaire occasionnel a déclaré utiliser systématiquement (toujours) un condom pendant les rapports sexuels anaux, que ce soit dans le rôle actif ou passif[95].

Dans l'étude I-Track, plus de la moitié (57,4 %) des jeunes ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des six mois précédant l'enquête. Un nombre plus élevé d'hommes que de femmes ont indiqué avoir eu plus d'un partenaire sexuel (respectivement 62,2 % et 52,9 %). Environ un tiers de l'échantillon total (35,3 %) a signalé avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels; le nombre d'hommes le déclarant était supérieur au nombre de femmes (respectivement 50,4 % et 23,1 %)[96].

2.7 SANTÉ MENTALE ET MALADIE MENTALE

2.7.1 SANTÉ MENTALE

Les mesures permettant de décrire la santé mentale des jeunes au Canada comprennent des mesures « positives » telles que la perception par l'individu de son état de santé mentale global, le sentiment de satisfaction dans la vie, la fréquence des sentiments de bonheur, la fréquence des sentiments d'intérêt pour la vie et la confiance en soi. Les mesures « négatives » comprenaient la perception, par l'individu, du stress de la vie en général.

Selon *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2011, environ trois quarts (76,5 %) des jeunes âgés de 12 à 24 ans ont indiqué que leur santé mentale générale était soit très bonne, soit excellente. Les perceptions ne variaient pas de façon significative entre les garçons et les filles. Par rapport à la population totale des jeunes, un nombre plus important de jeunes immigrants (82,1 %) et un nombre moins important de jeunes Autochtones (66,5 %) ont indiqué que leur santé mentale globale était très bonne ou excellente[97]. Les conclusions étaient semblables à celles de l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations* (ERS), dans laquelle environ 65 % des jeunes Autochtones habitant dans les réserves (âgés de 12 à 17 ans) décrivaient leur santé mentale comme étant très bonne ou excellente[98].

[ix] Dans l'étude, on entend par partenaire occasionnel un homme avec lequel la personne interrogée a eu des rapports sexuels à une seule reprise. Les partenaires occasionnels ne comprennent pas les hommes avec lesquels la personne interrogée a échangé des faveurs sexuelles contre de l'argent, des drogues ou d'autres biens et services.

Dans *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2011, la plupart des jeunes (95,9 %) âgés de 12 à 24 ans ont déclaré qu'ils étaient soit satisfaits, soit très satisfaits de leur vie en général, par rapport à 92,8 % des jeunes immigrants. Alors que la majorité a déclaré qu'ils s'étaient sentis heureux (85,8 %) et s'étaient intéressés à la vie presque chaque jour ou chaque jour au cours du mois précédent (88,7 %), les proportions variaient selon l'âge, l'identité autochtone et le statut d'immigrant. Par exemple, un nombre plus élevé de Canadiens âgés de 12 à 15 ans (90,4 %) et un nombre moins élevé de Canadiens âgés de 20 à 24 ans (82,9 %) et de jeunes Autochtones (83,5 %) ont déclaré éprouver de tels sentiments. Parmi les jeunes immigrants, 79,7 % ont indiqué être heureux, alors que 84,8 % ont dit qu'ils s'intéressaient à la vie chaque jour ou presque chaque jour au cours du mois précédent.

Par rapport à 18,4 % de la population totale âgée de 12 à 24 ans, un nombre plus important de filles (22,5 %) et de jeunes immigrants (21,1 %) ont indiqué que la plupart des jours étaient « assez » ou « extrêmement » stressants. Les niveaux de stress augmentaient également avec l'âge. Un nombre plus élevé de jeunes âgés de 16 à 19 ans (20,4 %) et de 20 à 24 ans (21,9 %) ont décrit la plupart des jours comme étant « assez » ou « extrêmement » stressants en 2011. Sur tous les jeunes, les plus petites proportions ayant déclaré de tels niveaux de stress se trouvaient chez les jeunes hommes (14,4 %) et les jeunes âgés de 12 à 15 ans (11 %).

Dans l'étude *Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire* de 2009–2010, moins de 50 % des garçons et des filles de la sixième à la dixième année ont indiqué avoir confiance en eux. Alors que la confiance en soi diminuait avec les années scolaires, un nombre plus important de garçons que de filles dans chaque année scolaire a indiqué avoir de la confiance en soi. Environ la moitié des garçons de sixième année ont déclaré avoir confiance en eux, par rapport à 26 % en dixième année. Chez les filles, 40 % en sixième année ont déclaré avoir confiance en elles, par rapport à 18 % en dixième année.

2.7.2 MALADIE MENTALE

Les maladies mentales peuvent se manifester à l'adolescence et au début de l'âge adulte et continuer d'affecter le développement, la santé et le bien-être tout au long de la vie. La dépression chez les jeunes peut provoquer de l'hypertension artérielle, augmenter le fardeau des affections chroniques, nuire à la productivité et à la réussite scolaire, rendre difficile l'obtention ou le maintien d'un emploi et endommager les relations sociales. La dépression est également étroitement liée au suicide, la deuxième cause de décès en importance chez les jeunes au Canada.

Bien que la plupart des gens passent occasionnellement des périodes pendant lesquelles ils se sentent tristes ou déprimés, ces sentiments sont généralement de courte durée. On définit la dépression comme un sentiment persistant de tristesse ou de détresse qui perturbe la vie quotidienne normale. Les personnes atteintes de dépression peuvent ressentir de l'anxiété, du pessimisme, de la culpabilité, du désespoir, de l'irritabilité, ainsi qu'un sentiment de vide ou de dévalorisation. Elles peuvent également manquer d'énergie, avoir des troubles de sommeil, voir leur appétit changer et nourrir des pensées suicidaires.

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2011, 7,1 % des personnes âgées de 12 ans ou plus ont indiqué avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, tel que la dépression ou le trouble bipolaire, un pourcentage qui augmentait avec l'âge. Les jeunes âgés de 12 à 15 ans présentaient la proportion la plus faible (1,8 %) de troubles de l'humeur diagnostiqués, mais ce pourcentage passait à 4,4 % chez les jeunes âgés de 16 à 19 ans. Plus de 6 % (6,1 %) des jeunes âgés de 20 à 24 ans ont indiqué avoir jamais reçu de diagnostic de trouble de l'humeur, tel que la dépression.

Étant donné la stigmatisation persistante qui entoure la maladie mentale et la répugnance à obtenir des soins qui peut en découler, il faut noter que les déclarations de diagnostics ne reflètent pas le fardeau réel de la maladie mentale au Canada. Dans une étude canadienne menée en 2011 sur des étudiants de la cinquième à la dixième année, une proportion significative de jeunes a déclaré avoir eu des problèmes émotionnels au cours des six mois précédents, notamment des sentiments de déprime, de tristesse, de désespoir, de solitude, d'exclusion ou le désir d'être quelqu'un d'autre. Le nombre de garçons ayant déclaré de tels problèmes était relativement stable d'une année scolaire à l'autre, allant de 25 % en huitième année à 29 % en neuvième année. Une proportion considérablement plus importante de filles a déclaré avoir des problèmes émotionnels, qui empiraient avec les niveaux scolaires. Environ 35 % des filles en cinquième année ont déclaré avoir des problèmes émotionnels, par rapport à 27 % des garçons. En dixième année, la proportion des filles qui ont déclaré avoir des problèmes émotionnels grimpait à 44 %.

CHAPITRE 3 – L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH ET DES AUTRES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG CHEZ LES JEUNES AU CANADA

3.1 INTRODUCTION ET CONTEXTE

Ce chapitre résume les données sur l'épidémiologie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)[x], du syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) parmi les jeunes au Canada.

L'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) recueille des données de plusieurs sources afin de brosser un tableau du VIH, du sida et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les habitants du Canada et de décrire les tendances associées aux infections parmi des sous-groupes précis de la population. Les données contribuent à orienter les efforts visant à prévenir, à dépister et à traiter ces maladies.

Les données de surveillance de routine du VIH décrivent le nombre de résultats positifs au test du VIH déclarés aux autorités sanitaires provinciales et territoriales. En fait, chaque résultat positif au test du VIH obtenu en laboratoire ou par un prestataire de soins de santé doit être déclaré à l'autorité sanitaire appropriée dans la province ou le territoire en question. Ces autorités fournissent librement les données à l'Agence deux fois par année. Les données de surveillance de routine ne représentent que les personnes qui passent un test de dépistage du VIH et reçoivent un diagnostic de VIH pour la première fois; les tests de suivi chez les personnes qui sont déjà séropositives ne sont pas déclarés dans les données de surveillance subséquentes. Les déclarations de cas fournies à l'Agence n'identifient personne; un ensemble de données de base accompagne plutôt chaque déclaration de résultat positif au test du VIH, comme l'âge, le sexe et la date du diagnostic. D'autres renseignements, tels que la race ou le groupe ethnique, le pays de naissance ou les modes de transmission du VIH, appelés « catégories d'exposition », peuvent également être inclus dans la déclaration de cas, mais l'exhaustivité de ces données varie d'une province et d'un territoire à l'autre.

Le terme « sida » fait référence au stade le plus avancé de l'infection au VIH. Le sida est marqué par la détérioration du système immunitaire de l'organisme et par son incapacité à combattre les infections. Comme il n'existe aucun test de laboratoire propre au sida, les cas déclarés à l'Agence dans le cadre de la surveillance de routine du sida sont ciblés par un résultat positif au test du VIH et une maladie définissant le sida, telle que la pneumonie bactérienne récurrente ou la maladie de Kaposi. Contrairement au VIH, le sida n'est une maladie à déclaration obligatoire que dans certaines provinces et dans certains territoires, bien que les médecins soient tenus de déclarer la manifestation de maladies définissant le sida. L'Agence utilise ces données sur le VIH et le sida pour produire des rapports de surveillance annuels.

---

[x] Il fait référence aux données de surveillance sur les résultats positifs au test du VIH au Canada depuis 2009. Même si des données agrégées de 2010 existaient au moment de la rédaction du présent rapport, les données de 2009 permettaient une analyse plus complète de l'épidémiologie du VIH parmi les jeunes. Toutes les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang mentionnées dans ce chapitre font référence aux données de surveillance les plus récentes.

Comme les données de surveillance de routine du VIH/sida sont limitées aux personnes qui ont passé un test de dépistage et reçu un diagnostic, l'Agence produit également des estimations nationales du nombre total de nouvelles infections au VIH au Canada par année (appelées estimations de l'incidence) et du nombre total de personnes qui vivent avec le VIH au Canada (appelées estimations de la prévalence). Les estimations sont produites à l'aide de modèles mathématiques basés sur des données provenant de diverses sources. Les estimations de l'Incidence et de la prévalence offrent une idée plus exacte des tendances relatives à l'infection au VIH, puisqu'elles tiennent compte des personnes qui ont reçu un diagnostic ainsi que de celles qui n'en ont pas reçu et qui ignorent qu'elles sont infectées. Cependant, bien que les estimations incluent des renseignements sur tous les Canadiens âgés de 15 ans et plus, il n'existe aucune analyse spécifique de l'incidence et de la prévalence chez les jeunes. Par conséquent, ce chapitre ne contient aucune estimation.

L'Agence recueille également des données de surveillance de routine sur les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada. La chlamydia, la gonorrhée, l'hépatite B (VHB), l'hépatite C (VHC) et toutes les formes de la syphilis sont des infections transmissibles sexuellement et par le sang à déclaration obligatoire, ce qui signifie que chaque résultat positif au test de dépistage de ces infections obtenu par un laboratoire ou un prestataire de soins de santé doit être signalé à l'autorité sanitaire provinciale ou territoriale. Les autorités sanitaires provinciales ou territoriales fournissent avec chaque déclaration de résultat positif un ensemble de données de base (p. ex. âge, sexe) à l'Agence, qui les utilise pour élaborer des rapports annuels de surveillance nationale. Ces données ne reflètent que le nombre de personnes qui ont subi un test de dépistage de ces infections et ont reçu un diagnostic; contrairement au VIH, il n'existe aucun modèle mathématique indiquant le fardeau réel de ces infections.

Les données de surveillance améliorée offrent des renseignements plus détaillés sur les facteurs associés au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Elles tirent profit des enquêtes pour recueillir des données comportementales auprès des populations vulnérables, ainsi que des données sur les tests de dépistage du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Les types de données comportementales recueillies comprennent les pratiques sexuelles (telles que le nombre de partenaires et l'utilisation du condom), les comportements liés au test de dépistage du VIH, le diagnostic antérieur du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, la consommation de drogues (telle que la consommation de drogues injectables, le partage de seringues), les connaissances relatives au mode de transmission du VIH et d'autres déterminants de la santé. L'Agence mène actuellement des enquêtes de surveillance améliorée auprès des jeunes de la rue grâce au système *Surveillance accrue des jeunes de la rue* (SAJR), auprès des hommes gais, bisexuels et ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes grâce au système de surveillance M-Track et auprès des utilisateurs de drogues injectables grâce au système de surveillance I-Track. Deux autres systèmes de surveillance améliorée font l'objet d'un essai pilote et sont en cours de perfectionnement. Le concept du système *E-Track*, qui est axé sur les personnes provenant de pays où le VIH est endémique, a fait l'objet d'un essai pilote au Québec en 2008, en collaboration avec des chercheurs locaux. Le système de surveillance *A-Track* met l'accent sur les Autochtones (Premières nations, Inuits et Métis) au Canada et a fait l'objet d'un essai pilote à Regina, en Saskatchewan, en 2011–2012.

3.1.1 LIMITES DES DONNÉES

Bien que les renseignements provenant de la surveillance de routine et de la surveillance améliorée fournissent des informations essentielles sur le VIH, le sida et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang et permettent de comprendre les facteurs de risque dans les populations clés, ils sont accompagnés de limites dont il faut tenir compte pour l'interprétation des données. Par exemple, le VIH et les infections transmissibles sexuellement et par le sang sont sous-déclarés dans les données de surveillance de routine, puisque que ces dernières ne représentent que les personnes qui ont subi un test de dépistage et reçu un diagnostic au moment de la déclaration. En outre, certaines infections transmissibles sexuellement et par le sang peuvent être asymptomatiques (p. ex. la chlamydia), alors que d'autres sont accompagnées de symptômes qui n'apparaissent pas immédiatement (p. ex. l'hépatite C), ce qui fait que les gens ne subissent pas de test de dépistage et ne reçoivent pas de diagnostic de ces infections. Autres limitations possibles sont les retards de déclarations, les déclarations en double et les renseignements manquants.

Les données provenant des systèmes de surveillance améliorée doivent également être interprétées avec prudence. Les renseignements sont recueillis grâce à des enquêtes transversales qui se déroulent à un moment précis. Bien que cette méthode soit utile pour étudier les facteurs de risque associés aux infections, elle ne permet pas l'analyse des causes et des effets ou des modifications des facteurs de risque individuels au fil du temps. En outre, les enquêtes transversales font principalement appel à un échantillonnage en fonction des lieux. Par exemple, dans le système de surveillance M-Track, les participants sont recrutés dans des lieux tels que les bars, les clubs, les festivals ou les organisations sociales. Bien que cette méthode de recrutement facilite l'accès aux populations difficiles à atteindre, elle produit des données qui peuvent ne pas être représentatives de l'ensemble de la population ciblée (p. ex. dans le cas du système M-Track, les données peuvent ne pas être représentatives de tous les hommes gais, bisexuels ou ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada). Enfin, l'utilisation d'enquêtes auto-administrées dans les systèmes de surveillance améliorée peut entraîner la sous-déclaration de certains comportements à risque en raison de la désirabilité sociale (c'est-à-dire le désir de « dire ce que l'on est censé dire » à la personne qui effectue l'enquête).

Malgré leurs limitations, les données de surveillance de routine et de surveillance améliorée offrent une source d'information précieuse sur le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, ainsi que sur les facteurs de risque associés aux infections. Il est essentiel de comprendre et de déterminer les tendances et les facteurs de risque pour élaborer des stratégies efficaces de prévention et de traitement de ces maladies.

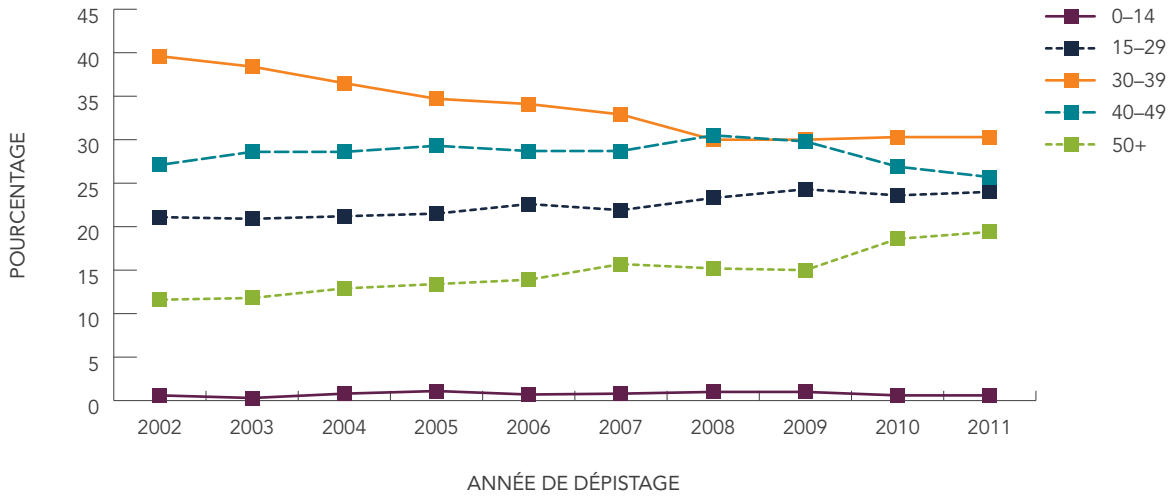
3.2 DONNÉES NATIONALES : NOMBRE DE DÉCLARATIONS DE RÉSULTATS POSITIFS AU TEST DU VIH

Entre 1985, date à laquelle la déclaration des cas de VIH a commencé, et le 31 décembre 2011, on a compté 74 162 déclarations de résultats positifs au test du VIH au Canada. Le nombre annuel de déclarations de résultats positifs est demeuré relativement stable au cours de la décennie. Sur les 2 208 cas d'infection au VIH déclarés à l'Agence de la santé publique du Canada en 2011, 531 cas (24 %) ont été recensés parmi les jeunes.[xi] La catégorie des jeunes arrivait à la troisième place des

[xi] Bien que le présent rapport définisse les jeunes comme des personnes âgées de 10 à 24 ans, les données de surveillance de routine sur les déclarations de résultats positifs au test du VIH sont basées sur des catégories d'âge; la catégorie des jeunes va de 15 à 29 ans. Comme les données sont déclarées ainsi, il était impossible de les faire correspondre à la limite supérieure de 24 ans. Cependant, ailleurs dans ce chapitre, les données de surveillance de routine et de surveillance accrue déclarées pour les jeunes âgés de 15 à 24 ans.

groupes d'âge les plus fréquemment signalés en 2011, suivi des adultes âgés de 30 à 39 ans (668 cas) et des adultes âgés de 40 à 49 ans (567 cas). Au total, 26,8 % de toutes les déclarations cumulées de résultats positifs au test du VIH ont été attribuées aux jeunes âgés de 15 à 29 ans, allant d'un pourcentage maximal de 38,6 % en 1985 à un pourcentage minimal de 20,9 % en 2003. Au cours de la dernière décennie, les chiffres se sont stabilisés (figure 15).

FIGURE 15 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH par groupe d'âge et par année de test de dépistage (n = 24 264)[99]



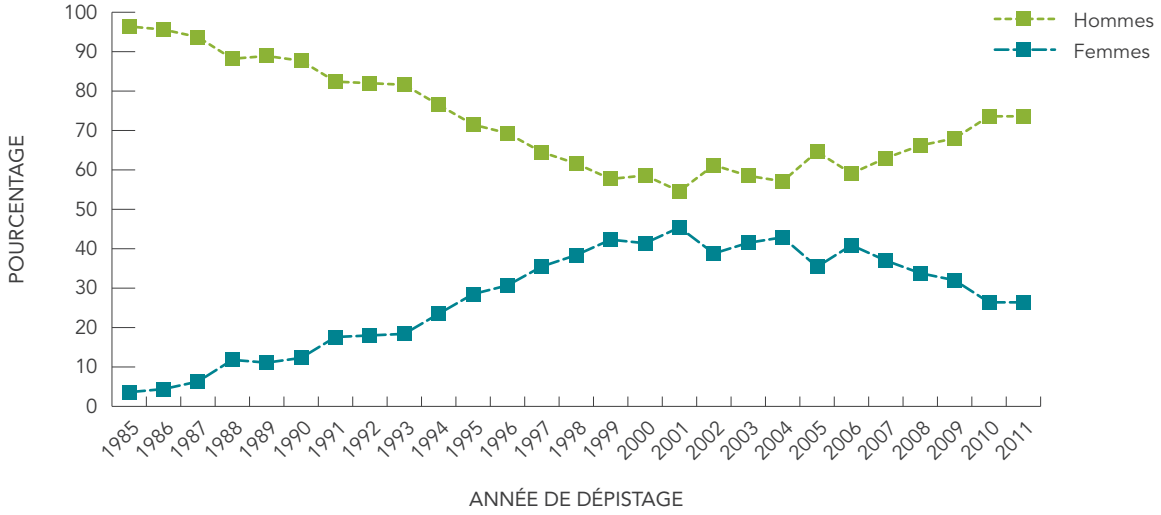
SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

* Parmi les déclarations de résultats positifs au test du VIH où l'âge était déclaré.

3.2.1 SEXE ET GENRE

Depuis 1985, les hommes représentent la vaste majorité des déclarations annuelles de résultats positifs au test du VIH parmi les jeunes âgés de 15 à 29 ans, bien que les cas déclarés chez les femmes aient connu une hausse constante au cours des années 1990 (figure 16). Compte tenu de cette tendance, il n'est pas surprenant de constater que le nombre cumulé de déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les hommes de 15 à 29 ans est resté systématiquement plus élevé que celui des femmes du même groupe d'âge. En 2011, un total cumulé de 13 895 déclarations de résultats positifs au test du VIH, accompagnées de la déclaration du sexe et de l'âge, concernaient les jeunes hommes, ce qui représente 75,7 % du nombre total de cas dans la catégorie des jeunes. Par comparaison, en 2011, un total cumulé de 4 461 (24,3 %) déclarations de résultats positifs au test du VIH concernaient les jeunes femmes.

FIGURE 16 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, par sexe, de 1985 à 2011 (n = 18 356)[100]

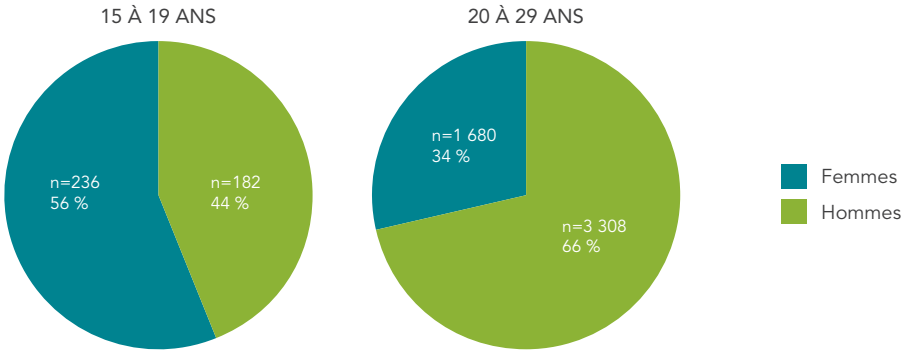


SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

* Parmi les déclarations de résultats positifs au test du VIH où l'âge et le sexe étaient déclarés.

Les résultats positifs au test du VIH parmi les hommes et les femmes ne sont pas uniformément répartis dans la catégorie des jeunes. De 2002 à 2011, le rapport hommes/femmes variait entre les jeunes moins âgés et les jeunes plus âgés. Pendant cette période, les femmes étaient surreprésentées dans le groupe d'âge des jeunes moins âgés (de 15 à 19 ans), représentant 56,5 % des déclarations totales de résultats positifs au test du VIH dans cette catégorie. En comparaison, les hommes étaient surreprésentés (66,3 %) dans le groupe d'âge des jeunes de 20 à 29 ans (figure 17).

FIGURE 17 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH par sexe et par sous-groupe d'âge, de 2002 à 2011 (n = 5 406)[101]

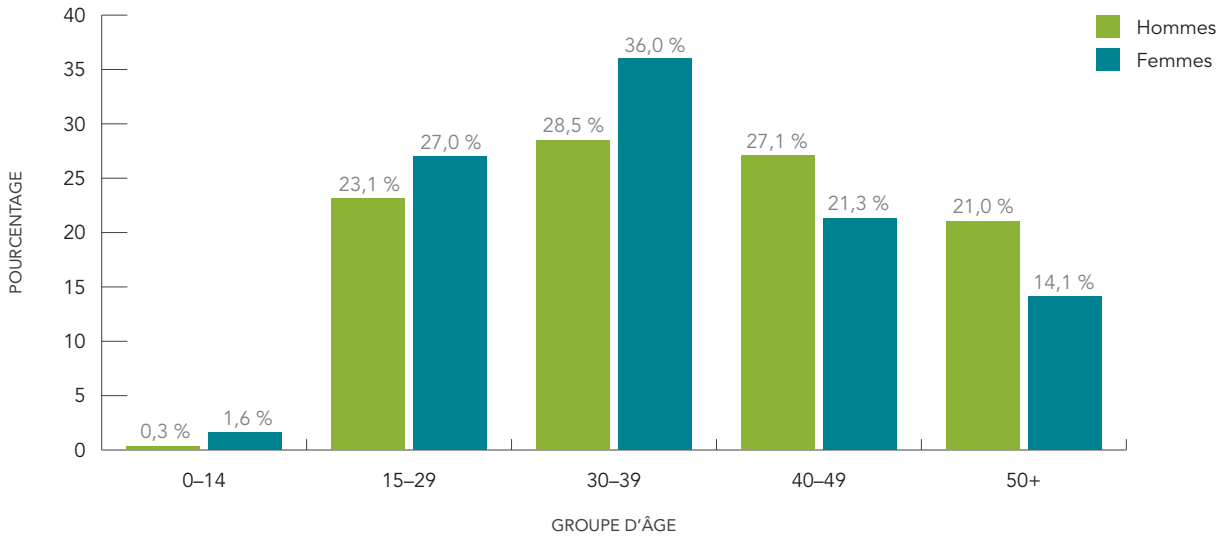


SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

* Parmi les déclarations de résultats positifs au test du VIH où l'âge et le sexe étaient déclarés.

Ces données indiquent qu'en général, les femmes ont tendance à recevoir un diagnostic d'infection au VIH à un plus jeune âge que les hommes. Par exemple, en 2011 seulement, un nombre plus élevé de déclarations de résultats positifs au test du VIH a été attribué au groupe d'âge des jeunes de 15 à 29 ans parmi les femmes (27,0 %) que parmi les hommes (23,1 %). En revanche, une proportion plus importante de résultats positifs au test du VIH a été attribué aux hommes appartenant aux groupes d'âge allant de 40 à 49 ans (27,1 %) et de 50 ans et plus (21,0 %) qu'aux femmes appartenant aux mêmes groupes d'âge (respectivement 21,3 % et 14,1 %) (figure 18).

FIGURE 18 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH par sexe et par groupe d'âge*, en 2011 (n = 2 170)[102]

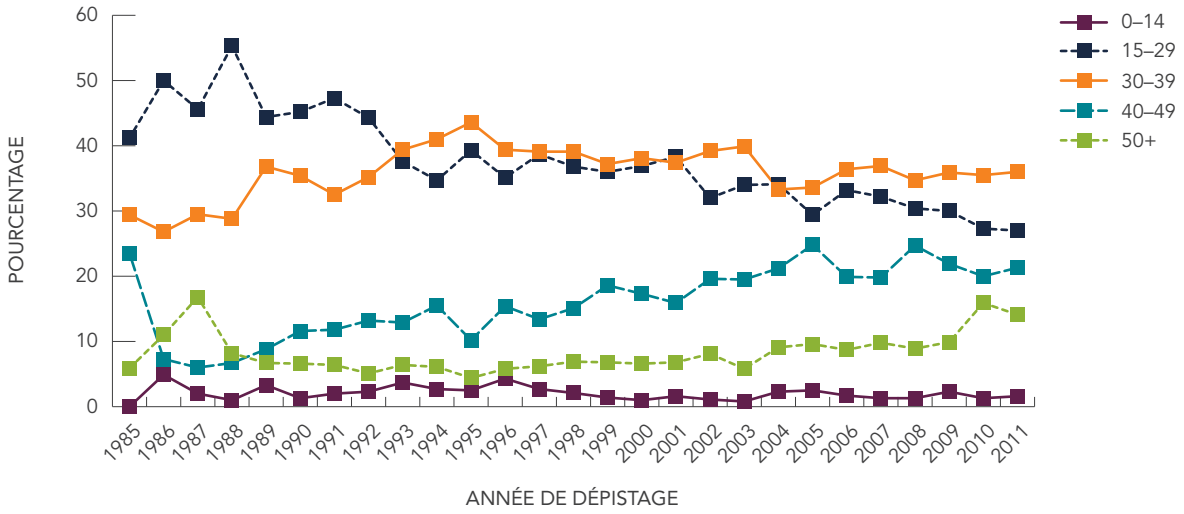


SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

* Parmi les déclarations de résultats positifs au test du VIH où l'âge et le sexe étaient déclarés.

L'âge plus précoce du diagnostic chez les femmes est également apparent dans les données historiques de 1985 à nos jours. Jusqu'au début des années 1990, la catégorie des jeunes était le groupe d'âge le plus fréquemment déclaré parmi les femmes pour toutes les déclarations de résultats positifs au test du VIH. Depuis lors, cette catégorie arrive en deuxième position et est restée relativement stable (figure 19).

FIGURE 19 : Proportion (%) des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les femmes par âge*, de 1985 à 2011 (n = 12 533)[103]

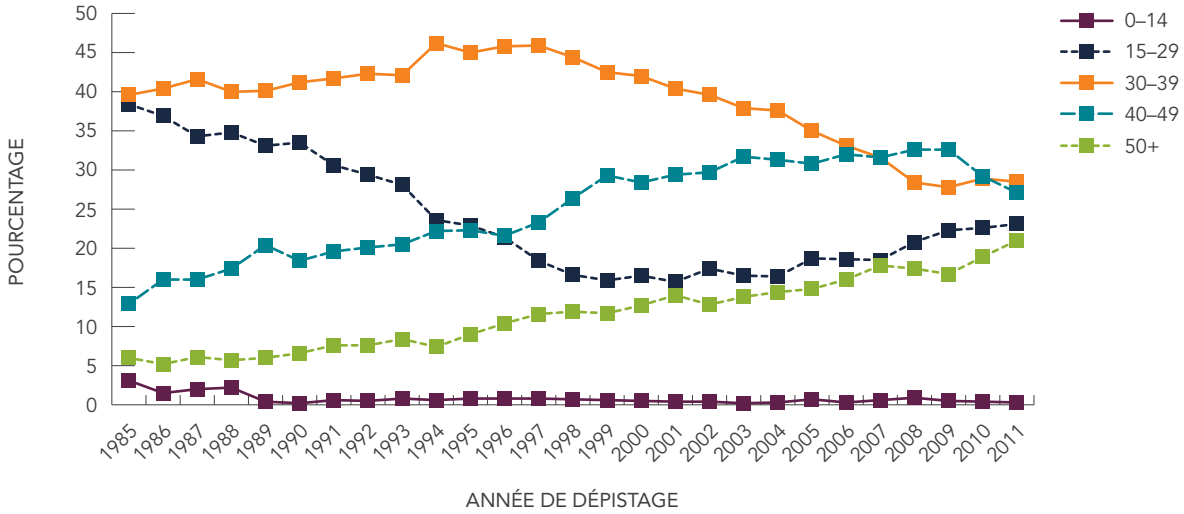


SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

* Parmi les déclarations de résultats positifs au test du VIH où l'âge et le sexe étaient déclarés.

En revanche, chez les hommes, la catégorie des jeunes arrivait en deuxième position des catégories d'âge déclarées entre 1985 et le milieu des années 1990, où elle est passée à la troisième position. Ces dernières années, la proportion des cas parmi les hommes appartenant au groupe d'âge de 15 à 29 ans a légèrement augmenté (figure 20).

FIGURE 20 : Proportion (%) des déclarations* de résultats positifs au test du VIH chez les hommes par âge, de 1985 à 2011 (n = 55 774)[104]



SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

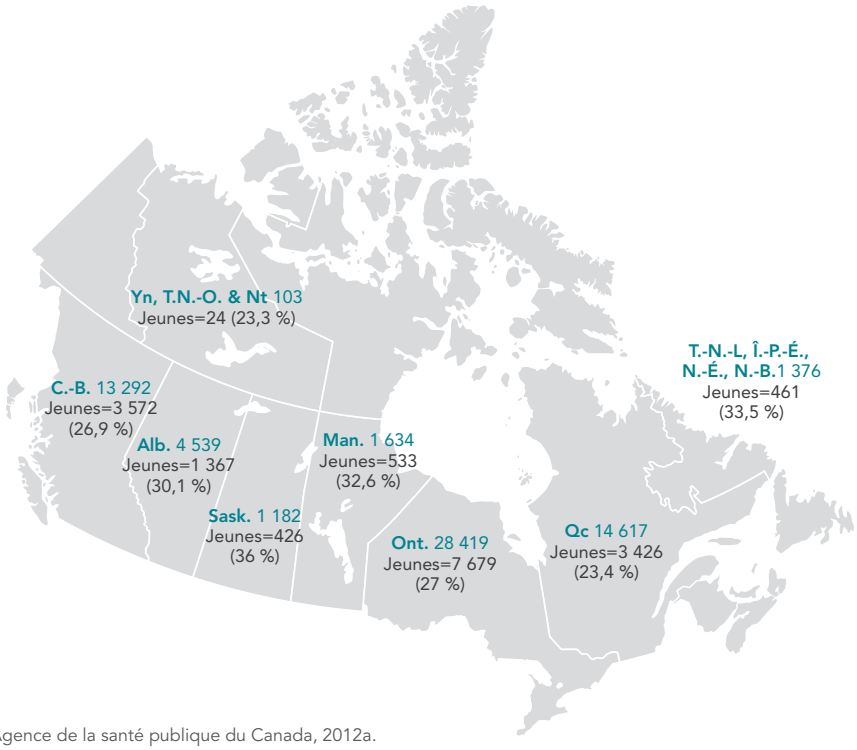
* Parmi les déclarations de résultats positifs au test du VIH pù l'âge et le sexe étaient déclarés.

À l'échelle nationale, il incombe au prestataire de soins de santé qui effectue le test de dépistage d'indiquer le sexe et le genre sur la déclaration de résultats au test du VIH. Malheureusement, les formulaires de déclaration des cas ne comprennent pas de catégorie pour les personnes qui ne s'identifient ni comme un homme, ni comme une femme. Plus particulièrement, il n'existe aucun moyen de saisir des données au sujet des personnes qui s'identifient comme étant « transgenres » (personnes dont l'identité sexuelle ne correspond pas au sexe biologique à la naissance) ou « à genre variable ». Ces questions et d'autres points peuvent mener à un mauvais classement du sexe et du genre et à la sous-représentation des personnes transgenres dans les rapports de surveillance du VIH. Les résultats de recherches internationales laissent entendre que les personnes transgenres pourraient être touchées de façon disproportionnée par le VIH et par les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, mais il n'existe aucune donnée nationale au Canada pour étayer cette supposition.

3.2.2 GÉOGRAPHIE

Entre 1985 et 2011, plus de 91 % des déclarations de résultats positifs au test du VIH dans la catégorie des jeunes ont été effectuées par les quatre provinces les plus peuplées, à savoir l'Ontario, le Québec, la Colombie-Britannique et l'Alberta. Cela n'est pas surprenant, étant donné que ces quatre provinces composent également la plus grande proportion de la population canadienne. Cependant, lorsque l'on examine la réparation des résultats positifs au test du VIH par âge dans chaque province canadienne, on obtient un portrait différent. On trouve la proportion la plus élevée de cas attribués aux jeunes en Saskatchewan (36 %) et dans les provinces de l'Atlantique (33,5 %), suivi de près par le Manitoba (32,6 %) et l'Alberta (30,1 %) (figure 21). Cela laisse entendre que les jeunes sont surreprésentés dans le nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH dans ces provinces par rapport à leur représentation dans les populations provinciales en général. Par exemple, entre 2002 et 2011, bien que les jeunes âgés de 15 à 29 ans aient représenté 34,2 % des déclarations de résultats positifs au test du VIH en Saskatchewan, ils ne composaient en moyenne que 21,5 % de la population générale de la province[105].

FIGURE 21 : Répartition des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, par province ou territoire, par rapport aux totaux provinciaux ou territoriaux, de 1985 à 2011 (n = 74 174)[106]



SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

3.2.3 VUE D'ENSEMBLE DES CATÉGORIES D'EXPOSITION

Les cas de VIH et de sida sont assignés une catégorie d'exposition en fonction de la hiérarchie des facteurs de risque associés à la transmission du VIH par une voie donnée. Ces catégories d'exposition comprennent les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les utilisateurs de drogues injectables (UDI), le contact hétérosexuel et la réception de sang ou de produits sanguins. Les catégories qui arrivent aux premiers rangs de cette hiérarchie représentent un risque accru de transmission du VIH par la voie en question. Si plus d'un facteur de risque est attribué à un cas, ce dernier est classé en fonction de la catégorie d'exposition la plus élevée dans la hiérarchie. Par exemple, les utilisateurs de drogues injectables peuvent également risquer de contracter l'infection au VIH par contact hétérosexuel; cependant, la catégorie Utilisateurs de drogues injectables est classée comme un risque plus élevé associé à une probabilité plus importante de transmission du VIH. La seule exception à cette méthode de classification concerne les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui utilisent également des drogues injectables, car les données probantes au Canada laissent entendre que le risque de transmission par ces deux voies est relativement équivalent. De tels cas sont classés dans la catégorie d'exposition combinée « Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes/ Utilisateurs de drogues injectables ».

Il existe des limites inhérentes au classement des cas dans une seule catégorie selon une hiérarchie donnée. Premièrement, cette méthode réduit les déterminants structurels, sociaux, culturels et économiques complexes de la vulnérabilité d'une personne au VIH à une seule source, à savoir le comportement individuel.[xii] Deuxièmement, la catégorie d'exposition est déterminée par les réponses que la personne choisit de donner aux questions d'un prestataire de soins de santé. Enfin, la méthode du classement par catégorie d'exposition est limitée par les renseignements manquants. Par exemple, en 2011, près de la moitié (49,7 %) de toutes les déclarations de résultats positifs au test du VIH envoyées à l'Agence de la santé publique du Canada ne comprenaient aucune donnée sur la catégorie d'exposition. Malgré ces limites, le fait de comprendre les profils d'exposition au VIH à l'échelle de la population canadienne peut servir à mettre en lumière les risques courus par certaines sous-populations et à orienter les programmes et les politiques de prévention et de traitement.

3.2.4 CATÉGORIES D'EXPOSITION AU VIH CHEZ LES JEUNES

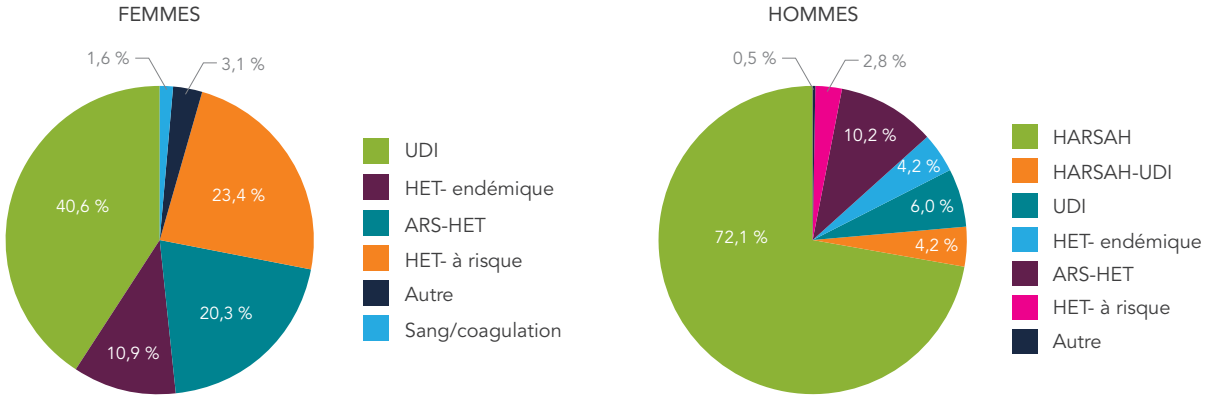
Bien que les déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les jeunes contiennent davantage de données liées à la catégorie d'exposition (42,5 %) que les déclarations tous groupes d'âge confondus (49,7 %), les données décrites dans cette section doivent être interprétées avec prudence.

La catégorie d'exposition des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes représente la plus grande proportion des déclarations cumulatives de résultats positifs au test du VIH parmi les jeunes au Canada. Entre 1985 et 2011, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes représentaient plus d'un tiers (35,9 %) des déclarations de résultats positifs dans le groupe d'âge des jeunes de 15 à 19 ans et plus de la moitié (58,8 %) dans le groupe d'âge des jeunes de 20 à 29 ans. Sur la même période, le contact hétérosexuel et les utilisateurs de drogues injectables arrivaient à la deuxième et troisième place des catégories d'exposition les plus fréquentes déclarées parmi ces groupes d'âge.

Les profils d'exposition au VIH déclarés varient entre les jeunes hommes et les jeunes femmes. En 2011, parmi les jeunes hommes, la catégorie d'exposition des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes représentait plus des deux tiers (72,1 %) des déclarations de résultats positifs au test du VIH, alors que la catégorie du contact hétérosexuel représentait 17,2 % des déclarations. En revanche, la même année, le contact hétérosexuel était la catégorie d'exposition la plus fréquemment déclarée parmi les jeunes femmes, atteignant 54,6 % de l'ensemble des cas déclarés. Cette catégorie est subdivisée entre les personnes qui sont nées dans un pays où le VIH est endémique (hétérosexuel – endémique), les personnes qui ont eu un contact hétérosexuel avec une personne qui était infectée par le VIH ou qui courait un risque élevé d'infection au VIH (hétérosexuel – à risque) et les personnes pour lesquelles on ne sait rien des facteurs de risque associés au partenaire (aucun risque signalé – hétérosexuel). Parmi les jeunes femmes en 2011, la catégorie hétérosexuel – à risque représentait la plupart des cas dans la catégorie générale du contact hétérosexuel (23,4 %), alors que moins de la moitié (40,6 %) des résultats positifs au test du VIH étaient attribués à la catégorie d'exposition des utilisateurs de drogues injectables (figure 22).

[xii] Pour des raisons de cohérence, les données sont présentées du point de vue des catégories d'exposition au VIH utilisées dans la surveillance.

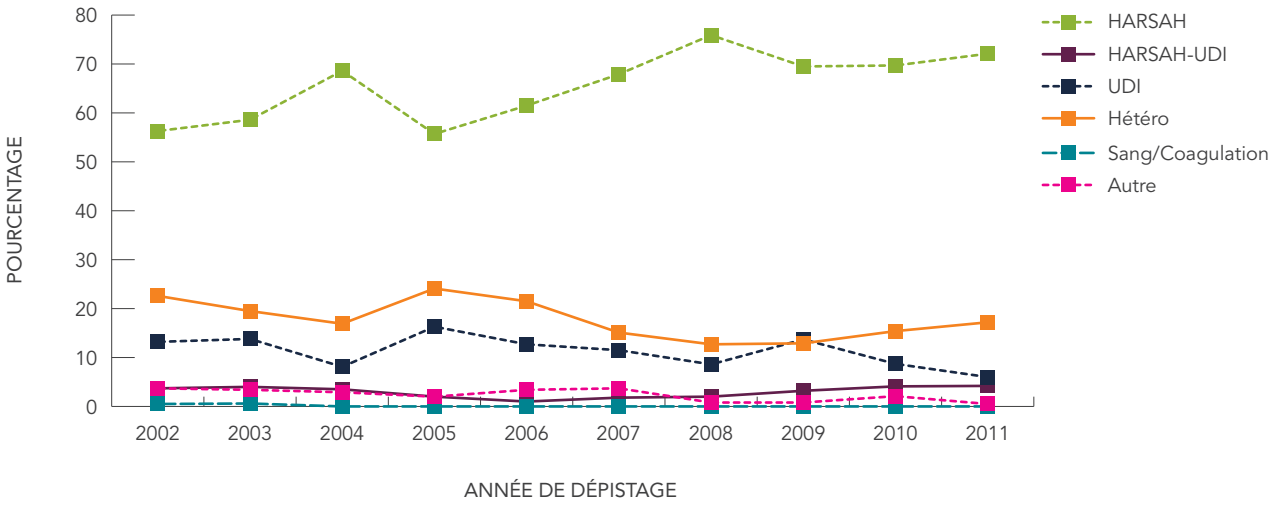
FIGURE 22 : Proportion (%) des déclarations*de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes hommes et les jeunes femmes âgés de 15 à 29 ans, catégorie d'exposition signalée, en 2011 (n = 279)[107]



HARSAH = Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HARSAH/UDI = Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et utilisant des drogues injectables
UDI = Utilisateurs de drogues injectables
HÉTÉROSEXUEL – ENDÉMIQUE = Originaire d'un pays où le VIH est endémique
HÉTÉROSEXUEL – À RISQUE = Contact hétérosexuel avec une personne à risque
AUCUN RISQUE SIGNALÉ – HÉTÉROSEXUEL = Contact hétérosexuel sans risque signalé
AUTRE = Autre voie de transmission connue
ARS = Aucun risque signalé
SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.
* Lorsque le sexe, l'âge et la catégorie d'exposition étaient déclarés.

La répartition des catégories d'exposition entre les hommes et les femmes a varié au fil du temps. Par exemple, les données de 2002–2011 laissent entendre une augmentation générale des déclarations de résultats positifs au test du VIH dans la catégorie des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes chez les jeunes hommes (figure 23). Entre 2003 et 2007, la proportion de cas chez les femmes attribués à la catégorie des utilisateurs de drogues injectables a connu une hausse constante pour culminer à 50 % en 2007 (figure 24). La proportion de cas chez les femmes attribués au contact hétérosexuel a atteint son apogée en 2003; il s'agit de la catégorie d'exposition la plus fréquemment déclarée pendant la majeure partie de la dernière décennie.

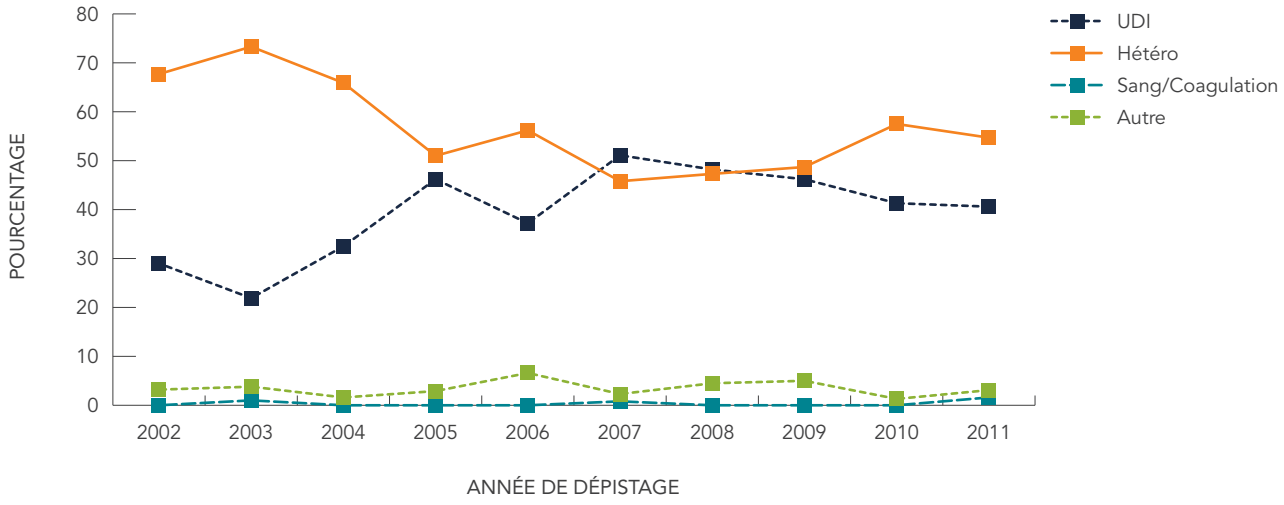
FIGURE 23 : Proportion (%) des déclarations* de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes hommes âgés de 15 à 29 ans, catégorie d'exposition signalée, de 2002 à 2011 (n = 2 112)[108]



SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

* Lorsque le sexe, l'âge et la catégorie d'exposition étaient déclarés.

FIGURE 24 : Proportion (%) des déclarations* de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes femmes âgées de 15 à 29 ans, catégorie d'exposition signalée, de 2002 à 2011 (n = 1 050)[109]



SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

* Lorsque le sexe, l'âge et la catégorie d'exposition étaient déclarés.

3.2.4.1 EXPOSITION PÉRINATALE[xiii]

Les données présentées dans cette section sont fondées sur des renseignements recueillis par le Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants (GCRSE) sur tous les enfants dont l'exposition au VIH pendant la période périnatale est connue, de la conception à la naissance et à l'allaitement. La transmission périnatale est également appelée transmission verticale ou transmission de la mère à l'enfant. Les données sont délimitées en fonction des catégories suivantes : infection confirmée, non-infection confirmée, aucune confirmation, et ceux qu'on a perdu au suivi. Cependant, il faut interpréter les données avec prudence. Elles ne représentent à aucun moment un tableau complet de la transmission verticale au Canada, puisque toutes les femmes enceintes ne subissent pas un test de dépistage ou ne savent pas si elles sont séropositives. En outre, tous les enfants séropositifs ne reçoivent pas un diagnostic lorsqu'ils sont nourrissons, ce qui entraîne des retards de déclaration (p. ex. les enfants nées de femmes dont le diagnostic est retardé ne subissent pas de test de dépistage lorsqu'ils sont nourrissons; il se peut que les enfants nés à l'étranger ne reçoivent pas de diagnostic jusqu'à ce qu'ils soient plus âgés, etc.).

Le nombre total de nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale a augmenté au Canada depuis le début de l'épidémie de VIH, mais la proportion de nourrissons exposés dont l'infection est confirmée a chuté pour passer de 20 % avant 1996 à 1,6 % en 2011[110]. Les progrès accomplis dans les traitements antirétroviraux depuis le milieu des années 1990 ont considérablement réduit l'incidence de la transmission verticale, qui est passée de 20,2 % avant 1996 à 2,9 % entre 1997 et 2010[111]. Sans traitement, on estime que 25,0 % des femmes enceintes qui vivent avec le VIH transmettraient le virus à leur nourrisson pendant la grossesse ou à la naissance. Si une mère séropositive allaite son bébé, ce risque passe à un pourcentage estimé de 35,0 %[112].

Selon le Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants, sur les 3 567 nourrissons dont l'exposition périnatale au VIH entre 1984 et 2011 au Canada est connue, on compte 584 cas confirmés d'infection au VIH. En 2011 seulement, on ne comptait que trois cas d'infection confirmés. Sur les 110 nourrissons dont l'infection a été confirmée depuis 2001, aucun n'est décédé de causes liées au sida, neuf sont décédés de causes autres que le sida et dix n'ont fait l'objet d'aucun suivi[113].

3.2.5 RACE OU GROUPE ETHNIQUE ET LE VIH CHEZ LES JEUNES

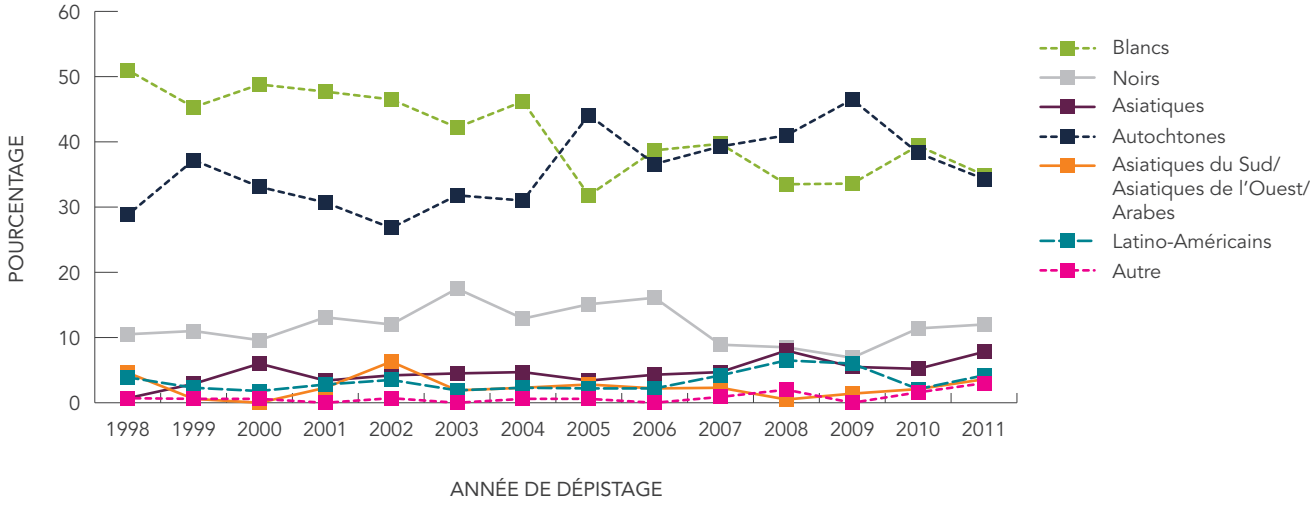
Depuis 1998, certaines provinces et certains territoires recueillent des renseignements sur la race ou le groupe ethnique aux fins de surveillance du VIH. Ces données n'existent ni pour l'Ontario, ni pour le Québec, qui ensemble composent environ 66,4 % de toutes les déclarations de résultats positifs au test du VIH au Canada en 2011. Comme l'exhaustivité des renseignements sur la race ou le groupe ethnique fournis à l'Agence de la santé publique du Canada varie d'une province et d'un territoire à l'autre, ces données doivent être interprétées avec prudence.

Parmi les provinces et territoires qui fournissent de telles données, on a constaté une diminution globale de la proportion de déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les jeunes qui s'identifient comme étant de race blanche, qui a passé de 51,0 % en 1998 à 34,9 % en 2011. On a observé ces dernières années une augmentation générale de la proportion de déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les jeunes qui s'identifient comme étant Autochtones,

[xiii] Ces renseignements ont été inclus dans le rapport d'étape sur les jeunes, car la catégorie d'exposition périnatale comprend les cas de séropositivité déclarés parmi les enfants âgés de 0 à 14 ans. Par conséquent, le groupe d'âge périnatal de l'Agence et la catégorie des jeunes âgés de 10 à 24 ans du rapport d'étape se chevauchent quelque peu. En outre, les personnes infectées à un très jeune âge ont besoin de soins et de soutien tout au long de la vie, de sorte que les données sur l'exposition périnatale offrent un contexte important pour le soutien aux jeunes qui vivent avec le VIH.

proportion qui a culminé à 46,5 % en 2009. En 2011, la proportion atteignait 34,3 % (figure 25). Ces chiffres sont particulièrement significatifs, étant donné que l'ensemble des Autochtones ne compose que 3,5 % de la population canadienne[114]. Ensemble, les catégories raciales ou ethniques des Blancs et des Autochtones représentent la majorité des déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les jeunes pour lesquels on dispose de données sur la race ou le groupe ethnique.

FIGURE 25 : Proportion (%) des déclarations* de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes par race ou groupe ethnique, de 1998 à 2011 (n = 2 489)[115]



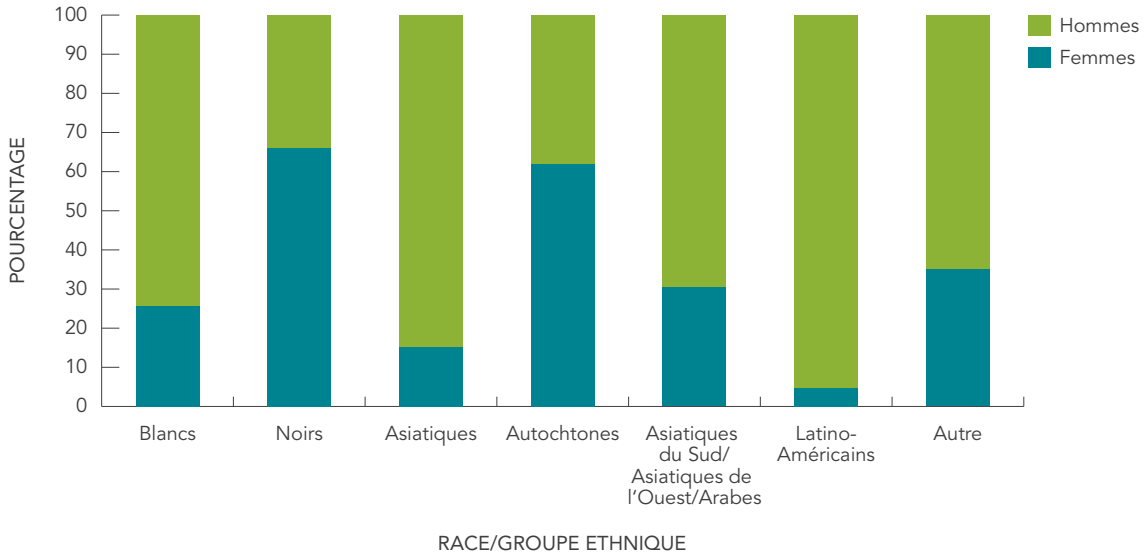
SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

* Lorsque le sexe, l'âge et la race ou le groupe ethnique étaient déclarés.

3.2.6 SEXE ET RACE OU GROUPE ETHNIQUE

Les jeunes hommes et les jeunes femmes ne sont pas touchés à parts égales par le VIH au sein des différentes catégories raciales ou ethniques. De 1998 à 2011, la majorité des cas déclarés parmi les jeunes de l'Amérique latine, de l'Asie, de l'Asie du Sud, de l'Asie de l'Ouest, des pays arabes et de race blanche étaient des hommes. En revanche, la majorité des cas déclarés parmi les jeunes de race noire et les jeunes Autochtones étaient des femmes (figure 26).

FIGURE 26 : Proportion (%) des déclarations* de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, par sexe et par race ou groupe ethnique, de 1998 à 2011 (n = 2 487)[116]



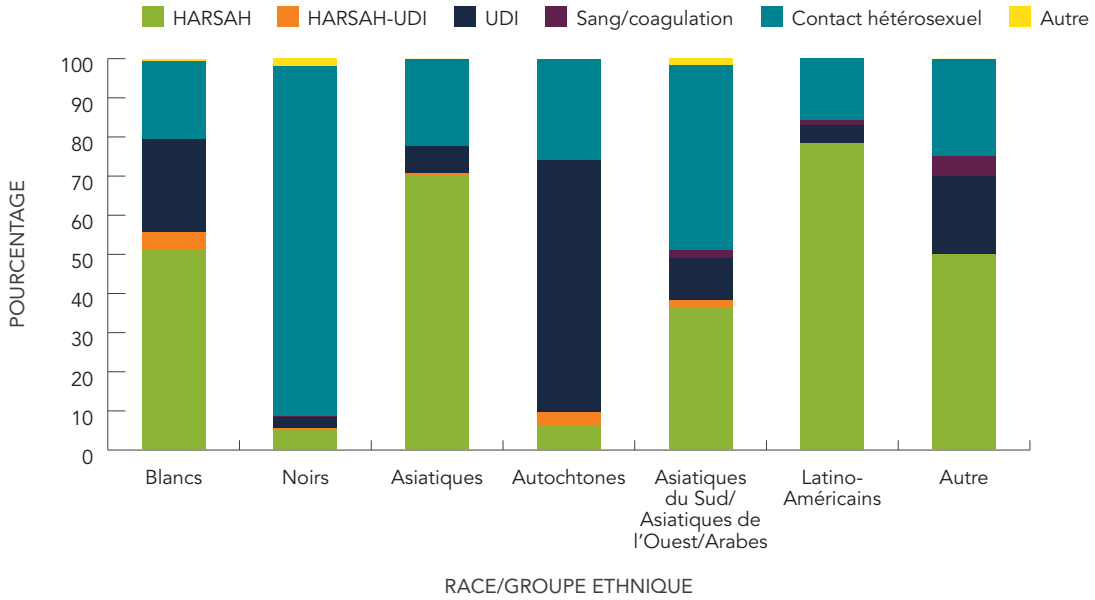
SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

* Lorsque le sexe, l'âge et la race ou le groupe ethnique étaient déclarés.

3.2.7 CATÉGORIE D'EXPOSITION ET RACE OU GROUPE ETHNIQUE

Outre les différences entre les sexes parmi les catégories raciales ou ethniques qui accompagnent les déclarations de résultats positifs au test du VIH, on a également observé différentes tendances dans les catégories d'exposition. De 1998 à 2009, les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes composaient la catégorie d'exposition la plus fréquemment déclarée par les jeunes des groupes raciaux ou ethniques de l'Amérique latine (78,3 %), de l'Asie (69,8 %) et de race blanche (51,0 %). Parmi les jeunes qui s'identifiaient comme étant Autochtones, les utilisateurs de drogues injectables représentaient la catégorie d'exposition la plus fréquemment déclarée, à un pourcentage de 64,4 % des cas. Parmi les jeunes qui s'identifiaient comme étant de race noire, le risque hétérosexuel représentait la catégorie d'exposition la plus fréquemment déclarée, à un pourcentage de 89,2 % des cas (figure 27).

FIGURE 27 : Proportion (%) des déclarations* de résultats positifs au test du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, par race ou groupe ethnique et par catégorie d'exposition, de 1998 à 2011 (n = 2 429)[117]



SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

* Lorsque le sexe, l'âge, la catégorie d'exposition et la race ou le groupe ethnique étaient déclarés.

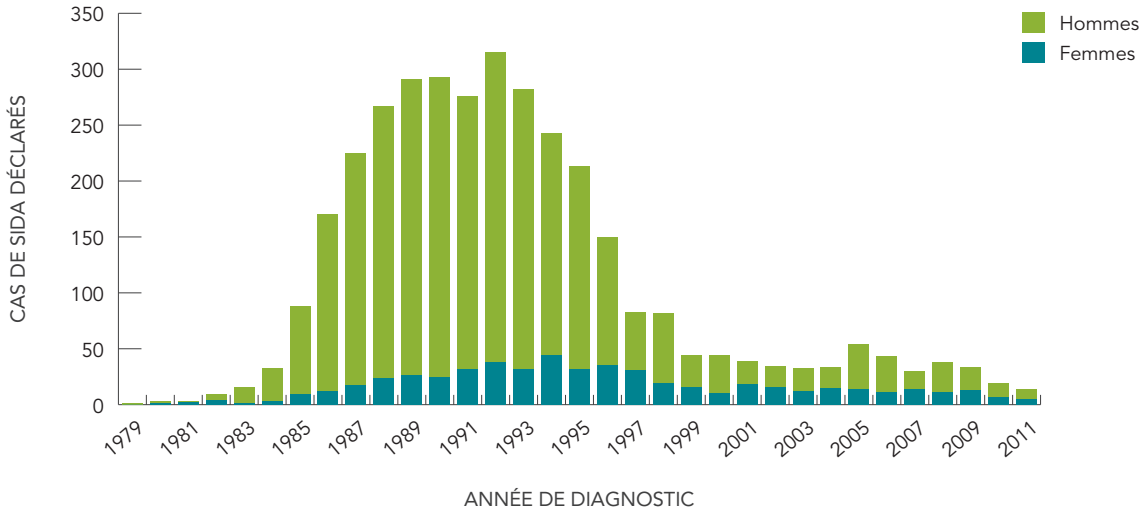
3.3 DONNÉES NATIONALES : NOMBRE DE CAS DE SIDA DÉCLARÉS

Entre 1979 et 2011, 3 500 cas de sida au total ont été déclarés à l'Agence de la santé publique du Canada parmi les jeunes âgés de 15 à 29 ans, ce qui représente 15,6 % du nombre total de cas de sida déclarés au Canada accompagnés de renseignements sur l'âge. Cependant, depuis le lancement d'un traitement antirétroviral hautement actif en 1996, on a constaté une chute spectaculaire du nombre annuel de cas de sida déclarés (figure 28). Le traitement antirétroviral hautement actif a mené à une réduction du nombre de cas évoluant du VIH au sida et du nombre de cas de sida entraînant le décès. Par conséquent, davantage de personnes vivant avec le VIH gèrent leur infection comme une affection chronique complexe, augmentant ainsi leur espérance de vie.

3.3.1 SEXE ET GENRE

De 1983 à 1993, les jeunes hommes représentaient plus de 85 % des cas annuels de sida parmi les jeunes. Néanmoins, la différence entre le nombre de cas parmi les jeunes hommes et le nombre de cas parmi les jeunes femmes s'est considérablement atténuée au cours des deux dernières décennies, ce qui s'explique en grande partie par le nombre décroissant de cas de sida parmi les jeunes hommes; ce nombre de cas est resté relativement stable depuis 1999 (figure 28).

FIGURE 28 : Nombre de cas de sida* parmi les jeunes âgés de 15 à 29 ans par année et par sexe, de 1979 à 2011 (n = 3 500)[118]



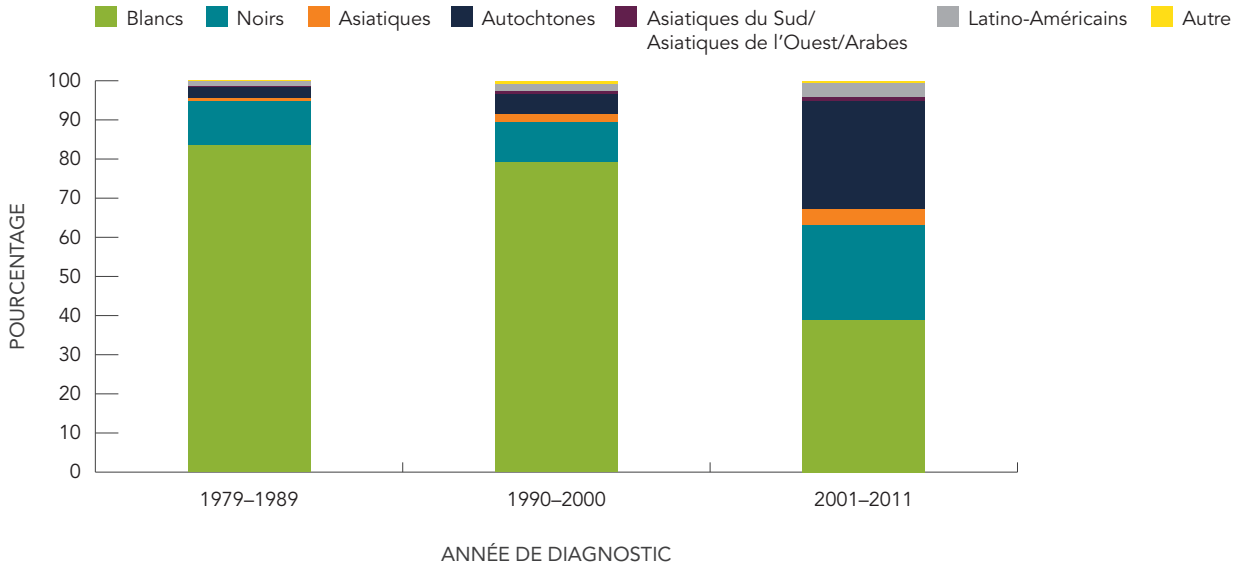
SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

* Lorsque le sexe et l'âge étaient déclarés.

3.3.2 LES JEUNES ET LA RACE OU LE GROUPE ETHNIQUE

Comme il est indiqué au chapitre de la surveillance du VIH, il n'existe pas de données sur la race ou le groupe ethnique pour les cas de sida dans toutes les provinces et tous les territoires, de sorte que les résultats doivent être interprétés avec prudence. En fonction des données existantes, certaines tendances importantes méritent d'être relevées. La proportion des cas de sida parmi les jeunes qui s'identifient comme étant de race blanche, bien qu'elle soit encore plus élevée que celle des autres groupes, a considérablement diminué, passant de 83,5 % entre 1979 et 1989 à 38,9 % entre 2001 et 2011 (figure 29). La proportion des cas de sida a augmenté considérablement parmi les jeunes qui s'identifient comme étant Autochtones, passant de 2,7 % entre 1979 et 1989 à 27,8 % entre 2001 et 2011. La proportion de cas de sida a également augmenté parmi les jeunes qui s'identifient comme étant de race noire, passant de 11,2 % entre 1979 et 1989 à 24,2 % entre 2001 et 2011.

FIGURE 29 : Proportion de cas de sida* parmi les jeunes âgés de 15 à 29 ans par race ou groupe ethnique, de 1979 à 2011 (n = 2 583)[119]



SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

* Lorsque l'âge et la race ou le groupe ethnique étaient déclarés.

3.4 DONNÉES NATIONALES : NOMBRE DE DÉCLARATIONS DE RÉSULTATS POSITIFS AU TEST DE DÉPISTAGE DE CERTAINES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

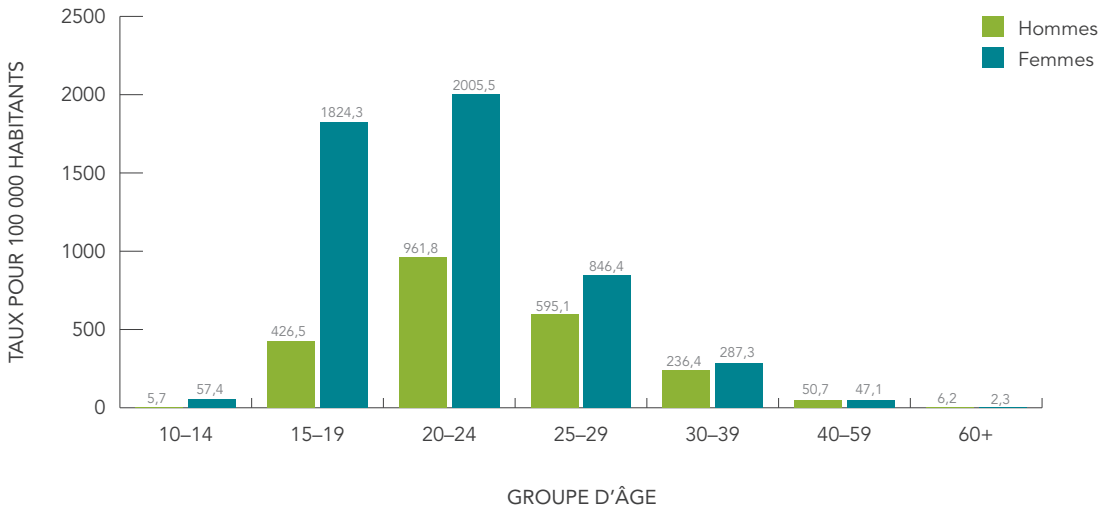
Outre le VIH, les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang prévalentes parmi les jeunes continuent d'être préoccupantes pour la santé publique au Canada. Le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang ont des voies de transmission communes (p. ex. sang, sperme et autres liquides organiques), des facteurs de risque comportementaux communs (p. ex. rapports sexuels non protégés, partage de seringues usagées et autre attirail de consommation de drogue, tatouage à risque) et des facteurs de risque socio-structurels communs (p. ex. pauvreté, sans-abrisme, santé mentale). Certaines infections transmissibles sexuellement et par le sang facilitent également la transmission du VIH. La co-infection au VIH et à une infection transmise sexuellement et par le sang peut compliquer l'évolution, le traitement et la prise en charge de ces deux infections. C'est pour ces raisons qu'il est important d'examiner les taux de VIH parmi les jeunes dans le contexte des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

3.4.1 CHLAMYDIA

La chlamydia continue d'être l'infection bactérienne transmissible sexuellement (ITS) la plus couramment déclarée au Canada. Depuis 1997, les taux déclarés de chlamydia ont connu une hausse constante chez les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge, bien que les jeunes femmes continuent d'être représentées de façon disproportionnée.

En 2010, 94 690 cas de chlamydia ont été déclarés à l'Agence de la santé publique du Canada. Bien que la plus grande proportion de ces cas (62,8 %) concernaient les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les taux de chlamydia les plus élevés par rapport à l'ensemble de la population ont été en fait relevés parmi les jeunes âgés de 20 à 24 ans (1 470,7 cas pour 100 000 habitants). Dans ce groupe d'âge, le taux de chlamydia parmi les jeunes femmes (2 005,5 pour 100 000 habitants) était plus de deux fois plus élevé que celui des jeunes hommes (961,8 cas pour 100 000 habitants) (figure 30). Les taux de chlamydia les plus élevés ont été déclarés au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon[120].

FIGURE 30 : Taux déclarés (pour 100 000 habitants) de chlamydia par sexe et par groupe d'âge, en 2010[121]



SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

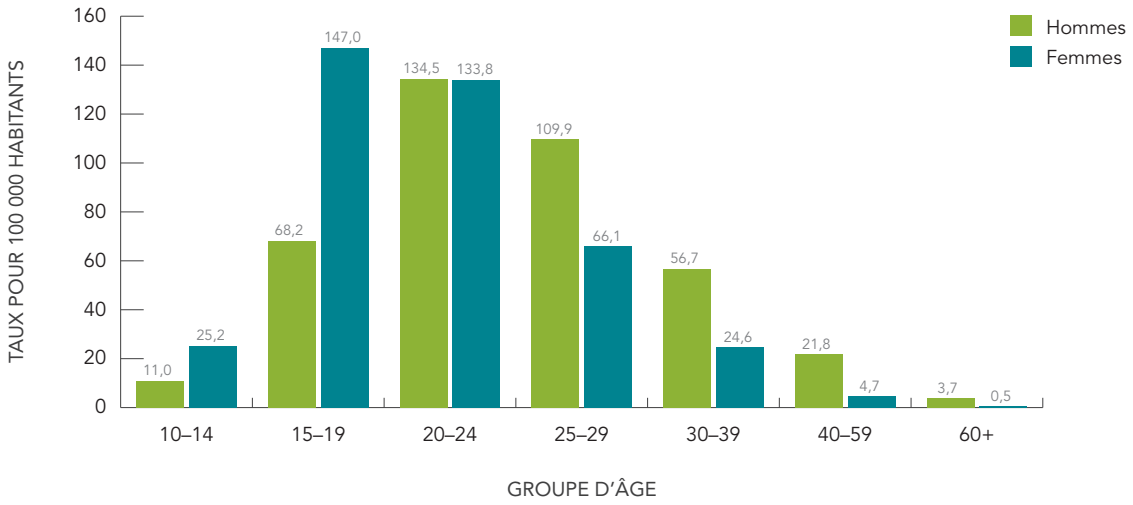
3.4.2 GONORRHÉE

La gonorrhée reste la deuxième infection bactérienne transmissible sexuellement la plus couramment déclarée au Canada. Depuis 1997, le nombre total de cas déclarés a augmenté, bien qu'il se soit stabilisé au cours des dernières années.

En 2010, 11 397 cas de gonorrhée ont été déclarés au Canada, dont environ la moitié (48,7 %) chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Les taux étaient plus élevés parmi les jeunes femmes que parmi les jeunes hommes, et plus élevés chez les jeunes hommes appartenant à des groupes plus âgés. Les taux de gonorrhée les plus élevés chez les jeunes femmes ont été observés dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans (147,0 cas pour 100 000 habitants) et de 20 à 24 ans (133,8 cas pour 100 000 habitants) (figure 31). Chez les jeunes hommes, les taux les plus élevés ont été déclarés dans le groupe de 20 à 24 ans (134,5 cas pour 100 000 habitants), suivi du groupe de 25 à 29 ans (109,9 cas pour 100 000 habitants) (figure 31)[122].

Selon les données de 2010, les taux de gonorrhée ne sont pas uniformément répartis au Canada. Les taux les plus élevés ont été déclarés dans les trois territoires, suivis du Manitoba et de la Saskatchewan[123].

FIGURE 31 : Taux déclarés (pour 100 000 habitants) de gonorrhée par sexe et par groupe d'âge, en 2010[124]



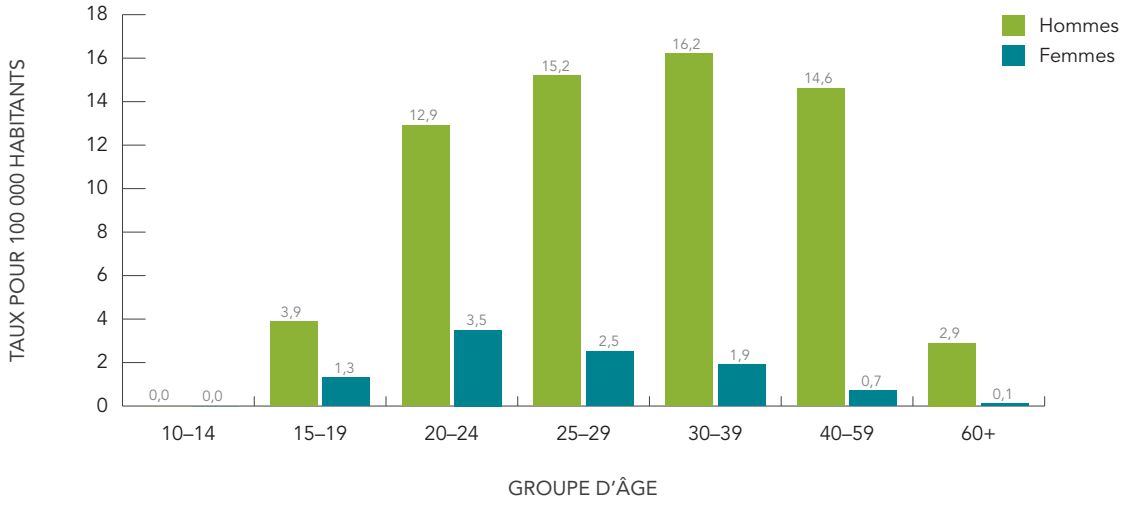
SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

3.4.3 SYPHILIS INFECTIEUSE

En 2010, 1 757 cas de syphilis infectieuse (comprenant les stades primaire et secondaire et le début du stade latent) ont été déclarés, ce qui équivaut à 5,2 personnes pour 100 000 habitants. Le fardeau de cette maladie pesait le plus fortement sur les personnes âgées de 25 à 29 ans et de 30 à 39 ans (respectivement 8,9 cas pour 100 000 habitants et 9,1 cas pour 100 000 habitants). Dans le passé, le nombre de cas déclarés chez les jeunes hommes dépassait le nombre de cas déclarés chez les jeunes femmes; en 2010, les jeunes hommes représentaient 90,5 % de tous les cas déclarés.

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans ne représentent que 14,6 % des cas de syphilis infectieuse au Canada, mais les taux varient entre les jeunes moins âgés et plus âgés. Chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans, on comptait 2,6 infections pour 100 000 habitants, par rapport à 8,4 infections pour 100 000 habitants chez les jeunes âgés de 20 à 24 ans. Parmi les jeunes, les hommes continuent d'être touchés de façon disproportionnée (figure 32).

FIGURE 32 : Taux déclarés (pour 100 000 habitants) de syphilis infectieuse par sexe et par groupe d'âge, en 2010[125]



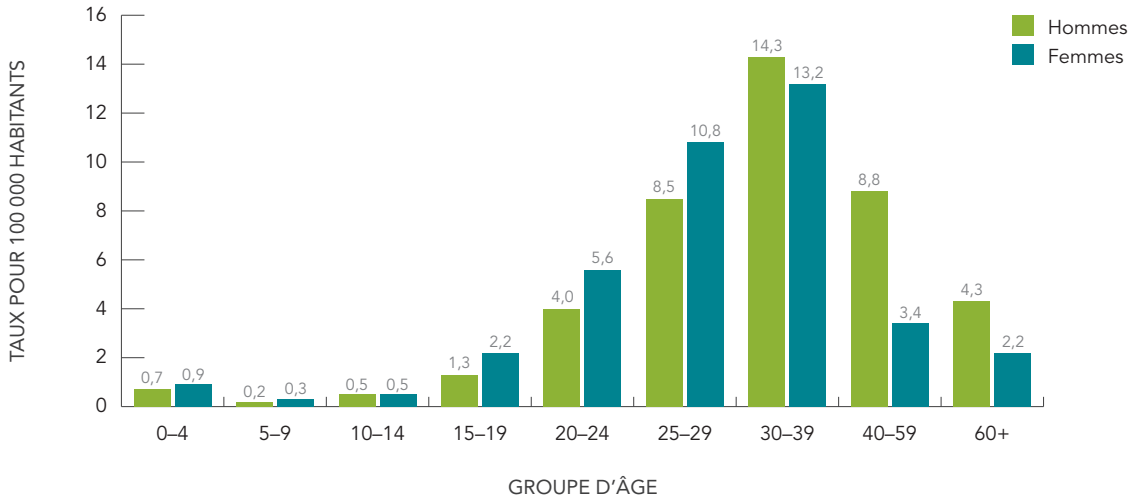
SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

3.4.4 HÉPATITE B

Au milieu des années 1990, la distribution du vaccin contre l'hépatite B (VHB) par les programmes d'immunisation de routine provinciaux et territoriaux financés par les deniers publics a été approuvée au Canada. Depuis l'intégration du vaccin dans ces programmes, les taux d'infection aiguë par le virus de l'hépatite B ont chuté parmi les Canadiens appartenant aux groupes d'âge ciblés.

En 2010, 1 884 cas d'infection par le VHB ont été déclarés à l'Agence de la santé publique du Canada; le taux d'infection global était de 5,5 cas pour 100 000 habitants. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentaient 8,1 % du nombre total de cas, mais les taux d'infection variaient entre les jeunes moins âgés et plus âgés. Parmi les jeunes âgés de 15 à 19 ans, le taux d'infection au VHB était de 1,8 cas pour 100 000 habitants, par rapport à un taux de 4,7 cas pour 100 000 habitants parmi les jeunes âgés de 20 à 24 ans (figure 33).

FIGURE 33 : Taux déclarés (pour 100 000 habitants) d'hépatite B par sexe et par groupe d'âge, en 2010

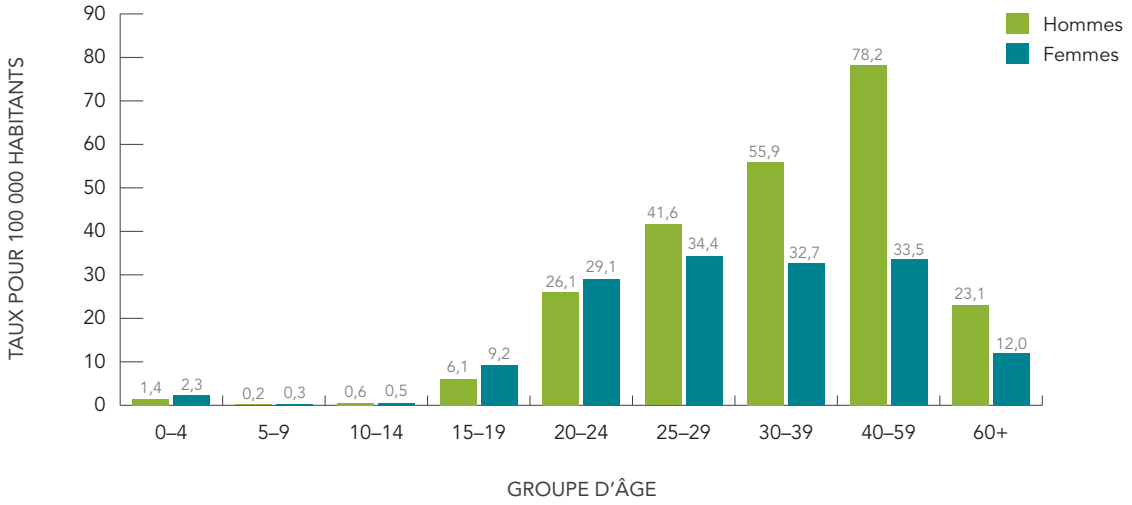


3.4.5 HÉPATITE C

Les cas déclarés d'hépatite C (VHC) ont chuté au Canada au cours des dernières années. En 2010, 10 741 cas d'infection au virus de l'hépatite C ont été déclarés à l'Agence de la santé publique du Canada, soit un taux de 31,5 cas pour 100 000 habitants, une réduction par rapport au taux de 40,5 cas pour 100 000 habitants en 2005. Cela représente un déclin de 22 % sur cette période de cinq ans. Le taux d'infection le plus élevé a été déclaré parmi les hommes âgés de 40 à 59 ans (78,2 cas pour 100 000 habitants) et parmi les femmes âgées de 25 à 29 ans (34,4 cas pour 100 000 habitants).

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentaient seulement 7,7 % du nombre total d'infections au virus de l'hépatite C au Canada en 2010. Les taux d'infection au VHC étaient moins élevés chez les hommes et les femmes âgés de 15 à 19 ans que chez ceux âgés de 20 à 24 ans. Cependant, dans les deux groupes d'âge, les taux d'infection étaient légèrement plus élevés chez les femmes, soit des taux respectifs de 9,2 cas et de 29,1 cas pour 100 000 habitants dans la catégorie des femmes âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans, par rapport à des taux respectifs de 6,1 cas et de 26,1 cas pour 100 000 habitants chez les hommes de ces groupes d'âge (figure 34).

FIGURE 34 : Taux déclarés (pour 100 000 habitants) d'infection par le virus de l'hépatite C par sexe et par groupe d'âge, en 2010



3.5 RÉSULTATS DE LA SURVEILLANCE NATIONALE ACCRUE PARMI LES POPULATIONS CLÉS

L'Agence de la santé publique du Canada mène une surveillance améliorée des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez certaines populations distinctes à risque : la *Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada* (SAJR), la *Surveillance améliorée des comportements à risque liés au VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables au Canada* (I-Track) et la *Surveillance améliorée de l'infection au VIH et des infections transmissibles sexuellement et par le sang et des comportements à risque associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada* (M-Track). Les données propres aux jeunes ont été extraites de ces systèmes de surveillance afin de décrire les tendances liées aux infections transmissibles sexuellement et par le sang et les facteurs qui y sont associés parmi certains sous-groupes de jeunes au Canada.

3.5.1 SURVEILLANCE ACCRUE DES JEUNES DE LA RUE (SAJR)

Au total, 1 325 jeunes de la rue âgés de 15 à 24 ans ont fait partie de la cohorte du cycle 5 du système SAJR. Les jeunes femmes composaient un peu plus du tiers des participants (37,8 %) et les jeunes hommes près des deux tiers (62,2 %) des participants interrogés à Vancouver, à Edmonton, à Saskatoon, à Toronto, à Ottawa et à Halifax[126]. Les participants ont été invités à remplir un questionnaire (administré par une infirmière) et à fournir un échantillon d'urine et un échantillon de sang en vue du dépistage d'infections spécifiques, transmissibles sexuellement et par le sang. Environ 96 % des participants ont fourni un échantillon d'urine et 88 % un échantillon de sang.

Parmi les participants à l'enquête, 25,4 % des jeunes ayant subi un test de dépistage avaient contracté une ou plusieurs infections transmissibles sexuellement et par le sang (tableau 2). Les infections les plus prévalentes étaient l'herpès génital (14,9 %), la chlamydia (10,0 %) et l'hépatite C (5,2 %). Treize participants, soit 1,2 %, ont obtenu des résultats positifs au test du VIH[127].

Dans l'ensemble, une proportion plus importante de jeunes femmes (34,6 %) que de jeunes hommes (19,9 %) ont obtenu des résultats positifs au test de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Plus particulièrement, 2,2 % des jeunes femmes ont obtenu des résultats

positifs au test de dépistage de la gonorrhée et 24,5 % au test de dépistage de l'herpès génital par rapport aux jeunes hommes (taux respectifs de 0,8 % et de 9,2 %). Les taux des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang ne variaient pas entre les hommes et les femmes[128].

Dans le cadre de l'enquête, 34,2 % des participants se sont identifiés comme étant Autochtones (c'est-à-dire Premières nations, Métis ou Inuits), 52,5 % comme étant de race blanche et 13,3 % comme appartenant à d'autres groupes ethniques. Une proportion considérablement plus élevée de jeunes de la rue qui se sont identifiés comme étant Autochtones (33,8 %) ont obtenu des résultats positifs au test de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, par rapport à un taux de 19,7 % chez les jeunes de la rue de race blanche et à un taux de 27,2 % chez les participants qui se sont identifiés comme appartenant à d'autres groupes ethniques[129].

Plus particulièrement, la prévalence de la chlamydia (14,5 %), de l'hépatite C (8,6 %) et de l'herpès génital (19 %) était significativement plus élevée chez les jeunes de la rue autochtones que chez les jeunes qui s'étaient identifiés comme étant de race blanche (taux respectifs de 7,1 %, de 4,0 % et de 12,0 %) ou comme appartenant à un « autre » groupe ethnique (taux respectifs de 9,5 %, de 0,7 % et de 14,7 %).

TABLEAU 2 : Prévalence des infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes de la rue au Canada, par sexe et race ou groupe ethnique, de 2005 à 2006[130]

	GLOBAL	HOMMES (62,2 %)	FEMMES (37,8 %)	AUTOCHTONES (34,2 %)	RACE BLANCHE (52,5 %)	AUTRE (13,3 %)
ITSS	331 (25,4)	19,9	**34,6**	**33,8**	19,7	27,2
Chlamydia	124 (10,0)	9,1	11,5	**14,5**	7,1	9,5
Gonorrhée	16 (1,3)	0,8	**2,2**	–	–	–
Syphilis	4 (0,17)	–	–	–	–	–
Infection au VHB	35 (3,5)	3,0	4,5	3,2	2,3	**8,4**
Infection au VHC	57 (5,2)	4,4	6,7	**8,6**	4,0	0,7
VIH	13 (1,2)	1,2	1,2	–	–	–
Virus de l'herpès simple de type 2	163 (14,9)	9,2	**24,5**	**19,0**	12,0	14,7

SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2011.

3.5.2 M-TRACK

Comme mentionné précédemment dans le présent rapport d'étape, M-Track est un système de surveillance améliorée qui effectue le suivi du VIH, des infections transmissibles sexuellement et par le sang et des comportements à risque associés chez les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes grâce à des enquêtes transversales périodiques menées dans certains centres choisi au Canada. Les participants sont principalement recrutés selon des méthodes d'échantillonnage en fonction des lieux; la participation est volontaire, anonyme et nécessite un consentement éclairé. Un questionnaire auto-administré permet de recueillir de l'information sur les caractéristiques démographiques, sur les comportements sexuels, sur la consommation de drogues, sur les comportements liés au dépistage du VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, et sur les connaissances concernant la transmission du VIH. Un échantillon de sang est prélevé par ponction capillaire au bout du doigt en vue du dépistage de l'infection au VIH, au VHC et à la syphilis[131].

Entre 2005 et 2007, cinq sites sentinelles ont participé à la phase 1 de M-Track : Montréal, Toronto, Ottawa, Winnipeg et Victoria. Sur les 4 838 hommes ayant participé à l'étude, 4 793 ont rempli un questionnaire. L'échantillon de la phase 1 comprenait 589 jeunes âgés de 15 à 24 ans, qui représentaient 13,3 % de tous les participants ayant déclaré leur âge. La majorité des jeunes participants étaient âgés de 20 à 24 ans (87 %) et l'âge moyen était de 22 ans[132].

Une importante proportion de jeunes ont déclaré être homosexuels (71 %) et environ 21 % ont déclaré être bisexuels. D'autres ont déclaré être hétérosexuels ou avoir une orientation sexuelle atypique (9 %). Lorsqu'ils devaient indiquer leur ascendance nationale ou culturelle, environ 7 % des jeunes répondants ont indiqué être d'ascendance autochtone[133].

Parmi les jeunes qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour les analyses et qui ont rempli un questionnaire, environ 2 % (n = 9) ont obtenu des résultats positifs au test du VIH. Trois de ces neuf jeunes ne savaient pas qu'ils étaient séropositifs[134]. La prévalence à vie du VHC était d'environ 3 %, par rapport à une prévalence de moins de 1 % pour la syphilis.

3.5.3 I-TRACK

I-Track est le système de surveillance amélioré (des facteurs comportementaux et biologiques) qui recueille des renseignements sur les comportements à risque liés au VIH et à l'hépatite C parmi les utilisateurs de drogues injectables dans dix sites sentinelles du Canada. Des renseignements sont recueillis au sujet de variables démographiques choisies, de la consommation de drogues, des comportements liés à l'injection de drogues et des comportements sexuels, des antécédents de dépistage du VIH et du VHC, ainsi que des connaissances au sujet du mode de transmission du VIH, à l'aide d'un questionnaire distribué par un intervieweur. Un échantillon biologique (échantillon sanguin par piqûre au doigt ou fluide buccal) est prélevé aux fins de dépistage[135].

Sur les 3 089 répondants, 343 jeunes âgés de 15 à 24 ans ont participé à la phase 2 de I-Track (de 2005 à 2008) à Victoria, dans le centre et le nord de l'Île de Vancouver, à Prince George, à Edmonton, à Regina, à Thunder Bay, à Sudbury, à Toronto, à Kingston et dans les régions du réseau SurvUDI (Ottawa et huit sites dans la province de Québec). Un peu plus de la moitié de l'échantillon de la phase 2 était composé de femmes (51,3 %) et un tiers s'est identifié comme étant Autochtone (Premières nations, Métis ou Inuits) [31,7 %]. Une proportion plus importante de participantes que de participants se sont identifiées comme étant Autochtones (respectivement 37,5 % et 25,3 %)[136].

TABLEAU 3 : Prévalence du VIH, connaissance de la séropositivité et prévalence de l'hépatite C chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans participant à l'étude I-Track (phase 2 : de 2005 à 2008), (n = 343)[137]

	GLOBAL	HOMMES (48,7 %)	FEMMES (51.3%)
Séropositifs	103 (3,0 %)	5 (3,1 %)	5 (3,0 %)
Connaissance du statut de la séropositivité pour le VIH			
Connaissance	42,9 %	33,3 %	50,0 %
Ignorance	57,1 %	66,7 %	50,0 %
Prévalence à vie du VHC	127 (37,0 %)	54 (32,5 %)	73 (41,3 %)

SOURCE : L'Agence de la santé publique du Canada, 2010.

Parmi les jeunes participants qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour les analyses, la prévalence du VIH était de 3,0 % et la prévalence à vie du VHC était de 37,0 %. La prévalence du VIH était similaire entre les jeunes hommes et les jeunes femmes (taux respectifs de 3,1 % et de 3,0 %). La prévalence à vie du VHC était plus élevée pour les femmes que pour les hommes (taux respectifs de 41,3 % et de 32,5 %) (tableau 3). Parmi les jeunes séropositifs au VIH, 57,1 % ne savaient pas qu'ils étaient séropositifs. Cela s'avérait pour une plus grande proportion d'hommes (66,7 %) que de femmes (50,0 %)[138].

3.6 RÉSUMÉ

Bien que la majorité des Canadiens mènent une vie saine sans être infectés par le VIH ou par d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, le taux de nombreuses infections transmissibles sexuellement et par le sang est en croissance. Les jeunes représentent souvent un nombre de cas disproportionné parmi les personnes qui contractent ces infections. Dans bien des cas, certains sous-groupes de jeunes sont plus vulnérables aux infections que d'autres.

Les taux annuels de diagnostic du VIH au Canada sont restés relativement stables au cours des dernières années, tout comme la proportion des jeunes parmi les personnes ayant reçu un tel diagnostic. En 2011, les jeunes âgés de 15 à 29 ans composaient environ un quart du nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH au Canada. Les hommes représentaient la majorité des cas chez les jeunes. Plus particulièrement, la catégorie d'exposition des Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes représentait la plus grande proportion de déclarations de résultats positifs parmi tous les jeunes (même si cette catégorie ne comprend que de jeunes hommes). D'autres sous-groupes peuvent également être plus vulnérables à l'infection au VIH, notamment les jeunes Autochtones.

Avec l'introduction des interventions biomédicales, telles que la thérapie antirétrovirale en 1994 et la thérapie antirétrovirale hautement active en 1996, les Canadiens infectés par le VIH vivent plus longtemps et gèrent l'infection au VIH comme une affection chronique complexe. Par conséquent, on a constaté une diminution des nouveaux diagnostics de sida déclarés chaque année au Canada. En règle générale, les jeunes représentent une petite proportion de ces diagnostics, à savoir environ 16 % du nombre total cumulatif des cas de sida au cours des trois dernières décennies.

Les taux d'infection aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes sont particulièrement préoccupants. Par exemple, en 2010, les jeunes représentaient environ deux tiers des cas de chlamydia et environ la moitié des cas de gonorrhée. Les femmes composaient la majorité des personnes ayant contracté ces infections. Non traitées, la chlamydia et la gonorrhée peuvent avoir des conséquences significatives sur la santé de la reproduction chez les jeunes à l'âge adulte, notamment la stérilité et un risque accru de grossesse extra-utérine.

Les comportements à risque qui mènent en définitive à l'infection au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang subissent l'influence de facteurs sociaux, culturels, économiques et structurels qui forment la vulnérabilité d'une personne aux infections. Le chapitre 4 analyse l'incidence de ces divers déterminants de la santé sur la vulnérabilité des jeunes en particulier et examine comment ils pourraient être abordés afin de créer les conditions nécessaires au soutien de la santé et du bien-être des jeunes.

CHAPITRE 4 – DÉTERMINANTS DE LA VULNÉRABILITÉ ET DE LA RÉSILIENCE DES JEUNES AU VIH ET AUX AUTRES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Bien que la majorité des jeunes Canadiens vivent la transition vers l'âge adulte sans être infectés par le VIH ou par d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), ce n'est pas le cas pour tous. Certains jeunes sont plus vulnérables aux infections que d'autres, attribuable à une variété de défis, obstacles et conditions rencontrés dans leur environnement social, culturel, économique et physique. La documentation existante a tendance à être axée sur certains groupes de jeunes « à risque » en fonction de caractéristiques ou de comportements individuels ou en raison de leur appartenance à un groupe social donné. Ces caractérisations ignorent les conditions sociales, culturelles, économiques et structurelles qui affectent la vie des jeunes et leurs possibilités de prendre des décisions concernant leur santé. Ce chapitre étudie ces conditions afin de permettre une compréhension plus holistique de leur incidence sur les voies empruntées par les jeunes vers l'âge adulte. Pour réduire les taux de VIH et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada, il sera essentiel d'aborder les facteurs complexes qui ont des répercussions sur leur vulnérabilité aux infections et de créer des conditions qui favorisent la prise de décisions saines.

4.1 STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE : ÉDUCATION, EMPLOI ET REVENU

L'état de la santé s'améliore à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des revenus et dans la hiérarchie sociale. Des revenus plus élevés permettent de meilleures conditions de vie comme un logement plus sûr et la capacité d'acheter suffisamment de bons aliments. Les populations les plus en santé sont celles qui se trouvent dans les sociétés prospères où la richesse est répartie de façon équitable[139].

Le statut socio-économique est une mesure de la position d'une personne ou d'une famille par rapport aux autres au sein d'une structure sociale hiérarchique, communément basé sur l'éducation, l'emploi et le revenu. Le statut socio-économique est l'un des meilleurs facteurs prédictifs de la santé individuelle. En règle générale, les personnes dont le statut socio-économique est moins élevé ont tendance à afficher des résultats de santé moins bons que celles dont le statut socio-économique est plus élevé. En moyenne, plus les gens sont privilégiés du point de vue de l'éducation, de l'emploi et du revenu, meilleur est leur état de santé. Le chapitre 2 a présenté des données sur l'éducation, l'emploi et le revenu parmi les jeunes au Canada. Ici, nous décrivons les possibilités et les difficultés en matière de santé qui émanent de ces facteurs pour les jeunes.

4.1.1 ÉDUCATION

L'éducation contribue à une meilleure santé en offrant les connaissances et les compétences personnelles et sociales qui permettent d'avoir un meilleur accès à l'information ou aux services en matière de santé, de mieux les comprendre et de mieux les utiliser. Les jeunes qui décrochent de l'école et ceux dont le niveau d'instruction est faible peuvent manquer des occasions clés d'acquérir ces outils importants.

L'éducation offre également de meilleures possibilités d'emploi et un revenu plus élevé[140]. Les études postsecondaires deviennent de plus en plus importantes pour entrer et faire son chemin dans le marché du travail au Canada. Les jeunes qui n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires se voient offrir des possibilités d'emploi limitées et peuvent éprouver des difficultés à subvenir à leurs besoins de base. Pour subvenir à ces besoins, certains peuvent s'adonner à des activités telles que le travail du sexe, qui augmente leur vulnérabilité au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

L'interruption des études ou un faible niveau d'éducation peuvent également avoir des conséquences directes sur la santé en limitant l'accès au logement, à l'alimentation et aux services de santé adéquats. Les données tirées de la *Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada* (SAJR) ont permis d'établir que le taux d'achèvement des études secondaires était relativement faible parmi les jeunes de la rue au Canada. Moins d'un tiers des jeunes de la rue âgés de 18 ans et plus ont obtenu leur diplôme d'études secondaires, un niveau d'éducation trois fois plus faible que celui de la population générale. Les jeunes de la rue étaient dix fois plus susceptibles de déclarer une santé physique et mentale moins bonne que celle de leurs pairs[141]. Plus de la moitié des jeunes de la rue font face à des obstacles lorsqu'ils désirent accéder aux services de santé. Parmi ces obstacles, la moitié des jeunes ont cité des obstacles structurels tels que l'absence de papiers d'identité (en raison de l'instabilité du logement) et les contraintes financières.

L'instruction des parents joue également un rôle clé dans la santé et le bien-être des jeunes. Une étude portant sur plus de 2 000 étudiants du secondaire en Nouvelle-Écosse a examiné l'association entre l'activité sexuelle, la prise de risque sexuel et le statut socio-économique des ménages[142]. L'âge précoce des premiers rapports sexuels chez les jeunes filles et les jeunes hommes était associé à un niveau d'éducation plus faible des parents et au fait de ne pas habiter avec les deux parents[143]. Pour les jeunes hommes, un père au chômage représentait un facteur supplémentaire de l'âge précoce des premiers rapports sexuels. Par comparaison, les facteurs qui ont tendance à protéger contre l'âge précoce des premiers rapports sexuels, la non-utilisation du condom et les rapports sexuels non planifiés comprenaient le fait d'habiter avec les deux parents et d'avoir des parents dont le niveau d'éducation était plus élevé et avaient un emploi[144]. Les connaissances et les compétences sont souvent transmissibles aux jeunes par les parents ou les gardiens. En outre, l'éducation reçue par les parents a une incidence sur leur emploi, leur revenu et sur les ressources auxquelles la famille a accès.

4.1.2 EMPLOI

L'emploi peut avoir une incidence diverse sur la santé des jeunes[145]. En premier lieu, il donne accès aux ressources financières et matérielles (p. ex. remboursement des médicaments sur ordonnance) nécessaires pour protéger sa santé. Le stress psychologique lié à l'insécurité financière aggrave les effets négatifs pour la santé en perturbant les routines quotidiennes, en diminuant l'estime de soi et en augmentant l'anxiété générale. Le chômage augmente également la probabilité de se tourner vers la consommation d'alcool, le tabagisme et la consommation de drogue comme mécanismes d'adaptation.

4.1.3 REVENU FAMILIAL ET PERSONNEL

L'accès à un revenu personnel et familial est un autre facteur qui a une influence sur la santé et le développement des jeunes. Tel que mentioné, le revenu personnel facilite l'achat de médicaments sur ordonnance, de condoms et d'autres produits de soins de santé. Il offre également un sentiment d'indépendance, d'estime de soi et de valeur propre, qui contribue à la résilience face à de mauvais résultats de santé. Le revenu familial est un indicateur plus important que le revenu personnel des ressources auxquelles les jeunes qui vivent avec des parents ou des gardiens ont accès pour leur santé. Des données provenant de jeunes âgés de 10 à 19 ans ayant participé à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2002–2003 ont indiqué des taux plus élevés d'utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels parmi les jeunes qui vivaient dans des familles à revenu plus élevé[146]. Le revenu familial faible (< 50 000 $ par année) permettait également de prédire un âge plus précoce pour les premiers rapports sexuels, des partenaires sexuels multiples, des antécédents d'infection transmissible sexuellement et des rapports sexuels non protégés[147]. De même, les données provenant de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* indiquaient que les jeunes provenant de familles dont le revenu était plus élevé (> 50 000 $ par année) étaient moins susceptibles de déclarer avoir fumé, avoir consommé de l'alcool en quantité excessive ou avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année précédente. Sur la même période, ces jeunes étaient plus susceptibles d'avoir « toujours » utilisé un condom[148].

Un revenu personnel ou familial inadéquat peut également mener à des comportements qui compromettent la santé en vue de pourvoir aux premières nécessités de la vie. Ce comportement peut faire courir des risques accrus de mauvais résultats de santé, notamment l'infection par le VIH ou d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Par exemple, les jeunes de la rue qui ne peuvent pas avoir accès à l'assistance sociale trouvent d'autres moyens de gagner de l'argent et de répondre à leurs besoins fondamentaux. Les sources de revenu courantes des jeunes de la rue signalées dans le *Système de surveillance accrue des jeunes de la rue* comprenaient le travail du sexe pour survivre et la vente de drogues[149]. Les jeunes de la rue ont déterminé que le travail du sexe et la vente de drogues sont des sources de revenu plus lucratives, malgré les risques de se faire arrêter, d'être victimes de violence ou de devenir infectés par le VIH ou autres infections transmissibles sexuellement et par le sang[150].

4.2 SEXE[xiv]

Le mot sexe fait ici référence à toute la gamme de rôles déterminés par la société, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements, de valeurs, de l'influence relative et du pouvoir relatif que la société attribue aux deux sexes en les différenciant. Les normes associées aux sexes influencent les pratiques et les priorités du système de santé. Un grand nombre de problèmes de santé sont fonction de la situation sociale ou des rôles des deux sexes[151].

Le sexe et le genre sont deux notions distinctes. Bien qu'il n'existe aucune définition unique convenue, la première notion fait généralement référence aux caractéristiques biologiques, notamment l'anatomie (p. ex. la taille, les organes reproducteurs) et la physiologie (p. ex. l'activité hormonale), qui différencient les hommes des femmes[152]. La deuxième notion fait référence aux attentes et aux normes déterminées par la société et la culture concernant le comportement, les caractéristiques et les rôles appropriés[153]. Par exemple, cette notion du sexe est responsable de la croyance généralisée au Canada que les filles nouveau-nées doivent être habillées en rose et

[xiv] Pour obtenir de plus amples renseignements sur le genre, veuillez consulter le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Femmes.*

les garçons en bleu. Cette deuxième notion du sexe a des répercussions diverses sur la santé, notamment les normes de comportement acceptable, les attentes au sein des relations sexuelles et l'accès aux services de santé.

4.2.1 NORMES SEXUELLES

Les normes et les attentes fondées sur la deuxième notion du sexe ont une influence sur la façon dont la sexualité est perçue et vécue. Les normes sexuelles ont des répercussions sur le choix des partenaires sexuels, les types de comportements sexuels adoptés, ainsi que le contexte dans lequel le comportement sexuel a lieu. Les normes sexuelles qui entourent la sexualité sont souvent différentes chez les hommes et chez les femmes. Par exemple, dans certaines sociétés, il peut être acceptable pour les hommes d'avoir des expériences sexuelles avant le mariage, alors que les attentes concernant le comportement des femmes peuvent être plus restrictives. Ces normes sexuelles sont établies à un jeune âge par l'intermédiaire de la socialisation. Les jeunes acquièrent des normes et des attentes sexuelles spécifiques qui ont une influence sur leurs résultats de santé tout au long de la vie[154].

Les rôles de la masculinité et de la féminité fondés sur le sexe ont sur la sexualité, le comportement sexuel et les relations sexuelles une incidence qui crée un déséquilibre de pouvoir dans les relations sexuelles et des inégalités dans les résultats de santé. Par exemple, il se peut que l'on enseigne aux jeunes des normes fondées sur le sexe concernant le comportement sexuel, dans lesquelles les hommes sont considérés comme étant dominants et contrôlant la relation sexuelle. Cela fait courir aux femmes le risque d'être incapables de négocier l'utilisation d'un condom si leur partenaire masculin ne le désire pas et d'être victimes de violence sexuelle ou de coercition par leur partenaire masculin.

Dans la cohorte du projet *Cedar*, on a constaté que les jeunes femmes autochtones affichaient des taux d'infection au VIH plus élevés que leurs homologues masculins[155]. Plus de 80 % des jeunes participantes ont déclaré avoir eu des rapports hétérosexuels non protégés; 70 % d'entre elles ont indiqué avoir été victimes de rapports sexuels forcés[156]. Les résultats de l'étude ont montré que les pratiques sexuelles sécuritaires, notamment l'utilisation du condom, étaient compromises en raison du déséquilibre de pouvoir entre les hommes et les femmes, entre autres la crainte des jeunes femmes d'être victimes de violence ou de se faire abandonner par leur partenaire masculin[157]. Les entrevues menées dans le quartier centre-est de Vancouver et dans deux réserves de l'île de Vancouver auprès de 30 jeunes âgés de 15 à 19 ans qui se sont déclarés autochtones ont révélé une perspective différente sur l'interaction des sexes au sujet des rapports protégés et sur la négociation de ces derniers entre les sexes[158]. Les résultats de cette étude ont indiqué que les jeunes femmes jouaient un rôle actif dans la sexualité et les rapports protégés, alors que les jeunes hommes étaient quelquefois forcés par leur partenaire féminine à ne pas utiliser un condom[159]. Plus particulièrement, les jeunes femmes ont quelquefois fait pression sur leur partenaire masculin pour qu'il évite l'utilisation du condom[160]. Au sein de cette population, la grossesse et l'éducation des enfants revêtent une grande valeur, ce qui peut expliquer la pression exercée par les femmes pour ne pas utiliser le condom.

Les normes sexuelles concernant la masculinité peuvent également avoir une influence sur le consentement des hommes à utiliser un condom. Par exemple, les normes sexuelles entourant la masculinité peuvent étayer la croyance que les condoms sont un signe de faiblesse. Des études ont montré une utilisation moins fréquente du condom et des comportements sexuels à risque plus fréquents chez les jeunes des collectivités où les normes sexuelles stéréotypées concernant les hommes et les femmes étaient prédominantes[161].

Les normes sexuelles peuvent également avoir une influence sur la façon dont les services de santé sont perçus ainsi qu'à l'accès à ces derniers. Des études menées auprès de jeunes hommes hétérosexuels laissent entendre que les constructions sociales de la masculinité ont une incidence sur l'accès aux services de santé sexuelle et aux comportements liés au dépistage du VIH[162]. Dans une cohorte composée de 50 hommes hétérosexuels qui se sont déclarés sexuellement actifs (âgés de 15 à 23 ans) en Nouvelle-Écosse, les participants ont déclaré qu'ils ne désiraient pas chercher à obtenir des services conventionnels liés à la santé sexuelle et à l'éducation et à la prévention en matière de VIH, malgré l'existence de centres de santé pour jeunes dans toute la province[163]. Les jeunes hommes ont indiqué qu'ils s'inquiétaient de paraître inexpérimentés sur le plan sexuel, manquant de connaissances ou « gais » s'ils cherchent à obtenir des renseignements au sujet de la santé sexuelle et des services d'éducation et de prévention en matière de VIH[164].

Les normes et les attitudes fondées sur le sexe adoptées par les professionnels de la santé peuvent également avoir une incidence différente sur l'accès aux services de santé par les membres des deux sexes. Par exemple, dans une étude, les jeunes participants ont indiqué qu'ils ne s'étaient pas senti les bienvenus dans les cliniques de santé sexuelle, en raison de l'atmosphère physique qu'ils percevaient comme étant axée sur les femmes[165]. Cela comprenait la décoration de la clinique et les affiches et brochures sur les questions de santé sexuelle des femmes[166]. Dans une autre étude menée par Planned Parenthood of Toronto, les participants ont indiqué que les services liés à la santé sexuelle étaient principalement axés sur les femmes et leurs questions en matière de santé sexuelle et reproductive[167]. Les jeunes participants ont indiqué le besoin de milieux sexuellement neutres et accueillants pour les jeunes afin d'augmenter l'accès des jeunes hommes aux services liés à la santé sexuelle[168]. L'impression que ces services sont axés sur les femmes a mené les jeunes hommes à croire que ces services ne sont pas importants pour leur propre santé et réduit la probabilité qu'ils y accèdent. Les résultats de l'étude *Toronto Teen Survey* (TTS) ont établi que les jeunes hommes cherchent moins souvent à accéder aux services liés à la santé sexuelle et sont moins susceptibles de demander des renseignements concernant la santé sexuelle; cependant, ils désirent s'informer au sujet de la sexualité[169].

Les jeunes transgenres font face à des problèmes particuliers en ce qui concerne les normes et les attentes sexuelles. Par exemple, le manque de connaissances ou de sensibilisation au sujet de cette population parmi les professionnels de la santé peut avoir une incidence sur l'accès qu'ont les jeunes transgenres à des services de santé de qualité. Dans le cadre de l'étude *Toronto Teen Survey*, un petit nombre de jeunes transgenres ont participé à une entrevue au cours de laquelle ils ont exprimé qu'ils craignaient d'être jugés et d'être victimes de discrimination par les professionnels de la santé en raison de la transphobie[170]. Les résultats ont également indiqué que les cliniques ne reconnaissent souvent pas l'identité des jeunes transgenres ou ne répondent pas à leurs besoins en matière de santé sexuelle[171]. Parmi les participants, la moitié des jeunes avaient eu accès à des services liés à la santé sexuelle, mais ont indiqué ne pas en avoir été satisfaits. L'étude a déterminé l'importance du langage neutre, de la création d'un espace permettant aux jeunes de s'auto-identifier et de la formation du personnel professionnel et médical sur l'identité sexuelle afin de mieux répondre aux besoins des jeunes transgenres[172].

4.3 ORIENTATION SEXUELLE

Un élément clé de notre identité, l'orientation sexuelle, est composé de l'auto-identification, de l'attirance physique et émotionnelle envers une autre personne et les comportements. Ces éléments interagissent de façons multiples, complexes et quelquefois incohérentes. Par exemple, une personne peut s'auto-identifier comme étant hétérosexuelle et pourrait être principalement

attirée sur le plan physique et émotionnel par les membres du sexe opposé. Cependant, elle pourrait ressentir une légère attirance émotionnelle ou physique envers certains membres du même sexe et pourrait agir en fonction de cette attirance. Par conséquent, les orientations sexuelles existent sur un continuum, d'exclusivement homosexuelles à exclusivement hétérosexuelles, avec diverses identités sexuelles entre les deux[173]. L'orientation sexuelle commence à se développer pendant la petite enfance et continue tout au long de la vie.

L'orientation sexuelle est un autre déterminant de la santé important qui peut avoir une incidence sur la vulnérabilité au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. La santé physique, mentale, émotionnelle et sexuelle des jeunes non hétérosexuels, y compris les jeunes lesbiennes, gais, bisexuels et allosexuels ou en questionnement, est moins bonne que celle des jeunes hétérosexuels. L'orientation sexuelle a diverses répercussions sur les résultats de santé. Premièrement, étant donné la nature de certaines infections transmissibles sexuellement et par le sang, le risque de transmission varie considérablement selon le type d'exposition. Bien que la transmission se produise le plus souvent par l'intermédiaire de l'activité sexuelle ou des pratiques de consommation de drogue, la probabilité d'infecter quelqu'un d'autre ou d'en être infecté dépend du type d'activité auquel s'adonnent les jeunes[174]. Par exemple, une analyse récente de la documentation apporte des preuves selon lesquelles les relations sexuelles vaginales sont associées à une probabilité par acte, de transmission du VIH moins élevée que les relations sexuelles anales[175]. Par conséquent, l'orientation sexuelle a une incidence directe sur les résultats de santé tels que l'infection par le VIH ou les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang en raison du type de comportements auxquels s'adonnent les jeunes.

Elle touche également la santé de façon indirecte, par l'intermédiaire des conditions sociales, psychologiques et culturelles. En particulier, les non-hétérosexuels subissent des niveaux de stress plus élevés en raison des attitudes sociales et culturelles envers les minorités sexuelles, un rejet et un isolement social, ainsi que la pression d'avoir à gérer leur identité en fonction de leur environnement. Les facteurs de stress de cette nature, quelquefois appelés « stress minoritaire », provoquent de l'hypertension artérielle, de l'anxiété et d'autres réactions physiologiques qui entraînent une mauvaise santé physique et mentale. Ils peuvent également être à la source de mécanismes d'adaptation qui compromettent la santé, tels que la consommation de drogues, les activités sexuelles non protégées ou le travail du sexe[176]. Pour certains jeunes appartenant à une minorité sexuelle, la consommation de drogues peut être une tentative d'autotraitement visant à gérer la stigmatisation ou la honte ou à nier les sentiments ressentis pour les personnes du même sexe, ou peut être un mécanisme de défense contre les railleries ou la discrimination des autres[177]. Par exemple, les jeunes qui se déclarent appartenir à une minorité sexuelle et qui ont participé à l'enquête *Toronto Teen Survey* ont expliqué que le fait d'adopter des comportements sexuels non protégés ou à risque les aidait à faire face à l'environnement social négatif dans lequel ils vivaient, malgré le risque de contracter le VIH ou d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang[178].

Selon la recherche, par rapport à leurs pairs hétérosexuels, les jeunes lesbiennes, gais et bisexuels sont plus susceptibles de vivre leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 14 ans, de consommer des drogues et de l'alcool avant les rapports sexuels, d'avoir plusieurs partenaires sexuels, d'avoir été enceinte ou d'avoir fait tomber leur partenaire enceinte, d'autodéclarer des problèmes de drogues et d'alcool et de s'adonner au travail du sexe pour survivre[179]. De même, dans le cadre d'une étude de cohorte portant sur des étudiants du secondaire à Montréal, les jeunes qui s'identifiaient comme étant gais, lesbiennes ou bisexuels ont signalé des taux significativement plus élevés de tabagisme, de consommation d'alcool et de consommation

de marijuana et de drogues dures que leurs pairs hétérosexuels.[180] Dans un échantillon de jeunes provenant des régions rurales de la Colombie-Britannique, les jeunes lesbiennes, gais et bisexuels étaient plus susceptibles que leurs pairs hétérosexuels d'indiquer que la consommation d'alcool leur permettait de faire face à la stigmatisation et à la discrimination[181].

L'homophobie est un autre facteur de stress qui compromet la santé. Les attitudes sociales et culturelles envers les minorités sexuelles sont souvent exprimées de façon négative, allant de formes de discrimination plus voilées aux formes plus visibles du harcèlement verbal, de la violence physique ou autres formes d'intimidation. Ces expériences peuvent provoquer des réactions physiologiques (p. ex. hypertension artérielle, anxiété), des maladies mentales (p. ex. dépression), une mauvaise santé mentale (p. ex. manque d'estime de soi), la consommation de drogues et des actes autodestructeurs (p. ex. suicide)[182]. Parmi les jeunes en particulier, ces expériences peuvent mettre en péril la réussite scolaire et augmenter la probabilité du décrochage, des difficultés d'apprentissage et de l'isolement social[183]. Dans un échantillon national de jeunes du secondaire ayant participé à l'enquête *First National Climate Survey on Homophobia in Canadian Schools*, plus de la moitié (56,6 %) des jeunes lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, allosexuels et en questionnement ont indiqué avoir été victimes de harcèlement verbal en raison de leur orientation sexuelle perçue, par rapport à 14,1 % des autres jeunes[184]. Dans une étude québécoise de 2008 portant sur 2 747 étudiants du secondaire, 38,6 % des participants ont indiqué avoir été victimes d'actes de violence à l'école en raison de leur identité ou de la façon dont leurs camarades percevaient leur identité sexuelle[185].

En raison de leur orientation sexuelle et de leurs attitudes sociales, les jeunes appartenant à une minorité sexuelle peuvent manquer de facteurs clés de protection dans la vie, tels que les liens avec leur famille, leur école ou leur communauté[186]. L'isolement social peut augmenter la probabilité, pour ces jeunes, de s'adonner à des comportements d'adaptation négatifs. Les effets de l'homophobie et de l'isolement social peuvent être renforcés chez les jeunes appartenant à une minorité sexuelle qui habitent dans des collectivités rurales et éloignées, qui sont plus susceptibles de migrer vers une grande ville pour échapper à la stigmatisation et à la discrimination[187]. Le déménagement vers les centres urbains éloigne aussi physiquement ces jeunes de leur famille et de leurs pairs. Par exemple, une petite cohorte qualitative de 13 jeunes Autochtones bispirituels a déclaré que 90 % d'entre eux avaient déménagé à Toronto en raison des attitudes homophobes et de la violence auxquelles ils étaient confrontés, de la part de leur famille et de la collectivité au sens large[188]. Les jeunes appartenant à une minorité sexuelle qui déménagent vers des centres urbains peuvent rencontrer des difficultés supplémentaires telles que le racisme, la pauvreté et l'isolement, le chômage, l'instabilité de l'emploi, le manque d'accès aux services de santé et aux autres services, ainsi que l'exploitation sexuelle[189]. Pour d'autres jeunes appartenant à une minorité sexuelle, le déménagement vers un centre urbain est synonyme de responsabilisation et peut augmenter la résilience en les éloignant d'un environnement social négatif.

Les chercheurs ont commencé à mettre l'accent sur les stratégies qui favorisent la résilience parmi les jeunes appartenant à une minorité sexuelle. Par exemple, la société McCreary Centre Society a examiné des stratégies qui soutiennent les jeunes appartenant à une minorité sexuelle à l'école. Ces stratégies comprennent la création d'un environnement sûr et bienveillant à l'école, la promotion d'attitudes saines au sujet des comportements à risque, le soutien aux familles dans leur rôle d'éducation des enfants, l'offre de possibilités de s'engager et la création d'un milieu propice au développement des jeunes[190]. Un environnement scolaire positif contribue à renforcer les compétences d'adaptation personnelle des jeunes à orientations sexuelles diverses, qui appuient l'apprentissage, l'achèvement des études secondaires et les ambitions d'études postsecondaires[191].

4.4 CULTURE, RACE ET GROUPE ETHNIQUE

Certaines personnes et certains groupes peuvent faire face à des risques additionnels pour leur santé à cause d'un milieu socio-économique déterminé dans une large mesure par des valeurs culturelles dominantes contribuant à perpétuer certaines conditions comme la marginalisation, la stigmatisation, la perte ou la dévaluation de la langue et de la culture et le manque d'accès à des soins et services de santé adaptés à la culture du patient[192].

Le chapitre 2 a présenté des données permettant d'établir le profil de la diversité ethnoculturelle croissante des jeunes au Canada. La culture est un élément important de l'identité. Elle est composée de comportements, de pratiques, de valeurs et d'attitudes. Ces éléments de la culture sont influencés par d'autres éléments de l'identité humaine, notamment la race, l'ethnicité, le sexe ou l'orientation sexuelle. La culture reçoit également l'influence des contextes historiques, socio-économiques et politiques, des relations de pouvoir au sein de groupes et entre les groupes et des attitudes et pratiques institutionnalisées qui en résultent.

La culture, la race et l'ethnicité sont des déterminants importants des résultats de santé, y compris de l'infection au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Premièrement, la culture façonne les connaissances, les attitudes et les comportements d'une manière qui influence la vulnérabilité ou la résistance à des infections. Par exemple, la recherche indique des lacunes dans les connaissances au sujet de la sexualité et du VIH parmi les collectivités racialisées et immigrantes au Canada[193]. La consommation de drogue, un facteur de risque lié au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang ayant fait l'objet de nombreuses recherches, est également façonnée par les valeurs culturelles. Les valeurs et les attitudes culturelles jouent un rôle dans la façon dont les gens consomment de l'alcool, le tabac ou les drogues, dans l'âge auquel ils commencent à consommer, dans la fréquence de la consommation et dans les contextes de consommation de certaines substances. Les valeurs culturelles comprennent également les croyances au sujet de la santé et de la maladie elles-mêmes, telles que les sources ou les causes de la maladie, la possibilité et le mode de traitement des maladies, les personnes qui peuvent traiter les maladies et celles qui doivent participer aux décisions relatives au traitement. Par exemple, dans certaines cultures, on pense que les maladies telles que le VIH sont causées par des forces surnaturelles, alors que dans d'autres cultures, on pense qu'un virus en est la cause. Ces croyances fondées sur la culture façonnent la manière dont les jeunes perçoivent leur vulnérabilité aux infections, les précautions qu'ils prennent pour les éviter, leur utilisation des services de santé préventifs (p. ex. le dépistage du VIH ou des infections transmissibles sexuellement) et les traitements qu'ils cherchent à obtenir s'ils manifestent des symptômes. Les valeurs culturelles comprennent également la perception de l'identité sexuelle. En particulier, les identités non hétérosexuelles prennent diverses significations et valeurs dans des contextes culturels différents. Dans de nombreuses cultures, les identités non hétérosexuelles engendrent de la crainte et sont perçues de façon négative (homophobie). Dans d'autres cultures, les identités non hétérosexuelles sont révérées. De même, les valeurs culturelles comprennent la perception de la sexualité, qui a une incidence sur les normes et les schémas liés aux relations sexuelles, comme la façon dont les gens parlent de la sexualité et avec qui ils en parlent, ainsi que les types de comportements auxquels ils s'adonnent. Par exemple, les valeurs et les attitudes culturelles peuvent dicter si les jeunes appartenant à certains groupes ethnoculturels se sentent suffisamment à l'aise pour discuter des questions de sexualité avec leurs parents ou avec des professionnels de la santé. Les jeunes d'Asie du Sud qui ont participé à l'étude *Toronto Teen Survey* ont signalé une gêne générale à l'idée de parler de sexualité et de santé sexuelle avec leurs parents. Ils ont également indiqué qu'ils craignaient que, s'ils se rendaient à une consultation dans une clinique de santé sexuelle, leurs parents ne le découvrent[194].

La culture, la race et l'ethnicité sont aussi étroitement liées au statut socio-économique, aux rôles sexuels et aux autres déterminants de la santé. Les minorités ethnoculturelles sont représentées de façon disproportionnée dans les catégories socio-économiques moins favorisées au Canada[195]. Plusieurs facteurs contribuent au statut socio-économique moins favorisé des minorités ethnoculturelles, notamment l'intériorisation des stéréotypes raciaux, les antécédents de colonisation, la discrimination raciale et l'inégalité en matière d'emploi[196]. Les effets du statut socio-économique moins favorisé sur la vulnérabilité au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang se font également sentir de façon disproportionnée chez les jeunes appartenant à une minorité ethnoculturelle (p. ex. accès limité aux services ou à l'information en matière de santé, incapacité à se permettre d'acheter des condoms ou d'autres moyens de prévention). En outre, les rôles sexuels sont également façonnés par les contextes culturels et créent des différences de vulnérabilité au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes appartenant à une minorité ethnoculturelle. Par exemple, dans certaines cultures, les rôles sexuels féminins sont construits de sorte à placer des restrictions plus sévères sur la sexualité des femmes, leur capacité à prendre des décisions dans les relations sexuelles et l'autorité de choisir avec qui elles désirent avoir des rapports sexuels. Ces rôles sexuels augmentent la vulnérabilité des femmes appartenant à ces groupes au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Les valeurs culturelles peuvent également créer des conditions sociales, politiques et structurelles qui ont des répercussions sur la santé sexuelle des jeunes au Canada. En particulier, la discrimination raciale ou les antécédents de colonisation peuvent limiter les possibilités des jeunes appartenant à une minorité ethnoculturelle de protéger, d'améliorer ou de maintenir leur santé. Par exemple, ces conditions peuvent limiter l'accès à l'information ou aux services en matière de santé, ou à l'éducation et à l'emploi. Une comparaison des données recueillies dans le cadre de l'étude *Toronto Teen Survey* laisse entendre que les antécédents de colonisation et la discrimination raciale continuent d'alimenter le racisme structurel et social, l'exclusion et la discrimination parmi les collectivités de race noire, africaine et caribéenne. Cela a ensuite des répercussions sur l'accès à l'information et aux services en matière de santé sexuelle et entraîne des taux plus élevés d'infection au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang[197]. Les jeunes de race noire ayant participé à cette étude étaient les moins susceptibles de déclarer avoir accès aux services de santé sexuelle; ils ont explicitement déterminé que le racisme est un facteur qui les empêche d'obtenir cet accès[198].

La recherche signale également les effets de la marginalisation historique des Autochtones au Canada. Des données provenant d'une cohorte de 61 jeunes Autochtones vivant en milieu urbain et rural de l'Ontario ont mis l'accent sur les effets multigénérationnels de la colonisation sur les collectivités, les familles et les parents autochtones. Ces effets comprenaient le manque d'estime de soi, la perte des capacités à prendre soin de soi et des compétences en éducation des enfants, les cycles récurrents de violence et de consommation de drogue, ainsi que la probabilité moins élevée d'utiliser un condom pendant les rapports sexuels[199]. Les participants ont relié les comportements individuels à risque liés au VIH, tels que la consommation de drogue, au contexte historique de discrimination et de violence issu de la colonisation[200]. Dans une étude distincte portant sur 18 femmes sans abri âgées de 19 à 26 ans à Edmonton qui sortaient du sans-abrisme, neuf participantes qui s'étaient identifiées comme étant Autochtones ont indiqué que les séquelles de la colonisation, du racisme et de la pauvreté avaient eu une incidence majeure sur la surreprésentation des jeunes femmes autochtones dans la rue et sur leur capacité à trouver un logement stable et sûr. Pour les jeunes femmes autochtones, la discrimination et le sexisme passés et présents étaient des facteurs qui ont amplifié leur vulnérabilité au sans-abrisme et à l'infection au VIH[201]. Les participantes ont également noté que leur spiritualité et leurs liens avec la culture autochtone les avaient aidées à survivre dans la rue et à en sortir[202]. Dans ce sens, la culture peut

être une source de résilience pour certains groupes[203]. Pour les Autochtones, la résilience améliore la capacité à faire face aux difficultés et à maintenir son identité[204]. Dans tout le Canada, des initiatives ont été élaborées pour soutenir et renforcer la résilience des jeunes Autochtones et pour leur faire acquérir les compétences nécessaires pour faire face aux conséquences de la colonisation et de la vulnérabilité au VIH[205].

4.4.1 IMMIGRATION

Les expériences de l'immigration peuvent renforcer les difficultés, les obstacles et les possibilités auxquels les jeunes font face dans le domaine de la protection de la santé. Par exemple, pour certains, l'expérience de l'immigration au Canada peut être difficile, car ils doivent apprendre une nouvelle langue, s'adapter à un nouveau statut social et à un nouveau revenu, ou lutter pour trouver un emploi. Les expériences de migration peuvent avoir une incidence sur l'accès aux services de santé, tels que le dépistage ou le traitement du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, ou sur la recherche de renseignements sur la santé. Pour certains nouveaux arrivants, la satisfaction des besoins fondamentaux tels que l'alimentation, le logement et les vêtements peut être si difficile que l'obtention de services de santé ou la prise en charge de sa santé ne sont pas prioritaires. D'autres personnes peuvent arriver de pays où la prévention, le dépistage et le traitement du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang ne sont pas facilement accessibles. Par conséquent, elles peuvent avoir une expérience, des connaissances ou une conscience limitée de ces services et ne pas se sentir suffisamment à l'aise pour chercher à y avoir accès[206].

Les nouveaux arrivants peuvent également éprouver des difficultés à naviguer entre les normes et les attentes de leur propre culture et celles des autres groupes culturels du Canada. Certains peuvent avoir l'impression qu'ils ont perdu la maîtrise de leur vie ou manquer d'estime de soi, alors que d'autres peuvent avoir l'impression de mieux maîtriser leur corps et leur sexualité dans un nouveau pays[207]. Les expériences de migration peuvent avoir une incidence sur l'accès au soutien social et à l'information, ce qui entraîne des sentiments d'isolement social ou un manque de connaissances au sujet de l'existence des services de santé offerts.

4.5 DÉVELOPPEMENT SAIN DE L'ENFANT

Les premières années de vie sont cruciales pour la croissance et le développement des enfants. Des dispensateurs de soins affectueux, un environnement d'apprentissage positif, une bonne alimentation et une interaction sociale avec d'autres enfants contribuent à un développement physique et social précoce qui peut avoir une incidence positive sur la santé et le bien-être tout au long de la vie[208].

4.5.1 LIENS FAMILIAUX

Les expériences de la petite enfance et l'environnement familial peuvent avoir des effets positifs sur le développement et la santé tout au long de la vie. En particulier, la présence ou l'absence de soutien familial peut contribuer aux résultats de santé physique et mentale à long terme. De nombreux enfants bénéficient d'une éducation positive par leurs parents, vivent dans une famille fonctionnelle et ont des liens étroits avec leur famille et leur communauté[209]. Les liens familiaux, le fonctionnement de la famille et la qualité des relations entre les jeunes et leurs parents ou leurs gardiens façonnent les normes, les attitudes et les comportements des jeunes et influencent leur vulnérabilité ou leur résilience au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Des données provenant de l'enquête *British Columbia Adolescent Health Survey* (AHS) de 1992 à 2003 portant sur des jeunes de la septième à la douzième année (*N* = 72 000) laissent entendre que les liens familiaux représentent un facteur important de protection pour le développement sain des jeunes. Parmi les adolescents, ceux dont les liens familiaux étaient plus étroits étaient moins susceptibles d'avoir eu des rapports sexuels, d'avoir des rapports sexuels avant l'âge de 14 ans ou d'avoir causé une grossesse que leurs camarades du même âge dont les liens familiaux étaient moins étroits. De même, les jeunes femmes dont les liens familiaux étaient plus étroits étaient moins susceptibles d'avoir eu des rapports sexuels, de commencer à avoir des rapports sexuels à un âge précoce et de tomber enceintes que les jeunes femmes du même âge dont les liens familiaux étaient moins étroits[210]. Des relations positives entre les parents et les enfants pendant les années d'enfance peuvent augmenter la résilience des enfants plus tard dans la vie et faire office de facteur de protection contre les comportements qui compromettent la santé.

4.5.2 CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUES DURANT LA GROSSESSE

La consommation d'alcool ou de drogues pendant la grossesse est un autre facteur lié au développement sain de l'enfant, étant donné ses conséquences pour la santé et ses effets nocifs pour la mère et l'enfant. La consommation de substances telles que des drogues injectables pendant la grossesse peut également augmenter la probabilité que la mère contracte le VIH ou l'hépatite C et transmette l'infection à son enfant. Des données provenant de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2007–2008 ont établi que 5,8 % des mères interrogées avaient consommé de l'alcool pendant leur grossesse[211]. Cette prévalence pourrait atteindre 10,8 %, selon des données provenant de l'*Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM) au Canada*, à laquelle 5 882 mères ont participé[212]. L'état matrimonial, le statut de fumeur, le statut d'immigrant et la réaction à la grossesse se sont également révélés être des corrélats importants de la consommation d'alcool par la mère pendant sa grossesse[213]. Les conséquences initiales de la consommation d'alcool par la mère sur la santé se prolongent jusqu'à l'âge adulte et peuvent comprendre la consommation excessive d'alcool au début de l'âge adulte et une probabilité accrue de dépendance à l'alcool[214]. Les répercussions de la consommation d'alcool sur la vulnérabilité des jeunes au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang sont bien documentées tout au long du présent rapport.

De même, le tabagisme pendant la grossesse peut provoquer des effets nocifs pour la santé à long terme. En 2007, 10 % des femmes canadiennes âgées de 20 à 44 ans qui avaient été enceintes au cours des cinq années précédentes ont indiqué avoir régulièrement fumé pendant leur grossesse la plus récente[215]. Des études ont montré que le tabagisme de la mère pendant la grossesse est associé à un risque accru de problèmes comportementaux tels que l'inattention et le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention[216], ainsi qu'à un risque accru à vie de problèmes liés à la consommation d'alcool[217].

Les femmes qui consomment de l'alcool, qui fument ou consomment d'autres drogues pendant la grossesse peuvent être victimes de stigmatisation lorsqu'elles cherchent à avoir accès aux services de traitement de la toxicomanie et de soins de santé, notamment les services prénatals[218]. De plus, les femmes les plus vulnérables à la consommation d'alcool et d'autres drogues pendant la grossesse sont souvent les plus difficiles à atteindre. Le *Programme canadien de nutrition prénatale (*PCNP*)* cible tout particulièrement les femmes enceintes à risque qui font face à des circonstances de vie telles que la pauvreté, la grossesse précoce, la consommation d'alcool ou de drogues, la violence familiale, l'isolement géographique et social et l'arrivée récente au Canada[219]. Une évaluation

sommative du programme de 2004 à 2009 a découvert que les participantes qui se sont jointes au programme au début de la grossesse étaient plus susceptibles de diminuer ou de cesser la consommation de cigarettes ou d'alcool, d'adopter des pratiques positives en matière de santé et de connaître des résultats plus sains au moment de la naissance[220]. Des programmes tels que ceux-là démontrent l'importance qu'il y a à soutenir la santé des femmes enceintes et des femmes qui risquent de tomber enceintes afin de réduire la probabilité qu'elles et leurs enfants soient vulnérables à de mauvais résultats de santé, notamment l'infection au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

4.5.3 SENTIMENT D'APPARTENANCE À LA COLLECTIVITÉ

L'attachement à la collectivité offre aux enfants la possibilité d'acquérir de la confiance en soi, de l'estime de soi et un sentiment de maîtrise émotionnelle, ainsi que de nouer des relations positives avec d'autres personnes[221]. Un fort sentiment d'appartenance à la collectivité a été associé à une meilleure autoévaluation de la santé générale et mentale[222].

À l'aide d'un échantillon national représentatif de jeunes Canadiens âgés de 15 à 19 ans, l'*Enquête nationale sur la santé de la population* a examiné les effets de la participation à la vie communautaire sur les comportements à risque[223]. Les résultats laissent entendre qu'un contact régulier avec les voisins, la qualité de membre des organisations communautaires et la participation aux services religieux étaient associés à une probabilité moins élevée de tabagisme, de consommation excessive d'alcool, de partenaires sexuels multiples et d'utilisation irrégulière du condom[224]. Les modèles théoriques indiquent qu'un sentiment d'appartenance communautaire forgé par les groupes d'amis, le voisinage, les institutions religieuses, les écoles et les clubs ou les équipes de sport peut avoir une influence sur la prise de décisions saines et les autres comportements chez les jeunes. Il accomplit cela en établissant des normes comportementales et des attitudes favorisant la santé, ainsi qu'en nourrissant un meilleur sentiment de sa propre valeur et d'estime de soi[225].

4.5.4 FACTEURS DE STRESS PENDANT L'ENFANCE

Le stress joue un rôle important dans le développement des aptitudes dont les enfants ont besoin pour faire face aux situations de la vie. Bien que certains niveaux de stress puissent être positifs, un stress intense et prolongé peut entraîner des effets nocifs pour la santé à court et à long terme[226]. Les jeunes sont très sensibles aux expériences négatives vécues pendant l'enfance, telles que la violence physique ou sexuelle, la dépression des parents et la consommation d'alcool ou de drogue par les parents. Ces expériences peuvent faire intervenir des facteurs de stress à court terme et chronique qui nuisent au développement de l'enfant et mener à la vulnérabilité ou à la résilience au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang[227].

De nombreux travaux de recherche illustrent le lien entre les facteurs de stress pendant l'enfance et les résultats de santé plus tard dans la vie. Chez les enfants qui sont victimes de violence sexuelle, physique, émotionnelle ou mentale, les conséquences se prolongent au-delà des premières années de vie. L'expérience de la violence sexuelle pendant l'enfance est souvent reliée à un manque d'estime de soi, aux premiers rapports sexuels à un âge précoce, aux difficultés à discuter de la contraception et des rapports sexuels protégés avec les partenaires sexuels, à la non-utilisation du condom, aux partenaires sexuels multiples, à la grossesse précoce et à des antécédents d'infections transmissibles sexuellement[228]. Les facteurs de stress pendant l'enfance ont également été associés au trouble de stress post-traumatique, à la maladie mentale et aux maladies physiques, notamment les troubles de l'alimentation et la consommation d'alcool et de drogue[229]. Des données provenant d'un échantillon de plus de 17 000 participants à l'étude *Adverse Childhood Experiences Study*,

une collaboration entre les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et la clinique Kaiser Permanente's Health Appraisal Clinic à San Diego, laissent entendre l'existence d'une relation marquée entre les expériences d'événements traumatisants ou violents pendant l'enfance, avant l'âge de 18 ans, et toute une gamme de problèmes de santé et de comportement, tels que la dépression, les tentatives de suicide, l'alcoolisme, le tabagisme et la consommation de drogue, le risque de violence de la part du partenaire amoureux, les partenaires sexuels multiples et les infections transmissibles sexuellement[230].

Au Canada, certains groupes de jeunes sont plus souvent victimes des facteurs de stress pendant l'enfance. Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies a indiqué que les groupes de jeunes dont la vulnérabilité est accrue (c'est-à-dire les jeunes de la rue, les jeunes en détention, les jeunes appartenant à une minorité sexuelle et à genre variable, les Autochtones et les jeunes qui ont des problèmes de santé mentale) sont plus susceptibles d'avoir été victimes de violence sexuelle et physique, d'autres formes de violence, ainsi que de stigmatisation et de racisme. Il est intéressant de constater que les taux de VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang sont plus élevés parmi ces groupes que dans l'ensemble de la population des jeunes au Canada.

Des données provenant de l'étude *Surveillance accrue des jeunes de la rue* étayent la recherche, ce qui laisse entendre que les jeunes de la rue sont touchés de façon disproportionnée par les facteurs de stress pendant l'enfance. Parmi les jeunes qui ont participé au cycle 5 de SAJR, 58,8 % ont déclaré avoir été victimes de violence physique, 15,0 % de violence sexuelle, 65,3 % de violence émotionnelle et 60,7 % de négligence[231]. L'expérience de la violence émotionnelle, physique ou sexuelle pendant l'enfance est un facteur important dans la décision des jeunes de la rue de quitter la maison [232], ce qui peut mener à un cycle d'exposition à d'autres facteurs de risque associés au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Des données provenant de l'étude *At-Risk Youth Study* (ARYS), une étude de cohorte portant sur des jeunes de la rue en Colombie-Britannique, laissent entendre que les facteurs de stress tels que la violence émotionnelle et sexuelle pendant l'enfance sont liés au fait de commencer à s'injecter de la drogue et à participer au travail du sexe pour survivre dans cette population[233]. Des données issues d'un échantillon longitudinal de jeunes Autochtones en Colombie-Britannique, âgés de 14 à 30 ans, qui ont participé au projet *Cedar*, laissent entendre que les jeunes Autochtones sont également touchés de façon disproportionnée par les facteurs de stress pendant l'enfance. Dans cet échantillon, 43,6 % des 605 participants ont signalé des antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance[234]. Parmi les jeunes composant l'échantillon qui ont déclaré avoir récemment participé au travail du sexe, 76 % avaient des antécédents de violence sexuelle[235]. Les jeunes femmes autochtones qui avaient été victimes de violence sexuelle étaient plus susceptibles de déclarer s'injecter quotidiennement de la cocaïne, être séropositives, avoir été récemment agressées et avoir participé au travail du sexe pour survivre au cours des six mois précédant l'entrevue[236]. Les participants de la cohorte masculine qui avaient été victimes de violence sexuelle ont également signalé des taux plus élevés de VIH, de VHC et d'infections transmissibles sexuellement, ainsi que de participation au travail du sexe[237].

Les jeunes à orientations sexuelles diverses courent également un risque accru de connaître des facteurs de stress pendant l'enfance. Une étude qualitative menée à Montréal sur 40 Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ayant des antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance a découvert qu'une telle violence avait une incidence sur la prise de risques sexuels à l'âge adulte et menait à une vulnérabilité accrue au VIH. Plus particulièrement, les participants à l'étude ont indiqué que les expériences de violence sexuelle menaient à une vue négative de l'homosexualité, à un manque d'estime de soi, à une mauvaise aptitude à négocier les relations sexuelles, à la consommation d'alcool ou de drogue, aux problèmes liés au corps et aux pensées suicidaires.

Les expériences vécues pendant la petite enfance ont des répercussions sur le développement de l'enfant et revêtent une importance essentielle pour la santé et le bien-être tout au long de la vie. Bien que de nombreux jeunes trouvent des mécanismes positifs leur permettant de faire face et de surmonter la violence et les autres facteurs de stress pendant l'enfance, ce n'est pas le cas de tous. Les interventions en matière de santé publique qui favorisent la résilience chez les jeunes grâce à des liens étroits avec la famille et la collectivité pourraient contribuer à atténuer les effets des facteurs de stress pendant l'enfance.

4.6 ENVIRONNEMENTS SOCIAUX

On associe l'appui reçu de la famille, des amis et de la collectivité à une meilleure santé. De tels réseaux de soutien social pourraient se révéler très importants pour aider les gens à résoudre les problèmes et à faire face à l'adversité, ainsi que pour nourrir le sentiment d'être maîtres ou d'avoir une influence sur ses conditions de vie[238].

L'environnement social est un important déterminant de la santé et du bien-être[239]. Ce chapitre a déjà décrit dans les grandes lignes les effets protecteurs des liens avec la famille et la collectivité contre les comportements qui augmentent le risque de contracter le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Les camarades et les environnements scolaires peuvent également influer sur la vulnérabilité et la résilience au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

4.6.1 INFLUENCES DES CAMARADES

Les relations avec les camarades jouent un rôle important dans le comportement sexuel des jeunes. Un examen de la documentation portant sur l'influence des groupes de camarades sur les comportements sexuels a conclu que les jeunes étaient plus susceptibles d'adopter les normes sexuelles de leurs camarades et de s'adonner à des pratiques sexuelles que, selon eux, leurs camarades approuvaient[240]. Cependant, les types de comportements adoptés peuvent dépendre des attitudes prédominantes du réseau de camarades. Par exemple, certains travaux de recherche laissent entendre que les camarades encouragent l'utilisation irrégulière du condom[241] et les premiers rapports sexuels à un âge précoce[242], alors que d'autres travaux concluent que les groupes de camarades favorisent les comportements qui améliorent la santé[243].

D'autres études encore indiquent que les groupes de camarades pourraient avoir un effet indirect sur le comportement sexuel des jeunes. Par exemple, une étude menée dans le nord-ouest du Québec a effectué le suivi de 312 élèves de la maternelle à la septième année, afin d'explorer l'association entre le rejet par les camarades et des facteurs tels que l'âge au moment des premiers rapports sexuels, la délinquance générale et l'estime de soi[244]. L'étude a conclu que le rejet par les camarades était indirectement associé aux premiers rapports sexuels à un âge précoce, en raison de ses liens avec le manque d'estime de soi[245].

Les jeunes qui vivent dans la rue appartiennent à des réseaux de camarades qui peuvent être une source soit de résilience, soit de vulnérabilité au VIH/sida et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Les sections précédentes de ce chapitre ont présenté des données probantes selon lesquelles les jeunes de la rue adoptent des comportements à risque, tels que la consommation de drogue, l'utilisation irrégulière du condom et le travail du sexe, dans une plus large mesure que les jeunes qui ne vivent pas dans la rue. Il est possible que les réseaux de camarades, combinés aux autres conditions sociales, culturelles et structurelles, favorisent l'adoption de comportements à risque par les jeunes de la rue. Parallèlement, la recherche laisse également

entendre que les réseaux de camarades des jeunes de la rue offrent une source de soutien et peuvent favoriser la résilience. Les jeunes de la rue accordent une grande importance au soutien qu'ils reçoivent de la part de leurs amis[246]. Par exemple, dans le cadre d'une étude menée en Alberta parmi des jeunes qui risquaient de devenir sans abri ou qui l'étaient au moment de l'étude, les participants ont déclaré avoir un « sentiment de camaraderie et d'appartenance à la communauté » en compagnie de leurs pairs[247]. Ils considèrent la culture de la rue en général comme l'élément principal de leur vie sociale et accordent une grande importance au temps passé avec leurs amis[248]. Des études indiquent que de nombreux jeunes de la rue accordent une grande valeur à leur communauté et ressentent le besoin de former une bande, car ils sont souvent minoritaires dans les refuges. Les amis de la rue sont souvent décrits comme des membres de la famille qui aident les jeunes à faire face aux difficultés de la vie dans la rue[249]. Une étude qualitative portant sur 18 jeunes femmes qui venaient de commencer à sortir de la vie dans la rue a indiqué que la communauté de la rue offre un sentiment de compétence sociale, d'appartenance et de liberté d'être soi-même[250]. En d'autres termes, les relations, les familles et les amitiés de la rue peuvent être des ressources importantes pour la survie[251].

4.6.2 ENVIRONNEMENT SCOLAIRE

On a démontré que le sentiment d'appartenance à l'environnement scolaire réduit la probabilité d'avoir plusieurs partenaires sexuels et d'utiliser les condoms de façon irrégulière[252]. Il a également été établi que cet attachement réduit la probabilité que les jeunes adoptent des comportements qui les font courir le risque de contracter le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang[253]. La qualité des relations avec les enseignants est l'un des aspects de l'environnement scolaire qui pourrait renforcer la résilience aux comportements qui mènent à l'infection au VIH et à d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Des niveaux plus élevés de soutien ressenti de la part des enseignants ont été associés à une probabilité moins importante d'avoir eu des rapports sexuels et à une probabilité plus élevée d'utiliser régulièrement un condom[254].

L'environnement scolaire est un déterminant de la santé particulièrement important pour les jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable. Les écoles peuvent être particulièrement hostiles pour les jeunes lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, allosexuels ou en questionnement, qui sont vulnérables à l'isolement et à la discrimination[255]. Les facteurs de stress liés à la violence, à la discrimination et à la stigmatisation homophobes peuvent faire courir aux jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable un risque accru de problèmes de santé physique, émotionnelle et mentale[256]. Les liens sociaux et les environnements non discriminatoires offrent un espace sûr aux jeunes à orientations sexuelles diverses pour se développer et adopter des comportements sains[257].

Des relations positives avec les enseignants et les camarades d'école peuvent aider les jeunes à orientations sexuelles diverses à surmonter le stress associé à la déclaration ouverte de leur orientation sexuelle et à former leur identité sexuelle. Les enseignants peuvent contribuer à créer des environnements scolaires positifs, non discriminatoires et favorables; jouer un rôle dans la réduction des incidents d'intimidation et de violence contre les jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable[258]. En outre, les réseaux de soutien entre pairs et de groupes de soutien, tels que les alliances gai-hétéro, peuvent contribuer à réduire l'isolement, l'éloignement et le désespoir. Des écoles sûres et proactives soutiennent la santé, la sécurité et les besoins éducatifs de tous les jeunes. Dans l'ensemble, de forts liens sociaux et communautaires peuvent contribuer à développer et à maintenir la résilience des jeunes au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

4.6.3 SOUTIEN AUX JEUNES QUI VIVENT AVEC LE VIH[XV]

La documentation concernant les jeunes vivant avec le VIH est limitée. Des entrevues qualitatives approfondies menées auprès de 34 jeunes séropositifs (âgés de 12 à 24 ans) vivant en Ontario, ont souligné l'importance d'un solide réseau de soutien social pour surmonter les difficultés associées à la vie avec le VIH[259]. Bien des participants faisaient partie de riches réseaux de soutien composés de leurs parents, d'autres membres de la famille et d'amis. Ces jeunes ont également souligné la valeur, pour le soutien social, qu'il y a à connaître d'autres jeunes vivant avec le VIH[260]. De plus, les commentaires des participants concernant les services aux jeunes étaient principalement positifs; les participants ont déclaré avoir des contacts réguliers avec un ou plusieurs fournisseurs de services[261]. Les jeunes qui vivent avec le VIH ont parlé de la nécessité de programmes personnalisés et accueillants pour les jeunes, tels que des camps d'été ou des haltes-accueil pour les jeunes, qui les aideraient à construire leur réseau de soutien social[262].

La divulgation de la séropositivité dans les relations sexuelles est un problème courant auquel font face les jeunes qui sont nés avec le VIH[263]. Deux études qualitatives menées à Montréal sur des jeunes (âgés de 10 à 22 ans) ayant contracté le VIH pendant la période périnatale ont signalé que les jeunes craignaient de se faire rejeter, stigmatiser, trahir et mal comprendre s'ils divulguaient leur séropositivité à leurs camarades[264]. Même s'ils ressentaient le besoin de divulguer leur séropositivité, ils s'inquiétaient de se faire rejeter et ont recensé plusieurs conditions qui doivent être réunies avant qu'ils se sentent suffisamment à l'aise pour divulguer leur séropositivité à un camarade ou à un partenaire. Ces conditions comprenaient une sérieuse relation de confiance avec l'autre personne, le sentiment d'être aimé et le fait d'avoir une relation amoureuse[265]. Cependant, dans bien des cas, la divulgation de la séropositivité s'est en premier lieu adressée à un camarade important, et non à un partenaire amoureux. La divulgation à un partenaire sexuel venait plus tard dans la vie[266]. Les participants ont expliqué qu'ils étaient pleinement conscients de la nécessité de prévenir la transmission du VIH à leur partenaire et qu'ils se sentaient responsables de cette prévention[267]. Des résultats similaires ont été obtenus dans le cadre d'une étude qualitative portant sur 10 enfants (âgés de 9 à 16 ans) qui avaient contracté le VIH pendant la période périnatale (les entrevues comprenaient 11 membres de la famille et 11 fournisseurs de services en Colombie-Britannique)[268]. Certains jeunes s'inquiétaient d'être rejetés ou stigmatisés après avoir divulgué leur séropositivité à un partenaire amoureux. Les résultats laissent entendre que le soutien aux jeunes vivant avec le VIH est important pendant leur période de transition vers l'âge adulte[269].

4.7 SANTÉ MENTALE ET MALADIE MENTALE

La santé mentale est la « capacité que nous avons tous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à profiter de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être affectif et spirituel qui reconnaît l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions entre individus et de la dignité personnelle[270].

[XV] Pour obtenir de plus amples renseignements sur les enjeux auxquels les jeunes vivant avec le VIH font face, veuillez consulter le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes vivant avec le VIH/sida*.

4.7.1 SANTÉ MENTALE

La santé mentale est un aspect important de la santé et du bien-être en général. Le niveau d'estime de soi, l'auto-efficacité et la satisfaction générale de la vie sont des facteurs qui permettent de prédire chez les jeunes les comportements qui augmentent le risque de contracter le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Il a été démontré que le manque d'estime de soi a une influence sur le comportement sexuel à risque, y compris l'utilisation irrégulière du condom[271], ainsi que sur l'utilisation de drogues injectables. Par exemple, des données provenant d'une étude de cohorte de 2008 portant sur des jeunes de la rue âgés de 14 à 24 ans à New York et à Toronto laissent entendre que les jeunes qui signalaient des niveaux d'estime de soi plus élevés déclaraient également avoir une meilleure santé et consommer moins d'alcool et de drogue que les jeunes qui manquaient d'estime de soi[272]. Le manque d'estime de soi prenait sa source dans l'exclusion sociale, la marginalisation et la privation de ressources[273]. Les résultats de l'étude laissent entendre que l'estime de soi joue un rôle de protection important contre la consommation et l'abus d'alcool et de drogue[274]. De même, dans un échantillon de jeunes de la rue provenant de tout le Canada, les participants qui manquaient d'estime de soi couraient un risque plus élevé de se retrouver dans la rue et étaient plus vulnérables à la consommation de drogue, au travail du sexe et aux autres comportements qui augmentent la vulnérabilité au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang[275]. Des études ont montré que l'auto-efficacité (c'est-à-dire la mesure de sa propre capacité à effectuer des tâches et à atteindre des objectifs) permet de prédire les facteurs de risque associés au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, y compris l'utilisation irrégulière du condom[276]. Par exemple, une étude portant sur les jeunes Autochtones à Regina, en Saskatchewan, a révélé que les jeunes dont l'auto-efficacité était plus élevée étaient plus susceptibles d'utiliser un condom[277].

4.7.2 MALADIE MENTALE

Les jeunes peuvent rencontrer des difficultés et vivre des événements marquants qui augmentent le stress et mènent à la dépression, à l'anxiété, au trouble de stress post-traumatique et au suicide. La maladie mentale augmente à son tour la vulnérabilité au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang[278]. Le lien entre la maladie mentale et les comportements à risque est particulièrement prononcé chez les jeunes qui sont touchés de façon disproportionnée par les facteurs de stress pendant l'enfance ainsi que par la stigmatisation et la discrimination, tels que les jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable, les jeunes immigrants et nouveaux arrivants au Canada, ainsi que les jeunes appartenant à une minorité ethnoculturelle. Par exemple, des données recueillies auprès de jeunes sur une période de trois ans ont révélé que les risques de comportement suicidaire ou de maladie mentale étaient les plus fortement associés aux identités sexuelles lesbiennes, gaies ou bisexuelles[279]. Les immigrants et les nouveaux arrivants au Canada courent également un risque de maladie mentale en raison du stress physique, émotionnel, social et financier associé à l'établissement dans un nouveau pays. Les facteurs tels que l'apprentissage d'une nouvelle langue, le sous-emploi, le faible statut socio-économique, l'éloignement de la famille et le contexte culturel peuvent également mener au stress, à la dépression ou à l'anxiété[280].

La maladie mentale est également un déterminant important de la santé chez les jeunes qui prennent en charge une infection transmise sexuellement et par le sang chronique, telle que le VIH, l'hépatite B ou le virus de l'hépatite C. Les personnes qui vivaient avec ces troubles médicaux couraient deux fois plus de risques d'être atteintes de dépression et d'anxiété que la population

générale[281]. Parallèlement, la dépression et les autres maladies mentales peuvent contrecarrer la capacité des personnes qui vivent avec une maladie chronique de prendre leurs médicaments comme ils leur ont été prescrits, de faire de l'exercice physique, de manger convenablement et de communiquer avec leur famille, leurs amis et les fournisseurs de services de santé[282]. En outre, la stigmatisation associée à la maladie mentale peut décourager les jeunes de chercher à obtenir des soins et du soutien et leur faire ressentir de la honte ou entraîner des mécanismes d'adaptation négatifs[283].

À l'instar de la vulnérabilité au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, la santé mentale et la maladie mentale reçoivent l'influence de plusieurs facteurs dans un contexte social plus large. Pour réduire la vulnérabilité des populations de jeunes au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, il est important d'aborder ces facteurs. La documentation laisse entendre que la promotion d'une santé mentale positive chez les jeunes (p. ex. estime de soi, auto-efficacité, sentiment de sa propre valeur, satisfaction de la vie) présente des avantages non seulement du point de vue de la prévention de la maladie mentale, mais également de la protection contre le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

4.8 ENVIRONNEMENTS PHYSIQUES

4.8.1 INSTABILITÉ DE LOGEMENT, SANS-ABRISME ET CONDITIONS DE LOGEMENT

Pour certains jeunes, il peut être difficile de trouver un endroit sûr et stable pour vivre. Les possibilités de logement sûres et abordables sont rares pour les jeunes qui n'ont qu'un revenu minimal[284]. De même, les jeunes de la rue qui quittent la rue rencontrent des difficultés à trouver des conditions de logement abordables, sûres et en bon état[285].De plus, il se peut que les jeunes se heurtent à la discrimination de la part des propriétaires et n'aient pas accès aux références associées aux immeubles locatifs précédents ou ne puissent pas produire certains modes de paiement comme les chèques certifiés[286]. Les études portant sur les jeunes de la rue au Canada ont signalé de multiples obstacles à la découverte d'un logement abordable, subventionné et adéquat[287]. Dans le cadre d'une étude portant sur cette population, les participants ont souligné les mauvaises conditions des appartements abordables, comme le manque de propreté, le délabrement et la situation dans des quartiers mal desservis[288], et ont indiqué qu'ils préféreraient retourner dans la rue ou dans les refuges pour sans-abris[289].

Outre l'instabilité du logement, de nombreux jeunes de la rue connaissent un sans-abrisme caché, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas de logement permanent, mais utilisent divers types de logements transitoires. Parmi les jeunes de la rue ayant participé à l'étude *Surveillance accrue des jeunes de la rue*, 38,8 % ont indiqué qu'ils dormiraient dans un refuge ou un centre pour itinérants cette nuit-là, 19,6 % ont indiqué qu'ils rentreraient dans leur propre logement, 14,2 % se rendraient chez un parent, 11,6 % dormiraient chez un ami ou un partenaire et près de 10 % dormiraient dans la rue[290]. Les autres groupes de jeunes vulnérables, notamment les jeunes qui utilisent des drogues injectables, connaissaient également l'instabilité du logement. Parmi les jeunes qui ont participé à l'étude I-Track (de 2005 à 2008), plus de la moitié des jeunes hommes et des jeunes femmes avaient vécu dans des conditions de logement stable et instable au cours des six mois précédents (52,1 % de jeunes hommes et 56,3 % de jeunes femmes)[291].

La recherche indique également que le manque de logements abordables dans les quartiers de la classe moyenne éloigne les jeunes de la rue des quartiers sûrs et les mène dans des zones défavorisées[292]. Dans les quartiers défavorisés, les jeunes sont plus susceptibles de se retrouver avec des camarades qui utilisent des drogues injectables ou ont adopté d'autres comportements à risque; ils peuvent avoir un accès plus limité aux services ou à l'information en matière de santé. Le fait de vivre dans la rue dans un quartier où le monde de la drogue est au premier plan peut augmenter la vulnérabilité à la consommation de drogue, à l'injection de drogues et au travail du sexe pour survivre, ce qui accroît le risque d'exposition au VIH[293].

L'environnement de la rue peut également avoir une influence sur la capacité des jeunes de la rue à s'injecter de la drogue de façon sécuritaire. Une étude menée à Montréal, portant sur 39 jeunes de la rue atteints du virus de l'hépatite C qui s'injectaient de la drogue, a examiné l'incidence de la vie dans la rue sur les pratiques d'injection sécuritaires[294]. Les jeunes qui utilisent des drogues injectables et n'ont pas de logement stable et sûr peuvent être forcés de s'injecter de la drogue dans la rue, dans des conditions précaires, afin d'éviter de se faire prendre par les autorités d'application de la loi[295]. Dans ces circonstances, il peut devenir un défi d'utiliser un matériel d'injection propre[296]. Des résultats similaires se sont avérés dans une cohorte de jeunes de la rue à Vancouver qui ont déclaré avoir utilisé des drogues injectables au cours des six mois précédents[297]. Environ trois quarts d'entre eux (76,5 %) ont indiqué s'être injecté de la drogue en public au moins une fois, et 27,2 % ont indiqué toujours s'injecter de la drogue en public[298]. Les jeunes ayant participé à l'étude ont déclaré qu'ils s'injectaient de la drogue le plus souvent dans la rue (74,7 %), dans les toilettes publiques (40,7 %), sur les terrains de stationnement (37,7 %) et dans les parcs (36,4 %)[299]. Comme il est souvent impossible de se procurer du matériel propre dans ces conditions, l'injection en public peut augmenter le risque de contracter le VIH, le virus de l'hépatite C et d'autres infections associées à l'injection[300]. En outre, la vie dans la rue ou dans des conditions instables peut faire obstacle à l'accès aux soins de santé et à la prise des médicaments tel que prescrits[301]. L'un des obstacles de cette nature serait l'absence d'un lieu physique où ranger ses médicaments[302].

L'accès à des conditions de vie stables, adéquates et favorables est également une préoccupation des jeunes qui vivent dans des établissements de soins de longue durée. Les résultats du projet *Youth, Disability, HIV Vulnerability & Prevention Community-Based Participatory Research Project* dans la région du Grand Toronto ont révélé que les restrictions physiques associées aux établissements de soins limitaient la possibilité de se livrer à des activités sexuelles. Par conséquent, les jeunes ont développé des stratégies pour avoir des rapports sexuels dans des lieux peu sûrs et inconfortables, tels que des bains publics et en public (p. ex. dans la rue, dans les parcs). La recherche laisse entendre que l'utilisation du condom dans ces lieux est moins probable[303].

Des données provenant d'une étude de cohorte canadienne portant sur 4 000 jeunes sexuellement actifs âgés de 15 à 19 ans ont également permis de découvrir que la taille du ménage était associée à la non-utilisation du condom au cours des rapports sexuels les plus récents[304]. Alors que le fait de vivre dans un ménage composé d'un grand nombre de membres était un facteur de risque de non-utilisation du condom, le fait de vivre dans un grand logement contenant plusieurs pièces était un facteur de protection. Les auteurs de l'étude suggèrent que la perte de l'intimité pourrait favoriser les activités sexuelles dans d'autres endroits où la supervision parentale et l'accès aux condoms sont limités[305]. Cette étude souligne le rôle important que joue l'environnement physique dans la capacité des jeunes à atténuer les risques à caractère sexuel et à avoir des rapports sexuels protégés[306].

4.8.2 LES JEUNES ET LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE

Il n'existe qu'une recherche limitée sur l'incidence de l'incarcération sur la vulnérabilité des jeunes au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Les taux de consommation de drogue (injectable et non injectable) parmi les jeunes détenus laissent entendre qu'il est possible de devenir infecté pendant l'incarcération. Une étude portant sur 417 jeunes (âgés de 14 à 19 ans) en détention en Colombie-Britannique a signalé une consommation importante de drogues non injectables parmi les participants[307]. Presque tous les jeunes (98 %) ont indiqué avoir utilisé de la marijuana, plus de 80 % avaient consommé des champignons ou de l'ecstasy et 72 % avaient pris de la cocaïne. Même si le taux d'utilisation de drogues injectables était inférieur à 8 %, l'étude a noté que cette population de jeunes incarcérés pourrait risquer de passer aux drogues injectables à l'avenir[308].

Les difficultés et les obstacles rencontrés par les jeunes qui sortent de prison peuvent également créer des conditions qui les rendent plus vulnérables au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Par exemple, ils peuvent éprouver des difficultés à trouver un emploi, avoir un revenu minimal pour pourvoir à leurs besoins de base et faire face à la stigmatisation et à la discrimination en raison de leur incarcération. Les antécédents de détention ont été reliés à l'instabilité du logement et au sans-abrisme[309]. Par exemple, 58,8 % des jeunes de la rue ayant participé à l'étude *Surveillance accrue des jeunes de la rue* ont indiqué s'être retrouvés dans un établissement de détention, un centre de détention pour jeunes ou une prison, pour une nuit ou pendant plus longtemps[310]. Parmi les jeunes de la rue de la cohorte ARYS, 80,5 % ont indiqué avoir été incarcérés[311]. Parmi les jeunes de l'étude I-Track, 16,3 % ont déclaré avoir été incarcérés au cours des six mois précédents[312].

Les difficultés rencontrées pour pourvoir aux besoins de base à la sortie de prison peuvent mener à des mécanismes d'adaptation négatifs, tels que l'utilisation de drogues injectables, les rapports sexuels non protégés et le travail du sexe. Les résultats d'une étude portant sur des jeunes de la rue à Vancouver laissent entendre l'existence d'une relation marquée entre l'incarcération et l'utilisation de méthamphétamine[313]. Parallèlement, les antécédents d'incarcération peuvent également avoir un effet protecteur et favoriser des comportements de recherche d'aide au moment de la libération. Par exemple, parmi les jeunes de la rue, on a déterminé qu'une incarcération antérieure est associée à un taux de participation plus élevé à une forme quelconque de traitement de la toxicomanie[314].

4.9 HABITUDES DE VIE

Les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles désignent les mesures que l'on peut prendre pour se protéger des maladies et favoriser l'autogestion de sa santé, faire face aux défis, acquérir de la confiance en soi, résoudre des problèmes et faire des choix qui améliorent la santé. Les définitions du « mode de vie » ont trait non seulement aux choix personnels, mais aussi à l'influence des facteurs sociaux, économiques et environnementaux sur les décisions que prennent les personnes à propos de leur santé. On reconnaît de plus en plus que les « choix » personnels relatifs au mode de vie sont grandement influencés par les conditions socio-économiques dans lesquelles les personnes vivent, apprennent, travaillent et s'amusent[315].

4.9.1 ÉDUCATION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE

L'éducation en matière de santé sexuelle est un outil essentiel dans la prévention du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, car il apporte des renseignements, de la motivation et des compétences comportementales qui favorisent la santé sexuelle et permettent d'éviter les résultats de santé négatifs. Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* déclarent ce qui suit :

> *L'éducation en matière de santé sexuelle devrait être offerte à tous les Canadiens comme un élément important des programmes et des services de promotion de la santé. Tous les Canadiens ont droit à une éducation en matière de santé sexuelle qui correspond à leurs besoins. Des populations diverses, comme les [lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, bispirituelles, allosexuelles et en questionnement], les personnes âgées, les personnes qui ont un handicap [physique ou développemental] et les personnes qui sont désavantagées sur le plan socio-économique, comme les jeunes de la rue, n'ont souvent pas accès à l'information et à une éducation qui répondent à leurs besoins particuliers*[316].

Il existe de nombreux véhicules structurés et non structurés pour fournir de l'éducation en matière de santé sexuelle. Les écoles jouent un rôle clé dans la prestation de cette éducation, mais les capacités varient dans l'ensemble du Canada, selon le programme d'études provincial ou territorial, le caractère public, privé ou confessionnel du programme d'études et la formation des enseignants. La vaste majorité (92 %) des jeunes participants à l'étude *Toronto Teen Survey* nés au Canada ont déclaré qu'ils avaient reçu une éducation en matière de santé sexuelle, sous une forme ou une autre[317]. Cependant, les jeunes nouveaux arrivants (au Canada depuis trois ans ou moins) affichaient des taux d'éducation en matière de santé sexuelle significativement plus faibles à l'âge de 18 ans[318]. Parmi eux, 78 % ont indiqué qu'ils avaient entendu parler du VIH; cependant, le VIH/sida était également l'une des trois priorités en matière de santé sexuelle au sujet de laquelle les jeunes désiraient s'informer davantage[319]. Les jeunes qui participaient à cette étude ont déclaré qu'ils désiraient recevoir des renseignements au sujet des relations saines, du plaisir, de la grossesse, de l'orientation sexuelle et de la prévention du VIH/sida et des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Ils ont également dit préférer obtenir ces renseignements auprès de professionnels tels que des médecins, des infirmières et des éducateurs en santé sexuelle[320].

Les connaissances au sujet du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang ont toujours été assez élevées parmi les jeunes au Canada[321]. Par exemple, les résultats de l'étude M-Track ont révélé que les hommes gais, bisexuels et bispirituels et les autres Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes âgés de 15 à 24 ans avaient un niveau de connaissances relativement élevé au sujet du VIH[322]. La plupart des participants savaient que les relations sexuelles avec un seul partenaire monogame non infecté peuvent réduire le risque de transmission du VIH (~84 %), et qu'il est possible de se protéger contre le VIH en utilisant un condom correctement à chaque rapport sexuel anal (~80 %)[323]. Presque tous les jeunes ont correctement indiqué qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être infectée par le VIH (~93 %), alors qu'environ 75 % des jeunes savaient qu'ils ne manifesteraient pas nécessairement des symptômes s'ils contractaient une infection transmise sexuellement et par le sang[324]. Néanmoins, les connaissances au sujet de la santé sexuelle, du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang pourraient être en déclin. Des données issues de l'étude *The Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study* ont révélé que les connaissances au sujet de la santé sexuelle et du VIH ont chuté parmi les jeunes âgés de 12 à 16 ans depuis 1989; par exemple, l'étude a signalé qu'une grande proportion de jeunes de ce groupe d'âge pensaient que l'on pouvait guérir du VIH[325]. Les résultats de l'étude en ligne de *l'Association canadienne pour la santé des adolescents* portant sur plus de 1 000 jeunes

âgés de 14 à 17 ans ont également mis en relief un manque de connaissances au sujet des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Les obstacles à l'accès aux renseignements exacts en matière de santé sexuelle pourraient expliquer ces faibles niveaux de connaissances[326]. Par exemple, 69 % des jeunes ont déclaré dans l'étude en ligne qu'ils ne pouvaient pas trouver des renseignements sur la santé sexuelle et 62 % ont dit qu'ils avaient rencontré d'autres obstacles lorsqu'ils avaient essayé d'obtenir de tels renseignements[327].

Une éducation en matière de santé sexuelle efficace et généralisée, qui répond aux besoins divers de tous, est essentielle pour aider les jeunes à éviter l'infection au VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Elle permet de s'assurer que les jeunes ont accès à des renseignements dépourvus de jugement, afin de prendre des décisions éclairées au sujet de leur propre santé. Elle peut également augmenter la capacité des jeunes à renforcer leur résilience aux facteurs de risque sociaux, économiques et culturels qui menacent leur santé sexuelle.

4.9.2 PERCEPTIONS DU RISQUE ASSOCIÉ AU VIH ET AU DÉPISTAGE DU VIH

Les jeunes ont différentes perceptions de leur risque personnel de contracter le VIH. Même si les perceptions de la maladie peuvent être façonnées par les valeurs culturelles, elles peuvent également être influencées par des facteurs tels que le niveau de revenu, les connaissances au sujet de la maladie, ainsi que la discrimination et la stigmatisation associées au VIH. Pour certains, le VIH est une maladie qui touche les autres, pas eux. D'un autre côté, certains jeunes ont une vision fataliste de leur santé et de leur avenir[328]. Par exemple, dans une étude portant sur des jeunes Autochtones, les participants ont indiqué éprouver de l'accablement et un « sentiment général de désespoir face à l'avenir »[329] qui incluait le risque d'infection au VIH. D'autres études ont révélé que certains jeunes Autochtones considèrent le VIH comme un problème communautaire[330] et sont fréquemment en contact avec une personne touchée ou infectée par le VIH[331]. La sensibilisation au VIH et les discussions continues à ce sujet parmi les jeunes Autochtones dans leur collectivité pourraient être un facteur positif de résilience.

Les jeunes hommes et les jeunes femmes vulnérables à l'infection au VIH ont différentes réactions au dépistage de l'infection. Par exemple, certains désirent savoir s'ils sont séropositifs, alors que d'autres ne le veulent pas et évitent le dépistage. Les raisons pour lesquelles les jeunes décident de subir un dépistage sont diverses. La crainte d'un résultat positif au test du VIH est fréquemment citée par les jeunes comme un motif de ne pas subir de dépistage[332]. En outre, la stigmatisation associée à un résultat positif au test du VIH peut décourager les jeunes du dépistage.

Les perceptions du risque personnel de contracter le VIH peuvent avoir une influence sur les pratiques subséquentes de dépistage du VIH. Parmi les participants à l'étude M-Track qui ne s'étaient pas déclarés séropositifs ou qui n'avaient jamais subi de dépistage du VIH, la raison la plus fréquente du non-dépistage était la perception qu'ils ne couraient qu'un faible risque (perception signalée par environ 48 % des jeunes)[333]. Environ 28 % des jeunes ont également déclaré qu'ils craignaient de subir un dépistage; une proportion approximativement égale de jeunes ont déclaré qu'ils savaient déjà qu'ils étaient séropositifs (27 %)[334]. Le volet ontarien de l'étude M-Track, l'étude *Lambda* (N = 2 438), a mis en lumière des résultats similaires sur le dépistage au VIH parmi les jeunes gais et bisexuels[335]. Les plus jeunes participants (âgés de 16 à 19 ans) affichaient le taux de dépistage le plus faible; 46,2 % d'entre eux n'avaient jamais subi de dépistage[336]. Environ un quart (25,9 %) des jeunes âgés de 20 à 24 ans n'avaient jamais subi de dépistage, ce qui représente une augmentation des taux de dépistage au fil du temps[337].

L'enquête de la Colombie-Britannique *ManCount* (*N* = 1 139), également associée à l'étude M-Track, a découvert que 23 % des participants gais, bisexuels et bispirituels et des autres Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes âgés de moins de 30 ans n'avaient jamais subi de dépistage du VIH[338].

Dans l'enquête I-Track, une proportion élevée de participants ont déclaré avoir subi un dépistage du VIH (81,0 %) et du virus de l'hépatite C (79,3 %)[339]. Parmi les participants qui n'avaient jamais subi de dépistage du VIH, les raisons les plus fréquemment citées comprenaient : « Je n'y ai jamais pensé » (22,6 %), « Je ne cours qu'un faible risque d'infection au VIH » (14,5 %), « Je ne pourrais pas faire face si je savais que j'étais infecté » (12,9 %), « J'avais peur d'être victime de discrimination » (9,7 %), et « Cela pourrait avoir des répercussions sur mes relations » (9,7 %)[340]. Parmi les participants de la rue à l'étude *Surveillance accrue des jeunes de la rue*, plus de 70 % percevaient leur risque de contracter le VIH, une infection transmissible sexuellement ou une hépatite virale comme étant nul ou faible[341]. Cependant, une grande proportion a déclaré avoir déjà subi un dépistage du VIH (81,3 %), du virus de l'hépatite C (76,0 %), de la chlamydia (75,1 %) et de la gonorrhée (73,6 %)[342].

4.10 ACCÈS AUX SERVICES ET À L'INFORMATION EN MATIÈRE DE SANTÉ

Les services de santé, en particulier ceux conçus pour entretenir et favoriser la santé, pour prévenir la maladie et pour restaurer la santé et les diverses fonctions de l'homme contribuent à la santé de la population. L'ensemble des soins offerts par ces services de santé englobe le traitement et la prévention secondaire[343].

4.10.1 SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Certains jeunes ont des difficultés à accéder aux services de santé en raison de leur situation géographique ou de leur environnement physique. Les jeunes qui vivent dans des collectivités rurales et isolées rencontrent davantage de difficultés à avoir accès à un médecin de famille et aux services de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang/du VIH que les jeunes qui vivent dans des centres urbains, ce qui peut contribuer aux inégalités en matière de santé entre les jeunes en milieu rural et les jeunes en milieu urbain[344]. Des études menées auprès de jeunes et de travailleurs de la santé dans des collectivités éloignées de la Colombie-Britannique ont recensé plusieurs obstacles structurels aux services de santé pour cette population[345]. Ces obstacles comprenaient l'inaccessibilité géographique des cliniques de santé, les heures d'ouverture limitées (p. ex. pendant l'école ou les heures de travail) et le manque de transports en commun. Ces obstacles sont encore renforcés pour les jeunes qui dépendent de leurs parents ou de leurs gardiens pour accéder aux cliniques.

L'emplacement physique peut également constituer un obstacle. Par exemple, il se peut que les jeunes de la rue n'aient pas de papier d'identité, ne puissent pas se déplacer pour obtenir des services ou ne puissent pas les recevoir pendant les heures d'ouverture normales. Une étude menée à Calgary a découvert que les jeunes de la rue avaient tendance à utiliser plutôt les services de santé d'urgence, tels que les salles d'urgence des hôpitaux et les cliniques sans rendez-vous, que les services de prévention[346]. Les jeunes de la rue qui n'y avaient jamais vécu étaient plus susceptibles de rechercher l'accès aux services de prévention, tels que les médecins de famille, alors que les jeunes qui vivaient dans la rue étaient plus susceptibles de se rendre à une clinique mobile pendant les heures d'ouverture non standard[347].

4.10.2 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ CONFIDENTIELS

Les préoccupations concernant la confidentialité sont un thème constant dans la documentation sur les obstacles à l'accès aux services de santé chez les jeunes. Les jeunes craignent que leurs pratiques sexuelles et leurs résultats de santé sexuelle soient divulgués aux parents et qu'ils soient jugés par les professionnels de la santé, leurs amis et leurs collectivités[348].

Par conséquent, les jeunes peuvent s'inquiéter que leurs résultats au test du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang soient divulgués à leur famille, à leurs amis et à leur collectivité[349], ce qui les pousse à se déplacer dans un autre quartier ou une autre collectivité pour protéger leur confidentialité. Cependant, il n'est pas toujours possible d'aller ailleurs, en particulier pour les jeunes qui vivent dans des régions rurales ou éloignées. Dans une étude portant sur les jeunes, vivant en Colombie-Britannique, les préoccupations concernant la confidentialité et l'anonymat étaient plus vives parmi les jeunes qui vivaient dans les collectivités rurales du Nord que parmi les jeunes qui vivaient en milieu urbain[350].

La stigmatisation associée au VIH et aux infections transmissibles sexuellement et par le sang aggrave les préoccupations liées à la confidentialité chez les jeunes qui vivent avec une infection ou qui risquent de la contracter. La recherche laisse entendre que les jeunes pourraient se fier de plus en plus à d'autres sources de services et d'information en matière de santé, notamment les ressources sur Internet. Les fournisseurs de services de santé ont commencé à étudier le potentiel des services de santé en ligne pour tenter de résoudre les questions de confidentialité. Par exemple, Santé publique Ottawa, une autorité sanitaire locale en Ontario, a récemment étudié l'utilisation d'Internet pour fournir aux jeunes des formulaires de demande d'analyse en laboratoire pour le dépistage du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang sans rendez-vous chez le médecin. Le nombre de téléchargements du formulaire de demande d'analyse et l'augmentation du nombre d'analyses en laboratoire au cours de la campagne attestent de sa popularité parmi les jeunes[351]. Cependant, de tels services pourraient ne pas être suffisamment établis pour répondre pleinement aux préoccupations des jeunes en matière de confidentialité. Des travaux de recherche qualitative auprès de jeunes Ontariens séropositifs âgés de 12 à 24 ans ont étudié l'utilisation d'Internet comme voie de promotion et d'information sur la santé[352]. Bien que les participants aient affiché des taux élevés d'accès sur Internet, d'utilisation et d'intérêt, peu d'entre eux ont utilisé Internet pour chercher à obtenir des renseignements ou des services en matière de santé[353]. Les raisons citées comprenaient les préoccupations liées à la confidentialité lors de la consultation des sites Web sur le VIH[354]. Bien que les participants n'aient pas utilisé Internet pour obtenir de l'information en matière de santé, ils étaient enthousiastes à l'idée de la création d'un site Web par des jeunes séropositifs en vue de promouvoir la santé et le réseautage social[355].

4.10.3 DISCRIMINATION

La stigmatisation et la discrimination sont d'autres facteurs qui ont des répercussions sur l'accès des jeunes aux services et à l'information en matière de santé. Les résultats de l'étude *Toronto Teen Survey* ont montré que de nombreux jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable ont vécu des expériences négatives lorsqu'ils ont cherché à avoir accès aux services de santé sexuelle, principalement parce qu'ils sentaient que les fournisseurs de services les stigmatisaient et n'étaient pas conscients de leurs besoins particuliers[356]. Par exemple, les jeunes hommes homosexuels ayant participé à l'étude ont indiqué avoir connu des expériences négatives avec le système de soins de santé, des lacunes importantes dans les services de santé sexuelle adaptés aux hommes, un manque d'éducation complète en matière de santé sexuelle à l'école, de la peur et de la stigmatisation associées aux infections transmissibles sexuellement et par le sang et au VIH/sida, ainsi que les répercussions de l'homophobie et des normes sexuelles[357].

La discrimination en fonction de la race et du groupe ethnique peut également décourager les jeunes de chercher à obtenir des services de santé. Par exemple, les résultats de l'étude *Toronto Teen Survey* ont indiqué que les jeunes de race noire sont victimes de racisme lorsqu'ils tentent d'obtenir des services de santé sexuelle[358]. Cette population a également signalé les taux les plus faibles (34 %) de fréquentation des cliniques de santé sexuelle[359]. Les jeunes originaires d'Asie ou les jeunes Autochtones ont également indiqué être moins susceptibles de se rendre dans les centres de services de santé pour obtenir des informations sur la santé sexuelle ou pour subir un dépistage, alors que les jeunes de race blanche ont indiqué être plus susceptibles de le faire[360]. Parmi les participants autochtones d'une cohorte communautaire, 12,3 % des jeunes ont indiqué qu'ils avaient connu de la peur, de la discrimination et de l'évitement pendant leur expérience de dépistage[361].

Tout comme l'identité personnelle est composée de nombreux éléments (p. ex. le sexe, l'âge, l'identité sexuelle, la race, le groupe ethnique, les aptitudes), la discrimination peut également être subie à différents niveaux. Ces couches multiples de la discrimination fondée sur la race, le groupe ethnique, la confession, l'âge, le statut socio-économique, les aptitudes, le sexe ou l'identité sexuelle peuvent renforcer les obstacles à l'accès aux services et à l'information en matière de santé concernant le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang[362]. Le projet *Teens Resisting Urban Trans/Homophobia* (TRUTH) a examiné l'incidence des diverses formes d'exclusion sociale, telles que l'homophobie et l'hétérosexisme, sur les jeunes nouveaux arrivants lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres et allosexuels à Toronto[363]. Les résultats préliminaires ont indiqué que ces jeunes font l'objet de multiples couches de discrimination sous forme de l'homophobie, de la transphobie et du racisme qui, à leur tour, dressent des obstacles devant l'accès aux services et à l'information en matière de santé[364].

La stigmatisation et la discrimination, notamment l'homophobie et le racisme, peuvent conduire à des expériences négatives pour les jeunes lorsqu'ils accèdent les services et les soins[365]. La réduction de l'accès aux services peut contribuer encore plus à leur vulnérabilité aux infections transmissibles sexuellement et par le sang et au VIH[366]. De nombreux fournisseurs de services reconnaissent la nécessité de services de counseling et de services de santé sexuelle qui répondent aux besoins particuliers des jeunes (qui abordent notamment la discrimination structurelle) et qui soutiennent la diversité grâce à des programmes favorisant l'intégration culturelle.

4.11 RÉSUMÉ

Les inégalités des taux de VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang sont influencées de façon complexe par des déterminants généraux de la santé sociaux, culturels, économiques et structurels qui ont une répercussion sur l'état de santé et le bien-être des jeunes tout au long de leur vie. Ce chapitre a donné une vue d'ensemble de la façon dont ces déterminants de la santé créent des inégalités parmi les jeunes, rendant certains groupes de jeunes plus vulnérables au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Il est important que les programmes et les interventions visant à la prévention et à la maîtrise de ces maladies déterminent et abordent les déterminants généraux de la vulnérabilité chez les jeunes. Les chapitres 5 et 6 donnent un aperçu de la stratégie actuelle de lutte contre le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada, y compris les efforts de recherche visant à approfondir nos connaissances au sujet des déterminants de la vulnérabilité et les programmes d'intervention concernant le risque d'infection.

CHAPITRE 5 – RECHERCHE ACTUELLE SUR LE VIH/SIDA

Ce chapitre offre une vue d'ensemble des projets de recherche canadiens financés et en cours entre 2008 et 2011 relativement au VIH/sida et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes.

5.1 MÉTHODOLOGIE

L'information communiquée dans ce chapitre a été recueillie auprès d'organismes nationaux et provinciaux qui financent la recherche sur le VIH/sida et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada, ou qui fournissent des endroits où présenter une telle recherche. Parmi les organisations nationales, on peut citer les suivantes:

- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
- Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV)
- Fondation canadienne de recherche sur le SIDA (CANFAR)
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)

L'information a également été recueillie auprès des organisations provinciales suivantes :

- British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS (BC-CfE)
- Michael Smith Foundation for Health Research (MSFHR)
- Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FQRSC)
- Prairie Community-Based HIV Research Program
- Alberta Innovates Health Solutions
- Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN)

Les projets de recherche inclus dans ce chapitre, ainsi que leurs résumés (s'il y a lieu), sont énumérés à l'annexe B et répondent à tous les critères de sélection suivants :

- ils sont financés par l'une des organisations indiquées ci-dessus entre 2008 et 2011;
- ils sont particulièrement axés sur les jeunes;
- ils abordent au moins un déterminant de la vulnérabilité ou de la résilience au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui touche la santé des jeunes;
- ils comprennent des projets sur la co-infection au VIH et à l'hépatite C (VHC), sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et sur la santé sexuelle, la discrimination, la stigmatisation et l'homophobie;
- ils sont menés au Canada ou sont directement pertinents pour les jeunes Canadiens.

Ce chapitre met l'accent sur certaines populations précises de jeunes, qui sont particulièrement touchées par le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, notamment les jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable, les jeunes Autochtones, les jeunes de la rue, les jeunes de collectivités racialisées, les jeunes en détention, les jeunes qui vivent en famille d'accueil et les jeunes qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées.

Critères d'exclusion appliqués à la recherche :

- liée à la science fondamentale, à la microbiologie ou à la médecine clinique;
- découlant d'études internationales menées à l'étranger par des chercheurs canadiens, sauf si la nature de l'étude offrait des renseignements supplémentaires sur l'expérience vécue de jeunes Canadiens vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH/sida;
- liée à la surveillance ou à la surveillance améliorée, puisque ce type de recherche est incluse dans le chapitre 3 du présent rapport;
- terminée avant 2008.

La recherche terminée avant 2008 a été exclue, car il est présumé que ces projets auraient été relevés dans l'examen de la littérature didactique et de la littérature grise effectué pour les chapitres précédents de ce rapport d'étape. Cependant, comme il pourrait exister un écart entre la recherche et les publications, il se peut que certains documents ne soient pas du tout inclus. Les projets énumérés dans l'annexe B devaient être terminés après octobre 2008 ou plus tard, ou sont en cours d'élaboration.

Il est à noter que la recherche financée par l'entremise des volets de financement de la science fondamentale, de la microbiologie ou de la médecine clinique est très pertinente pour les jeunes vivant avec le VIH. Cependant, ces thèmes étaient exclus, car le présent rapport est axé sur l'expérience vécue des jeunes, notamment les jeunes vivant avec le VIH, et sur l'incidence de divers déterminants de la santé sur cette population.

5.1.1 LIMITES DE LA MÉTHODE

L'une des limites des critères de sélection est que certains projets sont subventionnés par plus d'un organisme ou reçoivent plus d'une subvention du même organisme pour une différente année. Par conséquent, certains projets peuvent être consignés dans l'annexe B plus d'une fois. Réciproquement, des fonds ont été offerts pour financer le salaire des chercheurs, les bourses aux étudiants, le transfert des connaissances ou les coûts d'exploitation. Par conséquent, ces fonds peuvent être utilisés pour subventionner plus d'un projet sur plusieurs années successives, mais un seul projet est indiqué dans la demande présentée à la source de financement.

Une deuxième limite de la sélection est qu'il n'y avait pas de résumés et de descriptions entières pour tous les projets. Dans certains cas, le sommaire (résumé, mots-clés ou titre) ne démontrait pas le besoin d'indiquer les jeunes comme étant la population étudiée. Les projets pour lesquels il n'existe pas de résumé ont été inclus si le titre ou les mots-clés contenaient l'un des termes de recherche. Certaines descriptions de projet ont dû être examinées davantage, et on a communiqué avec les chercheurs principaux lorsque cela était possible afin de déterminer si leurs projets portaient précisément sur les jeunes canadiens.

En outre, les organismes de financement de la recherche n'ont pas été identifiés dans chaque province et dans chaque territoire, et tous les résumés ne mentionnaient pas un axe géographique pour la recherche. Par conséquent, la section portant sur l'emplacement géographique (voir Emplacement géographique) ne reflète peut-être pas l'entière portée des travaux qui se déroulent dans chaque région.

En raison de la gamme des travaux de recherche en cours dans le domaine de la santé sexuelle, les limites de la méthode du présent rapport peuvent avoir entraîné l'exclusion involontaire de certains travaux. En outre, le présent rapport n'inclut pas la recherche financée par le secteur privé ou par les entreprises pharmaceutiques.

5.2 APERÇU DES PROJETS DE RECHERCHE FINANCÉS ENTRE 2008 ET 2011

5.2.1 EMPLACEMENT GÉOGRAPHIQUE

Au total, 59 projets de recherche ont été relevés selon la méthodologie décrite à la section pertinente du présent chapitre. Parmi ces projets, 43 précisaient l'emplacement de la recherche.

Il faut souligner que plusieurs projets de recherche dans ce chapitre sont liés à la même étude globale ou tirent leurs données de la même cohorte de participants. Par exemple, en Colombie-Britannique, les projets R5, R6, R27 et R30 tirent tous leurs données de la cohorte de l'étude *At-Risk Youth Study* (ARYS) ou recrutent leurs participants au sein de cette cohorte. De même, les projets R44 à R49 utilisent tous les données provenant du projet *Cedar*.

TABLEAU 4 : Répartition des projets de recherche selon l'emplacement géographique

PROVINCE/TERRITOIRE	NOMBRE DE PROJETS	NUMÉRO DU PROJET
A l'échelle nationale	3	R15, R42, R59
Colombie-Britannique	22	R5, R6, R7, R20, R22, R23, R26, R27, R28, R30, R33, R34, R35, R37, R44, R45, R46, R47, R48, R49, R50, R51, R56
Alberta	0	n/a
Saskatchewan	0	n/a
Manitoba	2	R19, R55
Ontario	12	R1, R2, R8, R18, R29, R36, R37, R38, R43, R53, R54, R57
Québec	4	R3, R9, R10, R32
Provinces de l'Atlantique (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard)	0	n/a
Territoires (Yukon, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut)	1	R40

Trois projets à l'échelle nationale ont été relevés. Le projet R15 est un projet pancanadien qui évalue les stratégies d'intervention chez les jeunes femmes séropositives et les facteurs qui font réussir les programmes de promotion de la santé sexuelle. Le projet R42 adopte une méthode d'éducation sur la prévention fondée sur les arts parmi les jeunes Autochtones et vise à inclure des représentants de la jeunesse autochtone de chaque région du Canada. Le projet R59 vise à améliorer la capacité d'évaluation des programmes d'éducation en matière de VIH et de santé sexuelle destinés aux jeunes Canadiens.

En Colombie-Britannique, on a relevé 22 projets de recherche. Parmi ces derniers, six font partie du projet *Cedar*, qui effectue le suivi d'une cohorte de jeunes Autochtones qui consomment de la drogue (R44, R45, R46, R47, R48, R49). Les projets R6 et R7 étudient les répercussions de la consommation de méthamphétamine en cristaux sur les comportements à risque associés aux rapports sexuels et à l'injection, sur le traumatisme et sur l'infection au VIH. Le projet R20 examine l'utilisation du dépistage en ligne des infections transmissibles sexuellement parmi les jeunes femmes. Le projet R22 examine les déterminants de la santé parmi les jeunes qui ont contracté

le VIH pendant la période périnatale. Le projet R23 évalue les expériences des jeunes hommes victimes d'exploitation sexuelle et vulnérables dans le domaine de l'accès aux services de santé et aux services sociaux. Le projet R26 étudie les habitudes de consommation de drogues illégales et l'environnement dans lequel elles sont utilisées, et évalue leurs effets sur le début de la consommation de drogues injectables, les comportements sexuels à risque et l'incidence du VHC et du VIH dans une cohorte de 500 jeunes de la rue. Le projet R27 examine les déterminants du début de la consommation de drogues injectables chez les jeunes de la rue à Vancouver. Le projet R28 étudie les interventions communautaires qui touchent la santé sexuelle des jeunes au sein du secteur de la santé et à l'extérieur. Le projet R30 analyse le paysage structurel, social et physique du monde de la drogue du centre-ville de Vancouver et la manière dont cet environnement façonne les expériences de la sécurité et du risque parmi les jeunes qui consomment de la drogue. Deux projets connexes mettent l'accent sur les jeunes et le dépistage en ligne des infections transmissibles sexuellement (R33), dont l'un est particulièrement axé sur les jeunes hommes (R56). Les projets R34 et R35 étudient les facteurs de protection associés au début de la consommation de drogues injectables chez les jeunes. Le projet R50 examine les contextes sociaux et structurels du risque d'infection au VIH chez les jeunes et les femmes qui participent au travail du sexe. Le projet R51 étudie la vulnérabilité au VIH et au VHC et la prévention de ces maladies chez les jeunes et les autres personnes qui consomment des drogues injectables.

Deux projets de recherche ont été relevés au Manitoba. Le projet R19 fait participer les collectivités de nouveaux arrivants à la recherche dans le domaine de la santé sexuelle et étudier les facteurs culturels de la réduction du risque d'infection au VIH. Le projet R55 aborde les environnements sociaux des jeunes appartenant à des collectivités racialisées.

Douze projets de recherche ont été répertoriés en Ontario. Bon nombre d'entre eux comprennent des travaux de recherche communautaire parmi les jeunes vivant en zone urbaine et provenant de collectivités racialisées, ainsi que parmi les jeunes qui consomment des drogues injectables. Le projet R1 adopte une méthode de recherche communautaire pour améliorer les services de prévention du VIH destinés aux jeunes nouveaux arrivants à Toronto. Le projet R2 étudie le risque de grossesse et d'infection au VIH parmi les jeunes de la rue à Toronto. Le projet R8 est un projet de renforcement des capacités qui vise à évaluer les programmes d'éducation par les pairs en matière de santé sexuelle des jeunes. Le projet R18 examine les déterminants des comportements à risque associés au VIH parmi les jeunes de l'Asie du Sud et évalue une brève intervention dans le domaine de la prévention du risque d'infection au VIH. Le projet R29 évalue les besoins en matière de prévention du VIH et du VHC des jeunes qui fument du crack. Le projet R36 examine l'utilisation des services de santé sexuelle par les jeunes de la rue à Hamilton. Le projet R37 recense les préoccupations des jeunes qui vivent avec le VIH dans le contexte de la santé sexuelle. Le projet R38 examine l'exclusion sociale ainsi que la santé et le bien-être des jeunes à genre variable et des jeunes appartenant à une minorité sexuelle. Le projet R43 met l'accent sur les problèmes de transphobie et d'homophobie auxquels font face les adolescents qui vivent en milieu urbain. Les projets R53 et R54 font partie de l'étude *Toronto Teen Survey*, qui examine les services de santé sexuelle parmi divers jeunes vivant en milieu urbain. Ces projets de l'étude *Toronto Teen Survey* visent à orienter l'établissement d'une stratégie à l'échelle de la ville en matière de services de santé sexuelle destinés aux jeunes. Le projet 57 étudie la résilience et la stigmatisation associée au VIH parmi les jeunes qui vivent avec le VIH.

Quatre projets de recherche ont été relevés au Québec. Le projet R3 examine le développement et les expériences des jeunes qui vivent avec le VIH. Les projets R9 et R10 font partie du projet *Chii Kayeh* sur la promotion adaptée sur le plan culturel de la santé sexuelle parmi la communauté Crie de la baie James. Le projet R32 est axé sur l'utilisation de la technologie de l'information pour promouvoir la santé sexuelle parmi les jeunes Autochtones.

Un projet se trouve dans la région du Nord, parmi les collectivités inuites (R40), mais l'emplacement exact n'est pas précisé. Ce projet étudie la promotion de la santé et les soins de santé adaptés sur le plan culturel parmi les jeunes Inuits.

La recherche n'a pas trouvé de projet actuellement financé au sujet de la jeunesse et du VIH/sida en Alberta, en Saskatchewan ou dans les provinces de l'Atlantique (Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador et Île-du-Prince-Édouard). Cela pourrait être dû en partie au fait que certains projets de recherche n'indiquent aucun emplacement, ainsi qu'à la portée de la méthodologie.

5.2.2 POPULATIONS PARTICULIÈRES DE JEUNES

Les 59 projets prennent pour cible un groupe particulier de jeunes, indiqué dans le tableau 5. Dans certains cas, le projet est lié à plus d'une des huit populations mentionnées dans l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*.

TABLEAU 5 : Répartition des projets de recherche selon la population

POPULATION	NOMBRE DE PROJETS	NUMÉRO DU PROJECT
Jeunes Autochtones	16	R9, R10, R14, R16, R31, R32, R40, R41, R42, R44, R45, R46, R47, R48, R49, R51
Jeunes qui consomment de la drogue	18	R5, R6, R7, R16, R21, R26, R27, R29, R30, R34, R35, R44, R45, R46, R47, R48, R49, R51
Jeunes de la rue	10	R2, R6, R7, R21, R23, R26, R27, R29, R34, R36
Jeunes vivant avec le VIH	6	R3, R12, R15, R22, R37, R57
Jeunes femmes	6	R2, R15, R20, R24, R35, R50
Jeunes hommes	2	R23, R56
Jeunes provenant de collectivités racialisées	3	R18, R19, R55
Jeunes nouveaux arrivants et immigrants	3	R1, R19, R55
Jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable	3	R38, R43, R56
Population générale des jeunes	11	R8, R13, R17, R25, R28, R31, R33, R39, R53, R54, R59
Autres populations	5	R4, R11, R50, R52, R58

JEUNES AUTOCHTONES

Seize projets mettent l'accent sur les jeunes Autochtones. Parmi ces projets, six font partie du projet *Cedar* (R44, R45, R46, R47, R48, R49), une étude de cohorte communautaire prospective en cours de plus de 500 jeunes Autochtones (Premières nations, Inuits et Métis inscrits et non inscrits) âgés de 14 à 30 ans, qui ont déclaré utiliser des drogues illégales injectables et non

injectables au cours du mois précédent à Prince George et à Vancouver (quartier centre-est), en Colombie-Britannique. Les projets R9 et R10 font partie du projet *Chii kayeh* et mettent un accent particulier sur les Cris de la baie James, au Québec. Ce projet de recherche communautaire examine un programme de santé et de prévention adapté sur le plan culturel et s'occupe du transfert de connaissances chez les jeunes Autochtones de cette collectivité. Le projet R14 examine les messages sur la santé publique qui sont adaptés sur le plan culturel pour les jeunes Autochtones. Le projet R16 étudie les environnements sociaux et les répercussions du colonialisme sur les facteurs de risque de l'utilisation de drogues injectables parmi les jeunes Autochtones. Le projet R31 examine les interventions, telles que la prévention, l'évaluation, la mise en œuvre, ainsi que le transfert et l'acquisition des connaissances, qui enrichissent la politique en matière de prévention pour les jeunes Autochtones. Le projet R32 étudie la promotion de la santé sexuelle grâce aux technologies de l'information et aux médias sociaux. Le projet R40 traite de la promotion de la santé adaptée sur le plan culturel et du renforcement des capacités parmi les jeunes Inuits. Les projets R41 et R42 examinent une stratégie basée sur les arts pour rédiger et diffuser des documents de prévention du VIH parmi les jeunes Autochtones.

JEUNES QUI CONSOMMENT DE LA DROGUE

Dix-huit projets portent sur les jeunes qui consomment de la drogue. Parmi ces derniers, sept font partie de l'étude de cohorte *Cedar* (R44, R45, R46, R47, R48, R49, R51). De nombreux projets énumérés sont axés sur l'utilisation de drogues injectables (R5, R6, R7, R16, R21, R26, R27, R34, R35), y compris les habitudes de consommation et les déterminants de la santé associés, tels que le développement de la petite enfance, l'hygiène personnelle et les environnements physiques et sociaux. D'autres projets examinent des questions précises, telles que la consommation de crack (R29) ou la consommation générale de drogues illégales parmi les jeunes (R30, R44, R45, R46, R47, R48, R49, R51).

Le projet R5 examine l'utilisation de drogues injectables et l'infection au VIH chez les jeunes. Le projet R6 analyse les facteurs de risque de consommation de méthamphétamine en cristaux et des comportements à risque associés aux rapports sexuels et à l'injection. Le projet R7 explore le développement malsain de l'enfant, notamment des questions telles que la violence sexuelle et le traumatisme, à titre de facteur de risque de l'utilisation de drogues injectables et de méthamphétamine en cristaux. Le projet R16 étudie le rôle des environnements sociaux et des compétences d'adaptation personnelle des jeunes dans les facteurs de risque et de protection relatifs à l'utilisation de drogues injectables. Le projet R21 vise à améliorer les programmes relatifs aux politiques et aux interventions en matière de santé publique destinés aux jeunes vulnérables à l'utilisation de drogues injectables et à l'infection au VIH. Le projet R26 est axé sur les environnements sociaux et physiques et les facteurs de risque de l'utilisation de drogues injectables, du sans-abrisme, du travail du sexe et le risque d'acquérir des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Le projet R27 examine les facteurs qui mènent au début, à la poursuite et à l'interruption de l'utilisation de drogues injectables, ainsi que d'autres facteurs de risque, comme la vente de drogues.

Le projet R29 examine les besoins en matière de prévention du VIH et du VHC des jeunes qui fument du crack. Le projet R30 explore la gentrification et les facteurs de risque tels que les préjudices liés à la drogue, la violence physique et les comportements à risque associés au VIH. Le projet R34 vise à orienter l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de prévention et étudie les compétences d'adaptation personnelle et les réseaux de soutien social des jeunes qui s'injectent de la drogue. Le projet R35 répertorie les vulnérabilités et la résilience au VIH et au VHC parmi les adolescentes autochtones.

JEUNES DE LA RUE

Dix projets abordent les jeunes de la rue. Parmi ces derniers, sept sont analysés dans la section concernant les jeunes qui consomment de la drogue (R6, R7, R21, R26, R27, R29, R34). Le projet R2 est analysé dans la section concernant les jeunes femmes de la rue. Le projet R23 examine les expériences des jeunes hommes victimes d'exploitation sexuelle dans le domaine de l'accès aux services de santé et aux services sociaux. Le projet R36 est un projet de recherche communautaire qui évalue les connaissances et les besoins des jeunes en matière de santé sexuelle, ainsi que les services de santé améliorés pour les jeunes de la rue marginalisés.

JEUNES VIVANT AVEC LE VIH

Six projets portent sur les jeunes vivant avec le VIH. Quatre d'entre eux sont axés sur des jeunes qui ont contracté le VIH par transmission verticale ou au début de l'adolescence; ils abordent des sujets tels que l'accès aux services de santé et aux services sociaux, les réseaux de soutien social, la stigmatisation et la discrimination, la divulgation de la séropositivité, ainsi que les trajectoires des relations sexuelles (R3, R12, R22, R37). Le projet R15 examine les interventions en matière de santé sexuelle chez les jeunes femmes séropositives. Le projet R57 évalue la résilience des jeunes qui vivent avec le VIH, ainsi que la stigmatisation dont ils font l'expérience.

JEUNES FEMMES

Six projets portent sur les jeunes femmes. Le projet R2 est une recherche communautaire axée sur les jeunes femmes de la rue; il étudie des questions telles que la grossesse et les facteurs de risque associés au VIH. Le projet R15 est également une recherche communautaire qui examine les environnements sociaux et les réseaux de soutien social des jeunes femmes qui vivent avec le VIH. Le projet R20 vise à faire participer les jeunes femmes au dépistage en ligne des infections transmissibles sexuellement, en particulier dans les groupes de jeunes femmes plus vulnérables. Le projet R24 est un travail de recherche de prévention qui cherche à orienter une élaboration des politiques améliorée et à augmenter l'accès aux services de santé pour les jeunes femmes. Le projet R35 explore la résilience parmi les jeunes femmes autochtones qui consomment de la drogue. Le projet R50 examine les contextes sociaux et sexuels du risque d'infection au VIH et du risque d'infections transmissibles sexuellement chez les jeunes femmes qui participent au travail du sexe.

JEUNES HOMMES

Deux projets mettent l'accent sur les jeunes hommes. Le projet R23 étudie l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les jeunes hommes victimes d'exploitation sexuelle, alors que le projet R56 se concentre sur l'amélioration de l'accès à des services de santé sexuelle et de dépistage en ligne pour les jeunes hommes en Colombie-Britannique.

JEUNES PROVENANT DE COLLECTIVITÉS RACIALISÉES

Trois projets sont axés sur les jeunes provenant de collectivités racialisées. Le projet R18 examine les déterminants des comportements à risque associés au VIH parmi les jeunes d'Asie du Sud vivant à Toronto. Il évalue une intervention de prévention du VIH par vidéo développée en collaboration avec un organisme de lutte contre le sida local appelé Alliance for South Asian AIDS Prevention. Les projets R19 et R55 étudient les facteurs culturels reliés à la vulnérabilité et à la résilience au VIH et aux ITS parmi les jeunes Africains nouveaux arrivants qui vivent dans l'ouest du Canada.

JEUNES NOUVEAUX ARRIVANTS ET IMMIGRANTS

Trois projets portent sur les jeunes nouveaux arrivants au Canada (R1, R19, R55). Le projet R1 étudie les environnements sociaux et l'accès à des programmes de santé adaptés sur le plan culturel afin de répondre aux besoins particuliers des jeunes nouveaux arrivants à Toronto, notamment les enjeux liés au racisme. Le projet R19 examine les facteurs culturels qui augmentent la vulnérabilité à l'infection au VIH parmi les jeunes Africains nouveaux arrivants qui vivent dans l'ouest du Canada. Le projet R55 vise à comprendre les facteurs culturels de la réduction du VIH et des ITS parmi les jeunes réfugiés et nouveaux arrivants africains à Winnipeg.

JEUNES À ORIENTATIONS SEXUELLES DIVERSES ET À GENRE VARIABLE

Trois projets consacrés aux jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable ont été répertoriés. Le projet R38 étudie les déterminants sociaux de la santé afin d'examiner les répercussions de l'exclusion sociale sur les résultats de santé et les besoins en matière de soins de santé des jeunes lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres. Le projet R43 examine l'homophobie et la transphobie parmi les jeunes qui vivent en milieu urbain. Le projet R56 examine comment faire participer les jeunes hommes au dépistage en ligne du VIH et des infections transmissibles sexuellement en Colombie-Britannique, y compris les jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

POPULATION GÉNÉRALE DES JEUNES

Onze projets portent sur les jeunes dans la population générale. La majorité de ces projets étudient la prévention, la promotion de la santé sexuelle et l'éducation (R8, R17, R25, R28 R31, R39, R53, R54, R59). Le projet R13 examine les croyances et les attitudes qui prédisent les comportements sexuels à risque parmi les jeunes, alors que le projet R33 étudie l'utilisation du dépistage des infections transmissibles sexuellement en ligne par les jeunes en Colombie-Britannique.

AUTRES POPULATIONS

Cinq projets étudient d'autres populations de jeunes. Les projets R4 et R11 mettent l'accent sur les adolescents qui ont été victimes de violence sexuelle pendant l'enfance et ont été confiés à des organismes de protection de la jeunesse, et examine comment cela façonne les comportements sexuels à risque. Le projet R50 analyse les contextes sociaux et sexuels du risque d'infection au VIH et du risque d'infections transmissibles sexuellement chez les jeunes femmes qui participent au travail du sexe. Les projets R52 et R58 étudient les questions liées à la santé sexuelle et à la prévention du VIH parmi les jeunes handicapés.

La recherche n'a répertorié aucun projet actuellement financé qui aborde les jeunes en détention ou les jeunes qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées et ne font pas partie des populations vulnérables indiquées ci-dessus.

5.2.3 DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

TABLEAU 6 : Répartition des projets de recherche selon le déterminant de la santé

DÉTERMINANT DE LA SANTÉ	NOMBRE DE PROJETS	NUMÉRO DU PROJET
Développement sain de l'enfant	6	R4, R7, R11, R46, R47, R49
Genre	4	R20, R23, R49, R56
Culture	6	R16, R18, R35, R39, R41, R42
Éducation	3	R9, R10, R59
Emploi/conditions de travail	0	n/a
Revenu et statut social	0	n/a
Environnements physiques	3	R6, R26, R30
Environnements sociaux, y compris la stigmatisation et la discrimination	15	R1, R6, R15, R16, R20, R26, R30, R33, R38, R43, R46, R47, R50, R55, R57
Services de santé et services sociaux	11	R1, R15, R20, R23, R24, R33, R36, R39, R40, R53, R54
Hygiène de vie personnelle et compétences d'adaptation personnelle	11	R3, R13, R18, R20, R26, R29, R35, R45, R46, R49, R51
Facteurs de protection et réseaux de soutien social	9	R3, R8, R15, R17, R34, R41, R42, R43, R57
Patrimoine biologique et génétique	0	n/a

Six projets portent sur le développement sain de l'enfant. Dans bien des cas, ces projets étudient les questions de violence et d'abus sexuels. Quatre projets mettent l'accent sur le sexe et six sur la culture, y compris des travaux de recherche qui appuient l'élaboration d'interventions de prévention du VIH pertinentes sur le plan culturel pour différentes collectivités. Trois projets abordent l'éducation et l'alphabétisation à titre de déterminants de la santé et examinent des enjeux tels que la prévention et l'éducation en matière de santé sexuelle. Trois projets étudient les environnements physiques dans lesquels se trouvent les jeunes qui sont vulnérables à l'infection au VIH.

Quinze projets analysent les environnements sociaux, y compris la stigmatisation et la discrimination. Onze projets étudient les questions liées à l'accès aux services de santé par les jeunes vulnérables au VIH/sida, y compris les services de dépistage, de diagnostic, de traitement et de prévention. Onze projets étudient l'hygiène personnelle et les compétences d'adaptation personnelle, alors que neuf projets examinent les facteurs de protection et les réseaux de soutien social.

5.2.4 CAPACITÉ DE LA RECHERCHE COMMUNAUTAIRE, DIFFUSION DES RÉSULTATS, RECHERCHE EN POLITIQUE DE SANTÉ ET TRANSFERT DES CONNAISSANCES

TABLEAU 7 : Répartition des projets de recherche par type d'intervention

TYPE D'INTERVENTION	NOMBRE DE PROJETS	NUMÉRO DU PROJET
Capacité de la recherche communautaire	3	R8, R19, R40
Réactions communautaires	9	R8, R9, R17, R40, R41, R43, R47, R48, R53
Recherche en politiques de santé	3	R21, R24, R31
Transfert des connaissances	8	R9, R25, R41, R42, R47, R48, R54, R55
Éducation	3	R3, R40, R52
Prévention	10	R1, R9, R17, R18, R19, R31, R32, R34, R36, R41
Intervention	10	R9, R15, R18, R20, R28, R32, R33, R41, R42, R56
Évaluation	3	R10, R18, R59

RECHERCHE COMMUNAUTAIRE

Trois projets sont explicitement axés sur le développement de la capacité de recherche communautaire. Le projet R8 vise à renforcer la capacité, au sein des collectivités, d'effectuer des recherches d'évaluation sur les programmes d'éducation par les pairs en matière de santé sexuelle des jeunes. Le projet R19 fait appel à un partenariat de collaboration entre des jeunes immigrants et réfugiés africains, des organisations communautaires et des chercheurs universitaires. Le projet R40 adopte une démarche de recherche communautaire qui sollicite l'engagement des organisations communautaires et des membres de la collectivité dans le processus de recherche.

RÉACTIONS COMMUNAUTAIRES

Neuf projets étudient les réactions communautaires visant le VIH parmi les jeunes. Le projet R8 met l'accent sur le renforcement de la capacité d'effectuer des recherches communautaires d'évaluation sur les programmes d'éducation par les pairs en matière de santé sexuelle des jeunes. Le projet R9 examine la mise en œuvre du programme *Chî kayeh* dans les communautés Cries. Le projet R17 étudie les méthodes de prévention du VIH, le soutien et la recherche communautaire parmi les jeunes. Le projet R40 est axé sur le renforcement des stratégies communautaires de l'éducation, du dépistage et du traitement du VIH/sida parmi les jeunes Inuits canadiens. Le projet R41 adopte des stratégies basées sur les arts pour développer le leadership des jeunes Autochtones dans le domaine de la prévention du VIH. Le projet R43 étudie le projet *Teens Resisting Urban Transphobia and Homophobia* (TRUTH). Les projets R47 et R48 visent à faciliter le transfert de connaissances relatif aux conclusions du projet *Cedar* aux membres et aux dirigeants de la collectivité. Le projet R53 est une enquête communautaire visant à évaluer les services de santé sexuelle parmi divers jeunes vivant en milieu urbain à Toronto.

RECHERCHE EN POLITIQUES DE SANTÉ

Trois projets examinent la recherche sur la politique en matière de santé. Les objectifs du projet R21 comprennent la production de perspectives que les organismes de la santé publique et les autres décideurs peuvent utiliser pour mettre en œuvre des programmes et des politiques éprouvés destinés aux jeunes et au VIH. Le projet R24 examine les répercussions des décisions stratégiques et des modèles de prestation de services sur la prévention du VIH chez les jeunes femmes. Le projet R31 est axé sur le transfert de la recherche primaire sur la prévention du VIH vers les politiques de prévention.

TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Huit projets soutiennent des activités de transfert des connaissances. Le projet R9 met l'accent sur l'application des renseignements recueillis en mettant en œuvre le programme *Chî kayeh* afin de rédiger un guide de mise en œuvre. Le projet R25 vise à communiquer des connaissances internationales au sujet de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication afin de promouvoir la santé sexuelle des adolescents et des jeunes adultes. Le projet R41 propose la tenue de six ateliers communautaires pour enseigner des stratégies de prévention basées sur les arts dans les collectivités autochtones. Le projet R42 aide les jeunes Autochtones à créer et à tourner de courts films sur la prévention du VIH dans leur collectivité. Les projets R47 et R48 sont liés au projet *Cedar*; le projet R47 est un forum sur le leadership et le projet R48 cherche à faciliter la participation des jeunes Autochtones et des aînés au transfert et à l'échange de connaissances. Le projet R54 soutient le transfert et l'échange des connaissances provenant de l'étude *Toronto Teen Survey*. Le projet R55 facilite les discussions au sujet de la santé sexuelle, des infections transmissibles sexuellement et du VIH/sida parmi les jeunes immigrants et réfugiés africains qui vivent à Winnipeg.

ÉDUCATION

Trois projets mettent l'accent sur l'éducation au sujet de la prévention du VIH et des infections transmissibles sexuellement. Le projet R3 suit l'évolution des jeunes qui ont contracté le VIH pendant la période périnatale afin d'orienter un programme d'éducation et de prévention qui tient compte des difficultés rencontrées par cette population. Le projet R40 est axé sur le renforcement des stratégies communautaires de l'éducation, du dépistage et du traitement du VIH/sida parmi les jeunes Inuits canadiens. Le projet R52 est tourné vers l'amélioration des stratégies d'éducation et de communication visant à discuter des questions sexuelles avec les jeunes ayant une ou plusieurs incapacités.

PRÉVENTION

Dix projets étudient la prévention. Le projet R1 vise à améliorer les services de prévention du VIH pour les jeunes nouveaux arrivants à Toronto. Le projet R9 est le projet *Chî kayeh*, qui examine la prévention et la promotion de la santé sexuelle dans les communautés Crie. Le projet R17 analyse les stratégies de prévention du VIH parmi les jeunes. Le projet R18 comprend l'évaluation d'une courte vidéo sur la prévention du VIH. Le projet R19 étudie la prévention et la réduction des risques dans les collectivités des nouveaux arrivants dans l'ouest du Canada. Le projet R31 met l'accent sur la recherche au sujet de la prévention dans les collectivités marginalisées. Le projet R32 examine la prévention du VIH/sida au sein des collectivités des Premières nations et est axé sur la promotion de la santé sexuelle et de la santé de la reproduction. Le projet R34 examine les facteurs qui préviennent le début de la consommation de drogues injectables chez les jeunes. Le projet R36 examine l'utilisation des services de santé sexuelle par les jeunes de la rue à Hamilton. Le projet R41 adopte des stratégies basées sur les arts pour développer le leadership des jeunes Autochtones dans le domaine de la prévention du VIH.

INTERVENTION

Dix projets sont axés sur les interventions. Le projet R9 évalue la mise en œuvre du programme *Chî kayeh* de santé sexuelle et de prévention du VIH et des infections transmissibles sexuellement dans les communautés Crie. Le projet R15 explore les stratégies d'intervention qui font réussir les programmes de promotion de la santé sexuelle chez les jeunes femmes séropositives. Le projet R18 évalue une intervention de prévention du VIH parmi les jeunes d'Asie du Sud vivant à Toronto. Le projet R20 examine un projet de dépistage en ligne des infections transmissibles sexuellement en Colombie-Britannique, alors que le projet R33 explore les interventions de dépistage en ligne des infections transmissibles sexuellement parmi les jeunes. Le projet R28 étudie les interventions communautaires qui visent à améliorer la santé sexuelle des jeunes. Le projet R32 examine la promotion de la santé sexuelle et la prévention du VIH à l'aide de la technologie de l'information chez les jeunes Autochtones. Les projets R41 et R42 proposent la tenue de six ateliers communautaires auprès des jeunes Autochtones pour enseigner des stratégies de prévention basées sur les arts. Le projet R56 cherche à améliorer l'accès en ligne aux services de santé sexuelle et de dépistage pour les jeunes hommes en Colombie-Britannique.

ÉVALUATION

Trois projets évaluent diverses initiatives. Le projet R10 est un projet de recherche d'évaluation sur la façon dont le programme *Chii kayeh iyaakwaamiih* est adopté dans le contexte pédagogique autochtone des Cris de la baie James, au Québec. Le projet R18 comprend une évaluation d'intervention de prévention du VIH parmi les jeunes d'Asie du Sud vivant à Toronto. Le projet R59 étudie ce qui est nécessaire pour améliorer la capacité d'évaluation des programmes d'éducation en matière de VIH et de santé sexuelle destinés aux jeunes.

5.2.5 RÉSILIENCE

Bien que le présent rapport souligne la vulnérabilité de certaines populations de jeunes, il est important de noter que les jeunes et leurs collectivités ont manifesté une résilience considérable en réponse à la vulnérabilité au VIH. Trois projets abordent cette résilience parmi les jeunes (R34, R46, R49). Le projet R34 explore les facteurs qui empêchent les jeunes de la rue de commencer à consommer des drogues injectables. Le projet R46 étudie la résilience parmi les participants au projet *Cedar*, plus particulièrement contre la vulnérabilité au VIH et la consommation de drogue. Le projet R49 cherche à mieux comprendre les facteurs de protection qui préviennent des résultats de santé encore plus négatifs chez les participants au projet *Cedar* qui ont été victimes d'un traumatisme sexuel.

5.3 DOMAINES DE RECHERCHES FUTURES

La liste suivante met en relief les domaines sur lesquels de futurs travaux de recherche pourraient combler des lacunes dans les connaissances au sujet des jeunes et du VIH/sida. Du point de vue géographique, des populations de jeunes et des déterminants de la santé et de la résilience précis ont été retenus et nécessitent une recherche plus poussée afin de mieux comprendre le rôle complexe que les déterminants de la santé jouent dans la vulnérabilité et la résilience des jeunes au VIH/sida. Bien que la liste suivante ne se veuille pas exhaustive, elle a été dressée en examinant les lacunes en matière de recherche qui émergent des chapitres 4 et 5 et qui ont vu le jour au cours de discussion avec les membres du groupe de travail.

GÉOGRAPHIE

- jeunes vivant dans des collectivités rurales et éloignées;
- jeunes vivant dans des collectivités des Premières nations dans des réserves, ainsi que dans des collectivités de Métis ou d'Inuits;
- jeunes Autochtones vivant en milieu urbain;
- jeunes qui migrent des régions rurales et éloignées aux centres urbains;
- jeunes qui vivent dans les Prairies et dans la région de l'Atlantique;
- jeunes qui migrent dans l'ensemble du pays.

POPULATIONS DISTINCTES

- jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable (p. ex. jeunes gais, bisexuels, transgenres et autres jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, ainsi que les jeunes en questionnement);
- jeunes femmes de la rue (p. ex. répercussions de l'interaction des multiples facteurs socio-économiques et du sexe sur le risque associé au VIH et aux infections transmissibles sexuellement);
- jeunes hommes qui ont été victimes de violence sexuelle;
- jeunes hommes hétérosexuels (p. ex. interventions efficaces de promotion de la santé sexuelle auprès de cette population);
- nouveaux arrivants, immigrants et jeunes provenant de collectivités racialisées (p. ex. santé sexuelle, racisme, vulnérabilité au VIH et aux infections transmissibles sexuellement, y compris parmi les jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable);
- jeunes Autochtones (p. ex. vulnérabilité et résilience des jeunes femmes autochtones; recherche propre aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis dans le contexte de documents de prévention appropriés sur le plan culturel);
- jeunes qui vivent avec le VIH (p. ex. relations amoureuses et divulgation, rôle et expériences des parents et des frères et sœurs des jeunes séropositifs, réseaux de soutien social, besoins en matière de santé sexuelle et de prévention et information sur le VIH, expérience des services de santé et de traitement et accès à ces derniers, utilisation d'Internet pour obtenir un soutien social et des connaissances);
- jeunes qui vivent en familles d'accueil ou dans des foyers de groupe;
- jeunes en détention;
- jeunes qui vivent avec un handicap physique ou intellectuel;
- évaluation des interventions parmi des populations de jeunes précises.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

- conséquences émotionnelles de la violence émotionnelle, sexuelle ou physique pendant l'enfance sur la vulnérabilité et la résilience des jeunes au VIH et aux infections transmissibles sexuellement;
- incidence des relations positives entre les parents et les enfants sur la résilience et les facteurs de protection;
- stratégie de recherche d'analyse axée sur le sexe;

- éducation en matière de santé sexuelle (p. ex. accès, évaluation, recensement des meilleures pratiques);
- emploi officiel, revenu et vulnérabilité au VIH;
- environnements physiques et leurs répercussions sur la vulnérabilité au VIH et aux infections transmissibles sexuellement (p. ex. logement social, prison, famille d'accueil ou foyers de groupe);
- rôle et influence des médias sociaux sur le comportement sexuel des jeunes;
- répercussions de l'intimidation, de l'homophobie et de la stigmatisation sur les jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable;
- santé mentale, vulnérabilité au VIH et aux infections transmissibles sexuellement (p. ex. mauvaise image de son corps, actes autodestructeurs, dépression, anxiété, pensées suicidaires);
- répercussions des poursuites criminelles pour motif de non-divulgation de la séropositivité sur les jeunes;
- rôle des parents et des frères et sœurs plus âgés dans la résilience des jeunes qui vivent avec le VIH;
- patrimoine biologique et génétique (p. ex. répercussions des handicaps physiques ou intellectuels sur la vulnérabilité au VIH et aux infections transmissibles sexuellement, syndrome d'alcoolisme fœtal).

RÉSILIENCE

- facteurs qui protègent et favorisent la résilience parmi les jeunes, notamment les populations précises de jeunes telles que les jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable, les filles et les jeunes provenant de collectivités racialisées, à l'échelle individuelle et à l'échelle socio-structurelle plus large.

CHAPITRE 6 – STRATÉGIE ACTUELLE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA CHEZ LES JEUNES

Ce chapitre offre un aperçu des stratégies, coalitions, réseaux, organismes et programmes de lutte contre le VIH/sida et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes au Canada.

6.1 MÉTHODOLOGIE

Pour recueillir des renseignements sur les stratégies, réseaux, coalitions, organismes consultatifs et projets existants pendant la période allant de 2009 à 2011, les représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux et d'autres intervenants ont été joints par :

- le groupe de travail sur le rapport d'étape;
- l'ancien Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le VIH/sida (FPT-sida);
- la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada;
- le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé du Comité des responsables des services correctionnels;
- les consultants des programmes nationaux et régionaux sur le VIH/sida de l'Agence de la santé publique du Canada.

Les projets financés par l'AIDS Prevention Community Investment Program du Bureau de santé publique de Toronto de 2009 à 2010 et de 2010 à 2011 ont également été inclus dans l'analyse, mais les organisations du secteur privé ne l'étaient pas. Bien que nous nous soyons efforcés de recenser autant d'activités que possible, il se peut que ce chapitre ne contienne pas tous les projets, réseaux, coalitions et organismes consultatifs qui abordent le VIH chez les jeunes au Canada.

Diverses organisations, divers projets à durée limitée et diverses ressources en ligne ont été répertoriés au cours du processus de recueil de renseignements et organisés en quatre catégories, énumérées à l'annexe C :

- réseaux, coalitions et organismes consultatifs axés sur les jeunes[xvi];
- projets à durée limitée en cours entre 2009 et 2011 et abordant le VIH parmi les jeunes;
- organisations et ressources en ligne pour les jeunes relativement au VIH, aux infections transmissibles sexuellement et par le sang et à la santé sexuelle;
- organisations et ressources en ligne qui abordent les déterminants de la santé associés au VIH parmi les jeunes.

[xvi] Dans le présent rapport, on entend par réseau ou coalition un organisme composé d'organisations membres ou de membres individuels qui représente les intérêts, les buts ou les objectifs du groupe dans le cadre de forums provinciaux, nationaux ou internationaux. On entend par organisme consultatif une organisation qui offre des services de consultation en matière d'élaboration ou de mise en œuvre de stratégies, de politiques et de programmes.

Les projets à durée limitée ont été inclus dans ce chapitre s'ils étaient axés sur le VIH, les infections transmissibles sexuellement et par le sang et/ou la santé sexuelle, portaient spécifiquement sur les jeunes et étaient en cours pendant la période de 2009 à 2011.[xvii] Le cas échéant, les sites Web des organisations ont été examinés afin de déterminer et d'analyser le type de services offerts et la population spécifique visée (s'il y a lieu) au sein de la population des jeunes.

6.2 VUE D'ENSEMBLE

Au Canada, la portée et la complexité de la stratégie de lutte contre le VIH/sida se sont accrues depuis la première infection. Les organismes gouvernementaux, les organisations non gouvernementales et communautaires, les chercheurs, les professionnels de la santé et les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables à l'épidémie, prennent des mesures pour gérer l'infection et les conditions qui la favorisent. En outre, ces groupes reconnaissent de plus en plus la relation entre le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, notamment les voies de transmission courantes, les facteurs de risque, les populations vulnérables et les déterminants.

Par l'entremise de l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida*, le gouvernement du Canada surveille les cas de VIH par l'intermédiaire de ses systèmes de surveillance nationale, établit des politiques, des lignes directrices et des programmes, et soutient le secteur du bénévolat (composé d'organisations nationales de lutte contre le VIH/sida, d'organisations de services et d'organisations communautaires) dans la lutte contre le VIH/sida dans les collectivités de l'ensemble du pays.

Les provinces et les territoires mènent des activités similaires et, en vertu de la constitution du Canada, ont la responsabilité principale de fournir des services de santé et des services sociaux aux personnes qui vivent avec le VIH/sida et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang et à ceux qui courent le risque de les contracter.

À l'aide d'un financement public et privé, les organisations de toutes les provinces et de tous les territoires s'efforcent de réduire les répercussions du VIH/sida et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, et offrent des services de diagnostic, de prévention, de soins, de traitement et de soutien aux personnes les plus vulnérables. Le secteur privé et les communautés religieuses participent également à la lutte contre le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada en offrant des fonds ou des programmes. Selon la province ou le territoire, les organisations communautaires travaillent dans des structures prédéfinies afin de déterminer les priorités et d'affecter les ressources. Les collectivités et les autorités sanitaires locales, les gouvernements, les organismes de première ligne, les bénévoles et les populations touchées occupent une position particulière qui leur permet de déterminer la pertinence de l'intervention.

6.3 STRATÉGIES AXÉES SUR LES POPULATIONS DISTINCTES

Cette section offre une vue d'ensemble des stratégies nationales et provinciales ou territoriales existantes qui luttent contre le VIH/sida et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes.

[xvii] Ce chapitre a pour but d'offrir une vue d'ensemble des activités et des initiatives en cours pendant la période de 2009 à 2011 visant à aborder le VIH/sida parmi les jeunes au Canada. Tous les projets à durée limitée étaient en cours à un moment ou à un autre pendant ces années, mais certains projets et certaines activités peuvent se prolonger au-delà de cette période (c'est-à-dire ont commencé avant 2009 ou se sont poursuivis après 2011).

6.3.1 STRATÉGIES AXÉES SUR LES POPULATIONS DISTINCTES À L'ÉCHELLE NATIONALE

L'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* indique que les jeunes à risque constituent l'une des huit principales populations à risque ou touchées de façon disproportionnée par le VIH/sida[367].

Cette initiative a été élaborée en tant que réponse du gouvernement du Canada au document *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida*, un document préparé par des intervenants et traçant les grandes lignes d'une stratégie nationale coordonnée de lutte contre le VIH/sida au Canada. Le document souligne l'importance de la participation communautaire à la stratégie d'intervention et la nécessité d'offrir des services et des programmes adaptés aux différentes cultures, aux différents groupes d'âge et aux hommes ou aux femmes[368].

En 2010, le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) a publié le document *National Aboriginal Youth Strategy on HIV and AIDS in Canada*, qui couvrent les années 2010 à 2015. La stratégie a été élaborée selon les conseils du National Aboriginal Youth Council on HIV and AIDS, ainsi que des Autochtones qui vivent avec le VIH/sida, des représentants des organisations autochtones de services liés au sida et des intervenants de la collectivité, entre autres.

6.3.2 STRATÉGIES AXÉES SUR LES POPULATIONS DISTINCTES À L'ÉCHELLE PROVINCIALE

La plupart des provinces et des territoires ont mis en place des stratégies qui portent sur le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang et abordent les soins, le traitement et le soutien. Les provinces et les territoires ont de plus en plus adopté une démarche intégrée dans le cadre d'une stratégie plus globale de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang ou de stratégies de santé sexuelle. La plupart des provinces et des territoires n'avaient pas de stratégie tout particulièrement axée sur les jeunes, mais bon nombre d'entre eux définissaient les jeunes comme étant une population particulièrement touchée par le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang et particulièrement vulnérables à ces infections.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Le document *Priorities in Action in Managing the Epidemics – HIV/AIDS in BC: 2003–2007* de la Colombie-Britannique (mesures prioritaires dans la gestion des épidémies : VIH/sida en Colombie-Britannique de 2003 à 2007) a orienté le système de santé vers des améliorations durables des activités de prévention du VIH/sida, de réduction des préjudices, de soins, de renforcement des capacités, de traitement et de soutien, de coordination et de coopération[369]. Chaque autorité sanitaire régionale de la province élabore ses propres stratégies, qui complètent les orientations provinciales. La stratégie provinciale définit les jeunes (y compris les jeunes Autochtones et les jeunes qui utilisent des drogues injectables) comme étant particulièrement vulnérables à l'infection au VIH. Les objectifs propres aux jeunes comprennent l'offre garantie de services de soins, de traitement et de soutien aux populations vulnérables, y compris les jeunes sans abri, ainsi que la réduction de moitié de l'incidence de l'infection au VIH parmi les jeunes et les autres populations.

ALBERTA

La stratégie de l'Alberta, intitulée *Sexually Transmitted Infections and Blood Borne Pathogens Strategy and Action Plan (2011–2016)* (stratégie et plan d'action pour lutter contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang), offre une orientation provinciale permettant de

concentrer et de coordonner les efforts de tous les partenaires qui participent à la prévention, au contrôle et à la prise en charge des infections transmissibles sexuellement et par le sang[370]. Les activités propres aux jeunes comprennent l'élaboration et la mise en œuvre d'une information et d'interventions ciblées en matière de santé sexuelle afin de contribuer à retarder l'âge des premiers rapports sexuels, la promotion de pratiques sexuelles plus sécuritaires, l'augmentation du dépistage en vue de la détection précoce des infections transmissibles sexuellement et par le sang, ainsi que l'offre de renseignements pertinents sur la santé sexuelle et sur la prévention et le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Les populations de jeunes qui sont ciblées comprennent les jeunes dans la population générale, les jeunes en centre de détention, les jeunes qui ont décroché de l'école, les jeunes sans abris et les jeunes de la rue, ainsi que les autres jeunes vulnérables.

SASKATCHEWAN

Le document *Saskatchewan's HIV Strategy 2010–2014* définit les jeunes comme étant une population qui affiche des taux élevés d'infection au VIH[371]. La stratégie prévoit la création de réseaux de soutien par les pairs pour les populations vulnérables, telles que les jeunes séropositifs, ainsi que l'amélioration de la prévention pour les enfants et les jeunes, tels que le « programme Kids-First, qui met l'accent sur des domaines tels que les visites à domicile, l'engagement des parents et la promotion de couplage avec les services de santé mentale et de toxicomanie »[372].

MANITOBA

Le ministère de la Vie saine, des Aînés et de la Consommation du Manitoba continue de mettre en œuvre un plan d'action sur la sexualité saine qui favorise des pratiques sexuelles holistiques et s'efforce de réduire les taux d'infections transmissibles sexuellement, d'améliorer l'accès au dépistage des infections transmissibles sexuellement, de réduire les taux de grossesses précoces et imprévues, d'améliorer les compétences générales en négociation des relations sexuelles et les relations saines, ainsi que d'améliorer les niveaux de soins et de traitement des personnes vivant avec le VIH/sida. Le ministère gouvernemental codirige également l'élaboration d'une nouvelle stratégie provinciale, intitulée *Sexually Transmitted Blood Borne Infections Strategy 2012–2017*, un processus qui a mené à des collaborations clés entre les partenaires et les intervenants provinciaux, régionaux, fédéraux et communautaires. Cette stratégie provinciale intègre le VIH dans la stratégie globale de prévention, de traitement et de surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang et abordera la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, les virus de l'hépatite B et C, le virus du papillome humain et le VIH. Cette stratégie, mise à jour, vise à promouvoir une stratégie d'intervention provinciale plus coordonnée en matière de prévention et de contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang où les jeunes figurent parmi les populations principalement ciblées.

ONTARIO

En Ontario, le Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida a élaboré le document *A Proposed HIV/AIDS Strategy for Ontario to 2008* (stratégie proposée de lutte contre le VIH/sida en Ontario jusqu'en 2008). La proposition souligne la nécessité « de déterminer et de mettre en œuvre des stratégies afin de s'assurer que les jeunes de l'Ontario reçoivent une éducation à propos du VIH et des autres maladies transmissibles sexuellement par l'intermédiaire du programme d'études scolaire et dans des milieux non scolaires (p. ex. clubs, programmes et organisations pour la jeunesse), et de créer une stratégie pour les jeunes gais et bisexuels[373]. Le document *Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy Strategic Plan for the Years 2010–2015* (Plan stratégique de lutte autochtone contre le VIH/sida en Ontario pour les années 2010 à 2015) définit également les

jeunes Autochtones comme une population particulièrement vulnérable au VIH[374]. Le plan stratégique inclut cette population dans toute une gamme d'activités, avec l'objectif précis que les « jeunes Autochtones comprennent mieux la menace du VIH/sida et sachent comment prévenir l'infection »[375]. Les stratégies qui permettent d'atteindre cet objectif mettent l'accent sur la collaboration avec les jeunes Autochtones dans la conception et la diffusion de messages de prévention ainsi que sur la liaison avec les autorités pédagogiques afin de s'assurer que les communications sont mises en œuvre dans les écoles à forte population autochtone.

QUÉBEC

La *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement, 2003–2009* définit les jeunes comme étant l'une des populations particulièrement vulnérables aux infections transmissibles sexuellement et note que ces groupes particuliers de jeunes vulnérables nécessitent des interventions spécifiques (c'est-à-dire les jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les jeunes qui utilisent des drogues injectables, les jeunes provenant de pays où le VIH est endémique, les jeunes femmes vulnérables et les jeunes Autochtones)[376]. La stratégie détermine plusieurs activités qui incluent des éléments propres à la population, tels que le fait de cibler des activités pour des populations précises et d'augmenter l'accès aux cliniques de santé sexuelle orientées vers les jeunes.

NOUVELLE-ÉCOSSE

Le document *Nova Scotia's Strategy on HIV/AIDS* (stratégie de la Nouvelle-Écosse sur le VIH/sida) détermine que les jeunes âgés de 15 à 19 ans représentent une population particulièrement vulnérable à l'infection au VIH et recommande la création d'environnements scolaires favorables dans le cadre d'une stratégie coordonnée de prévention du VIH[377]. En outre, le document *Framework for Action: Youth Sexual Health in Nova Scotia* (Cadre d'action : La santé sexuelle des jeunes en Nouvelle-Écosse) a été produit par Nova Scotia Roundtable on Youth Sexual Health en consultation avec des intervenants du gouvernement et de la collectivité[378]. Il « offre des suggestions de rôles aux jeunes, aux collectivités, aux agences communautaires et à tous les secteurs du gouvernement afin d'améliorer la santé sexuelle des jeunes en Nouvelle-Écosse »[379]. Le cadre comprend cinq volets clés : leadership et engagement, sensibilisation et soutien de la collectivité, éducation en matière de santé sexuelle à l'école, engagement et participation des jeunes et services associés à la santé sexuelle destinés aux jeunes. Le document *Standards for Blood Borne Pathogens Prevention Services in Nova Scotia*[380] (Normes relatives aux services de prévention des pathogènes transmissibles par le sang en Nouvelle-Écosse) détermine également que les jeunes ont une population vulnérable. Ce document souligne les programmes et les initiatives qui ciblent les jeunes à l'échelle provinciale et détermine des normes pour les services de prévention destinés à la population des jeunes.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Le document *Sexually Transmitted Infections–The Naked Truth: A Strategic Directions Document* (les infections transmissibles sexuellement – la vérité toute nue : document d'orientation stratégique) note que les jeunes des Territoires sont particulièrement touchés par les infections transmissibles sexuellement[381]. Bon nombre des buts et des objectifs du document sont propres aux jeunes et comprennent le soutien d'initiatives relatives aux modes de vie sains pour les jeunes, la mise en œuvre de stratégies de prévention des infections transmissibles sexuellement dans les collectivités individuelles, l'aide aux jeunes pour prendre des décisions éclairées au sujet des comportements sexuels, la mise en œuvre de campagnes pédagogiques multimédias sur les infections transmissibles sexuellement pour les jeunes et le renforcement de l'éducation sexuelle en milieu scolaire.

NUNAVUT

Les objectifs du document *Developing Healthy Communities: A Public Health Strategy for Nunavut 2008–2013* (Des collectivités saines : Stratégie de santé publique pour le Nunavut, de 2008 à 2013) consistent à diminuer l'incidence des jeunes qui adoptent des comportements à risque, tels que les rapports sexuels non protégés, ainsi qu'à réduire le taux de grossesses précoces[382]. Les stratégies qui appuient ces objectifs comprennent l'offre d'un programme d'éducation en matière de santé sexuelle à l'école et met l'accent sur les compétences telles que la prise de décision, l'affirmation de soi et la communication.

AUTRE

Bien que Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, le Yukon n'aient pas de stratégie propre au VIH ou aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, ils incluent des stratégies de lutte contre ces maladies parmi les jeunes dans le cadre de stratégies de santé provinciale plus générales.

6.4 RÉSEAUX, COALITIONS ET ORGANISMES CONSULTATIFS AXÉS SUR LES JEUNES

Cette section donne une vue d'ensemble des réseaux, coalitions et organismes consultatifs propres aux jeunes et axés sur le VIH/sida, qui organisent diverses activités (par exemple, services de consultation, de défense des droits et de recherche). Certains des réseaux indiqués ci-dessous mettent également des programmes en œuvre. L'existence de ces organisations et organismes indique combien la collaboration en partenariat est importante entre les secteurs communautaires, organisationnels et gouvernementaux pour aborder la question du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes.

Trois organisations ont été relevées au niveau national :

1. L'Association canadienne pour la santé des adolescents est une organisation nationale à but non lucratif composée de professionnels en soins de santé, qui vise à promouvoir la santé et le bien-être des jeunes, en particulier ceux qui sont âgés de 10 à 19 ans, à établir des normes de soins de santé et de services pour les jeunes, ainsi qu'à promouvoir la coopération entre les professionnels des soins de santé et les organisations.
2. Le National Aboriginal Youth Council on HIV and AIDS (NAYCHA) est un comité du Réseau canadien autochtone du sida (RCAS). Les membres de NAYCHA sont composés de jeunes des Premières nations, Inuits et Métis (âgés de 18 à 29 ans) qui représentent chaque province et chaque territoire. NAYCHA offre aux jeunes Autochtones des conseils et un leadership sur les questions liées au VIH/sida.
3. Le Native Youth Sexual Health Network (NYSHN) est un réseau de pairs créé par des jeunes indigènes, qui est axé sur la santé sexuelle et la santé de la reproduction, y compris le VIH, les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang et les questions connexes. Il participe à la défense des droits, au développement des ressources et à des projets précis avec les jeunes indigènes au Canada et aux États-Unis.

Une organisation a été relevée à l'échelle provinciale. La Nova Scotia Roundtable on Youth Sexual Health est un groupe de professionnels de la santé, d'éducateurs et d'organisations gouvernementales et non gouvernementales qui s'intéressent à la santé sexuelle des jeunes. Cette table ronde a rédigé le document *Framework for Action: Youth Sexual Health in Nova Scotia*.[383]

À Cap-Breton, le Sexual Health Network est composé de plusieurs partenaires dans le domaine du VIH et de l'éducation et met l'accent sur l'amélioration de la santé sexuelle parmi les jeunes qui fréquentent l'école secondaire de premier et de deuxième cycle dans la région.

6.5 ANALYSE DES PROGRAMMES

Cette section offre un aperçu des types d'organisations et de projets en cours de 2009 à 2011 qui concernent le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes au Canada. Les projets financés inclus dans l'analyse étaient destinés aux jeunes, comprenaient un volet axé sur les jeunes ou ciblaient les jeunes directement au sein d'un groupe plus important. Les projets et les organisations responsables sont énumérés à la section 2 de l'annexe C.

De nombreuses organisations de services liés au sida offrent des services aux jeunes, tels que des ateliers éducatifs ou des groupes de soutien, qui font partie de leurs activités régulières liées à la prévention, aux soins et au soutien en matière de VIH. En raison des limites de la méthodologie, tous ces types d'activités n'ont pas été répertoriés dans la présente analyse. Il est également important de noter que les projets liés au VIH/sida qui ont été intégrés dans des activités régulières, provinciales ou territoriales, de prestation de services de soins de santé et de services sociaux n'ont pas été inclus ici. De plus, en raison de la durée limitée des projets et de l'intervalle de temps entre la rédaction et la publication de ce rapport, il se peut que certains projets ne soient plus actifs.

6.5.1 TYPES D'ORGANISATIONS

Sur les 105 projets examinés, 44 (42 %) abordaient les jeunes dans le cadre d'un projet plus étendu, alors que 61 ciblaient exclusivement les jeunes (annexe C). La figure 35 montre que plus de la moitié (56 %) des organisations qui s'occupent de prévention du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang sont des organisations de services liés au sida, suivies par les services communautaires, les services communautaires de santé ou de santé sexuelle (19 %) et les organisations de services destinés aux jeunes (12 %). Cette analyse révèle la diversité des groupes qui travaillent à la prévention et aux complexités des besoins particuliers des jeunes.

FIGURE 35 : Répartition des organismes impliqués dans la lutte contre le VIH/sida et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes, par type d'organismes (n = 105)

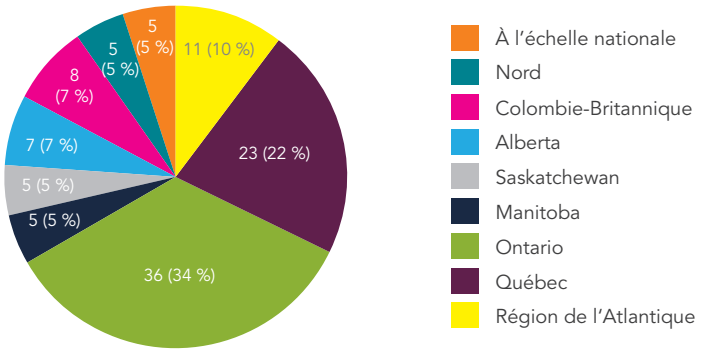
6.5.2 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES PROJETS

Le tableau 8 indique la répartition des projets au Canada. Entre 2009 et 2011, 105 projets traitant du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada ont été relevés. Il convient de noter que les provinces dont la population est plus nombreuse peuvent avoir reçu un financement plus important pour des projets.

TABLEAU 8 : Répartition géographique des projets visant à lutter contre le VIH/sida et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada (n = 105)

EMPLACEMENT	PROJETS
A l'échelle nationale	Y1–Y5
Colombie-Britannique	Y6–Y13
Alberta	Y14–Y20
Saskatchewan	Y21–Y25
Manitoba	Y26–Y30
Ontario	Y31–Y66
Québec	Y67–Y89
Provinces de l'Atlantique	Y90–Y100
Région du Nord	Y101–Y105

FIGURE 36 : Répartition géographique des projets visant à lutter contre le VIH/sida et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada (n = 105)



Sur les 105 projets examinés, 7 % se trouvaient en Colombie-Britannique, 7 % en Alberta, 5 % en Saskatchewan, 5 % au Manitoba, 34 % en Ontario, 22 % au Québec, 10 % dans les provinces de l'Atlantique et 5 % dans le Nord. En outre, cinq projets étaient de portée nationale.

6.5.3 PROJETS DESTINÉS À DES POPULATIONS DISTINCTES DE JEUNES[xviii]

La moitié des projets relevés (50 %) ciblaient la population générale des jeunes (Y7, Y11, Y13-Y22, Y27, Y28, Y33, Y34, Y35, Y37, Y38, Y40, Y41, Y43, Y44, Y46, Y47, Y57, Y59, Y66, Y67, Y68, Y71, Y72, Y74, Y75, Y79, Y80-Y83, Y86, Y88-Y92, Y94, Y95, Y96, Y98-Y103), alors que l'autre moitié étaient axés sur des populations de jeunes distinctes. Les groupes distincts comprenaient des jeunes :

- Autochtones;
- à orientations sexuelles diverses et à genre variable;
- de la rue;
- vivant avec le VIH;
- provenant de collectivités racialisées ou de collectivités de nouveaux arrivants ou d'immigrants;
- qui consommaient de la drogue;
- en prison ou aux prises avec le système de justice;
- en familles d'accueil ou dans des foyers de groupe;
- participant au travail du sexe;
- vivant avec une ou des incapacités

Comme nous l'avons indiqué au chapitre 4, ces groupes font souvent l'expérience de la discrimination et rencontrent de nombreux problèmes de santé et problèmes sociaux qui prennent leur source dans le racisme, le sexisme, l'homophobie et la privation socio-économique, qui peuvent influer sur leur vulnérabilité au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Par conséquent, ces populations peuvent nécessiter des stratégies individuelles afin d'aborder leur situation de santé et situation socio-économique particulière.

Sur tous les projets relevés, 88 (84 %) comprenaient l'offre de renseignements aux jeunes grâce à des dépliants, des brochures et des ressources, et 68 (65 %) étaient axés sur l'éducation grâce à des ateliers interactifs, des présentations ou des groupes de pairs. Les sujets comprenaient les messages sur la prévention du VIH/sida, sur le diagnostic, les soins et le traitement, la santé sexuelle et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Plus de la moitié (56 %) des projets offraient un soutien de proximité ou de pairs afin de prévenir l'infection au VIH et comprenaient la formation de facilitateurs pairs, de programmes de counseling des jeunes par des pairs et des programmes de sensibilisation conçus par et pour des jeunes. Vingt-sept (26 %) projets étaient axés sur la prévention (p. ex. la distribution de manuels de prévention du VIH, les campagnes de prévention ciblant les comportements sexuels plus sécuritaires). Douze (11 %) comprenaient la réduction des préjudices, tels que l'échange de seringues, un programme de sensibilisation à la consommation de drogues injectables, l'accès à des trousses sur les rapports sexuels protégés et la réduction des dommages et des services de recommandation.

JEUNES AUTOCHTONES

Sur les projets ciblés, vingt-neuf (28 %) mettaient l'accent sur les jeunes Autochtones. Quatre d'entre eux étaient des projets nationaux qui examinaient les messages adaptés sur le plan culturel concernant la santé sexuelle et la réduction des préjudices pour les jeunes Autochtones (Y1, Y2, Y3, Y5). Bon nombre de ces projets adoptaient des démarches innovantes fondées sur des pairs.

[xviii] Le nombre de projets pour les types d'intervention et les populations cibles est plus élevé que le nombre total de projets examinés, car de nombreux projets comprenaient plus d'une activité ou ciblaient plus d'une population distincte de jeunes.

Par exemple, en Colombie-Britannique, AIDS Vancouver Island offrait des outils d'éducation électroniques sur le VIH et une éducation par des pairs aux jeunes Autochtones qui vivaient hors réserve (Y6). Le *Chee Mamuk Aboriginal Program* a entrepris le projet Star in Your Own Stories, mobilisant les jeunes Autochtones en Colombie-Britannique de créer leur propre campagne sur la santé sexuelle positive. Grâce à ce projet, les jeunes Autochtones ont pu explorer les questions liées au VIH/sida et à la santé sexuelle tout en acquérant des compétences et des connaissances (Y8). La société Hiiye'yu Lelum (maison de l'amitié) a offert aux jeunes Autochtones la possibilité de rédiger et de présenter des documents tels que des présentations d'atelier et de théâtre sur le VIH, l'hépatite C, les comportements sexuels sains (Y9) et d'autres sujets. L'Okanagan Aboriginal AIDS Society a offert un camp d'entraînement pour les jeunes facilitateurs, où les jeunes Autochtones étaient recrutés et formés à la présentation d'ateliers dans la collectivité sur la prévention des infections transmissibles par le sang (Y10). À Vancouver, la YouthCO AIDS Society a offert une éducation par des pairs adaptée sur le plan culturel sur la prévention du VIH et de l'hépatite C par l'intermédiaire de son programme de jeunes Autochtones, qui permet aux jeunes d'utiliser différents moyens artistiques pour exprimer leurs connaissances et leurs compétences (Y13). En Alberta, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (Santé Canada) a apporté son soutien à un programme de messages sur DVD dans lequel les jeunes Autochtones ont utilisé le théâtre pour aborder les questions du VIH, de l'hépatite C, des infections transmissibles sexuellement, de la santé sexuelle, de la consommation de drogue (Y15) et d'autres questions. En Saskatchewan, le programme *Sexual Health and Drug Use Awareness Program* du Kikinahk Friendship Centre a formé de jeunes facilitateurs à animer des ateliers sur la prévention du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang et sur les répercussions de ces infections dans le Nord (Y25).

Certains projets ciblaient des groupes distincts de jeunes Autochtones, notamment les jeunes qui utilisent des drogues injectables, sont en détention ou vivent avec le VIH. Par exemple, le programme *Circle of Change: Reducing Harm* du Battlefords Family Health Centre offrait des groupes éducatifs ciblés sur le VIH aux jeunes Autochtones qui utilisent des drogues injectables ou qui sont en détention (Y24). À Winnipeg, le Nine Circles Community Health Centre a animé des groupes de discussion avec des jeunes Autochtones et des jeunes séropositifs afin d'étudier les perceptions du risque d'infection au VIH, à l'hépatite C et aux infections transmissibles sexuellement, ainsi que les façons d'améliorer la mobilisation des jeunes (Y26). De même, en Ontario, l'*Aboriginal Youth Peer Prevention Project,* qui fait partie de l'*Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy*, a recruté des jeunes séropositifs et séronégatifs pour participer à des réseaux régionaux de jeunes pairs, ainsi qu'à un comité consultatif provincial dont la tâche consistait à rédiger une stratégie des jeunes Autochtones pour la prévention du VIH (Y53). En outre, *Play It Safer* a travaillé avec les écoles secondaires, les centres de jeunesse et les collèges et universités pour offrir aux jeunes une formation par des pairs afin de créer et de fournir des renseignements sur la sensibilisation et la prévention liées au VIH/sida à l'aide d'ateliers (Y27).

Deux projets consistaient de conférences sur le VIH/sida pour les jeunes Autochtones. En Saskatchewan, All Nations AIDS Network organise une conférence annuelle sur la prévention du VIH avec les aînés et les jeunes Autochtones (Y23). De même, à Winnipeg, les West Region Tribal Health Services et le Manitoba First Nations AIDS Working Group ont organisé une conférence sur le VIH afin de rassembler des jeunes, des professionnels de la santé et des membres de la collectivité, y compris des aînés, afin de discuter du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang et d'en promouvoir la connaissance (Y30).

Plusieurs projets mettent l'accent sur la sensibilisation au VIH/sida et sur l'éducation préventive élaborée par et pour des jeunes Autochtones. À Toronto, le projet *Kwesk-iniwak Project* a offert des services de proximité et de prévention du VIH par des éducateurs pairs afin de toucher les jeunes Autochtones de la rue (Y51). Également à Toronto, l'initiative de messages aux jeunes de Native Youth Sexual Health Network, appelée *Normalizing healthy sexuality and reducing homophobia: Native youth photography*, a produit des vidéos et une campagne d'affiches au sujet de l'homophobie (Y52). En outre, l'Ontario First Nations HIV/AIDS Education Circle a offert une formation d'éducation par des pairs pour enseigner aux jeunes à animer des séances de sensibilisation et d'éducation préventive sur le VIH dans leurs collectivités (Y54).

Au Québec, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador a entrepris des ateliers, une formation et une éducation adaptés sur le plan culturel pour les jeunes Autochtones :

- ateliers axés sur la santé sexuelle et le VIH/sida (Y76);
- formation de jeunes des collectivités des Premières nations à mettre en œuvre des activités de sensibilisation dans leurs collectivités (Y77);
- adaptation du jeu « Qui veut gagner des millions? » avec des questions sur le VIH (Y78).

Un projet du *Regroupement des centres d'amitié autochtone du Québec* a apporté son soutien à des initiatives sur la santé sexuelle et la réduction des préjudices pour les jeunes Autochtones, notamment des ateliers de sensibilisation (Y84).

Dans la région de l'Atlantique, *Healing Our Nations* a fait participer les jeunes Autochtones au développement et à la distribution d'une vidéo éducative sur la prévention du VIH, et a organisé une série d'ateliers de sensibilisation de la jeunesse et de groupes de discussion (Y97). Un autre projet dans la région offrait des groupes éducatifs ciblés et des activités de proximité aux jeunes Autochtones de la rue (Y99).

Dans le Nord, divers projets offraient une éducation et des services pertinents sur le plan culturel, notamment des programmes de proximité pour la jeunesse (Y101), une vidéo sur la santé sexuelle (Y104) et des ateliers et documents d'information sur la transmission et la prévention du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (Y105).

JEUNES À ORIENTATIONS SEXUELLES DIVERSES ET À GENRE VARIABLE

Dix-sept (16 %) projets étaient axés sur les jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable (Y4, Y6, Y13, Y31, Y32, Y33, Y39, Y40, Y48, Y50, Y56, Y60, Y68, Y69, Y79, Y85, Y93). Certains incluaient les jeunes lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres dans une stratégie globale de mobilisation des jeunes marginalisés, tels que :

- le Fonds national pour l'échange de connaissances concernant le VIH/sida de CATIE (Y4);
- Vancouver Island AIDS Society et YouthCO, dont les activités comprenaient des services de proximité, des présentations, des ateliers et des formations par des pairs sur la prévention du VIH parmi les jeunes qui couraient un risque accru de contracter le VIH (Y6, Y13);
- I.R.I.S Estrie, a offert des activités de proximité et de prévention aux populations vulnérables, notamment les jeunes gais, dans les Cantons de l'Est au Québec (Y79).

À Toronto, le 519 Church Street Community Centre a offert des services de proximité aux travailleurs du sexe transgenres et a distribué un manuel « Trans 101 » aux fournisseurs de services (Y31). Africans in Partnerships against AIDS a offert des services de proximité aux jeunes gais et bisexuels de Toronto, notamment des groupes de soutien mensuels sur la santé sexuelle pour les jeunes hommes gais et bisexuels vulnérables (Y32). De même, l'AIDS Committee of Cambridge, dans la région de Kitchener et Waterloo a organisé des réunions de groupe hebdomadaires pour les hommes et femmes lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres et a fourni des renseignements afin d'augmenter la sensibilisation de la collectivité aux jeunes de ces groupes (Y33).

Certains projets ont ciblé les jeunes lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres des collectivités de nouveaux arrivants et d'immigrants et des collectivités racialisées, tels que les activités de proximité pour les jeunes gais et bisexuels d'Asie du Sud (Y39), les ateliers de prévention sur le VIH et les infections transmissibles sexuellement et des événements ciblant les jeunes Asiatique gais, transgenres et transsexuels (Y40).

À Toronto, le projet d'information sur la santé sexuelle sprOUT, au Griffin Centre, a offert des renseignements sur le VIH et les infections transmissibles sexuellement et par le sang et un soutien aux jeunes lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres présentant une déficience intellectuelle. Cela comprenait des aides visuelles au sujet du VIH, des infections transmissibles sexuellement et de la santé sexuelle pour les jeunes lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres présentant une déficience intellectuelle (Y48).

D'autres projets utilisaient les médias sociaux et les interventions basées sur les arts pour mobiliser les populations de jeunes lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres. Par exemple, le Malvern Family Resource Centre a fait participer des jeunes hommes gais, bisexuels et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) au projet *Photograph Your Thoughts* (Y50). Dans la région de la capitale nationale, le *Bureau régional d'action sida* (BRAS) a offert des dépliants, des affiches et des vidéos sur la prévention du VIH pour les jeunes hommes gais (Y69). À Montréal, Rézo a mis en place un projet de prévention du VIH pour les jeunes Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, qui donne des renseignements sur les rapports sexuels protégés, le VIH et les infections transmissibles sexuellement (Y85).

À Terre-Neuve-et-Labrador, le projet *Gay Urban Youth Zone* (GUYZ) visait à augmenter les connaissances et la sensibilisation des jeunes hommes gais et des fournisseurs de services au sujet du VIH, du VHC et des infections transmissibles sexuellement. Grâce à une éducation par des pairs, les jeunes hommes gais ont eu la possibilité de créer leurs propres documents de prévention, notamment des dépliants, des affiches et des vidéos sur les questions de santé sexuelle (Y93).

Peu de projets traitaient explicitement de l'homophobie. Le Peterborough AIDS Resource Network a offert une éducation par des pairs et une formation aux hommes gais et bisexuels, outre des ateliers sur les rapports sexuels protégés et la gestion de l'homophobie (Y56). À Sudbury, le programme sur la sexualité saine du Réseau Access AIDS Network offrait des ateliers bilingues sur les rapports sexuels protégés aux jeunes gais, Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres, aux fournisseurs de services et aux enseignants de l'école primaire et secondaire. Il organisait également des ateliers sur l'élimination de l'homophobie et de l'hétérosexisme pour les fournisseurs de services (Y60).

JEUNES DE LA RUE

Au total, quinze (14 %) projets ont défini les jeunes de la rue comme leur auditoire cible (Y4, Y6, Y13, Y14, Y26, Y45, Y49, Y62, Y64, Y65, Y68, Y70, Y73, Y79, Y92). Comme il est indiqué plus haut, certains de ces projets incluaient les jeunes de la rue dans une stratégie plus large de mobilisation des jeunes marginalisés (Y4, Y6, Y13, Y62, Y68).

En Alberta, l'AIDS Calgary Awareness Association a mené des activités de proximité sur le VIH et le sida, a communiqué des messages sur la prévention et a relié les jeunes de la rue aux ressources leur permettant de trouver sécurité, aliments et logement (Y14). En Saskatchewan, le programme *Kikinahk Sexual Health and Drug Use Awareness* a organisé des groupes de discussion avec les jeunes de la rue afin de comprendre leurs besoins particuliers et leur utilisation des technologies mobiles pour la promotion de la santé (Y26). À Toronto, *Eva's Initiatives for Homeless Youth* a offert un logement sûr et une gamme de services aux sans-abris et aux jeunes vulnérables (Y45). En outre, Street Outreach Services a travaillé avec les jeunes de la rue risquant de participer ou participant au travail du sexe, leur offrant des services de counseling, d'éducation sur la réduction des préjudices liés au VIH, de formation professionnelle, de soutien scolaire et d'aide au logement (Y49). Deux autres projets de Toronto ont offert des ateliers animés par des pairs sur la prévention et la réduction des risques liés au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (Y64), ainsi que des activités de proximité sur le VIH et la réduction des préjudices, tels que l'accès à des trousses sur les rapports sexuels protégés et sur la réduction des préjudices et des services de recommandation (Y65).

Au Québec, on a identifié trois projets. Cactus Montréal a travaillé avec les jeunes de la rue pour augmenter les connaissances au sujet de la transmission du VIH et des préjudices associés à la consommation d'alcool et de drogue (Y70). La *Coalition sherbrookoise pour le travail de rue* (Y73) et I.R.I.S Estrie (Y79) ont offert des services de proximité et de soutien aux jeunes de la rue.

Dans la région de l'Atlantique, l'AIDS Coalition of Nova Scotia a offert des ateliers de prévention et de promotion conçus particulièrement pour les jeunes de la rue (Y92).

JEUNES VIVANT AVEC LE VIH

Les projets ciblant les jeunes vivant avec le VIH représentaient 9 % (soit 10) de tous les projets examinés (Y4, Y12, Y26, Y31, Y36, Y41, Y47, Y53, Y56, Y63). Bon nombre de ces projets portaient sur les personnes vivant avec le VIH, touchées par le VIH ou courant le risque de le contracter (p. ex. activités de transfert des connaissances afin d'aborder la prévention, le diagnostic, les soins et le traitement du VIH, ainsi que le soutien aux jeunes séropositifs [Y4]). Certains projets mettaient l'accent sur le soutien par des pairs aux jeunes séropositifs et à leur famille. Camp Moomba, un camp d'été pour les enfants et les jeunes touchés par le VIH, a offert un programme de leadership aux jeunes âgés de 15 à 17 ans, où les participants ont fait de nombreuses expériences qui renforcent l'estime de soi et la confiance en soi (Y12). Au Manitoba, le Nine Circles Community Health Centre a organisé des groupes de discussion avec des jeunes séropositifs afin d'étudier les perceptions des services existants et les façons d'améliorer la mobilisation des jeunes (Y26). À Toronto, la Black Coalition for AIDS Prevention a offert des services de proximité visant à l'éducation sur le VIH, notamment un groupe de soutien pour les jeunes de Project Hope for Africa (PHA) [Y41]. De même, le Jane/Finch Community and Family Centre a accueilli les *Positive Circles*, où les jeunes qui vivent avec le VIH ou avec une ITS peuvent avoir un espace sûr pour discuter de leurs problèmes (Y47).

Par l'entremise du projet *Positive Youth Outreach* (Y36), l'AIDS Committee of Toronto a offert un soutien, notamment de l'information sur la promotion de la santé et des possibilités de perfectionnement des compétences, aux jeunes (âgés de 29 ans et moins) vivant avec le VIH. Le Toronto People with AIDS Foundation's Speakers Bureau a également offert aux jeunes séropositifs la possibilité de participer à des ateliers et à des activités de proximité sur la prévention du VIH (Y63). En outre, le Peterborough AIDS Resource Network a offert des services de soutien, de promotion de la santé et de défense des droits aux personnes vivant avec le VIH/sida grâce à l'éducation par des pairs, aux activités de proximité et à la distribution de renseignements, de ressources et de services sur la réduction des préjudices et les rapports sexuels protégés (Y56). D'autres projets ont envisagé les besoins en matière de prévention des jeunes séropositifs dans le cadre d'initiatives de proximité et de prévention plus générales (Y31), par exemple en faisant participer les jeunes séropositifs à l'élaboration d'une stratégie de prévention du VIH pour les jeunes Autochtones (Y53).

JEUNES PROVENANT DE COLLECTIVITÉS RACIALISÉES

Sur tous les projets examinés, 8 % mettaient l'accent sur les jeunes provenant de collectivités racialisées (Y32, Y38, Y39, Y40, Y41, Y44, Y61, Y83). On comptait plusieurs interventions propres à une culture donnée, notamment celles qui étaient axées sur les collectivités d'Afrique (Y32), d'Afrique et des Caraïbes (Y41), d'Éthiopie (Y44), de Somalie (Y61) et d'Asie du Sud (Y38, Y39, Y40). Un projet a offert des services de proximité et des groupes de soutien par des pairs aux jeunes gais et bisexuels d'Asie du Sud, outre des brochures de sensibilisation au VIH et aux infections transmissibles sexuellement, ainsi que des articles en ligne sur la prévention destinés aux collectivités sud-asiatiques et tamoules (Y39). Un autre projet a offert des services de formation et de soutien aux jeunes bénévoles pairs gais, transgenres et transsexuels de l'Asie pour les aider dans les travaux de proximité et les ateliers sur l'éducation en matière de prévention. Ce projet comprenait également la préparation de documents imprimés en langue asiatique afin de sensibiliser les gens aux questions liées au VIH/sida et au dépistage du VIH et des infections transmissibles sexuellement chez les jeunes Asiatiques gais, transgenres et transsexuels (Y40).

JEUNES NOUVEAUX ARRIVANTS ET IMMIGRANTS

Deux projets (2 %) ont plus particulièrement abordé les jeunes nouveaux arrivants et immigrants (Y29, Y38). Le Sexuality Education Resource Centre Manitoba a offert aux jeunes nouveaux arrivants à Winnipeg et à Brandon la possibilité de discuter de la santé sexuelle de façon adaptée à la culture (Y29). À Toronto, l'Alliance for South Asian AIDS Prevention a organisé des ateliers et des présentations pour les jeunes nouveaux arrivants, a fait la promotion de la sensibilisation à la prévention du VIH/sida par les médias, et a organisé un forum de prévention du VIH/sida d'une journée pour les jeunes nouveaux arrivants d'Asie du Sud pendant le Mois du patrimoine sud-asiatique (Y38).

JEUNES QUI CONSOMMENT DE LA DROGUE

Six projets (6 %) portaient sur les jeunes qui consomment de la drogue. En Colombie-Britannique, la YouthCO AIDS Society a organisé des activités de réduction des préjudices et de prévention du VIH destinées aux jeunes vulnérables à l'infection par le VIH (Y13). En Saskatchewan, le Battlefords Family Health Centre a abordé l'utilisation des drogues injectables et la réduction des préjudices dans le cadre d'une halte-accueil pour les jeunes utilisant l'art, le théâtre et la musique (Y24). À Toronto, les services de toxicomanie Breakaway pour jeunes adultes ont offert des services de counseling et d'éducation, ainsi que des activités connexes, aux personnes ayant des problèmes de drogue ou d'alcool (Y42). Également à Toronto, Youthlink a offert des services de proximité sur

la réduction du VIH/sida et des préjudices pour les jeunes qui s'injectent de la drogue (Y65). Cette assistance a pris la forme de trousses sur les rapports sexuels protégés et la réduction des préjudices, de services de recommandation, d'atelier d'éducation sur la santé sexuelle, de services de counseling et de dépistage du VIH/sida et de l'hépatite C, ainsi que de la mise en œuvre d'une enquête sur la réduction des dommages visant à effectuer le suivi des tendances significatives dans le domaine de la consommation de drogues injectables et des questions courantes qui se posent chez les utilisateurs des services. Le programme de réduction des préjudices du Sudbury Action Centre for Youth comprenaient des services de proximité, d'échange de seringues, de counseling et d'information, ainsi qu'un programme de proximité pour les jeunes qui s'injectent de la drogue, programme qui fait la promotion de l'élimination sécuritaire des seringues dans la collectivité (Y62). Au Labrador Friendship Centre, des programmes éducatifs ciblés étaient offerts aux Autochtones en détention et aux jeunes afin de promouvoir la santé sexuelle et la réduction des préjudices liés à l'injection de drogues (Y99).

JEUNES EN DÉTENTION

Cinq projets (5 %) mettaient l'accent sur les jeunes en détention et les jeunes aux prises avec le système de justice. En Saskatchewan, le Battlefords Family Health Centre a organisé des initiatives sur la santé sexuelle et la réduction des préjudices en faveur des populations vulnérables, notamment des groupes éducatifs ciblés et des services de soutien pour les jeunes sous garde en milieu ouvert au Drumming Hill Youth Centre (Y24). Le programme de proximité et d'éducation des jeunes du groupe d'appui aux détenus porteurs du VIH a offert des séances éducatives sur la prévention du VIH, des services de proximité et de coordination pour les jeunes en conflit ou qui risquent d'être en conflit avec la loi (Y58). SIDA Bénévoles Montréal a offert des services d'éducation et de prévention sur le VIH/sida aux populations vulnérables, notamment aux jeunes de la population générale, aux jeunes en détention et aux jeunes de la rue (Y68). Dans la région de l'Atlantique, la John Howard Society du sud-est du Nouveau-Brunswick a offert des services d'éducation par des pairs afin de promouvoir les connaissances au sujet de l'hépatite C parmi les jeunes dans différents milieux de détention du système de justice (Y98). Un autre projet du Labrador Friendship Centre mettait l'accent sur la préparation de documents éducatifs et sur les activités de sensibilisation et de prévention, notamment des présentations sur la prévention du VIH au Labrador Correctional Centre et au Charles Andrew Treatment Centre (Y99).

JEUNES QUI VIVENT EN FAMILLES D'ACCUEIL OU DANS DES FOYERS DE GROUPE

Quatre projets (4 %) mettaient l'accent sur les jeunes qui vivent en familles d'accueil ou dans des foyers de groupe. Un projet offrait des ateliers animés par des pairs et la préparation de renseignements sur la santé sexuelle distribués aux jeunes en familles d'accueil âgés de plus de 13 ans (Y55). Au Québec, le Centre des R.O.S.É.S. de l'Abitibi-Témiscamingue s'est adressé aux jeunes âgés de 12 à 17 ans dans les centres ou les foyers pour les jeunes grâce à la rédaction d'un roman graphique éducatif par et pour les jeunes, afin d'améliorer les connaissances, les attitudes et la compréhension des comportements à risque associés au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (Y71). Un autre projet a offert des services d'éducation en matière de santé sexuelle aux jeunes âgés de 6 à 12 ans en famille d'accueil ou en foyer de groupe (Y72). En outre, *Sidaction (Trois-Rivières)* au Québec a organisé des activités de prévention, telles que la distribution de matériaux éducatifs et l'offre d'une formation et d'ateliers pour les jeunes dans les centres pour les jeunes (Y87).

JEUNES PARTICIPANT AU TRAVAIL DU SEXE

Seulement deux projets (2 %) mettaient l'accent sur les jeunes participant au travail du sexe. Le 519 Church Street Community Centre à Toronto a offert toute une gamme d'activités de proximité aux travailleurs du sexe transgenres, notamment la distribution de matériaux sur la prévention du VIH, des appels téléphoniques aux travailleurs du sexe en établissement et des ateliers sur la prévention du VIH (Y31). À Winnipeg, le Sexuality Education Resource Centre Manitoba a travaillé avec des jeunes âgés de 16 à 24 ans qui risquaient de participer au travail du sexe ou y participaient déjà, leur offrant des services de proximité, de counseling à domicile, d'éducation sur le VIH et la réduction des préjudices, et de formation professionnelle (Y29).

JEUNES VIVANT AVEC UN HANDICAP

Seul un projet portait sur les jeunes vivant avec une incapacité (Y48). Par l'entremise de jeunes éducateurs pairs, le Griffin Centre a fourni des renseignements sur le VIH et les infections transmissibles sexuellement aux jeunes lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres présentant une déficience intellectuelle à Toronto.

6.6 AUTRES INITIATIVES PERTINENTES

Au cours de la collecte de renseignements sur les projets en cours entre 2009 et 2011, d'autres organisations et ressources pertinentes sur Internet concernant les jeunes au Canada ont été relevées. Bien que certains projets soient axés particulièrement sur le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, d'autres abordent des questions d'intérêt connexes pour les jeunes, telles que la santé sexuelle, les relations saines et la santé mentale. De nombreuses organisations qui abordent ces questions et d'autres questions connexes ont des sites Web qui contiennent des ressources et des renseignements sur ces sujets pour les jeunes, dont certains ont été créés tout particulièrement pour certaines populations clés, telles que les jeunes de la rue ou les jeunes provenant de collectivités racialisées. Une liste de ces organisations et ressources en ligne se trouve à la section 3 de l'annexe C.

En outre, il existe une vaste gamme d'organisations et de ressources sur Internet au Canada qui sont liées aux déterminants de la santé ayant une incidence sur la vulnérabilité et la résilience des jeunes au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Certaines organisations et ressources ciblent la population générale des jeunes, alors que d'autres sont axés sur des groupes distincts, comme les jeunes provenant de collectivités racialisées, les jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable, ainsi que les jeunes sans-abris et les jeunes de la rue. Une liste de ces organisations et ressources en ligne se trouve à la section 4 de l'annexe C.

Il convient de noter que les mentions en double ont été supprimées, de sorte que les initiatives ne figurent pas à la fois à la section 2 (projets à durée limitée) et aux sections 3 ou 4 de l'annexe C.

6.7 RÉSUMÉ

Les projets examinés dans ce chapitre mettent l'accent sur le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes au Canada. Ils révèlent une grande diversité de stratégies, de coalitions, de réseaux, d'organisations et de projets qui s'étendent à tout le pays. Bien que la majorité des projets aient ciblé les jeunes en général, on constate une nécessité évidente de stratégies individuelles visant à répondre aux besoins en matière de santé et aux réalités vécues des jeunes qui sont particulièrement vulnérables aux infections. De nombreux projets étaient axés sur l'offre de services d'éducation et d'information sur la prévention, le diagnostic, les soins et le traitement du VIH, ainsi que sur la santé sexuelle et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Bon nombre de ces projets ont adopté un modèle d'éducation par des pairs et ont créé des ateliers, des présentations et des groupes de soutien conçus par et pour les jeunes. Cela souligne l'importance et la valeur de la participation des jeunes à l'élaboration et à la mise en œuvre de projets qui les touchent. Plusieurs projets ont utilisé des façons innovantes d'atteindre la population des jeunes, telles que les médias sociaux ou les interventions basées sur les arts. De nombreux projets allaient au-delà des comportements sexuels à risque et renforçaient les capacités des jeunes en solidifiant leurs connaissances, leurs compétences en leadership et leurs aptitudes à la prise de décision. Cependant, peu de projets abordaient les déterminants généraux de la santé, tels que l'amélioration de l'accès aux services ou l'offre d'un soutien social aux jeunes vivant avec le VIH ou vulnérables à l'infection au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Bien que plusieurs projets aient abordé les besoins des jeunes Autochtones, des jeunes à orientations sexuelles diverses et à genre variable, ainsi que des jeunes de la rue, un nombre limité de projets mettaient l'accent sur les jeunes en famille d'accueil ou en foyer de groupe, les jeunes participant au travail du sexe et les jeunes vivant avec une incapacité. À l'avenir, les interventions de lutte contre le VIH et les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes devraient continuer à adapter les projets à des groupes précis de jeunes vulnérables.

CHAPITRE 7 – CONCLUSION

La transition de l'enfance à l'âge adulte est marquée par de nombreux changements, notamment la maturation physique, une indépendance accrue, la fin de l'école secondaire et l'entrée en études postsecondaires ou sur le marché du travail. Bien que la majorité des jeunes vivent la transition vers l'âge adulte sans être infectés par le VIH ou par d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), d'autres font face à divers problèmes et obstacles. Certains jeunes sont plus vulnérables aux infections que d'autres, attribuable à des facteurs de leur environnement social, culturel, économique et physique. Dans le passé, les efforts de prévention du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes étaient orientés vers la modification des connaissances, des attitudes et des comportements individuels et n'ont pas produit de résultats cohérents et significatifs à long terme. Bien qu'il soit important d'aborder ces facteurs individuels, ils doivent être envisagés dans les contextes sociaux plus généraux des jeunes.

Le présent rapport a mis l'accent sur la complexité des facteurs sociaux, culturels, politiques et économiques qui façonnent la vulnérabilité des jeunes au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Il a étudié l'incidence des déterminants généraux de la santé tels que l'éducation, le revenu, l'emploi, les conditions de vie et les environnements sociaux sur la santé et le bien-être des jeunes. Les données probantes et les renseignements fournis dans le présent rapport visent à aider les collectivités, les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les praticiens en santé publique, les chercheurs et les autres intéressés à élaborer des programmes et des politiques qui ciblent ces déterminants « en amont » afin d'aider tous les jeunes à prévenir de mauvais résultats de santé, notamment le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Le rapport a également tenté d'équilibrer l'accent mis sur les vulnérabilités à l'infection et l'accent mis sur la résilience à l'infection. Il a donné des détails sur les facteurs liés à la résilience parmi les jeunes afin d'aider les collectivités, les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les praticiens en santé publique et les autres intéressés à renforcer la capacité communautaire, à s'appuyer sur les points forts existants des collectivités et à favoriser la résilience contre le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Les données issues de la surveillance indiquent que les jeunes au Canada restent touchés de façon disproportionnée par le VIH et les infections transmissibles sexuellement et par le sang telle que la chlamydia et la gonorrhée. Le présent rapport confirme que la vulnérabilité et la résilience à l'infection sont directement et indirectement influencées par divers facteurs du contexte social global des jeunes. Un examen de ces déterminants de la santé contribue à mieux comprendre comment et pourquoi certains groupes de jeunes au Canada, comme les jeunes de la rue, ceux qui utilisent des drogues injectables et les jeunes Autochtones, sont particulièrement vulnérables aux infections.

Une vue d'ensemble des projets de recherche en cours au Canada montre que les chercheurs de tout le pays s'efforcent d'aborder la vaste gamme d'enjeux qui touchent les jeunes et leur vulnérabilité aux infections transmissibles sexuellement et par le sang, y compris le VIH. Le rapport définit également des lacunes dans les connaissances et des possibilités de recherches futures dans des domaines tels que les jeunes qui vivent dans les régions rurales et éloignées, les groupes particuliers de jeunes tels que les jeunes immigrants et nouveaux arrivants, les déterminants de la santé tels que la santé mentale et la vulnérabilité aux infections transmissibles sexuellement et par le sang et au VIH, ainsi que les facteurs qui favorisent la résilience parmi les jeunes.

De même, la stratégie canadienne de lutte contre le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang montre que diverses organisations et collectivités se sont engagées dans ce domaine. Le présent rapport recense plusieurs stratégies, réseaux et organisations, à l'échelle nationale, dans les provinces et les territoires, qui sont axés sur l'éducation et le renforcement des capacités dans la population des jeunes. Les résultats soulignent l'importance des activités de transfert des connaissances et les démarches de prévention du VIH et des infections transmissibles sexuellement et par le sang favorisant l'intégration pertinente sur le plan culturel. Les données probantes actuelles mettent également en lumière l'importance du partage des meilleures pratiques d'un secteur et d'un territoire à l'autre, d'établir des stratégies et des interventions, et de continuer à collaborer avec toute une gamme d'intervenants. On note un besoin de programmes qui traitent des déterminants généraux de la santé, notamment qui augmentent le soutien social et l'accès aux services pour les jeunes Canadiens vulnérables au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang ou qui vivent avec ces infections.

Le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang continuent d'être un problème de santé publique majeure qui nécessite une intervention globale issue d'un processus de collaboration. Les intervenants ont montré une ferme volonté collective d'augmenter la sensibilisation à ces maladies et de réduire la vulnérabilité des jeunes à ces maladies grâce à la prévention, à l'éducation, aux soins, au traitement et au soutien. Le présent rapport reconnaît le rôle clé que jouent encore les gouvernements, les intervenants et les collectivités dans la promotion et la prestation de services efficaces de leadership, de recherche, de politique, de programmes et de soutien visant à prévenir le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.

GLOSSAIRE

À genre variable : Fait référence aux personnes dont l'expression du sexe ne se conforme pas aux normes sexuelles prédominantes et attribuées par la société pour la masculinité et la féminité des hommes et des femmes.

Autochtones : Fait référence aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis reconnus par la *Loi constitutionnelle* de 1982. Il s'agit de populations distinctes dont les caractéristiques culturelles, linguistiques, géographiques et historiques sont uniques.

Auto-efficacité : Ensemble de croyances quant à la capacité de réaliser des performances particulières dans une situation donnée.

Bisexuel : Personne qui éprouve une attirance physique et émotionnelle pour les hommes et les femmes.

Bispirituel : Une personne bispirituelle peut comprendre les points de vue des hommes et des femmes. Elle peut également prendre l'identité sexuelle et recevoir le statut social du sexe opposé. Certaines cultures autochtones accordent du respect aux personnes bispirituelles et leur donnent un statut spécial de dirigeant ou de guérisseur.

Culture : *Élément important de l'identité qui comprend des symboles, des comportements, des pratiques, des valeurs et des attitudes communs. Elle reçoit l'influence des contextes historiques, socio-économiques et politiques, des relations de pouvoir au sein des groupes et entre les groupes et des attitudes et pratiques institutionnalisées qui en résultent.*

Facteur de risque : Facteur associé à un risque accru de contracter une maladie ou une infection. Il peut s'agir d'un déterminant causal ou d'un simple marqueur du risque. Les facteurs associés à une diminution du risque s'appellent des facteurs de protection.

Féminité : Fait référence à un ensemble de qualités, d'attributs, de comportements et de rôles associés aux filles et aux femmes par la société et considérés comme étant appropriés pour ces dernières. La féminité est composée de facteurs définis par la société et biologiquement générés.

Gai : Personne qui est physiquement et émotionnellement attirée par les membres du même sexe. Le terme « gai » peut faire référence aux hommes ou aux femmes, mais il est communément utilisé que pour les hommes.

Hétérosexisme : Supposition que tout le monde est ou devrait être hétérosexuel et que cette orientation sexuelle est supérieure. L'hétérosexisme est souvent la croyance sous-jacente de l'homophobie.

Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) : Classification épidémiologique de la transmission du VIH.

Homophobie : Crainte ou haine des gens qui sont attirés par les membres du même sexe (homosexuels). L'homophobie s'exprime souvent par les préjugés, la discrimination, l'intimidation ou les actes de violence.

Identité sexuelle : Impression ou sentiment intérieur d'être un homme ou une femme, qui peut correspondre ou non au sexe biologique.

Immigrant : Personne qui habite au Canada, mais qui est née à l'extérieur du Canada, à l'exception des travailleurs étrangers temporaires, des citoyens canadiens nés à l'extérieur du pays et des personnes qui détiennent un visa d'étudiant ou un visa de travail.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : Groupe d'infections qui se propagent d'une personne à l'autre par contact sexuel ou par contact avec du sang ou des produits sanguins (p. ex. l'échange de seringues). Le contact sexuel comprend les rapports sexuels vaginaux, anaux ou oraux, et quelquefois le contact cutané. La transmission peut également se produire entre la mère et l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement.

Inuits : Peuple autochtone canadien de l'Arctique. Les Inuits sont l'un des trois peuples autochtones reconnus au Canada, avec les Premières nations et les Métis.

Jeunes de la rue : Jeunes qui connaissent l'instabilité du logement et un sans-abrisme caché, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas de logement permanent, mais utilisent divers types de logement transitoires. Le terme « jeunes de la rue » est souvent utilisé dans le présent document pour englober toute la gamme des conditions de logement que les jeunes de la rue peuvent connaître, de la vie avec leurs parents tout en faisant partie du monde de la rue, à la vie sans logement du tout.

Lesbienne : Femme qui est physiquement et émotionnellement attirée par d'autres femmes.

Lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, transsexuels, bispirituels et allosexuels (LGBTTQ) : Acronyme couramment utilisé pour regrouper les identités des lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, transsexuels, bispirituels et allosexuels. Le terme « à orientations sexuelles diverses et à genre variable » est utilisé dans ce document, car il englobe les jeunes qui expriment une identité LGBTTQ, les jeunes en questionnement ou qui explorent leur identité ou orientation sexuelle et les jeunes qui expriment une identité sexuelle qui ne correspond pas aux normes sexuelles attribuées par la société à leur sexe biologique.

Masculinité : Fait référence à un ensemble de qualités, d'attributs, de comportements et de rôles associés aux garçons et aux hommes par la société et considérés comme étant appropriés pour ces derniers. La masculinité est composée de facteurs définis par la société et biologiquement générés. Cela la différencie de la simple définition du sexe biologique mâle, car les hommes, les femmes et les transgenres peuvent manifester des traits que l'on appelle masculins.

Métis : L'un des trois peuples autochtones reconnus au Canada, avec les Premières nations et les Inuits. Les Métis ont une ascendance mixte composée d'ancêtres autochtones et européens.

Normes ou rôles sexuels : Fait référence à l'ensemble de normes sociales et de normes de comportement qui sont considérées comme étant traditionnellement et socialement appropriées pour les membres d'un sexe particulier dans le contexte d'une culture donnée. Les normes varient considérablement d'une culture à l'autre et au fil du temps.

Nouveaux arrivants : Résident permanent immigrant qui se trouve au Canada depuis moins de cinq ans.

Orientation sexuelle : Composée de l'identité sexuelle, de l'attirance émotionnelle ou sexuelle pour les autres et des partenaires sexuels privilégiés.

Partenaire sexuel occasionnel : Personne avec laquelle un individu a eu ou a des rapports sexuels occasionnels.

Premières nations : Terme qui fait généralement référence aux Indiens inscrits et non inscrits. Les Premières nations sont l'un des trois peuples autochtones reconnus au Canada, avec les Métis et les Inuits.

Santé sexuelle : État de bien-être physique, mental et social relativement à la sexualité. Il ne s'agit pas uniquement de l'absence d'infections transmissibles sexuellement ou de dysfonction sexuelle. La santé sexuelle comprend également une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité de connaître des expériences sexuelles protégées et agréables, sans coercition, discrimination ou violence.

Genre : Gamme de rôles déterminés par la société, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements, de valeurs, de l'influence relative et du pouvoir relatif que la société attribue aux deux sexes en les différenciant. Le sexe dans cette acception est différent du sexe biologique.

Sexe : Fait référence aux caractéristiques biologiques qui différencient généralement les hommes des femmes. Les différences biologiques comprennent l'anatomie, la génétique, les hormones, le métabolisme et la physiologie. Le sexe dans cette acception est différent du sexe défini plus haut.

Statut socio-économique : Position relative d'une personne ou d'un groupe dans une hiérarchie sociale. Le statut socio-économique est déterminé par des indicateurs tels que l'éducation, l'emploi et le revenu.

Syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) : Maladie qui décrit le stade avancé de l'infection au VIH et comprend une perte importante de globules blancs (récepteurs CD4) et des cancers ou des infections entraînées par la détérioration du système immunitaire. Un diagnostic de sida est posé si une ou plusieurs des affections cliniques caractérisées comme « maladies définissant le sida » sont diagnostiquées chez une personne vivant avec le VIH. La thérapie antirétrovirale peut supprimer le virus VIH et ralentir la progression de la maladie. Tout comme le VIH, il n'existe aucun moyen de guérir le sida.

Transgenre : Personne dont l'identité sexuelle, l'apparence physique, l'expression ou l'anatomie ne correspondent pas au sexe qui lui a été attribué à la naissance.

Transphobie : Fait référence à la crainte ou à la haine des personnes transgenres et se manifeste par les préjugés, la discrimination, l'intimidation ou les actes de violence.

Travail du sexe : Échange de services sexuels contre de l'argent ou d'autres biens et services (p. ex. nourriture, logement).

Utilisation de drogues injectables (UDI) : Classification épidémiologique de la transmission du VIH parmi les personnes qui utilisent des drogues injectables.

Virus de l'hépatite C (VHC) : Virus qui infecte le foie. Une infection prolongée et aiguë au virus de l'hépatite C peut souvent entraîner une maladie du foie et une cirrhose. Le virus est transmis principalement par transfusion sanguine ou inoculation percutanée, comme l'échange de seringues entre utilisateurs de drogues injectables.

Virus de l'immunodéficience humaine (**VIH)** : Virus qui cause le sida. Ce virus est transmis d'une personne à l'autre par contact du sang avec le sang, au cours des rapports sexuels vaginaux ou anaux non protégés et de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Le VIH s'attaque au système immunitaire, ce qui entraîne une condition chronique progressive qui rend les personnes atteintes vulnérables aux infections opportunistes et aux cancers. Il n'existe aucun moyen connu de guérir le VIH, ni aucun vaccin contre le VIH; cependant, chez la plupart des personnes atteintes, le virus peut être pris en charge par des doses quotidiennes de médicaments antirétroviraux. Lorsqu'une personne infectée ne reçoit pas de traitement de médicaments antirétroviraux, l'infection au VIH évoluera au sida.

ANNEXE A : TERMES DE RECHERCHE ET BASES DE DONNÉES CONSULTÉES

1) Termes de recherche

La documentation a été répertoriée grâce à une recherche systématique des bases de données électroniques et de la littérature grise. Toutes les chaînes de recherche comprenaient une combinaison d'un des termes de chaque colonne.

Prière de noter que les mots suivis d'un astérisque (*) sont des termes de recherche qui peuvent avoir plusieurs terminaisons.

A	B	C
Youth* (jeunes)	Alberta	Acquired immunodeficiency (immunodéficience acquise)
Youth* at-risk (jeunes à risque)	British Columbia	AIDS (sida)
At-risk youth* (jeunesse à risque)	Calgary	AIDS serodiagnosis (sérodiagnostic du sida)
Vulnerable youth* (jeunes vulnérables)	Canad*	APHA (Autochtones vivant avec le VIH/sida)
Teenager* (ado)	Colombie-Britannique	APHAs
Juvenile (juvénile)	Edmonton	HIV (VIH)
Adolescent*	Halifax	HIV+
Adolescence	Haligonian	HIV-1
Jeune*	Île-du-Prince-Édouard	HIV infection* (infection au VIH)
Garçon*	Labrador	HIV positive (séropositif pour le VIH)
Fille*	Manitoba	HIV seropositivity (séropositivité)
Girl* (fille)	Montréal	HIV seroprevalence (séroprévalence du VIH)
Boy* (garçon)	New Brunswick	Human immune deficiency (immunodéficience humaine)
Teen* (ado)	Terre-Neuve-et-Labrador	Human immunodeficiency (immunodéficience humaine)
Pre-teen* (pré-adolescent)	T.-N.-L.	Immunodeficience/y
Jeune* adulte*	Territoires* du Nord-Ouest	D'immunodéficience (acquise; acquise humaine)
Young* (jeune)	Nouveau-Brunswick	L'immunodéficience
Young adult* (jeune adulte)	Nouvelle Écosse	Infection*
Young adulthood (jeune âge adulte)	Nova Scotia	Infectious disease* (maladie infectieuse)
Young people (jeunes gens)	Nunavut	Prevalence (prévalence)
Street youth* (jeunes de la rue)	T.N.-O.	HIV-risk (risque d'infection par le VIH)
Female street youth* (jeunes femmes de la rue)	Ontario	HIV antibodies (anticorps anti-VIH)
Male street youth* (jeunes hommes de la rue)	Ottawa	HIV incidence (incidence du VIH)
Street involved youth* (jeunes dans la rue)	I.-P.-É.	HIV testing (dépistage du VIH)
Runaway youth* (jeunes qui s'enfuient du foyer)	Prince Edward Island	HIV transmission (transmission du VIH)
Runaway adolescent* (adolescent qui s'enfuit du foyer)	Québec	Sida
Young wom*n (jeunes femmes)	Ville de Québec	Syndrome
Young m*n (jeunes hommes)	Regina	VIH
Female youth* (jeunesse femmes)	Saskatchewan	VIH+
Male youth* (jeunesse hommes)	Terre-Neuve	
	Territoires du Nord-Ouest	
	Toronto	
	Vancouver	
	Winnipeg	
	Yukon	

A	B	C
Aboriginal youth* (jeunes Autochtones)		VIH positi*
First Nations youth* (jeunes Premières nations)		Virus
Young Aboriginal (jeune autochtone)		Virus transmission (transmission du virus)
Two-Spirit Youth* (jeunes bispirituels)		Virus acquisition (acquisition du virus)
HIV positive youth* (jeunes séropositifs)		Virus infection (infection par le virus)
Youth PHA (jeunes qui vivent avec le sida)		Blood borne pathogens (pathogène à diffusion hématogène)
Young PHA (jeunesse qui vit avec le sida)		Communicable diseases Epidemiology in adolescence (Épidémiologie des maladies transmissibles pendant l'adolescence)
High school student* (étudiant du secondaire)		Communicable diseases/ep (epidemiology) (maladies transmissibles/ép [épidémiologie])
College student* (étudiant au collège)		HIV-and-HCV-coinfection (co-infection par le VIH et le VHC)
Student* (étudiant)		Hepatitis (hépatite)
Homeless youth* (jeune sans abri)		Hepatitis C (hépatite C)
Homeless adolescent* (adolescent sans abri)		Hepatitis C virus (virus de l'hépatite C)
Young urban (jeune en milieu urbain)		C virus infection (infection par le virus de l'hépatite C)
Marginalized youth* (jeune marginalisé)		HCV (VHC)
Youth* who use injection drugs (jeunes qui utilisent des drogues injectables)		
Youth injection drugs user* (jeunesse utilisation de drogues injectables)		
Young injection drug user* (jeunesse consommation drogue injectable)		
IDU youth* (jeunesse UDI)		
Young IDU (jeunes UDI)		
Sexual minority youth* (jeunes appartenant à une minorité sexuelle)		
Gay, lesbian, bisexual youth* (jeunes gais, lesbiens, bisexuels)		
Young gay m*n (jeunes hommes gais)		
Young lesbian wom*n (jeunes femmes lesbiennes)		
Ethno-cultural youth* (jeunes ethnoculturels)		
African-Canadian youth* (jeunes afro-canadiens)		
Caribbean-Canadian youth* (jeunes Caraïbes Canada)		
Black youth* (jeunes de race noire)		
Young Black wom*n (jeunes femmes de race noire)		
Asian-Canadian youth* (jeunes canado-asiatiques)		

A	B	C
Sex worker* youth (jeunes travailleurs du sexe) Rural adolescent* (adolescent vivant en milieu rural) Rural youth* (jeune en milieu rural) Incarcerated youth* (jeunes en détention) Juvenile detention (détention juvénile) Youth* in custody (jeunes en détention provisoire) Youth* sexual risk behaviours (comportement sexuels à risque des jeunes) Juvenile Delinquency (délinquance juvénile) Juvenile rehabilitation center (centre de réadaptation juvénile) Youth offender* (délinquant juvénile)		

2) Bases de données consultées

Les bases de données suivantes ont été consultées pour y trouver des articles en anglais et en français entre 2003 et 2010.

- MEDLINE
- PreMEDLINE
- Embase
- CINAHL
- PsycInfo
- Global health
- SocAbs
- Eric

ANNEXE B : PROJETS DE RECHERCHE AXÉS SUR LE VIH/SIDA PARMI LES JEUNES

PROJET R1

Titre : *A CBR approach to enhancing Toronto HIV prevention services for newcomer youth*

Chercheuse principale : Roxana Salehi

Chercheuse associée : Sarah Flicker

Résumé : Le début de l'adolescence est la période pendant laquelle les premières rencontres sexuelles ont lieu et le risque d'infection au VIH naît. Les services de prévention du VIH actuels sont insuffisants, étant donné les taux d'infections transmissibles sexuellement en augmentation parmi les jeunes, accompagnés d'une diminution inquiétante de leurs connaissances au sujet du VIH/sida. Les jeunes nouveaux arrivants, immigrants, réfugiés ou non-inscrits qui vivent au Canada depuis cinq ans ou moins représentent l'une des populations touchées par le VIH/sida en Ontario qui augmentent le plus rapidement. Nous n'en savons que peu au sujet de leurs besoins particuliers en matière de santé. Pour combler cette lacune, ma thèse de doctorat étudie l'accessibilité et l'efficacité des services de prévention du VIH/sida à Toronto pour les jeunes nouveaux arrivants âgés de 13 à 19 ans comme base de la réduction des inégalités raciales et ethniques existantes en matière de résultats de santé. Mon travail s'inscrit dans un projet communautaire appelé *Toronto Teen Survey*. Dans le cadre de ce projet, mon travail est particulièrement axé sur les jeunes nouveaux arrivants. Nombreux sont les jeunes nouveaux arrivants qui connaissent des facteurs liés à l'immigration qui peuvent les mettre en danger de marginalisation, notamment la pauvreté, ainsi que les obstacles culturels ou linguistiques à l'accès aux services. Par conséquent, des services de prévention du VIH efficaces devraient être sensibles aux vulnérabilités particulières de ce groupe. Cependant, les nouveaux arrivants ne forment pas un groupe homogène. Les différences individuelles et interpersonnelles, telles que le sexe, la race, la consommation d'alcool ou de drogue ou la dynamique familiale, exposent les jeunes à la transmission du VIH à divers degrés. La recherche traditionnelle sur le VIH/sida n'a pas accordé une attention suffisante : i) aux grands facteurs structurels, tels que le racisme ou le sexisme, qui ont des répercussions sur le risque associé au VIH, et ii) aux variations de sexe et d'orientation sexuelle qui représentent les expériences vécues des jeunes. Je vais travailler à élaborer un modèle théorique qui étudie la diversité et le contexte social au sens large. J'utiliserai des données provenant d'enquêtes et de groupes de discussions pour générer des théories et divulguer des connaissances pratiques en vue d'une programmation et d'une prestation des services améliorées. Ce travail devrait permettre de créer de meilleurs programmes de prévention du VIH et contribuer au mouvement mondial d'éradication du VIH/sida.

Dates : De mai 2009 à avril 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse de recherche au doctorat : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R2

Titre : *A developmental CBR study to investigate factors leading to pregnancy and HIV risk among female street youth in Toronto*

Chercheuse principale : Allison Scott

Résumé : non disponible

Dates : De février 2007 à janvier 2009

Programme de financement : Réseau ontarien de traitement du VIH – Subvention de fonctionnement

Sources : Bases de données du Réseau ontarien de traitement du VIH et de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R3

Titre : *Adolescents infected through vertical transmission: Analysis of their developmental trajectory*

Chercheuse principale : Mylène Fernet

Résumé : Le profil de l'épidémie pédiatrique a changé; il est désormais caractérisé par l'émergence d'un nombre élevé de jeunes qui vivent avec l'infection au VIH depuis la naissance. Certains se trouvent au seuil de l'adolescence, alors que d'autres ont atteint l'âge de la majorité. Bien que de nombreuses études aient été menées dans la population adulte atteinte du VIH, peu d'entre elles examinent la situation des pré-adolescents et des adolescents infectés à la naissance par transmission verticale (Battles et Wiener, 2002; Fielden, 2005; Mialky, Vagnoni et Rutsein, 2001). Lorsqu'ils entrent dans l'adolescence, ces jeunes font face à la question de la divulgation de leur séropositivité (Fielden, 2005), ainsi qu'à divers problèmes associés avec la prise en charge du traitement et les nombreux changements qui accompagnent la puberté (Fielden, 2005; Hoffman, Futterman et Myerson, 1999; Trocmé *et al.*, 2002). Résultats : Une étude initiale financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (de 2004 à 2006) a recruté dans la cohorte des mères et enfants du Centre maternel et infantile du sida du Centre hospitalier universitaire Ste-Justine un total de 30 pré-adolescents et adolescents infectés à la naissance (taux de participation de plus de 88 %) et a déterminé les domaines clés desquels le développement de l'enfant semble avoir été composé. Objectifs : L'objectif de la présente demande de renouvellement consiste à illustrer l'évolution du développement des adolescents dans les domaines suivants : 1) l'appropriation de la gestion de la santé et des modes de traitement (effets secondaires, observance du traitement, etc.); 2) les types d'interactions établies par les adolescents avec leur environnement, en particulier en ce qui concerne la divulgation de leur séropositivité; 3) les sentiments d'isolement fréquemment associés à un secret lourd difficile à révéler; 4) les relations des adolescents avec les autres et avec leur sexualité, ainsi que les enjeux de prévention auxquels ils sont confrontés. Plan de recherche : Cette étude qualitative est orientée par la théorie de l'interactionnisme symbolique (Blumer, 1969; Le Breton, 2004). Elle comprend un deuxième exercice de recueil de données qualitatives auprès des 30 mêmes jeunes (15 filles et 15 garçons, dont l'âge moyen est de 14,5 ans) 24 mois après la première série d'entrevues. Les entrevues individuelles non directives, d'une durée de deux heures environ, seront réalisées au Centre maternel et infantile sur le sida du Centre hospitalier universitaire Ste-Justine. Un canevas d'entrevue, inspiré de celui du Children's and Women's Health Centre of British Columbia (2000) et des données d'entrevue obtenues au cours de la première étude, sera

utilisé. Après que l'on aura fait correspondre au cas par cas les données recueillies au cours de la présente étude avec celles de la première série d'entrevues, elles seront soumises à une analyse chronologique (Miles et Huberman, 2005), en mettant l'accent sur les procédures de la théorie ancrée dans des données empiriques (Fernet, 2005). Avantages : Étant donné la rareté des études canadiennes portant sur ces enjeux et la spécificité d'une étude qui examine la première génération d'adolescents à avoir vécu avec l'infection au VIH depuis la naissance, cette étude répond évidemment à un besoin immédiat et contribuera aux progrès de la connaissance dans ce domaine. L'étude commencera par établir les caractéristiques développementales des adolescents qui vivent avec une maladie chronique qui touche non seulement leur santé, mais également leurs interactions personnelles et sexuelles. D'un point de vue méthodologique, cette étude est très innovante, car elle propose l'analyse qualitative de l'évolution développementale de ces adolescents selon une perspective chronologique (longitudinale). À notre connaissance, seule une étude quantitative longitudinale a porté sur cette population distincte. Les résultats de la présente étude serviront à établir un programme d'éducation et de prévention qui tient compte des questions développementales auxquelles ces adolescents sont confrontés; ils peuvent également servir de modèle pour des études et des programmes là où la transmission verticale se produit encore, au Canada comme en Europe.

Dates : De janvier 2007 à janvier 2009

Programmes de financement : Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) – Subvention de fonctionnement, et Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R4

Titre : *A longitudinal examination of child sexual abuse and motivations for sex as predictors of sexual risk behaviours and poor sexual health outcomes among adolescents in the child welfare system*

Chercheuse principale : Carolyn A. James

Chercheuse associée : Jennifer S. Mills

Résumé : Les jeunes confiés à des organismes de protection de la jeunesse composent une population à risque élevé, mais relativement peu étudiée. Les jeunes qui ont été victimes de violence sexuelle pendant l'enfance peuvent courir un risque particulier d'adopter des comportements de santé mal adaptés, notamment divers comportements sexuels à risque. Cependant, les voies qui mènent de la violence sexuelle pendant l'enfance aux comportements de santé sexuelle mal adaptés sont mal comprises dans cette population. On a déterminé que les motivations des rapports sexuels ou les raisons des comportements sexuels sont liées à divers comportements sexuels à risque. À ce titre, les motivations des rapports sexuels pourraient être importantes pour expliquer les relations entre la violence sexuelle pendant l'enfance et les comportements sexuels à risque adoptés plus tard dans la vie. En outre, certains travaux de recherche laissent entendre que le degré auquel la violence sexuelle pendant l'enfance est associée aux résultats négatifs est lié à la gravité et à la chronicité d'une telle violence. L'étude proposée examinera en quoi la violence sexuelle pendant l'enfance et les motivations des rapports sexuels sont liées aux modifications des comportements sexuels à risque au fil du temps (début de l'étude, suivi à un an et suivi à deux ans) parmi les jeunes confiés aux organismes de protection de la jeunesse. Il est nécessaire de comprendre les mécanismes par

lesquels la violence sexuelle pendant l'enfance mène à des comportements de santé mal adaptés afin de préparer des interventions qui brisent le cycle de la maltraitance et des résultats de santé négatifs.

Dates : De septembre 2006 à février 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best – Bourse au doctorat

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R5

Titre : *An investigation of injection drug use and HIV infection among drug using youth*

Chercheur principal : Thomas H. Kerr

Résumé : non disponible

Dates : De juillet 2006 à juin 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse de nouveau chercheur

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R6

Titre : *An investigation of the impact of crystal methamphetamine use on sexual and injection-related risk behaviour among street youth and injection drug users*

Chercheur principal : Brandon D. Marshall

Chercheurs associés : Thomas H. Kerr; Jean A. Shoveller

Résumé : La consommation de drogues illégales reste une préoccupation majeure en matière de santé publique au Canada. Les conséquences sociales et les répercussions sur la santé de la consommation de drogues injectables sont particulièrement graves et comprennent des taux élevés de transmission de maladie par le sang, y compris le VIH et l'hépatite C. En outre, à Vancouver et ailleurs au Canada, il est inquiétant de constater une hausse importante du taux de consommation de méthamphétamine en cristaux. La prévalence de la consommation de méthamphétamine en cristaux augmente dans d'autres milieux à l'échelle internationale et a été associée à des pratiques sexuelles et à des pratiques d'injection non sécuritaires parmi des sous-populations distinctes courant le risque de contracter le VIH. Cependant, les associations potentielles entre la consommation de méthamphétamine en cristaux et les comportements sexuels et les pratiques d'injection risqués parmi les populations marginalisées à Vancouver n'ont pas été pleinement étudiées. La recherche proposée a pour objectif fondamental de mieux comprendre les interactions entre la consommation de méthamphétamine en cristaux et les comportements sexuels et les pratiques d'injection risqués qui entraînent de façon concomitante une vulnérabilité accrue au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement parmi les jeunes de la rue et les utilisateurs de drogues injectables. L'objectif précis de ce projet consiste à examiner plusieurs facteurs qui prédisent la consommation fréquente de méthamphétamine en cristaux et l'adoption de comportements sexuels et les pratiques d'injection risqués. La principale hypothèse est que le désavantage social, les conditions de vie défavorisées, l'intensification des mesures de répression et un mauvais accès aux services liés à la santé sont associés à une fréquence et à une intensité accrues de la consommation

de méthamphétamine en cristaux. L'hypothèse secondaire est que la consommation de méthamphétamine en cristaux contribue aux comportements sexuels les pratiques d'injection risqués selon des modalités bien précises dans différentes sous-populations (p. ex. les jeunes et les utilisateurs de drogues injectables qui ne s'identifient pas comme étant hétérosexuels, sont sans abri ou participent actuellement au travail du sexe). Étant donné les préoccupations croissantes liées à la consommation de méthamphétamine en cristaux et la rareté des données probantes orientant la politique sociale et la politique de santé, la présente recherche répond à un besoin urgent pour préparer des interventions efficaces en matière de santé publique qui réduisent la transmission du VIH et des infections transmissibles sexuellement parmi les populations marginalisées de notre pays.

Dates : 2007 et 2008, et de septembre 2008 à mars 2011

Programmes de financement : Michael Smith Foundation for Health Research – Research Trainee Award, Junior Graduate Studentship (en anglais), Michael Smith Foundation for Health Research – Research Trainee Award, Senior Graduate Studentship (en anglais) et Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best – Bourse au doctorat

Sources : Bases de données de la Michael Smith Foundation for Health Research et des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R7

Titre : *An investigation of the impact of trauma and crystal methamphetamine use on injection drug use and HIV infection among drug using youth*

Chercheuse principale : Jo-Anne M. Stoltz

Chercheurs associés : Robert S. Hogg; Evan Wood

Résumé : Cette étude examine les répercussions constantes du traumatisme pendant l'enfance sur la consommation de drogues injectables et l'infection au VIH parmi des jeunes qui consomment des drogues illégales. Bien qu'un lien ait été établi entre la violence pendant l'enfance et la consommation de drogue pendant l'adolescence, on ne comprend toujours pas comment la violence mène à la consommation. Pour tenter de combler cette lacune, cette étude subdivise le traumatisme en violence sexuelle, physique ou émotionnelle et en négligence, et étudie chaque type de traumatisme du point de vue de son potentiel de prédiction des comportements à risque associés au VIH, de l'incidence du VIH et du début de la consommation de drogues injectables. Cette étude examine également les répercussions de la consommation de méthamphétamine en cristaux sur la consommation de drogues injectables et l'infection au VIH parmi les jeunes qui consomment de la drogue. Plus particulièrement, cette recherche explore l'influence de la consommation de méthamphétamine en cristaux sur les comportements à risque associés au VIH, l'incidence du VIH et le début de la consommation de drogues injectables parmi les jeunes. Cinq cents jeunes de la rue au centre-ville de Vancouver, en Colombie-Britannique, seront suivis pendant cinq ans. Les participants rempliront le questionnaire sur les traumatismes subis pendant l'enfance au début de l'étude; ils rempliront un questionnaire distribué par un intervieweur et subiront des analyses de sang pour le dépistage du VIH et de l'hépatite C au début de l'étude et tous les six mois. L'étude fait partie d'un projet de recherche de plus grande envergure financé par les Instituts de recherche en santé du Canada sur l'histoire naturelle de la consommation de drogues injectables.

Dates : De juillet 2006 à juin 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Recherche sur le VIH/sida – Institut de la santé publique et des populations – Bourse de recherche de l'Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R8

Titre : *Building capacity to conduct community based research on evaluating youth sexual health peer education programs*

Chercheuses principales : June A. Larkin; Denise W. Jaworsky

Chercheurs associés : Sarah Flicker; Susan Flynn; Jesse M. Janssen

Résumé : De nombreuses organisations pour la jeunesse et groupes communautaires ont répondu à l'épidémie de VIH et à l'incidence croissante du virus parmi les jeunes en mettant en œuvre des programmes d'éducation par les pairs; cependant, ces organisations ont souvent une capacité limitée d'évaluer correctement l'efficacité des programmes. La nécessité de méthodes d'évaluation des programmes scientifiquement prouvées se fait sentir depuis longtemps dans le domaine de l'éducation en matière de santé sexuelle, car le niveau de connaissances actuel est insuffisant pour pouvoir prendre des décisions stratégiques basées sur des données scientifiques. L'objectif de la présente demande consiste à renforcer la capacité d'une organisation dirigée par des jeunes, appelée Children's AIDS Health Program, à évaluer les programmes d'éducation par les pairs en matière de santé sexuelle afin de pouvoir mener de futures recherches sur l'efficacité de l'éducation des jeunes par les pairs. Ce projet sera réalisé en collaboration avec des chercheurs universitaires dans les domaines de la promotion de la santé et de la psychologie de la santé, ainsi qu'avec des organisations communautaires de lutte contre le VIH et de santé sexuelle axées sur les jeunes. Ce projet vise à examiner la documentation existante sur les niveaux d'éducation en matière de santé sexuelle parmi les jeunes Canadiens et sur les méthodes d'évaluation actuelles des programmes d'éducation par les pairs. L'objectif suivant consistera à élaborer une méthode d'évaluation de l'efficacité des programmes d'éducation par les pairs destinés aux jeunes, et d'en faire l'essai pilote. Enfin, l'application des connaissances sera un élément clé, grâce auquel les résultats seront diffusés aux groupes communautaires et aux organisations pour la jeunesse.

Dates : D'avril 2008 à mars 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général – Subvention Catalyseur

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R9

Titre : *Analyse d'implantation du Chî kayeh : application des connaissances auprès des communautés cries*

Chercheuse principale : Joanne Otis

Chercheurs associés : Thérèse M. Bouchez; Françoise Caron; Isabelle Duguay; Manon Dugas; Marlène Beaulieu; Gaston Godin; Joseph J. Lévy

Résumé : En 2005, à la suite de plusieurs consultations, les autorités gouvernementales cries ont décidé d'adopter le programme fondé sur la théorie Express Protection, qui s'est avéré efficace en Montérégie. C'est ainsi que le programme innovant *Chî kayeh* a été élaboré de façon à respecter les besoins et les particularités culturelles des jeunes Cris et conformément aux données de 2005 sur les croyances des étudiants, ce qui a assuré au programme un contenu extrêmement valable. En 45 leçons, le programme vise à promouvoir la santé sexuelle et à prévenir les maladies sexuellement transmissibles, l›infection au VIH et les grossesses imprévues chez les jeunes qui fréquentent l›école. La mise en œuvre du programme a été analysée de 2006 à 2008. La prochaine étape importante est un processus de collaboration visant à l›application des connaissances acquises pendant l›évaluation de la mise en œuvre, de sorte que les conclusions puissent être validées et qu›un guide de base de mise en œuvre fondé sur les recommandations émises par les personnes concernées pendant la mise en œuvre du programme puisse être élaboré. L›objectif global du processus proposé consistera dès lors à faciliter la mise en œuvre des conclusions de l›analyse de mise en œuvre *Chî kayeh* parmi les personnes ayant participé à la mise en œuvre. Les objectifs spécifiques sont les suivants : 1) synthétiser les résultats et les recommandations issus de l'analyse de la mise en œuvre du projet *Chî kayeh*; 2) mobiliser les personnes ayant participé à la mise en œuvre du programme *Chî kayeh*; 3) envoyer les résultats de l'analyse de la mise en œuvre aux personnes concernées; 4) discuter des résultats de la recherche et des recommandations émises par les chercheurs; 5) obtenir un consensus sur les recommandations de mise en œuvre de *Chî kayeh* et sur la durabilité du programme.

Dates : D'avril 2006 à mars 2009 et de septembre 2009 à août 2010

Programmes de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement et Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination : Supplément pour l'application des connaissances

Sources : Bases de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH et des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R10

Titre : *Recherche-action évaluative du processus d'appropriation du programme « Chii kayeh iyaakwaamiih » implanté dans le milieu scolaire autochtone des Terres-Cries-de-la-Baie-James*

Chercheuse principale : Joanne Otis

Chercheurs associés : Martin Blais; Sarah Flicker; Joseph J. Lévy; Jill E. Torrie

Résumé : Pour répondre aux préoccupations des communautés Cries concernant la santé sexuelle des jeunes, le programme *Chî kayeh* a été préparé et incorporé au programme d›études de deux communautés Cries en 2006-2007. De 2006 à 2009, une étude sur la mise en œuvre a été réalisée à l›égard du programme, portant sur le programme lui-même (validation) et sur les facteurs qui ont une influence sur le processus d›appropriation du programme, principalement par les enseignants. Les résultats de l›étude ont donné lieu à une nouvelle version du programme, appelée *Chî kayeh iyaakwaamiih*, qui est mieux adaptée sur le plan culturel et sensible aux réalités et aux modes de vie et d'apprentissage des jeunes Cris. Le programme a été mis en œuvre dans neuf communautés Cries depuis septembre 2009. Cette recherche-action évaluative est proposée en vue de favoriser la durabilité du programme dans ces neuf communautés et de renforcer les capacités des membres

de la collectivité à le mettre en œuvre. La recherche répondra aux questions suivantes : quelles stratégies seront utilisées pour assurer la durabilité du programme *Chî kayeh iyaakwaamiih* d'une collectivité à l'autre et comment chaque collectivité adaptera-t-elle le programme à sa propre situation? Quels sont les effets du programme sur les étudiants, leur école, leur famille et leur environnement communautaire? Pour répondre à ces questions, deux objectifs ont été établis : 1) soutenir et documenter le processus d'appropriation et d'assurance de la durabilité du programme *Chî kayeh iyaakwaamiih* dans chacune des collectivités; 2) documenter les effets du programme du point de vue de la réalisation des objectifs, selon les indicateurs jugés pertinents par la collectivité. Plusieurs méthodes de collecte de données seront utilisées pour atteindre ces objectifs, ainsi qu'un questionnaire auto-administré distribué aux étudiants trois fois avant et après leur participation au programme.

Dates : D'octobre 2010 à septembre 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement – Annonce de priorité : Santé des Premières nations, des Inuits et des Métis

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R11

Titre : *Child sexual abuse as a predictor of sexual risk behaviour in adolescent youth in the Canadian child welfare system*

Chercheuse principale : Tiziana Fulco

Chercheuse associée : Sandra Clare Paivio

Résumé : non disponible

Dates : De 2007 à 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting and Charles Best - Bourse à la maîtrise

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R12

Titre : *Analyse chronologique des trajectoires amoureuses et sexuelles des adolescents vivant avec le VIH/SIDA depuis la naissance*

Chercheuse principale : Kimberly H.Y. Wong

Résumé : non disponible

Date : 2008

Programme de financement : Programme de bourses d'études supérieures du Canada – Bourse de maîtrise

Source : Base de données du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada

PROJET R13

Titre : *Cognitive beliefs and social attitudes as predictors of sexual risk behaviours among adolescents and young adults*

Chercheur principal : Michael Lima

Chercheur associé : Steven R. Bray

Résumé : non disponible

Dates : De septembre 2009 à août 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting and Charles Best - Bourse à la maîtrise

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R14

Titre : *Colliding worlds: Looking behind HIV/AIDS discourse in public health campaigns and among Aboriginal youth*

Chercheur principal : Jorge Laucirica

Résumé : non disponible

Dates : De janvier 2006 à janvier 2009

Programme de financement : Bourse d'études du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada

Source : Base de données de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

PROJET R15

Titre : *Comprehensive intervention strategies with young HIV-positive women in Canada: Individual, social, and cultural factors that make sexual health promotion programs successful*

Chercheuse principale : Sarah J. Fielden

Chercheuses associées : Jean A. Shoveller; Joanne Otis

Résumé : Malgré les efforts considérables réalisés à l'échelle mondiale dans la lutte contre le VIH/sida par les services de prévention, de traitement et de soin, les taux d'infection au VIH continuent à augmenter et environ 25 % des nouvelles infections concernent des jeunes. Les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables à l'infection en raison de facteurs développementaux, biologiques, sociaux et culturels qui contribuent à la féminisation de la pandémie. Il est urgent et nécessaire de mener des recherches allant au-delà des modèles comportementaux de promotion de la santé sexuelle pour contribuer à ralentir la propagation du VIH et offrir du soutien et des soins aux personnes vivant déjà avec le VIH/sida. Cette proposition de recherche concerne tout le Canada et vise à mettre au point et à évaluer des interventions innovantes en matière de santé sexuelle auprès des jeunes femmes séropositives. Au vu des données probantes sur la multiplicité des facteurs influant sur les résultats en matière de santé et de bien-être pour les femmes vivant avec le VIH, les objectifs de l'étude consistent à examiner les influences sociales et communautaires.

Étant donné qu'il s'agit d'un programme de recherche qualitatif, ces travaux permettront de mieux comprendre comment élaborer des interventions réussies auprès de groupes de jeunes femmes marginalisées au moyen de méthodes qualitatives et communautaires. Pour ce faire, nous combinerons diverses méthodes qualitatives, notamment l'observation naturaliste et les entretiens approfondis avec des jeunes femmes et d'autres intervenants clés tels que les membres de la famille et les fournisseurs de services. Nous utiliserons la cartographie des interventions, une méthode systématique progressive pour déterminer les intervenants pertinents, les besoins communautaires, les orientations du programme et l'évaluation. La recherche proposée étudie et aborde les besoins de soutien et de services des jeunes femmes vivant avec le VIH dans diverses communautés géographiques et culturelles en ce qui concerne leur santé sexuelle. Outre l'élaboration d'interventions fondées sur la théorie et sur l'expérience, le projet servira à obtenir des connaissances culturelles, notamment à mieux comprendre les expériences vécues au quotidien par ces jeunes femmes dans le cadre de leurs établissements médicaux, des services communautaires et de leur milieu familial.

Dates : De juin 2009 à mai 2012

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourses de recherche – Annonce de priorité : Recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R16

Titre : *Coping with the effects of cultural dislocation: Young Aboriginal People, the perils of injection drug initiation and the associations of HIV incidence*

Chercheuse principale : Caroline Miller

Chercheur associé : John D. O'Neil

Résumé : non disponible

Dates : De janvier 2007 à août 2008

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourses de recherche – Annonce de priorité : Recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R17

Titre : *Critical approaches to youth HIV prevention, support and community based research*

Chercheuse principale : Sarah Flicker

Résumé : non disponible

Date : 2008

Programme de financement : Subventions du Réseau ontarien de traitement du VIH

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R18

Titre : *Determinants of HIV-risk behaviour among South Asians, and evaluation of a brief HIV-risk prevention intervention*

Chercheuse principale : Amrita Ghai

Chercheurs associés : Joel D. Katz; Trevor A. Hart

Résumé : La prévention du VIH reste un défi important étant donné les taux annuels stables des nouvelles infections. Étant donné la composition multiculturelle du Canada, il est important d'examiner pleinement les besoins en matière de prévention de certains groupes culturels ou ethniques particuliers. Parmi les groupes culturels, les Asiatiques du Sud en Amérique du Nord n'ont pas été adéquatement représentés dans les efforts et la documentation sur la prévention du VIH. Le programme de recherche proposé étudiera l'incidence de certains facteurs culturels particuliers sur les facteurs de risque individuels et les comportements sexuels à risque dans un échantillon de 400 Asiatiques du Sud âgés de 18 à 35 ans à Toronto. Les participants à l'étude répondront à des questions concernant leurs comportements sexuels à risque (p. ex. utilisation irrégulière du condom, rapports sexuels non protégés), les variables culturelles (p. ex. la mesure dans laquelle ils s'identifient avec la culture de leurs ancêtres ou la culture de la majorité, le soutien perçu de la part de leur communauté culturelle, la discrimination perçue) et les variables individuelles liées au risque (attitudes négatives envers l'utilisation du condom, dépression). L'étude évaluera également une vidéo sur la prévention du VIH qui cible particulièrement un auditoire sud-asiatique. Cette vidéo a été préparée par un organisme local de services liés au sida (Alliance for South Asian AIDS Prevention) et fait intervenir des acteurs sud-asiatiques qui encouragent l'utilisation du condom. L'étude évaluera à quel degré les membres de l'échantillon comprennent la vidéo, combien de fois ils l'ont vue et à quel point ils pensent que son message est important. Elle examinera également si l'exposition à la vidéo permet de prédire les comportements sexuels à risque après six mois. Les renseignements recueillis contribueront à élucider le rôle des facteurs de risque culturels et individuels dans les comportements sexuels à risque. Ils aideront également à préparer des campagnes d'éducation et de prévention du VIH efficaces qui répondent aux besoins particuliers de la communauté croissante des Asiatiques du Sud.

Dates : De septembre 2008 à août 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best – Bourse au doctorat

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R19

Titre : *Engaging newcomer communities in sexual health research: Understanding cultural factors for HIV risk reduction amongst immigrant and refugee ethno-racial youth in western Canada*

Chercheuse principale : Susan E. Frohlick

Résumé : Le principal objet du présent projet consiste à entamer une collaboration particulière et innovante entre les jeunes immigrants et réfugiés africains, les organisations communautaires et les chercheurs universitaires dans trois villes afin d'élaborer un processus de formation d'une équipe de recherche communautaire qui fait participer les jeunes à titre de chercheurs pairs. Ce projet est le développement d'un partenariat entre la collectivité et l'université à Winnipeg, partiellement financé par une subvention pour réunions, planification et dissémination des Instituts de recherche

en santé du Canada qui a facilité l'échange de connaissances au sujet de la sexualité, de la santé sexuelle et des infections transmissibles sexuellement avec les jeunes nouveaux arrivants africains aux prises avec les normes culturelles de leur origine africaine et celles de la société canadienne en matière de négociation de pratiques sexuelles sécuritaires. L'un des messages clairs de ces échanges était l'absence d'un discours public autour des rapports sexuels et de la sexualité au sein de ces collectivités et la nécessité de connaissances au sujet des stratégies adaptées sur le plan culturel en vue de réduire la vulnérabilité de ces jeunes à l'infection au VIH associée aux facteurs connexes de la pauvreté, de la race, des normes sexuelles culturelles et de la stigmatisation associée avec les rapports sexuels et le VIH. Il était également évident que pour être efficace, l'intervention devait faire participer la collectivité à tous les niveaux de la recherche et de la mise en œuvre, y compris le processus de recherche, de la conception à la collecte de données et à la diffusion du message axé sur la jeunesse. Étant donné le manque de renseignements sur les jeunes, la sexualité et le VIH dans les populations d'immigrants appartenant à des minorités ethniques au Canada, ce projet cherche à élargir la porté des partenariats entre la collectivité et la recherche dans trois villes de l'ouest du Canada et le nombre de jeunes participants afin d'élaborer un projet sur plusieurs années selon des principes de recherche communautaire. La force de ce projet repose dans la formation d'une équipe régionale multidisciplinaire de recherche communautaire en vue de la réduction du risque de VIH axée sur les jeunes marginalisés et sous-représentés dans les collectivités des nouveaux arrivants africains et les mobilisant, en déterminant les facteurs culturels qui les mettent en danger. L'équipe rédigera une proposition de recherche plus étendue à titre de résultat final des activités définies pour ce projet catalyseur.

Dates : D'octobre 2010 à septembre 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention Catalyseur : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R20

Titre : *Engaging young women in online STI testing: The role of social context*

Chercheuse principale : Wendy M. Davis

Chercheuse associée : Jean A. Shoveller

Résumé : De nouvelles interventions, telles que l'Online Sexual Health Services Program (OSHSP) en Colombie-Britannique, sont lancées afin de complémenter les services cliniques en face à face existants, dans l'espoir qu'ils améliorent la participation des jeunes femmes au dépistage du VIH et des infections transmissibles sexuellement. Le dépistage des infections transmissibles sexuellement reste un comportement profondément stigmatisé pour de nombreuses jeunes femmes, une réalité à laquelle il ne sera pas possible de remédier complètement à l'aide de services en ligne (p. ex. la promulgation en face à face des stéréotypes sexuels peut également être représentée en ligne par un texte). Malheureusement, nous ne nous rendons pas encore complètement compte à quel point les facteurs sociaux importants (p. ex. normes sociales, stéréotypes, responsabilités des femmes en matière de santé sexuelle) influent sur les expériences liées au dépistage en ligne des infections transmissibles sexuellement (en particulier dans les sous-groupes vulnérables de jeunes femmes). Ainsi, l'étude proposée cherchera à mieux comprendre les perspectives des jeunes femmes sur la façon dont certains aspects importants de leur contexte social (p. ex. la stigmatisation, les stéréotypes sexuels) affectent leur participation à ces activités de promotion de la santé sexuelle et à d'autres activités de même nature. Plusieurs techniques de collecte et d'analyse des données

seront utilisées (p. ex. groupes de discussion et entrevues individuelles approfondies; une table ronde composée de jeunes sera chargée d'affiner l'analyse des groupes de discussion et des entrevues individuelles et un groupe de travail composé de jeunes apportera ses perspectives dans l'élaboration et la conception du site Web quant à l'aspect, à l'impression et au contenu). L'étude proposée sera menée dans la région de Vancouver et adoptera une démarche participative. En définitive, les nouveaux renseignements recueillis au cours de cette étude orienteront l'élaboration et la conception d'un service de dépistage en ligne des infections transmissibles sexuellement en Colombie-Britannique.

Dates : De septembre 2010 à août 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting and Charles Best - Bourse à la maîtrise

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R21

Titre : *Examining structural vulnerabilities to injection drug use and HIV infection among marginalized young people: An approach using complex systems modeling and social epidemiology*

Chercheur principal : Brandon D. Marshall

Chercheurs associés : Sandro Galea; Evan Wood

Résumé : La consommation de drogues injectables par les jeunes est un problème de santé national et international croissant. Étant donné que la consommation de drogues injectables est un mode principal de transmission du VIH et est responsable de nombreux autres effets nocifs pour la santé et préjudices sociaux, empêcher les jeunes de commencer à s'injecter de la drogue est une priorité majeure en matière de santé publique. Cependant, il n'existe que des données scientifiques limitées permettant d'orienter des mesures efficaces de prévention du VIH et de consommation de drogues injectables parmi les jeunes à risque. Cette recherche abordera ces enjeux urgents et fournira les renseignements nécessaires pour orienter une stratégie de lutte appropriée et efficace contre cette crise de santé à l'échelle nationale et internationale. Le principal objectif de cette recherche consiste à utiliser une modélisation de systèmes complexes (une forme de modélisation mathématique) pour comprendre comment les taux de début d'injection et d'infection au VIH sont influencés par les facteurs sociaux, environnementaux et politiques, ce qui est essentiel pour l'élaboration d'interventions efficaces. Plus particulièrement, de nouvelles techniques de modélisation mathématique seront utilisées pour mettre à l'essai l'efficacité potentielle de plusieurs interventions visant à prévenir le passage à l'injection et à réduire le risque de VIH parmi les jeunes utilisateurs de drogues. Les interventions qui seront examinées comprennent le développement des programmes de traitement des toxicomanies destinés aux jeunes toxicomanes et l'offre d'options de logement sûres aux jeunes sans abri. La recherche proposée a des implications importantes pour un segment de la population canadienne qui fait l'expérience de préjudices considérables liés à la santé et contribue de façon substantielle aux coûts sociétaux et aux coûts de santé. Étant donné les préoccupations croissantes liées au début de l'injection de drogues et les complexités des interventions requises pour réduire les infections au VIH et d'autres préjudices, la recherche proposée générera des perspectives précieuses qui pourront être appliquées par les organismes de la santé publique et d'autres décideurs dans la mise en œuvre de programmes et de politiques fondées sur des preuves visant à aborder cette importante question de santé.

Dates : De janvier 2011 à décembre 2013

Programme de financement : Bourse de recherche – Annonce de priorité – Services de santé/santé des populations – Recherche sur le VIH/sida

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJECT R22

Titre : *Exploring and addressing the determinants of health in older children with perinatally acquired HIV-1 in British Columbia in partnership with families and communities*

Chercheuse principale : Sarah J. Fielden

Chercheurs associés : Christabelle Sethna; Peter S. Tugwell

Résumé : Avec l'arrivée des thérapies antirétrovirales, les enfants qui ont contracté le VIH pendant l'enfance entrent dans l'adolescence et le début de l'âge adulte. Alors qu'ils passent par ces transitions, des services supplémentaires adaptés à leur âge sont nécessaires pour soutenir leur développement positif. Cette recherche explore la santé et le bien-être d'enfants plus âgés qui ont contracté le VIH pendant la période périnatale en Colombie-Britannique, au cours de trois phases qui visent à poser les bases de futures interventions de promotion de la santé dans cette population d'enfants. La première phase rassemble des enfants, les membres de leur famille et leurs fournisseurs de soins de santé et de services communautaires, et étudie les besoins de cette cohorte d'enfants à l'aide d'un processus consultatif communautaire basé sur la participation et sur l'interrogation qualitative. En fonction des résultats de la première phase, un modèle de programme sera créé et combinera des connaissances empiriques acquises auprès de divers intervenants avec des modèles théoriques dans les domaines de la promotion de la santé, du VIH/sida et du développement de l'enfant et de l'adolescent. Une troisième étude ajoutera un élément contextuel quantitatif à la recherche par l'intermédiaire d'une étude de cohorte rétrospective qui décrit les taux de mortalité, les tendances relatives aux traitements médicamenteux et les profils démographiques des enfants ayant contracté le VIH pendant la période périnatale en Colombie-Britannique.

Dates : De septembre 2005 à août 2008

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best – Bourse au doctorat

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R23

Titre : *Guys un-limited: Young men speak out about health services*

Chercheuse principale : Elizabeth Marie Saewyc

Résumé : Les adolescents victimes d'exploitation sexuelle et à risque connaissent souvent de graves problèmes de santé. De récents travaux de recherche en Colombie-Britannique ont montré qu'un jeune de la rue sur trois avait été victime d'exploitation sexuelle, les jeunes hommes à un taux égal à celui des jeunes femmes. Cependant, les services d'aide aux jeunes victimes d'exploitation sexuelle sont souvent axés sur les filles et les jeunes femmes, et l'utilisation de démarches centrées sur les femmes peuvent ne pas aider les jeunes hommes. Bien que les jeunes hommes, en général, cherchent de l'aide moins fréquemment que les jeunes femmes, les adolescents victimes d'exploitation sexuelle connaissent une stigmatisation qui peut les rendre encore plus hésitants

à accéder aux services dont ils sont besoins. Cette étude examinera les expériences des jeunes hommes victimes d'exploitation sexuelle et à risque dans le domaine des services de santé et des services sociaux, étudiera l'influence de leurs perspectives et de leurs idéaux de masculinité sur leur décision d'accéder aux services et explorera la façon dont les soins de santé peuvent être offerts à cette population marginalisée d'une façon accueillante pour les jeunes hommes.

Dates : D'avril 2009 à mars 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R24

Titre : *Impact of policy decisions and service delivery models on HIV/AIDS prevention: Ensuring comprehensiveness and accessibility for female adolescents*

Chercheuse principale : Charlene P. Cook

Résumé : non disponible

Dates : De 2006 à 2009

Programme de financement : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada – Bourses d'études de doctorat

Source : Base de données du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada

PROJET R25

Titre: *Interventions utilisant les TIC pour la promotion de la SSR : partage d'expériences internationales*

Chercheuse principale : Marie-Pierre Gagnon

Chercheurs associés : Françoise Coté; José Coté

Résumé : La situation des adolescents et jeunes adultes en matière de sexualité demeure préoccupante malgré les multiples interventions menées à l'égard de cette tranche de la population. La familiarité des jeunes générations avec la technologie positionne l'utilisation des technologies d'information et de communication comme une avenue fortement prometteuse dans le domaine de la promotion de la santé sexuelle et reproductive incluant la prévention des infections transmissibles sexuellement/VIH/sida chez les adolescents et jeunes adultes, ci-après santé sexuelle et génésique. Cependant, l'élaboration d'interventions efficaces utilisant les technologies d'information et de communication requiert des évidences scientifiques solides. Le projet proposé vise à stimuler le partage de connaissances entre des chercheurs aux expertises complémentaires, décideurs et intervenants nationaux et internationaux afin de créer un partenariat solide et continu. Le premier atelier portera sur la revue des interventions et stratégies dans la promotion de la santé sexuelle et génésique. Les experts partageront leurs expériences et exposeront les indicateurs ayant servi à évaluer les projets exécutés jusque-là par leurs institutions respectives ainsi que les résultats d'évaluation. Le deuxième atelier aura pour but d'élaborer une grille d'évaluation des études portant sur les interventions utilisant les technologies d'information et de communication pour la promotion de la santé sexuelle et génésique. Les principaux orateurs de cet atelier seront les chercheurs qui présenteront les connaissances existantes sur la problématique de l'utilisation

des technologies d'information et de communication dans la promotion de la santé sexuelle et génésique. Une discussion s'en suivra afin d'identifier les stratégies d'intervention, les indicateurs et les résultats à objectiver dans les études à inclure dans la synthèse de connaissance projetée. La grille ainsi élaborée servira à dépouiller les études qui satisferont les critères d'éligibilité établis pour la revue systématique. Ce partenariat entre acteurs nationaux et internationaux porte en lui le germe d'une plus grande collaboration pour l'amélioration des stratégies et des résultats des interventions visant la promotion de la santé sexuelle et génésique.

Dates : D'octobre 2010 à septembre 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de planification – Annonce de priorités : VIH / sida (recherche biomédicale/clinique et service de santé/recherche sur la santé des populations)

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R26

Titre : *Investigating and addressing injection drug use and other harms among street-involved youth: The ARYS project*

Chercheur principal : Evan Wood

Chercheurs associés : Jane Buxton; Scott E. Hadland; Richard P. Harrigan; Thomas H. Kerr; Brandon D. Marshall; Julio S. Montaner; Thomas L. Patterson; Élise Roy; Kate Shannon; Jean A. Shoveller; Steffanie A. Strathdee; Mark W. Tyndall

Résumé : Cette recherche abordera le problème urgent de la consommation de drogues illégales parmi les jeunes de la rue. En étudiant un grand groupe de jeunes de la rue à Vancouver, nous acquerrons les résultats scientifiques concluants nécessaires pour orienter une stratégie de lutte appropriée contre cette crise de santé à l'échelle locale, nationale et internationale. Plus particulièrement, le projet examinera les habitudes de consommation de drogues illégales et l'environnement à risque dans lequel elles sont utilisées, et évaluera leurs effets sur le début de la consommation de drogues injectables, les comportements sexuels à risque et l'incidence de l'hépatite C et du VIH dans une cohorte de 500 jeunes de la rue âgés de 14 à 24 ans. L'étude examinera non seulement les circonstances individuelles, mais également les influences sociales, structurelles et environnementales sur les comportements à risque. Par exemple, l'étude évaluera des facteurs précis, tels que le sans-abrisme et la participation au travail du sexe, sur la prise de risque dans le domaine des rapports sexuels et de la consommation de drogue et sur l'incidence des maladies infectieuses, en vue d'orienter des stratégies d'intervention pragmatiques. L'étude sera réalisée en invitant des jeunes à mener une enquête normalisée tous les six mois pendant cinq ans. Les connaissances acquises grâce à cette recherche devraient s'avérer utiles pour orienter les mesures de prévention du VIH et de l'hépatite C, ainsi que les initiatives visant à prévenir le début de la consommation de drogues injectables parmi les jeunes. Les jeunes de la rue représentent l'une des populations les plus vulnérables au Canada; la recherche permettant de déterminer comment réduire les préjudices dans cette population profitera à tous les Canadiens.

Dates : D'avril 2010 à mars 2015

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R27

Titre : *Investigating determinants of injection drug use initiation among street youth in Vancouver*

Chercheur principal : Daniel M. Werb

Chercheurs associés : Evan Wood; Jane Buxton

Résumé : Bien que des ressources considérables aient été consacrées à la réduction de la taille et de l'étendue des marchés de drogues illégales, de récentes données laissent entendre que la consommation de drogue et les autres comportements liés à la drogue, tels que la vente de drogue, se produisent à des taux élevés dans les régions où se trouvent ces marchés. Comme le VIH et d'autres maladies transmissibles par le sang peuvent se transmettre au cours de la consommation de drogues injectables, la recherche a porté sur la prévention du début de tels comportements. Il est ainsi particulièrement préoccupant que la recherche laisse entendre que la proximité avec un marché de la drogue peut augmenter le risque que les populations vulnérables, telles que les jeunes de la rue, commencent à consommer des drogues illégales et à en vendre. Le projet de recherche proposé consiste en une étude des facteurs qui rendent les membres de populations vulnérables comme les jeunes de la rue plus susceptibles de vendre de la drogue. En outre, ce projet examinera les facteurs qui poussent les personnes ancrées dans le marché de la drogue à cesser de vendre et de consommer des drogues injectables. Cette enquête utilisera des données recueillies auprès d'utilisateurs de drogues illégales et de jeunes de la rue à Vancouver sur une période de trois ans. En mettant l'accent sur le début et la fin de la vente de drogue, nous espérons que cette recherche permettra l'élaboration d'interventions efficaces visant à prévenir l'implication dans le marché de la drogue. De plus, en étant axée sur les facteurs qui entrent dans l'arrêt de la consommation et de la vente de drogue, cette enquête fournira également un cadre dans lequel développer des interventions axées sur les participants ancrés dans le marché de la drogue. Étant donné le lien étroit entre la vente de drogue et la consommation de drogue dans la rue à Vancouver et dans d'autres milieux urbains canadiens, un projet qui étudie ces deux phénomènes et leurs interactions offrira d'importants résultats qui auront des implications pour le développement et la mise en œuvre de toute une gamme d'interventions en matière de santé publique.

Dates : De septembre 2010 à août 2013

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best – Bourse au doctorat

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R28

Titre : *Investigating population-level interventions to improve youth sexual health*

Chercheuse principale : Jean A. Shoveller

Chercheurs associés : Mark P. Gilbert; Thomas H. Kerr; Marc Levine; Gina S. Ogilvie; John L. Oliffe; Kate Shannon; Judith A. Soon; Jessica Yee

Résumé : Le programme de recherche proposé est axé sur l'étude des interventions communautaires qui touchent la santé sexuelle des jeunes (âgés de 12 à 24 ans) au sein du secteur de la santé et à l'extérieur. Dans tout le Canada, de nombreux jeunes connaissent de graves problèmes de santé et problèmes sociaux liés aux infections transmissibles sexuellement (ITS) et aux grossesses non désirées. Malgré les efforts déployés par les organismes de la santé publique, les taux d'infections transmissibles sexuellement parmi les jeunes sont élevés et en

croissance; de plus, bien que les taux de grossesses précoces se stabilisent dans la population en général, les répercussions sociales de ces problèmes sur la santé se manifestent de façon disproportionnée parmi les populations vulnérables. En outre, avec l'aggravation des inégalités en matière de santé sexuelle, les interventions conventionnelles semblent être de plus en plus coupées des principaux besoins des jeunes dans le domaine de la prévention primaire, en particulier les besoins des sous-groupes de jeunes vulnérables. Notre programme de recherche est intégré dans un ensemble de partenariats établis et en cours d'établissement parmi des chercheurs (Université de Colombie-Britannique; BC Centre for Excellence in HIV/AIDS) et avec les liens de collaboration que nous avons noués avec a) le système de la santé publique (p. ex. BC Centre for Disease Control; autorités sanitaires régionales); b) les décideurs dans les secteurs autres que la santé (p. ex. l'éducation, les services sociaux, l'emploi, le logement) et c) les organisations non gouvernementales et les organisations dirigées par des jeunes pertinentes (p. ex. OPTions for Sexual Health BC; YouthCO AIDS Society; Native Youth Sexual Health Network). Ensemble, nous allons lancer plusieurs études reliées sur le plan conceptuel, qui seront mises en œuvre au cours des cinq prochaines années, et dont les volets s'orienteront nécessairement (et avantageusement) mutuellement pour 1) déterminer les mécanismes par lesquels les interventions communautaires améliorent ou appauvrissent la santé sexuelle des jeunes, 2) décrire comment les interventions communautaires peuvent être progressivement augmentées afin d'éviter l'exacerbation des inégalités en matière de santé sexuelle, en particulier parmi les sous-groupes de jeunes vulnérables, 3) évaluer les répercussions relatives des interventions communautaires sur la santé sexuelle des jeunes au sein du secteur de santé et au-delà.

Dates : De novembre 2010 à mars 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement – Subventions programmatiques pour la santé et l'équité en santé

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R29

Titre : *Learning from the voices of youth: A participatory research study exploring the HIV and HCV prevention needs of youth who smoke crack*

Chercheuse principale : Lynne E. Leonard

Résumé : Cette recherche est motivée par le besoin qu'ont exprimé les partenaires communautaires d'obtenir des données par âge relativement aux besoins de prévention du VIH et du virus de l'hépatite C chez les jeunes qui fument du crack. Le manque de services de soins de santé ciblés et de services de soutien pour la prévention du VIH et du virus de l'hépatite C pour les personnes qui fument du crack est particulièrement préoccupant, étant donné les preuves épidémiologiques qui démontrent une hausse de l'inhalation de crack et les preuves virologiques qui documentent les risques liés au VIH et au virus de l'hépatite C associés à cette pratique. Les jeunes de la rue sont particulièrement vulnérables quand il s'agit de commencer à fumer du crack. À Ottawa, 64 % des jeunes de la rue ont déclaré utiliser du crack ou de la cocaïne sans injection. La participation des jeunes est un élément essentiel de ce projet, car c'est grâce aux connaissances fournies par les jeunes que nous créerons des outils de recherche, développerons des stratégies de recrutement efficaces, comprendrons les résultats de la recherche de façon appropriée et concevrons un plan ciblé de dissémination des résultats. À ce titre, des jeunes âgés de moins de 25 ans qui ont l'expérience du crack (directe ou indirecte) seront recrutés pour se joindre à l'équipe de projet, qui servira de groupe de travail en vue d'orienter le processus de recherche et l'établissement

des priorités. Dans le cadre de chaque réunion de l'équipe de projet, les jeunes participeront à une séance de compte rendu dirigée afin de leur offrir un espace sûr où faire part de leurs sentiments, réfléchir à leurs expériences pendant les réunions et faire des suggestions d'amélioration concernant le processus. Cette étude suivra une conception séquentielle à méthode mixte. Nous utiliserons des entrevues qualitatives pour recueillir les perspectives des jeunes qui ont été recensés comme ayant une idée des environnements à risque particuliers occupés par certains groupes de jeunes qui fument du crack. Ces données orienteront la préparation du plan d'analyse quantitative et de l'outil d'enquête. Nous mènerons ensuite une enquête quantitative afin de documenter l'adoption de comportements et de pratiques à risque liés au VIH et au virus de l'hépatite C qui peuvent faire courir aux jeunes fumant du crack le risque de contracter l'infection au VIH et au virus de l'hépatite C.

Dates : D'avril 2011 à mars 2014

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R30

Titre : *Place and experiences of risk among young drug users in downtown Vancouver*

Chercheuse principale : Danya Fast

Chercheur associé : Thomas H. Kerr

Résumé : La consommation de drogues illégales est associée à de graves préjudices parmi les jeunes. À Vancouver, de récentes recherches épidémiologiques ont révélé des taux de mortalité et une incidence du VIH et du virus de l'hépatite C alarmants parmi les jeunes qui consomment de la drogue. Ces problèmes persistent malgré l'établissement récent de toute une gamme de services pour la jeunesse, notamment divers programmes de réduction des préjudices. Bien que l'on reconnaisse de plus en plus que les facteurs contextuels jouent un rôle essentiel pour déterminer les comportements de consommation de drogue à risque élevé, il n'existe que peu d'enquêtes approfondies portant sur le contexte de consommation de la drogue et axées sur les perspectives des jeunes consommateurs de drogue. Une telle démarche est essentielle au développement d'interventions porteuses de sens en matière de politiques et de programmes, qui cherchent à soulager la grave souffrance évitable que connaissent les jeunes consommateurs de drogue. L'étude proposée suivra une méthodologie ethnographique qualitative pour étudier comment les jeunes comprennent le paysage structurel, social et physique du monde de la drogue au centre-ville de Vancouver, et la façon dont cet environnement façonne les expériences de sécurité et de risque parmi les jeunes qui consomment de la drogue. Même si de nouveaux champs d'enquête émergeront probablement au fil de la recherche, les objectifs principaux de cette étude sont les suivants : 1) examiner comment les jeunes consommateurs de drogue entrent dans le monde de la drogue au centre-ville de Vancouver et en viennent à le comprendre; 2) examiner comment ce paysage façonne les expériences du risque (y compris les comportements à risque liés au VIH, les préjudices liés à la drogue et la violence physique) parmi les jeunes et, par ailleurs, comment il facilite les situations de sécurité; et 3) examiner les effets de l'exclusion spatiale due à la revitalisation urbaine et à la gentrification sur les expériences de la sécurité et du risque et les façons de comprendre ces derniers. En explorant chacun de ces objectifs, cette étude vise à déterminer quels aspects de cet « environnement du risque » servent d'intermédiaires aux préjudices parmi les jeunes consommateurs de drogue, et sont par conséquent pertinents pour les interventions en matière de politiques et de programmes.

Dates : De septembre 2009 à août 2012

Programme de financement : Instituts de la recherche en santé du Canada Bourses d'études supérieures du Canada Vanier

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R31

Titre : *Primary HIV prevention research in marginalized communities*

Chercheur principal : Neil Andersson

Chercheurs associés : Chris P. Archibald; J. K. Barlow; Douglas A. Coyle; Nancy L. Gibson; Beverley J. Shea

Résumé : La prévention primaire du VIH comprend la réduction des facteurs de risques afin de prévenir le VIH en premier lieu. Ce centre mettra au point des méthodes de recherche et une capacité de prévention primaire du VIH, mettant particulièrement l'accent sur la résilience chez les jeunes Autochtones et dans les collectivités marginales. Il préparera des interventions de prévention primaire pour ces milieux, fera l'essai d'aides à la décision et les mettra en œuvre afin de soutenir la traduction de la recherche sur les principaux moyens de prévention du VIH en politiques de prévention efficaces.

Dates : De septembre 2008 à décembre 2008

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R32

Titre : *La promotion de la santé sexuelle et reproductive, incluant la prévention du VIH-sida, soutenue par les technologies de l'information et des communications : une étude de faisabilité chez les Premières nations*

Chercheur principal : Roy Bernard

Chercheuses associées : Marie-Pierre Gagnon, Nancy Gros-Louis

Résumé : Il existe une grande inégalité dans la répartition des taux de prévalence des maladies transmissibles sexuellement (MTS) et du VIH/sida au Canada. De tels taux peuvent être jusqu'à dix fois plus élevés parmi les Premières nations que dans la population dans son ensemble. C'est pourquoi les maladies transmissibles sexuellement et le VIH/sida ont une priorité pour le document *Quebec First Nations Health and Social Services Blueprint 2007-2017*. La démarche et les interventions semblent être axées plus sur l'observance du traitement antirétroviral de la part des personnes vivant avec le VIH que sur la prévention primaire. Cependant, la situation des adolescents et jeunes adultes en matière de sexualité demeure préoccupante, malgré les multiples interventions menées à l'égard de cette tranche de la population. La familiarité de la jeune génération avec les technologies d'information et de communication, ou TIC, offre une possibilité hautement prometteuse dans le domaine de la promotion de la santé sexuelle et reproductive, y compris la prévention des maladies transmissibles sexuellement, du VIH et du sida chez les adolescents et les jeunes adultes des Premières nations. Cependant, l'élaboration d'interventions efficaces utilisant les technologies d'information et de communication requiert des évidences scientifiques solides. Pour

réduire les inégalités susmentionnées, le projet comprendra la planification et la réalisation d'une étude de faisabilité en collaboration étroite avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. Au cours de cette phase initiale du partenariat, les besoins de l'organisation seront évalués, et cette dernière sera préparée à élaborer des interventions à l'aide des technologies d'information et de communication pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive et prévenir le VIH/sida parmi les adolescents et les jeunes adultes dans les collectivités des Premières nations au Québec et au Labrador, et sera soutenue dans la réalisation de ces interventions.

Dates : De mars 2011 à février 2012

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention Catalyseur : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet autochtone

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R33

Titre : *Online STI testing and youth*

Chercheuse principale : Jean Shoveller

Chercheurs associés : Mark P. Gilbert; Gina S. Ogilvie; John L. Oliffe

Résumé : De nouvelles interventions, telles que l'Online Sexual Health Services Program (OSHSP) en Colombie-Britannique, sont lancées afin de compléter les services cliniques en face à face existants, dans l'espoir qu'ils améliorent la participation des jeunes au dépistage du VIH et des infections transmissibles sexuellement. Le dépistage des infections transmissibles sexuellement reste un comportement profondément stigmatisé, une réalité à laquelle il ne sera pas possible de remédier complètement à l'aide de services en ligne (p. ex. la promulgation en face à face des stéréotypes sexuels peut également être représentée en ligne par un texte). Malheureusement, nous ne nous rendons pas encore complètement compte à quel point les facteurs sociaux importants (p. ex. normes sociales, stéréotypes au sujet des responsabilités des hommes et des femmes en matière de santé sexuelle) influent sur les expériences liées au dépistage en ligne des infections transmissibles sexuellement (en particulier dans les sous-groupes vulnérables de jeunes). Ainsi, l'étude proposée cherchera à mieux comprendre les perspectives des jeunes sur la façon dont certains aspects importants de leur contexte social (p. ex. la stigmatisation, les stéréotypes sexuels) affectent leur participation à ces activités de promotion de la santé sexuelle et à d'autres activités de même nature. Plusieurs techniques de collecte et d'analyse des données seront utilisées (p. ex. groupes de discussion et entrevues individuelles approfondies; une table ronde composée de jeunes sera chargée d'affiner l'analyse des groupes de discussion et des entrevues individuelles et un groupe de travail composé de jeunes apportera ses perspectives dans l'élaboration et la conception du site Web quant à l'aspect, à l'impression et au contenu). Tout au long du projet, une série de « contrôle de réalité » auprès des jeunes servira également à obtenir un retour d'information sur les versions émergentes du site Web, avec un accent particulier sur la consultation des sous-groupes de jeunes vulnérables. L'étude proposée de deux ans sera menée dans la région de Vancouver et adoptera une démarche participative. Ensemble, nous utiliserons les nouveaux renseignements recueillis au cours de cette étude pour orienter l'élaboration et la conception d'un service de dépistage en ligne des infections transmissibles sexuellement en Colombie-Britannique.

Dates : D'octobre 2010 à septembre 2012

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R34

Titre : *Protective factors associated with preventing injection drug use initiation among at-risk youth in Vancouver, British Columbia*

Chercheuse principale : Catharine Chambers

Résumé : Les jeunes de la rue âgés de 15 à 24 ans sans résidence permanente courent un risque considérable de contracter le VIH et l'hépatite C en raison de leur participation à des activités à risque élevé, telles que l'utilisation de drogues injectables (UDI) et le travail du sexe. Par comparaison avec leurs homologues plus âgés, les jeunes de la rue qui utilisent des drogues injectables courent un risque plus élevé d'infection transmissible par le sang en raison de leur manque d'expérience : ils sont plus susceptibles de partager des seringues et autre matériel de consommation de drogue, et ils sont plus susceptibles de demander au début à un ami ou à une connaissance d'injecter la drogue, ce qui diminue leur contrôle au sujet de l'utilisation d'un matériel propre. Outre le risque d'infection au VIH et à l'hépatite C, le début de l'utilisation de drogues injectables à un jeune âge est associé à la participation au travail du sexe, à des événements de consommation excessive de drogues, aux activités criminelles et à l'utilisation à long terme de drogues injectables. Bien que la plupart des travaux de recherche portant sur l'utilisation des drogues injectables chez les populations de jeunes de la rue examinent les comportements à risque élevé associés à l'infection au VIH ou à l'hépatite C, peu d'études ont étudié les facteurs qui empêchent les jeunes de commencer à utiliser des drogues injectables. La recherche de Catharine Chambers vise à déterminer pourquoi certains jeunes de la rue ont de la résilience et ne commencent pas à utiliser des drogues injectables et, chez les jeunes qui ont fait l'expérience des drogues injectables, pourquoi ils ont commencé à les utiliser et ce qui peut les empêcher de devenir des utilisateurs réguliers. Elle forme l'hypothèse que des relations stables avec les principaux pourvoyeurs de soins, des réseaux de soutien social distincts de la collectivité de la rue et l'absence d'activité criminelle peuvent apporter de la résilience au début de la consommation de drogues injectables. Les résultats de l'étude de Mme Chambers orienteront le développement et la mise en œuvre de programme de prévention visant à réduire le début de la consommation de drogues injectables chez les jeunes de la rue à Vancouver. En définitive, cela pourrait réduire la prévalence des infections transmissibles par le sang, du VIH et de l›hépatite C dans ces groupes à risque élevé.

Dates : 2008 et de septembre 2008 à août 2009

Programmes de financement : Michael Smith Foundation for Health Research – Research Trainee Award, Junior Graduate Studentship (en anglais) et Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting and Charles Best - Bourse à la maîtrise

Sources : Bases de données de la Michael Smith Foundation for Health Research et des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R35

Titre : *Research for injection drug use prevention: Exploring risk and resiliency among adolescent Aboriginal women who use drugs in British Columbia*

Chercheuse principale : Caroline Miller

Chercheurs associés : Wayne M. Christian; John D. O'Neil; Margo E. Pearce; Chris G. Richardson; Martin T. Schechter; Patricia M. Spittal

Résumé : De récents travaux révolutionnaires au Canada ont montré que, parmi les jeunes Autochtones, la vulnérabilité au VIH, au virus de l'hépatite V et à la consommation de drogues injectables touche les jeunes femmes. En outre, les preuves épidémiologiques concernant la vulnérabilité à ces trois conditions parmi les jeunes femmes autochtones laissent entendre que les traumatismes hérités de l'histoire pourraient s'associer à des traumatismes plus récents, tels que le sans-abrisme, la violence sexuelle et le travail du sexe pour survivre. Cependant, il y a toujours une pénurie de données probantes concernant les programmes et les politiques efficaces de prévention de la drogue chez les adolescents en général, et chez les jeunes femmes qui doivent peut-être faire face à des traumatismes multidimensionnels plus particulièrement. La recherche proposée cherche à faire entendre la voix des jeunes femmes autochtones dans le domaine de la prévention de la consommation de drogue en s'appuyant sur un partenariat de recherche autochtone unique et solide en Colombie-Britannique, au Canada, afin de produire de nouvelles données probantes concernant le risque et la résilience à la consommation de drogues injectables (définie comme l'utilisation de drogues illégales autres que la marijuana au cours du mois précédent) parmi les adolescentes autochtones à risque (âgées de 14 à 19 ans). Pour ce faire, nous utiliserons des méthodes ethnographiques pour explorer de façon qualitative les quatre objectifs suivants : étudier les relations entre le traumatisme, la résilience et le passage à la consommation de drogues injectables; examiner l'intersection entre la sécurité culturelle et la réduction des préjudices; explorer le rôle de certaines drogues précises et leur trajectoire de transition respective; et synthétiser les données probantes afin de développer un cadre d'action pour la prévention de la consommation de drogues injectables chez les adolescentes autochtones à risque. Cette recherche produira des résultats scientifiques très nécessaires qui orienteront la politique en matière de prévention de la drogue axée sur les personnes qui courent le plus grand risque au Canada.

Dates : De mars 2011 à février 2012

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement – Annonce de priorité : Recherche sur le genre, le sexe et la santé

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R36

Titre : *Safe n Sexy: Use of sexual health services by street-involved youth in Hamilton, Ontario*

Chercheurs principaux : Sandra Bullock; Adrian Betts

Résumé : non disponible

Date : 2009

Programme de financement : Subventions du Réseau ontarien de traitement du VIH

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R37

Titre : *Sexual health matters: Concerns of HIV+ adolescents and young adults*

Chercheuse principale : Tamara Landry

Chercheur associé : William Fisher

Résumé : Contexte : Les jeunes séropositifs sont vulnérables, entre autres, à la stigmatisation, aux troubles émotionnels et sexuels, à la déficience de leur système immunitaire, à la consommation d'alcool et de drogues et au risque de contracter des infections transmissibles sexuellement. Un certain nombre de ces vulnérabilités peuvent être aggravées par l'acte même de divulgation de leur séropositivité. Peu d'études canadiennes ont étudié l'expérience des jeunes séropositifs liée à la divulgation de leur état sérologique vis-à-vis du VIH ou comparé l'expérience des jeunes infectés à la naissance à celle des jeunes infectés pendant l'adolescence. Au Canada, il n'existe pas de lignes directrices de promotion de la santé ni de « messages de divulgation » pour aider les jeunes séropositifs à divulguer (ou non) leur état sérologique vis-à-vis du VIH. Objectifs : Cette étude examine a) l'expérience de divulgation de la séropositivité d'un groupe varié de jeunes Canadiens infectés à la naissance ou pendant l'adolescence, b) les répercussions de cette divulgation sur leur santé sexuelle, et c) leur accès aux services de soutien à leur disposition. Elle compare les expériences de divulgation de l'infection au VIH de jeunes séropositifs infectés à la naissance ou infectés pendant l'adolescence afin de repérer les principales distinctions entre les deux cas. Méthodologie : En juin 2010, un comité consultatif de jeunes a déterminé les principaux thèmes à aborder et contribué à l'élaboration de questions pour les entrevues. Jusqu'à 48 jeunes séropositifs de London, de Toronto et de Vancouver, âgés de 14 à 29 ans, participeront à des entrevues en profondeur, avec l'approbation éthique de l'Université de Western Ontario. L'analyse des données, effectuée selon une approche phénoménologique, décrira et cataloguera l'expérience vécue des participants. Les thèmes et les schémas seront comparés entre toutes les transcriptions pour décrire les expériences individuelles et collectives. Pertinence et répercussions potentielles : Cette recherche a pour but de faire progresser les connaissances afin de contribuer à créer et à mettre en œuvre des programmes d'éducation, de soutien et de prévention spécifiquement adaptés aux préoccupations des jeunes séropositifs en matière de santé sexuelle et de divulgation de leur état de santé, ainsi que de réduire au minimum le risque de transmission du VIH et de protéger la santé des personnes séropositives et séronégatives pour le VIH. Les programmes éducatifs conçus avec l'aide de jeunes séropositifs peuvent contribuer à faciliter une approche de la divulgation avec laquelle ils puissent se sentir à l'aise pour discuter de leur état de santé avec les fournisseurs de soins de santé, avec leurs amis proches et avec leurs partenaires.

Dates : De 2009 à 2010

Programme de financement : Réseau ontarien de traitement du VIH – Bourse d'études

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R38

Titre : *Social exclusion and the health and wellbeing of gender and sexual minorities*

Chercheur principal : Robb Travers

Résumé : Il a été établi que le VIH touche de façon disproportionnée les groupes victimes d'exclusion sociale; au Canada, on a fait valoir qu'il faut comprendre le VIH dans son contexte social. L'Association canadienne de santé publique note que la pauvreté, le sans-abrisme, la

stigmatisation, la toxicomanie, la violence, les problèmes de santé mentale non traités, le manque de possibilités d'emploi, l'impuissance, l'absence de choix, le manque de statut légal et l'absence de soutien social créent des environnements dans lesquels le VIH et d'autres maladies se développent et se propagent. Très peu de travaux canadiens de recherche en santé tentent spécifiquement de comprendre les problèmes de santé et les besoins en matière de soins de santé de deux populations marginalisées : les personnes transgenres et transsexuelles, ainsi que les jeunes lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres. S'inspirant d'un cadre social des déterminants de la santé, ce programme de recherche de cinq ans mettra l'accent sur l'étude du rôle que joue l'exclusion sociale dans la définition des résultats de santé, ainsi que sur les obstacles à l'accès aux soins de santé pour les minorités sexuelles. Étant donné la pauvreté des renseignements répondant aux besoins de ces populations dans le contexte canadien, ce programme de recherche met particulièrement l'accent sur l'établissement des facteurs qui : 1) mèneront à des résultats de santé améliorés; 2) aideront à lever les obstacles à l'accès aux services; et 3) contribueront à surmonter la vulnérabilité en favorisant la résilience personnelle. Le programme de recherche sera fondé sur la collectivité et la collaboration, faisant participer plusieurs organismes communautaires et fournisseurs de services à titre de partenaires. En outre, ce programme de recherche comprendra d'importantes possibilités de mentorat des étudiants. Cela appuiera le développement d'une nouvelle génération de chercheurs en Ontario, capables de travailler en collaboration avec des partenaires communautaires et d'autres intervenants afin d'influer sur cette épidémie. L'un des objectifs clés du programme de recherche consistera à mettre la priorité sur le transfert de connaissances et les initiatives d'échange qui mettent les données entre les mains des décideurs qui en ont besoin.

Dates : De juillet 2011 à juin 2016

Programme de financement : Bourse de nouveau chercheur – Annonce de priorité – Services de santé/santé des populations – Recherche sur le VIH/sida

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R39

Titre : *Socio-cultural and individual determinants of accessing sexual health services among young adults*

Chercheuse principale : Bojana Petrovic

Chercheurs associés : Farah Ahmad; Trevor A. Hart

Résumé : Dans le monde entier, les jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans représentent 45 % des nouveaux cas d'infection au VIH chaque année (ONUSIDA, 2008). Parmi les jeunes adultes au Canada âgés de 15 à 19 ans, les femmes composent plus de la moitié des nouveaux cas de séropositivité au VIH (Agence de la santé publique du Canada, 2007). Les données probantes de travaux de recherche antérieurs ont montré que les membres appartenant à des groupes ethniques et religieux minoritaires et les immigrants rencontrent des obstacles à l'accès aux services de santé sexuelle. Cette étude examinera l'incidence des facteurs psychologiques et culturels sur l'accès à des services appropriés dans un échantillon d'étudiants du premier cycle, et déterminera si ces obstacles sont associés au sexe.

Dates : De septembre 2010 à août 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting and Charles Best – Bourse à la maîtrise

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R40

Titre : *Strengthening community-based approaches to HIV/AIDS education, screening, and treatment among Canadian Inuit youth*

Chercheuses principales : Jeanette Doucet; Jacqueline C. Gahagan; Aideen F. Reynolds; Audrey Steenbeek

Chercheurs associés : Chris P. Archibald; Pitsulala S. Lyta

Résumé : Ce projet commencera d'étudier le jeu complexe entre la culture, la santé des jeunes et l'autonomisation des sexes concernant le risque de contracter le VIH/sida au sein des collectivités inuites, et déterminera les priorités de recherche pour une étude qui se déroulera sur plusieurs années. Il y a un besoin criant d'une image plus claire de la dynamique et de l'épidémiologie du risque de contracter le VIH parmi les Inuits au Canada. Les données actuelles sur le VIH chez les Inuits ont tendance à se perdre dans les statistiques autochtones ou canadiennes et sous-estiment la situation réelle des Inuits au Canada. Cette recherche a pour objectif de mieux comprendre cette situation et tente d'orienter le développement d'options communautaires et participatives durables pour des interventions de lutte contre le VIH/sida qui sont sensibles aux difficultés de la promotion de la santé et de la prestation des soins de santé dans les collectivités du Nord. Le projet a recours à une méthodologie de recherche communautaire qui fait intervenir la participation directe des organisations et des membres de la collectivité des Inuits. En outre, en raison des obstacles liés au dépistage dans les petites collectivités éloignées (manque d'anonymat, stigmatisation et discrimination, manque d'accès aux soins à la communication d'un résultat positif au test, manque d'organisations de lutte contre le sida dans le Nord), cette méthodologie de recherche communautaire offre une possibilité importante de renforcer la capacité des fournisseurs de soins de santé et d'améliorer l'accès à l'éducation, au dépistage (dépistage anonyme avec counselling avant et après le test), au diagnostic, aux soins, au traitement et au soutien.

Dates : D'avril 2007 à mars 2008

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet autochtone – Subvention Catalyseur

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R41

Titre : *Taking Action: Using arts-based approaches to developing Aboriginal youth leadership in HIV prevention*

Chercheuse principale : Sarah Flicker

Chercheurs associés : Jeanette Doucet; Randy Jackson; June A. Larkin; Claudia Mitchell; Tracey Prentice; Jean-Paul Restoule; Melanie M. Rivers

Résumé : Les jeunes Autochtones sont surreprésentés dans l'épidémie du VIH au Canada. Les démarches de mobilisation des jeunes fondées sur les arts dans la promotion de la santé ont été efficaces à l'échelle locale et mondiale. Cela dit, plusieurs partenaires communautaires et chercheurs universitaires ont collaboré pour élaborer cette demande de subvention de recherche. L'objectif de cette étude consiste à mobiliser les jeunes Autochtones dans le leadership en matière de prévention du VIH grâce à des démarches fondées sur les arts. Les objectifs précis sont les suivants : 1) explorer comment les jeunes Autochtones relient les inégalités structurelles au risque individuel, au VIH et à la culture autochtone à l'aide de méthodologies fondées sur les arts; 2) étudier l'efficacité des modèles de mobilisation par des méthodes fondées sur les arts (p. ex. hip-hop, documentaire vidéo ou photographique, théâtre populaire, musique ou danse, etc.); 3) renforcer la capacité des jeunes à aborder les questions liées au VIH dans leur collectivité locale; 4) élaborer et disséminer des documents de soutien et de prévention du VIH propres à chaque communauté, « par les jeunes et pour les jeunes »; et 5) créer un répertoire numérique national des documents de prévention du VIH « par les jeunes et pour les jeunes ». Le respect des principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession est incorporé à chacun de ces buts et objectifs et les sous-tend. L'équipe de recherche s'associera à six collectivités locales dans différentes régions du pays pour co-parrainer des ateliers « Taking Action ». Ces ateliers comprendront un volet de production éducative et culturelle sur le VIH, où les participants auront la possibilité de développer des projets qui analysent les liens entre les inégalités structurelles, le risque individuel de contracter le VIH et la culture autochtone. Après l'atelier, les jeunes participants passeront des entrevues individuelles et seront invités à réfléchir sur les connaissances clés acquises et sur la façon dont leurs productions artistiques sont ancrées dans les réalités structurelles. Le contenu thématique des entrevues et des médias sera analysé de façon qualitative. Les résultats seront disséminés dans des formats accessibles dans les universités et les collectivités.

Dates : D'avril 2008 à mars 2011

Programmes de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet autochtone – Subvention de fonctionnement et subventions du Réseau ontarien de traitement du VIH

Sources : Bases de données des Instituts de recherche en santé du Canada et du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R42

Titre : *Taking Action II: Fostering Aboriginal leadership in HIV prevention using arts-based methods*

Chercheuse principale : Sarah Flicker

Chercheurs associés : Jessica Yee; Randy Jackson; June A. Larkin; Claudia Mitchell; Vanessa J. Oliver; Tracey Prentice; Jean-Paul Restoule

Résumé : OBJECTIFS : 1) comprendre ce qui inspire certains jeunes à devenir actifs dans la prévention du VIH dans leur collectivité; 2) étudier la narration d'histoires numériques comme stratégie permettant d'augmenter la participation des jeunes Autochtones aux efforts de prévention du VIH; 3) élaborer et disséminer des documents de soutien et de prévention du VIH propres à chaque communauté, « par les jeunes et pour les jeunes ». MÉTHODES : Stade 1 : Nous inviterons des jeunes Autochtones de tout le Canada à s'inscrire pour « raconter leur histoire » au sujet du leadership, du bénévolat et de l'engagement concernant le VIH. Nous sélectionnerons des jeunes (n = 20; âgés de 16 à 25 ans) de façon à assurer une représentation de toutes les régions du

pays. Ces jeunes seront invités à un atelier d'une semaine, au cours duquel ils acquerront des compétences en narration d'histoires numériques et recevront de l'aide pour créer de courts films (de 3 à 5 minutes) qui racontent leur histoire particulière (dans leurs propres mots et dans leur langue) au sujet de la raison et de la façon dont ils se sont engagés dans la prévention du VIH. À la suite de la création de ces histoires, chaque jeune passera une entrevue à propos de son film et de la raison pour laquelle il est devenu un dirigeant et un défenseur de la prévention du VIH. Stade 2 : Chaque jeune dirigeant ou réalisateur sera invité à organiser une projection de son film dans sa propre collectivité pour d'autres jeunes, les aînés et les membres de la collectivité. À la suite du film, une discussion facilitée abordera les répercussions du VIH sur les collectivités autochtones, sur la raison pour laquelle il est si difficile d'en parler et de ce qui pourrait inspirer les autres à devenir des dirigeants. ANALYSE : Nous analyserons ensuite toutes les histoires numériques recueillies et toutes les entrevues et discussions facilitées. DISSÉMINATION : Outre la dissémination des résultats par les supports universitaires habituels, les productions des jeunes seront également affichées en ligne. Nous créerons des trousses conviviales qui comprennent une copie du DVD qui contient toutes les histoires, un manuel et un guide de discussion pour les autres personnes qui désirent projeter les histoires.

Dates : D'avril 2011 à mars 2014

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet autochtone

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R43

Titre : *Teens resisting urban transphobia and homophobia (TRUTH)*

Chercheuse principale : Heidi H. Newton

Chercheur associé : Robb Travers

Résumé : non disponible

Dates : De septembre 2009 à août 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général – Bourse à la maîtrise

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R44

Titre : *The Cedar Project: A comparison of the sexual vulnerabilities of young Aboriginal men and women surviving drug use and sex work in Prince George and Vancouver*

Chercheur principal : Negar Chavoshi

Chercheuse associée : Patricia M. Spittal

Résumé : Cette recherche sera menée en collaboration avec le projet *Cedar*; une étude de cohorte prospective continue qui porte sur des jeunes Autochtones à risque âgés de 14 à 30 ans qui résident à Vancouver et à Prince George, en Colombie-Britannique, qui ne fument pas et n'utilisent pas de drogues injectables. Pour le programme de doctorat, je propose d'utiliser des analyses

chronologiques afin d'étudier les facteurs de prédiction du passage au statut séropositif pour l'hépatite C, de la séropositivité au VIH et des obstacles à l'accès au traitement du VIH/sida au fil du temps dans la cohorte *Cedar*. Des modèles chronologiques appropriés ajusteront les facteurs de prédiction importants afin de déterminer quels facteurs de risque sont indépendamment associés à la séroconversion au VIH. La modélisation équivalente sera effectuée pour tous les participants qui ont subi une séroconversion au VHC. Le projet *Cedar* comble le manque de renseignements au sujet des vulnérabilités sexuelles parmi les jeunes Autochtones. Les résultats de mon étude seront rapportés aux collectivités autochtones touchées et aux autorités fédérales et provinciales, y compris au chef et aux conseils. Les partenaires du projet auront un rôle prédominant dans l'élaboration de recommandations au sujet des programmes et des politiques visant à réduire les risques d'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C. Ces recommandations seront tirées des éléments probants de l'étude concernant les déterminants des vulnérabilités en matière de rapports sexuels et de consommation de drogue, afin de répondre aux besoins des jeunes Autochtones à risque et de leurs collectivités. Les futures études offriront des travaux de recherche pertinents aux conseils autochtones qui utilisent les résultats pour la planification générale des services et l'évaluation de l'efficacité des programmes. Mon travail pour le projet *Cedar* contribuera à la capacité des fournisseurs de services autochtones à sensibiliser, à déterminer les besoins, à demander des ressources adéquates et à élaborer une stratégie de lutte contre le VIH/sida qui respecte les valeurs et les croyances traditionnelles et culturelles des personnes, des familles et des collectivités et les intègre dans les efforts conventionnels de prévention et de traitement du VIH et du VHC, tout en tenant compte des déterminants de la vulnérabilité de la cohorte en matière de santé.

Dates : De 2008 à avril 2009 et de septembre 2009 à août 2012

Programmes de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet autochtone – Bourse à la maîtrise et Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse de recherche de doctorat – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet autochtone

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R45

Titre : *The Cedar Project: Exploring HIV and hepatitis C vulnerabilities among young Aboriginal drug users in three Canadian cities*

Chercheurs principaux : Patricia M. Spittal; Martin T. Schechter

Chercheurs associés : Catherine P. Baylis; Russell C. Callaghan; Wayne M. Christian; Kevin J. Craib; Patricia A. Janssen; David C. Marsh; Akm Moniruzzaman; Christopher H. Sherlock; Mary P. Teegee; Eric M. Yoshida; Reinhard M. Krausz; Caroline Miller; Eugenia Oviedo-Joekes; Chris G. Richardson

Résumé : Au cours de la dernière décennie, le nombre d'Autochtones ayant reçu un diagnostic de VIH au Canada a augmenté plus que dans n'importe quelle autre ethnicité. Bien que les Autochtones ne constituent que 4 % de la population de la Colombie-Britannique, ils représentent plus de 13 % de tous les tests VIH positifs. La majorité des infections sont associées à l'utilisation de drogues injectables, mais les facteurs qui expliquent le risque et le taux élevés de transmission du VIH chez les jeunes autochtones consommant des drogues illégales ne sont pas bien compris. Le *Cedar Project* est une étude par observation portant sur les vulnérabilités associées au VIH et au virus de l'hépatite C chez les jeunes autochtones vivant à Vancouver, à Kamloops et à Prince George, en Colombie-Britannique. Nous avons récemment observé des taux préoccupants

d'infection par le virus de l'hépatite C et le VIH, de passage à l'injection et de consommation de méthamphétamine en cristaux. Grâce à notre cohorte établie, conçue et mise en œuvre en collaboration avec des partenaires et des chercheurs autochtones, nous avons maintenant la possibilité d'élargir notre travail pour déterminer les facteurs de résilience et de protection du point de vue des jeunes autochtones et mettre l'accent en particulier sur une intervention de prise en charge visant à augmenter le recours aux soins du VIH parmi les participants séropositifs au *Cedar Project*.

Dates : De juillet 2005 à juin 2010, d'octobre 2006 à septembre 2009 et d'avril 2009 à mars 2012

Programmes de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse nouveau chercheur pour la recherche sur la santé des femmes et des hommes et Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement; Initiative de recherche sur le VIH/sida; Volet services de santé/santé des populations et Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R46

Titre : *The Cedar Project: Exploring resiliency and its influence on HIV vulnerability among young Aboriginal people who use drugs in two Canadian cities*

Chercheuse principale : Brittany L. Bingham

Chercheur associé : Julian Somers

Résumé : Les taux de VIH en croissance parmi les jeunes Autochtones de la Colombie-Britannique sont profondément préoccupants. Peu d'études ont examiné le rôle que joue le traumatisme hérité de l'histoire dans la vulnérabilité au VIH des jeunes Autochtones qui consomment de la drogue. Une approche holistique de la résilience est un élément essentiel du rétablissement de la santé de familles et de collectivités qui ont été lourdement touchées par les effets de la colonisation, y compris un traumatisme multigénérationnel. On ne sait pas comment les jeunes Autochtones qui consomment de la drogue définissent la résilience. Le projet *Cedar* est une étude de cohorte portant sur des jeunes Autochtones qui consomment de la drogue dans deux villes canadiennes. L'étude proposée aura recours à des méthodes mixtes pour examiner l'incidence de la résilience sur la vulnérabilité au VIH parmi les jeunes Autochtones qui consomment de la drogue. Grâce à une enquête quantitative et qualitative, l'influence des facteurs structurels, de l'âge, du sexe et du traumatisme sur les perceptions de la résilience par les jeunes sera également étudiée. Nous posons l'hypothèse que les facteurs structurels, le traumatisme, la résilience, l'âge et le sexe sont des déterminants significatifs de la vulnérabilité au VIH chez les jeunes Autochtones. Grâce à des entrevues ethnographiques des participants au projet *Cedar*, les relations entre la résilience protective et les facteurs de risque associés au VIH seront étudiées. L'étude proposée vise à offrir des recommandations permettant de favoriser la résilience et de prévenir la vulnérabilité au VIH chez les jeunes Autochtones qui consomment de la drogue.

Dates : De janvier 2011 à décembre 2013

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse de recherche au doctorat : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet autochtone

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R47

Titre : *The Cedar Project Leadership Forum: Acknowledging the pain of our children*

Chercheuse principale : Patricia M. Spittal

Résumé : Le projet *Cedar* est une initiative continue qui traite de la vulnérabilité au VIH et au VHC parmi les jeunes Autochtones qui consomment de la drogue dans trois villes canadiennes. Il s'agit de la première et de la seule étude de cette nature en Amérique du Nord. L'une des conséquences les plus désastreuses du traumatisme hérité de l'histoire pour les Autochtones est un taux plus élevé de VIH et d'autres maladies infectieuses parmi les jeunes Autochtones qui consomment de la drogue. Depuis le début de l'étude, un partenariat autochtone a mené le projet *Cedar*. Le partenariat planifie depuis quelque temps le *Cedar Project Leadership Forum: acknowledging the pain of our children*. À l›aide d›une subvention pour réunions, planification et dissémination de l›Institut de la santé des Autochtones des Instituts de recherche en santé du Canada, cet événement offrira une possibilité d›appliquer les renseignements du projet *Cedar* et le dialogue au sujet de la guérison du traumatisme multigénérationnel chez les jeunes Autochtones. Les dirigeants membres du partenariat se sont engagés à obtenir un financement supplémentaire pour le forum. Le partenariat a également souligné qu'il est nécessaire de tenir une réunion préliminaire de transfert des connaissances, de planification, de préparation et d'organisation du forum sur le leadership du projet *Cedar*. Une partie de la subvention servira à organiser cette réunion. Réunion 1 : Rassemblement préparatoire avec le soutien de la subvention; les membres du partenariat et les chercheurs du projet *Cedar* se réuniront à Vancouver en septembre 2008. Cette réunion préliminaire permettra aux membres du partenariat d'effectuer des tâches d'organisation importantes en préparation pour le forum. Réunion 2 : Le forum sur le leadership du projet *Cedar*; outre les fonds levés par les membres du partenariat, le reste de la subvention sera affecté au forum qui se déroulera à Vancouver en février 2009. Cet événement comprendra les voix des dirigeants autochtones et non autochtones, de jeunes délégués autochtones, de représentants des organismes d'application de la loi et de la justice, de représentants des organismes d'aide à l'enfance, des organisations autochtones de lutte contre le VIH/sida et de services de santé, des scientifiques en recherche sur la santé et d'autres universitaires.

Dates : De septembre 2008 à août 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination : Application des connaissances

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R48

Titre : *The Cedar Project: Your voice making a difference*

Chercheuse principale : Patricia M. Spittal

Résumé : Les études liées au projet *Cedar* visent à fournir une base de connaissances éprouvées aux collectivités, aux fournisseurs de services, aux dirigeants et aux décideurs autochtones qui soutiennent des stratégies communautaires saines de guérison et de réconciliation. Un résultat de cette recherche qui revêt une importance essentielle est l'application pertinente des connaissances acquises au cours du processus de recherche et le fait de recevoir la sagesse des membres du partenariat, qui orientera l'interprétation des données et les recommandations. En outre, un aspect de plus en plus important de l'application des connaissances dans le cadre du projet *Cedar* est la facilitation de la participation des jeunes et des aînés autochtones à l'échange et à la discussion des

résultats de l'étude. Enfin, les membres du partenariat ont attiré l'attention sur la nécessité d'un bulletin d'information qui dissémine les résultats de l'étude du projet *Cedar* et les mesures communautaires connexes, le discours politique et l'attention médiatique générés par l'étude. Le bulletin d'information serait un outil utile, non seulement pour appliquer les résultats du projet *Cedar* dans les collectivités, mais également pour faire savoir aux jeunes participants autochtones au projet *Cedar* qu'ils ont été entendus. Avec le soutien de la subvention pour réunions, planification et dissémination : supplément pour l'application des connaissances des Instituts de recherche en santé du Canada, les membres du partenariat du projet *Cedar*, d'autres organisations sociales et de services de santé autochtones et les chercheurs scientifiques du projet *Cedar* se rassembleront pour un programme de quatre réunions dans le projet « The Cedar Project: Your Voice Making a Difference ». Le déroulement des réunions est prévu entre mai 2011 et janvier 2012. L'ordre du jour et le budget de chaque réunion sont joints à la présente proposition de demande de subvention. De plus, un élément livrable clé du programme *The Cedar Project: Your Voice Making a Difference* sera l'élaboration du bulletin d'information *Cedar Project*. Le bulletin d'information contribuera au transfert et à la dissémination des résultats, aux mesures d'intervention communautaires et à l'attention médiatique portée à la recherche du projet *Cedar*.

Dates : De février 2011 à janvier 2012

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Supplément pour l'application des connaissances

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R49

Titre : *Understanding the influence of early childhood sexual trauma and protective factors on incidence of HIV infection and other negative health outcomes among young Aboriginal people who use drugs in British Columbia*

Chercheuse principale : Margo E. Pearce

Chercheuse associée : Patricia M. Spittal

Résumé : OBJECTIFS : 1) analyser les différences de sexe dans les résultats de santé au fil du temps liés aux antécédents de violence sexuelle, notamment les incidences des questions de santé sociale, physique et mentale, les comportements à risque et l'infection au VIH ou à l'hépatite C, parmi les jeunes Autochtones qui consomment de la drogue et participent au projet *Cedar*; 2) mieux comprendre quels facteurs de protection préviennent des résultats de santé encore plus négatifs parmi les participants au projet *Cedar* qui ont été victimes d'un traumatisme sexuel, tels que la consommation de drogues injectables et le travail du sexe; 3) aborder le traumatisme sexuel et les facteurs de protection dans une perspective globale de politique en matière de santé publique qui contribue au modèle des déterminants de la santé qui permet de comprendre la santé des jeunes indigènes. HYPOTHÈSES : 1) le traumatisme et la résilience sont des déterminants importants de la séroconversion au VIH et au VHC parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes autochtones qui participent au projet *Cedar*; 2) les jeunes participantes qui ont été victimes de violence sexuelle courent un risque plus élevé de commencer à participer au travail du sexe, à consommer des opiacés injectables et à faire des tentatives de suicide; 3) les jeunes participants qui ont été victimes de violence sexuelle courent un risque plus élevé d'incidence d'incarcération, de consommation de méthamphétamine en cristaux et de consommation de solvant; 4) le traumatisme hérité de l'histoire parmi les jeunes indigènes doit être abordé selon une approche multidimensionnelle à l'échelle de la personne, de la famille, de l'organisation, de la communauté

et des politiques. MÉTHODES : J'utiliserai les données provenant du projet *Cedar*, une initiative continue financée par les Instituts de recherche en santé du Canada qui surveille le VIH et le VHC parmi 600 jeunes Autochtones âgés de 14 à 30 ans qui consomment des drogues injectables et non injectables à Vancouver, à Prince George et à Kamloops. Depuis 2003, l'étude a évalué tous les six mois les caractéristiques démographiques, les événements traumatisants hérités de l'histoire et vécus pendant la vie, les habitudes de consommation de drogue et les vulnérabilités sexuelles parmi les participants. Des méthodes quantitatives et ethnographiques détermineront les facteurs de risque et de protection des préjudices associés à la violence sexuelle parmi les participants et les participantes.

Dates : 2009 et de septembre 2009 à août 2012

Programmes de financement : Michael Smith Foundation for Health Research – Research Trainee Award, Senior Graduate Studentship (en anglais) et Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting and Charles Best - Bourse au doctorat

Sources : Bases de données de la Michael Smith Foundation for Health Research et des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R50

Titre : *The social and structural contexts of HIV/STIs among women and youth working in the sex industry in Canada*

Chercheuse principale : Kate Shannon

Résumé : Cette demande de bourse de nouveau chercheur vise à étudier les contextes sociaux (violence, conditions de travail) et structuraux (lois, règlements, rénovation urbaine) du VIH et des infections transmissibles sexuellement parmi les jeunes et les femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe à Vancouver, en Colombie-Britannique. Les taux constamment élevés de préjudices liés à la santé, de violence et de mortalité parmi les travailleurs du sexe au Canada et à l'échelle internationale soulignent le besoin urgent d'interventions renouvelées dans le domaine de la santé publique, qui portent sur la réduction des préjudices dans l'industrie du sexe. Nous appuyant sur des lignes directrices internationales et sur les priorités des Instituts de recherche en santé du Canada concernant les analyses basées sur le sexe, nous visons à évaluer de façon longitudinale l'environnement à risque global qui façonne la négociation par les jeunes hommes et les jeunes femmes du risque à l'échelle des partenaires et de l'acquisition du VIH ou des ITS parmi les jeunes et les femmes adultes qui travaillent dans l'industrie du sexe. Pour répondre à ces objectifs, la recherche proposée sera basée sur une cohorte réelle composée de : 1) 500 femmes adultes qui travaillent déjà et commencent à travailler dans l'industrie du sexe dans la rue et en établissement provenant de la cohorte I AESHA (An Evaluation of Sex Workers' Health Access); et 2) 500 jeunes femmes âgées de 14 à 20 ans qui ont échangé des faveurs sexuelles contre de l'argent, de la drogue, des cadeaux, un logement ou d'autres biens au cours des trente derniers jours, provenant de la cohorte II AESHA (groupe des jeunes). L'intégration innovante des données de mise en correspondance individuelle et des données sur l'environnement des quartiers provenant de sources de données publiques (telles que le logement, la violence) augmentera le potentiel d'orientation directe des interventions visant à réduire les préjudices. À notre connaissance, cette étude compte parmi les premières études prospectives sur le travail du sexe en Amérique du Nord. L'équipe que j'ai réunie apporte une riche expérience en recherche d'observation et d'intervention ainsi qu'en politiques et en travail du sexe; à ce titre, elle est particulièrement bien placée pour mener cette étude, qui vise à améliorer directement la santé de quelques-uns des jeunes et des femmes les plus marginalisés de la société canadienne.

Dates : De juillet 2011 à juillet 2016

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse de nouveau chercheur

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R51

Titre : *The Vancouver injection drug users study: A programme of study of HIV and hepatitis C and other harms related to injection drug use*

Chercheur principal : Evan Wood

Chercheurs associés : Patricia M. Spittal; Robert S. Hogg; Thomas H. Kerr; Julio S. Montaner; David M. Patrick; Martin T. Schechter; Mark W. Tyndall

Résumé : On estime qu'environ 100 000 personnes s'injectent des drogues illégales au Canada et vivent une épidémie de préjudices liés à la drogue. Les surdoses fatales et non fatales et les agressions sont extrêmement communes. La prévalence de l'hépatite C a atteint l'ordre de grandeur des 80 % à 90 % et le VIH continue de se propager. De plus, il semble que des sous-groupes particulièrement vulnérables, tels que les femmes, les Autochtones et les sans-abris, puissent courir un risque encore plus élevé. La propagation du VIH chez les consommateurs de drogue est la première chaîne d'une réaction qui mène à la hausse de l'infection au VIH parmi les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels. Les stratégies qui visent à prévenir ces préjudices font l'objet d'une attention internationale considérable. Ce programme d'étude suivra un grand nombre de personnes qui s'injectent des drogues, ainsi que des jeunes qui risquent de commencer à s'en injecter. Cette subvention de fonctionnement programmatique vise à soutenir une étude de cohorte prospective communautaire qui examinera les répercussions des stratégies de prévention, de traitement, d'application de la loi et de réduction des préjudices sur les taux de début de la consommation de drogues injectables parmi les jeunes à risque élevé, ainsi que les répercussions des comportements à risque et des activités d'utilisation des services sur l'infection au VIH et à l'hépatite C et sur les taux de mortalité par surdose chez les consommateurs actifs de drogues injectables. C'est seulement lorsque nous comprendrons de quelle manière ce phénomène se produit que nous pourrons concevoir des interventions qui préviennent la consommation de drogues injectables parmi les jeunes qui n'ont pas encore commencé de s'en injecter et qui peuvent interrompre et inverser l'épidémie des préjudices parmi ceux qui ont déjà commencé.

Dates : D'avril 2004 à mars 2009

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement – Annonce de priorité : Initiative de recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R52

Titre : *Understanding sexuality and sexual health among adolescents with physical disabilities: A narrative ethnography*

Chercheuse principale : Lauri East

Chercheuse associée : Treena R. Orchard

Résumé : La sexualité et une incapacité physique sont un aspect de la santé qui est souvent oublié, en particulier en ce qui concerne les adolescents. Bien que les recherches existantes dans ce domaine soient limitées, des études ont montré qu'en raison des idées fausses sociétales et de la stigmatisation, les jeunes qui ont une incapacité physique affichent un niveau de connaissances sur la sexualité bien moins élevé que leurs pairs valides. Ce manque d'information et cette éducation sexuelle inadéquate font courir à ces jeunes un risque très élevé de violence sexuelle, d'infections transmissibles sexuellement, de grossesse précoce et de VIH/sida. Cette étude aura recours à des méthodes de recherche qualitatives, plus particulièrement l'ethnographie narrative, pour explorer la sexualité et ayant une incapacité physique chez les adolescents. L'ethnographie narrative est orientée par plusieurs modes de collecte de données afin d'examiner un sujet à l'échelle individuelle et sociétale. Cette démarche est particulièrement utile pour discerner les significations, les valeurs et les discours construits à l'échelle locale et pour explorer des questions délicates telles que celles qui sont à l'étude. À l'heure actuelle, il n'existe que peu de travaux de recherche qualitative en cours sur la sexualité et ayant une incapacité physique au Canada; par conséquent, ce projet fournira des données de base vitales pour la recherche future et le développement de programmes dans ce domaine. Les renseignements générés par le projet seront directement pertinents pour l'élaboration de ressources qui peuvent améliorer les stratégies d'éducation et de communication permettant de discuter des questions de sexualité avec les jeunes ayant une incapacité physique. Ces types de ressources peuvent comprendre la préparation de lignes directrices pour le programme d'étude concernant l'éducation en matière de santé sexuelle, des guides de discussion pour les parents et les enseignants, des recommandations en matière de politiques, des cours pour les professionnels de la santé et des ressources interactives sur Internet pour les jeunes. En mettant l'accent sur les perspectives d'un groupe marginalisé tel que les adolescents ayant une incapacité physique, cette recherche contribue également à l'autonomisation de ces jeunes alors qu'ils s'efforcent d'obtenir les connaissances et les compétences nécessaires pour avoir des relations protégées, saines et épanouissantes.

Date : Septembre 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting and Charles Best - Bourse à la maîtrise

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R53

Titre : *Toronto Teen Survey: A community-based survey to assess sexual health services among diverse urban youth and develop a city-wide youth sexual health services access strategy*

Chercheuse principale : Sarah Flicker

Résumé : Les jeunes Canadiens n'ont pas des connaissances complètes au sujet des facteurs de risque associés aux rapports sexuels non protégés et les compétences en prévention nécessaires. Les infections transmissibles sexuellement (ITS), notamment le VIH/sida, présentent un danger important pour la santé et le bien-être des jeunes; un accès amélioré à l'information et des stratégies de prévention appropriées sont nécessaires. L'objectif de l'étude « Toronto Teen Survey (TTS) » consiste à améliorer les résultats de santé des jeunes âgés de 13 à 17 ans en s'assurant que les services répondent aux besoins de diverses collectivités qui vivent à Toronto. Un modèle de recherche communautaire a été suivi pour mobiliser les jeunes dans la recherche de solutions aux obstacles auxquels ils font face pour accéder à des services de santé sexuelle exempts de jugement

et pertinents. Divers jeunes ont rempli 1 216 sondages qui étudient l'accès aux services de santé sexuelle. De plus, 13 groupes de discussion ont été organisés avec 90 fournisseurs de services provenant de 55 organismes afin de discuter des résultats préliminaires, et 14 groupes de discussion composés notamment de 108 jeunes vont étudier les résultats de l'enquête plus en détail. Il s'agit de l'enquête la plus large et la plus diversifiée (85 % des membres de l'échantillon ne sont pas de race blanche) de cette nature au Canada. Les résultats de l'étude *Toronto Teen Survey* montrent que les obstacles systémiques à l'accès et à l'intérêt des jeunes pour les services de santé sexuelle sont vécus de façon différente selon l'âge, le sexe, la langue, la race et l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, le statut d'immigrant ou de réfugié, le statut socio-économique et l'appartenance à une collectivité. Des intervenants communautaires ont été mobilisés tout au long du processus de recherche, ce qui a augmenté les niveaux de sensibilisation au projet et de soutien de la part de tous les intervenants. Un comité consultatif de jeunes composé de 20 membres a reçu une formation pour pouvoir animer les 90 réunions d'enquête et séances d'information sur la santé sexuelle. Des fournisseurs de services ont participé à l'analyse des données préliminaires, et des organisations communautaires collaboreront à l'élaboration de bulletins propres à chaque collectivité pour échanger des connaissances en format de forum communautaire. Les résultats de l'étude *Toronto Teen Survey* auront une incidence sur les collectivités à risque de l'épidémie de VIH et comprendront des recommandations précises liées au VIH/sida. L'étude *Toronto Teen Survey* contribuera aux efforts de prévention du VIH en faisant la promotion des connaissances et des échanges entre des intervenants clés qui participent à la lutte contre le VIH/sida. Il est très important pour le *Réseau ontarien de traitement du VIH* que les résultats de la recherche soient communiqués et échangés avec les intervenants de façon à encourager le réseautage, les partenariats, la mobilisation, l'action et le changement. Plusieurs bulletins de recherche communautaire seront lancés en partenariat avec les organismes locaux de services liés au sida, ciblant bon nombre des collectivités vulnérables au VIH, tel qu'indiqué dans l'*Ontario AIDS Strategy* (y compris les jeunes Africains et Caribéens, les jeunes Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les nouveaux arrivants). L'équipe du projet *Toronto Teen Survey* s'engage à s'assurer que les résultats auront des répercussions directes et immédiates sur les politiques et l'élaboration de programmes en matière de VIH et de santé sexuelle et mettra en œuvre un plan de transfert et d'échange des connaissances multiforme entre juin 2009 et mars 2010.

Dates : De 2006 à 2008

Programme de financement : Subventions du Réseau ontarien de traitement du VIH

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R54

Titre : *KTE of the Toronto Teen Survey*

Chercheurs principaux : Susan Flynn; Sarah Flicker; Robb Travers

Résumé : non disponible

Date : 2009

Programme de financement : Subventions du Réseau ontarien de traitement du VIH

Source : Base de données du Réseau ontarien de traitement du VIH

PROJET R55

Titre : *Winnipeg African refugee/immigrant youth and sexual health, sexually transmitted infections and HIV*

Chercheuse principale : Susan E. Frohlick

Chercheuses associées : Katie J. Dutfield; Paula Migliardi; Janice L. Ristock

Résumé : Ce projet vise à étudier quelques-uns des enjeux qui touchent les jeunes hommes africains immigrants et réfugiés vivant à Winnipeg, âgés de 18 à 30 ans. Plus particulièrement, l'équipe de recherche espère faciliter plusieurs discussions autour de la santé sexuelle, des infections transmissibles sexuellement et du VIH/sida pour un groupe sous-représenté et socialement et économiquement marginalisé vivant en milieu urbain au Canada. Nous nous intéressons à l'effet, s'il y a lieu, de la stigmatisation sociale, de la discrimination et du racisme sur les vies de cette population et aux répercussions qu'ils pourraient avoir sur son degré de vulnérabilité à la santé sexuelle, aux infections transmissibles sexuellement et au VIH/sida. Il est apparu aux membres de cette équipe de recherche qu'il existe à Winnipeg un manque de messages, en particulier au sujet du VIH/sida. En Afrique, les questions qui entourent la santé sexuelle, les infections transmissibles sexuellement et le VIH/sida en particulier font l'objet de discussions ouvertes. Sur le continent africain, où la prévalence du VIH/sida et des infections transmissibles sexuellement est tellement exceptionnelle, les messages concernant la sensibilisation, les comportements à risque et le traitement sont tous extrêmement visibles. Nous demandons ces fonds pour financer une série de quatre réunions qui nous aideront à bien mieux comprendre certains des enjeux au sein de cette population. Des discussions ciblées au sein de la communauté de recherche choisie permettront de suivre une méthodologie de collaboration et de participation dès le début des travaux. Un rapport final en ligne et des présentations orales serviront à disséminer les renseignements et à leur donner le plus large écho possible. Cette recherche a de profondes répercussions, car aucun travail n'a été effectué avec ce groupe dans ce domaine ici à Winnipeg. En outre, des renseignements de recherche pourraient être recueillis et utilisés pour mieux cibler les futures campagnes de santé publique ou les méthodes de traitement et de soins.

Dates : De septembre 2009 à août 2010

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention pour réunions, planification et dissémination – Subvention de planification – Annonce de priorité : Institut des maladies infectieuses et immunitaires

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R56

Titre : *Young men and online STI/HIV testing services*

Chercheur principal : Rodney E. Knight

Chercheuse associée : Jean A. Shoveller

Résumé : Les taux d'infections transmissibles sexuellement (ITS) et de VIH sont élevés parmi les jeunes au Canada. Cependant, la participation des jeunes hommes au dépistage du VIH et des infections transmissibles sexuellement reste disproportionnellement faible. Le nouveau Online Sexual Health Services Program (OSHSP) du British Columbia Centre for Disease Control met au point des services de dépistage en ligne des infections transmissibles sexuellement et du VIH dans l'espoir que cela améliorera la participation des jeunes hommes à ces services. La compréhension

des processus par lesquels ce programme peut créer de nouvelles possibilités de faire participer les hommes aux services de dépistage du VIH et des infections transmissibles sexuellement est dès lors l'objectif fondamental de l'étude proposée. Les résultats de l'étude proposée fourniront des recommandations visant à adapter l'OSHSP pour qu'il réponde aux besoins des jeunes hommes en Colombie-Britannique afin d'améliorer les services de santé sexuelle destinés aux jeunes hommes. Cette étude : 1) examinera les perspectives des jeunes hommes sur le relief, la crédibilité et la valeur du nouveau programme OSHSP; 2) décrira et examinera comment les hommes sont représentés (p. ex. normes sexuelles, sexualité) au sein du programme OSHSP; 3) utilisera ces perspectives pour faciliter l'élaboration de recommandations concernant l'adaptation du programme OSHSP afin qu'il réponde aux besoins des jeunes hommes; et 4) étudiera les différents effets du programme OSHSP chez des sous-groupes d'hommes potentiellement vulnérables et utilisera ces renseignements pour répondre à leurs besoins. L'étude utilisera une stratégie d'échantillonnage au jugé pour recruter des participants (hommes âgés de 15 à 24 ans) de divers milieux socio-culturels afin de recueillir une vaste diversité de perspectives. Un accent particulier sera mis sur le recrutement des jeunes hommes qui pourraient être les plus vulnérables aux répercussions sur la santé et aux répercussions sociales des infections transmissibles sexuellement et du VIH (p. ex. les hommes défavorisés sur le plan économique, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes). Diverses techniques de recueil de données qualitatives seront utilisées, notamment : des entrevues qualitatives approfondies (n = 40); des groupes de discussion (4 groupes composés de n = 5 hommes); une réunion de planification participative d'une journée (n = 12 hommes).

Dates : De septembre 2011 à août 2014

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse de recherche au doctorat – Annonce de priorité : Recherche sur le VIH

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R57

Titre : *Young people living with HIV: Resiliency factors and HIV-related stigma*

Chercheur principal : Alexander L. McClelland

Chercheuse associée : Sarah Flicker

Résumé : Ce projet de recherche communautaire en collaboration avec Positive Youth Outreach, l'AIDS Committee of Toronto et l'Université York vise à étudier les facteurs qui créent un environnement propice à la prise de décisions saines et à la résilience dans le contexte de la stigmatisation liée au VIH chez les jeunes vivant avec le VIH. Le projet cherche à mieux comprendre les facteurs, à l'échelle individuelle, communautaire, sociale et structurelle, qui permettent la résilience et la prise de décisions saines chez les jeunes qui vivent avec le VIH dans le contexte d'une stigmatisation considérable liée au VIH. La stigmatisation liée au VIH a des répercussions importantes et négatives sur la santé, la qualité de vie, le bien-être et le soutien social des jeunes qui vivent avec le VIH. Les réalités et les craintes associées à la stigmatisation liée au VIH sont intensément ressenties par les jeunes qui vivent avec le VIH. Il a également été établi que la stigmatisation liée au VIH a des répercussions sur l'accès aux services et sur l'observance du traitement antirétroviral chez les jeunes qui vivent avec le VIH, et affecte l'estime de soi et le niveau de dépression. En comprenant mieux comment les jeunes vivant avec le VIH réagissent aux difficultés particulières qui les touchent et à diverses formes de la stigmatisation liée au VIH, nous pouvons contribuer à l'élaboration d'interventions pertinentes et efficaces qui abordent ces

facteurs. En suivant une démarche fondée sur les atouts et la résilience, une forme modifiée de la méthodologie de la « cartographie corporelle » sera utilisée pour inviter les jeunes à définir les atouts individuels, communautaires et institutionnels qui renforcent la résilience face à la stigmatisation liée au VIH. La cartographie corporelle est un processus par lequel les personnes qui vivent avec le VIH s'expriment grâce au dessin et à la peinture et créent des images qui illustrent leur santé, leur histoire, leurs points forts personnels et leurs objectifs de vie. Chaque carte ainsi créée raconte une histoire unique qui illustre les répercussions du VIH sur l'âme et le corps. Les résultats de la recherche orienteront l'élaboration continue de programmes au sein de Positive Youth Outreach et d'autres programmes de travail avec les jeunes vivant avec le VIH.

Dates : De septembre 2010 à octobre 2011

Programme de financement : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse de maîtrise : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada

PROJET R58

Titre : *Youth, disability, HIV vulnerability and prevention*

Chercheuse principale : Sarah Flicker

Chercheurs associés : Marcia Rioux; Stephanie Nixion; Trevor A. Hart; June Larkin; Denise Nepveux; Robb Travers

Résumé : non disponible

Dates : De 2007 à 2008

Programme de financement : Fondation canadienne de recherche sur le sida – Subventions de recherche sur le VIH/sida

Source : Base de données de la Fondation canadienne de recherche sur le sida

PROJET R59

Titre : *Youth HIV and sexual health education health programs in Canada: What's needed to enhance evaluation capacity?*

Chercheuses principales : June Larkin; Denise Jaworsky

Chercheurs associés : Jerri Clout; Sarah Flicker; Trevor Hart; Jesse Janssen; Alicia Jarvis; Henry Luyombya; Sarah Switzer

Résumé : non disponible

Dates : De 2009 à 2010

Programme de financement : Fondation canadienne de recherche sur le sida – Subventions de recherche sur le VIH/sida

Source : Base de données de la Fondation canadienne de recherche sur le sida

ANNEXE C : RESSOURCES COMMUNAUTAIRES DESTINÉES AUX JEUNES

Réseaux, coalitions et organismes consultatifs axés sur les jeunes

- Association canadienne pour la santé des adolescents (www.acsa-caah.ca)
- Conseil national autochtone sur le VIH/sida (www.caan.ca)
- Native Youth Sexual Health Network (www.nativeyouthsexualhealth.com)

Projets à durée limitée en cours entre 2009 et 2011 et abordant le VIH/sida parmi les jeunes

À L'ÉCHELLE NATIONALE

Assembly of First Nations National Youth Council (www.afnyouth.ca)

- **Projet Y1 :** Digital Stories on Sexual Health

Réseau canadien autochtone du sida (www.caan.ca)

- **Projet Y2 :** Culturally Appropriate Harm Reduction Program Development
- **Projet Y3 :** Youth Prevention Campaign

CATIE (www.catie.ca)

- **Projet Y4 :** National Network of Excellence in HIV/AIDS Knowledge Exchange

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (www.sogc.org)

- **Projet Y5 :** Advancement of Aboriginal Youth Materials on Sexuality and STI

COLOMBIE-BRITANNIQUE

AIDS Vancouver Island (www.avi.org)

- **Projet Y6 :** 1-2-1: A Peer Training Network for Youth at Risk of HIV

Boys and Girls Club of Williams Lake and District (www.bgcwilliamslake.com)

- **Projet Y7 :** HIV/AIDS Prevention Program

Chee Mamuk Aboriginal Program
(www.bccdc.ca/SexualHealth/Programs/CheeMamukAboriginalProgram/default.htm)

- **Projet Y8 :** Star in Your Own Stories

Hiiye'yu Lelum (House of Friendship) Society (www.hofduncan.org)

- **Projet Y9 :** Kwam Kwum Súli: Strengthening the Spirit

Okanagan Aboriginal AIDS Society (http://bmairs.tripod.com)

- **Projet Y10 :** Youth Facilitators Boot Camp

Positive Women's Network (www.pwn.bc.ca)

- **Projet Y11 :** Women's Initiatives for Support and Education (WISE)

Western Canadian Pediatric AIDS Society (www.campmoomba.com)

- **Projet Y12 :** Camp Moomba

YouthCO (www.youthco.org)

- **Projet Y13 :** The Peer (Promoting an Effective Education Response) to Youth and HIV/AIDS Program

ALBERTA

REMARQUE : L'Alberta Community Council on HIV (ACCH) est un réseau provincial d'organismes de services liés au sida financé par Alberta Health and Wellness et par l'Agence de la santé publique du Canada. En raison du modèle de financement par un tiers en place en Alberta, l'Agence de la santé publique du Canada n'a pas conclu d'entente de contribution directe avec les organismes de services liés au sida dans cette province. Ce modèle propose une autre démarche de financement que celle des autres régions. L'élaboration de programmes propres à la jeunesse est incorporée au travail opérationnel de bon nombre d'organisations financées par l'Alberta Community HIV Fund (ACHF); il n'existe aucun volet de financement de projets en Alberta et, par conséquent, aucun projet portant sur les jeunes n'est financé par le Programme d'action communautaire sur le sida de l'Agence de la santé publique du Canada. Il est important de noter que les organismes de services liés au sida dans la province fournissent des services d'éducation et de proximité aux jeunes dans le cadre de leurs opérations générales, mais qu'en raison de la structure qui vient d'être décrite, les renseignements plus spécifiques sur des projets et des activités axés sur les jeunes sont limités.

AIDS Calgary Awareness Association (www.aidscalgary.org)

- **Projet Y14 :** Youth Outreach

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (Santé Canada), Programme de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang

- **Projet Y15 :** DVD messaging project

HIV Edmonton (www.hivedmonton.com) **et Students' International Health Association (SIHA)** (https://alberta.collegiatelink.net/organization/siha)

- **Projet Y16 :** Think Positive, Test Negative

HIV West Yellowhead (www.hivwestyellowhead.com)

- **Projet Y17 :** Community Workshops
- **Projet Y18 :** Jasper: Enjoy Responsibly Campaign (with the Jasper Community Team: www.jaspercommunityteam.ca)

Three Eagle Wellness Society et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (Santé Canada) – Programme de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang

- **Projet Y19 :** "Expecting Respect" Annual Youth Gathering
- **Projet Y20 :** "Walking in Both Worlds" Youth Mentorship and Peer Training

SASKATCHEWAN

AIDS Programs South Saskatchewan (www.aidsprogramssouthsask.com) **et YEAH (Youth Educating About Health)**

- **Projet Y21 :** STI Testing Campaign

AIDS Saskatoon (www.aidssaskatoon.ca)

- **Projet Y22 :** Educational Sessions for Youth

All Nations Hope AIDS Network (www.allnationshope.ca)

- **Projet Y23 :** Annual Conference – Session on Youth

Battlefords Family Health Centre

- **Projet Y24 :** Circle of Change: Reducing Harm

Kikinahk Friendship Centre (www.kikinahk.com)

- **Projet Y25 :** Kikinahk Sexual Health and Drug Use Awareness Program

MANITOBA

Nine Circles Community Health Centre (www.ninecircles.ca)

- **Projet Y26 :** Focus groups with youth and youth at risk in Winnipeg exploring perceptions of risk for HIV and HCV

Play It Safer Network (www.playitsafer.ca)

- **Projet Y27 :** Play It Safer – Phase II Project

Sexuality Education Resource Centre Manitoba (www.serc.mb.ca)

- **Projet Y28 :** Little Black Book (LBB)
- **Projet Y29 :** Improving Access to Services by Immigrant and Refugee Communities in the Winnipeg and Brandon Regions

West Region Tribal Health Services (www.wrtchealth.com) **et Manitoba First Nations AIDS Working Group** (www.mfnawg.ca)

- **Projet Y30 :** Youth HIV/AIDS Conference

ONTARIO

519 Church Street Community Centre (www.the519.org)

- **Projet Y31 :** Trans Sex-Worker Outreach Project

Africains(nes) unis(es) contre le SIDA (www.apaa.ca)

- **Projet Y32 :** HIV/AIDS Prevention, Education and Information

AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo & Area (www.acckwa.com)

- **Projet Y33 :** Community Education Program

AIDS Committee of Durham Region (www.aidsdurham.com)

- **Projet Y34 :** Healthy Sexuality Outreach Project

AIDS Committee of Guelph and Wellington County (www.aidsguelph.org)

- **Projet Y35 :** Wellington and Grey Bruce Rural Prevention/Outreach Program

AIDS Committee of Toronto (www.actoronto.org)

- **Projet Y36 :** Positive Youth Outreach: Health Promotion and Outreach to HIV-Positive Youth

AIDS Committee of York Region (www.acyr.org)

- **Projet Y37 :** Community Volunteer Program

Alliance for South Asian AIDS Prevention (www.asaap.ca)

- **Projet Y38 :** Desis Against HIV/AIDS
- **Projet Y39 :** Desis Men who Have Sex with Men

Asian Community AIDS Services (www.acas.org)

- **Projet Y40 :** Asian Youth-at-Risk Peer Outreach Project

Black Coalition for AIDS Prevention (www.black-cap.com)

- **Projet Y41 :** HIV/AIDS Prevention Community Investment Project

Young Adult Addiction Services

- **Projet Y42 :** Breakaway

Dixon Hall (www.dixonhall.org)

- **Projet Y43 :** Youth Leader Healthy Sexuality and AIDS Prevention Project

Ethiopian Association in the GTA and the Surrounding Regions (www.ethiocommun.org)

- **Projet Y44 :** Ethiopian Association HIV/AIDS Prevention Project

Eva's Initiatives for Homeless Youth (www.evasinitiatives.com)

- **Projet Y45 :** Youth Healthy Sexuality Project

HIV/AIDS Regional Services (www.hars.ca)

- **Projet Y46 :** Regional Prevention and Education Program

Jane/Finch Community and Family Centre (www.janefinchcentre.org)

- **Projet Y47 :** Breaking Down Barriers – HIV/STI Prevention and Sexual Health Promotion

J.D. Griffin Adolescent Centre (www.griffin-centre.org)

- **Projet Y48 :** sprOUT Sexual Health Info Project (SHIP)

LOFT Community Services (www.loftcs.org)

- **Projet Y49 :** Street Outreach Services

Malvern Family Resource Centre (www.mfrc.org)

- **Projet Y50 :** P.Y.T. (Photograph Your Thoughts)

Native Child and Family Services of Toronto (www.nativechild.org)

- **Projet Y51 :** Kwesk-iniwak Project (Aboriginal Youth AIDS Prevention)

Native Youth Sexual Health Network (www.nativeyouthsexualhealth.com)

- **Projet Y52 :** Normalizing Healthy Sexuality and Reducing Homophobia: Native Youth Photography Project

Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy (www.oahas.org)

- **Projet Y53 :** Aboriginal Youth Peer Prevention Project

Ontario First Nations HIV/AIDS Education Circle (http://launch.ofnhaec.ca)

- **Projet Y54 :** Peer education training for youth

Pape Adolescent Resource Centre (www.parcyouth.com)

- **Projet Y55 :** Aware of Choices

Peterborough AIDS Resource Network (www.parn.ca)

- **Projet Y56 :** PARN HIV Education Program – Building Our Community Response

Planned Parenthood of Toronto (www.ppt.on.ca)

- **Projet Y57 :** The Positive Prevention Project: Developing Youth-led Strategies Supporting a Common Approach to HIV, Hepatitis C and STI Prevention

Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network (www.pasan.org)

- **Projet Y58 :** Youth Outreach and Education Program

Réseau ACCESS Network (anciennement : Access – le Réseau du sida) (www.accessaidsnetwork.com)

- **Projet Y59 :** Community Education and Prevention Program
- **Projet Y60 :** Healthy Sexuality Program

Somali Immigrant AIDS Organization (http://webhome.idirect.com/~siao/)

- **Projet Y61 :** AIDS Prevention: Community Voice

Sudbury Action Centre for Youth (www.sacy.ca)

- **Projet Y62 :** Youth Drop-In Centre

Toronto People with AIDS Foundation (www.pwatoronto.org)

- **Projet Y63 :** Speakers Bureau

Yonge Street Mission's Evergreen Centre for Street Youth (www.ysm.ca)

- **Projet Y64 :** Dialogue on Sex and Life

Youthlink (www.youthlink.ca)

- **Projet Y65 :** HIV/AIDS Prevention Projects for Injection Drug Users

Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa (www.ysb.on.ca)

- **Projet Y66 :** HIV/AIDS and Hepatitis C Prevention Education Program

QUÉBEC

Actions Sida Côte-Nord (www.ascn.qc.ca)

- **Projet Y67 :** Des ACTIONS… le SIDA… la CÔTE-NORD… notre CAUSE !

SIDA Bénévoles Montréal (www.accmontreal.org)

- **Projet Y68 :** Education and Prevention Initiatives

Bureau régional d'action sida (BRAS Outaouais) (http://lebras.qc.ca)

- **Projet Y69 :** Coordination du volet éducation à la prévention

Cactus Montréal (www.cactusmontreal.org)

- **Projet Y70 :** Projet d'intervention par les pairs auprès des jeunes de la rue du centre-ville de Montréal

Centre des R.O.S.É.S. de l'Abitibi-Témiscamingue (www.centredesroses.org)

- **Projet Y71 :** Ados-Cam « La prévention du VIH/sida »

Les Centres jeunesse de Lanaudière (www.centresjeunessedelanaudiere.qc.ca)

- **Projet Y72 :** Haut les voiles

Coalition sherbrookoise pour le travail de rue (www.travailderuesherbrooke.org)

- **Projet Y73 :** Projet de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Émiss-ère (www.emiss-ere.ca)

- **Projet Y74 :** Programme de consolidation organisationnelle
- **Projet Y75 :** Sexeprimer

Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador (www.cssspnql.com)

- **Projet Y76 :** La sexualité… Parlons-en !
- **Projet Y77 :** Youth training for peer awareness-raising
- **Projet Y78 :** Who Wants to be a Millionaire CD-ROM trivia project

IRIS Estrie (www.iris-estrie.com)

- **Projet Y79 :** Projet de coordination et responsable des dossiers du secteur prévention à IRIS Estrie

M.A.IN.S. Bas-Saint-Laurent (Mouvement d'aide et d'information Sida) (www.mainsbsl.qc.ca)

- **Projet Y80 :** Programme de coordination des bénévoles

Le Miens (Mouvement d'information, d'éducation et d'entraide dans la lutte contre le sida) (www.lemiens.com)

- **Projet Y81 :** Programme éducation-prévention

MIELS-QUÉBEC (Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH-sida à Québec) (www.miels.org)

- **Projet Y82 :** Coordination des liaisons avec les communautés

P.A.C.T. de rue (www.pactderue.org)

- **Projet Y83 :** Travail de rue : Mon quartier, ma sexualité, mes couleurs

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (www.rcaaq.info)

- **Projet Y84 :** Mobilisons notre support!

Rézo (www.rezosante.org)

- **Projet Y85 :** Projet Internet et intervention en ligne

Ruban en route (www.rubanenroute.org)

- **Projet Y86 :** Sensibilisation et prévention du VIH/sida et des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Sidaction Mauricie (anciennement : Sidaction Trois-Rivières) (www.sidactionmauricie.ca)

- **Projet Y87 :** Prévention milieux

Sida-Vie Laval (www.sidavielaval.ca)

- **Projet Y88 :** Coordination régionale des programmes de prévention du VIH/sida

L'unité d'intervention mobile l'Anonyme Inc. (www.anonyme.ca)

- **Projet Y89 :** Attache ta tuque! Fais un homme de toi!

RÉGION DE L'ATLANTIQUE

AIDS Coalition of Cape Breton (www.accb.ns.ca)

- **Projet Y90 :** Coordination of youth AIDS action teams in Cape Breton high schools
- **Projet Y91 :** Education Towards BBP Prevention Project

Coalition SIDA de la Nouvelle-Écosse (www.acns.ns.ca)

- **Projet Y92 :** Youth-focused Web Page

Comité SIDA de Terre-Neuve-et-Labrador (www.acnl.net)

- **Projet Y93 :** GUYZ (Gay Urban Youth Zone) Project

SIDA Nouveau-Brunswick (www.aidsnb.com)

- **Projet Y94 :** Education program

AIDS PEI Community Support Group (www.aidspei.com)

- **Projet Y95 :** Youth drop-in

AIDS Saint John (www.aidssaintjohn.com)

- **Projet Y96 :** Peer youth HIV/AIDS education program

Healing Our Nations (www.hon93.ca)

- **Projet Y97 :** Youth art HIV prevention project

Société John Howard du Sud-Est du Nouveau-Brunswick (www.johnhowardsenb.com)

- **Projet Y98 :** Peer Education for Youth in Custodial Settings

Labrador Friendship Centre (www.lfchvgb.ca)

- **Projet Y99 :** HIV/AIDS Labrador Project

SIDA/AIDS Moncton (www.sida-aidsmoncton.com)

- **Projet Y100 :** Peer Educators Project

NORD

Blood Ties Four Directions Centre (www.bloodties.ca)

- **Projet Y101 :** Yukon Youth Outreach and Volunteer Events Program

La Fédération Franco-Ténoise (www.federation-franco-tenoise.com)

- **Projet Y102 :** Prévention du VIH/sida et de l'hépatite C dans les Territoires du Nord-Ouest

Fort Providence District Education Authority

- **Projet Y103 :** Healthy Choices Lead to a Healthy Community

Organisation nationale de la santé autochtone (www.naho.ca) **et Ilisaqsivik Society** (www.ilisaqsivik.ca)

- **Projet Y104 :** Sexual Health Messaging Video

Agence de services communautaires Tåîchô (www.tlicho.ca/tlichocommunityservices)

- **Projet Y105 :** Hep C and HIV/AIDS Awareness Program

AUTRES ORGANISATIONS ET RESSOURCES EN LIGNE SUR LE VIH/SIDA ET LA SANTÉ SEXUELLE DESTINÉES AUX JEUNES

À L'ÉCHELLE NATIONALE

- Live Positive (www.livepositive.ca)
- MaSexualité (www.masexualite.ca)
- Taking Action! Projet : Art and Aboriginal Youth Leadership for HIV Prevention (www.takingaction4youth.org)
- YAHAnet (Youth, the Arts, HIV & AIDS Network (http://yahanet.org)
- Jeunes en santé (www.jeunesensante.ca/acsa)

COLOMBIE-BRITANNIQUE

- The Healthy Aboriginal Network (www.thehealthyaboriginal.net)
- Options for Sexual Health (www.optionsforsexualhealth.org)
- Planet Ahead (www.planetahead.ca)
- Won't Get Weird (www.wontgetweird.net)
- Youth Have the Power (www.youthhavethepower.com)

ALBERTA

- Calgary Sexual Health (www.calgarysexualhealth.ca)
- Options Sexual Health Association (www.optionssexualhealth.ca)
- Talking About Sexuality in Calgary Communities (www.tascc.ca)
- Teaching Sexual Health (www.teachingsexualhealth.ca)
- Won't Get Weird (www.wontgetweird.net)

SASKATCHEWAN

- Prince Albert Métis Women's Association – HIV Health Promotion Youth Ambassadors (www.princealbertmetiswomen.ca/en/youth.html)
- Sexual Health Centre Saskatoon (www.sexualhealthcentresaskatoon.ca)
- YEAH (Youth Educating About Health) (courriel : yeah.ppr@accesscomm.ca)

ONTARIO

- AIDS Committee of Toronto
  - Youth Migration Project (www.actoronto.org/research.nsf/pages/youthmigration)
  - Youth Programs (www.actoronto.org/home.nsf/pages/youth)
- Brown Kiss (www.brownkiss.ca)
- Durham Region Healthy SexYOUTHality Coalition (www.truth4youth.ca)
- Gendering Adolescent AIDS Prevention (GAAP) Program (www.utgaap.info)
- Get The Low Down (www.getthelowdown.ca)
- Trousse d'appui d'éducation sur le VIH/SIDA (http://hae.ophea.net)
- One Night Your Choice (www.onenightyourchoice.com)
- Teen Health Source (www.teenhealthsource.com)
- TRIP! Project (www.tripproject.ca)

QUÉBEC

- Ça s'exprime (www.casexprime.gouv.qc.ca)
- Centre Option-Prévention T.V.D.S. (www.centretvds.ca)
- À deux mains (www.headandhands.ca)
  - Projet Sens (www.senseproject.org)

RÉGION DE L'ATLANTIQUE

- AIDS Coalition of Cape Breton
  - Queer Youth Matter (www.accb.ns.ca/resources/transforming-communities)
- Coalition SIDA de la Nouvelle-Écosse
- Peer Education Project for Youth (PEPY) (http://acns.pbworks.com)

NORD

- Arctic Foxy (www.arcticfoxy.com)
- Portail du Nord canadien sur la santé en matière de sexualité (www.northernsexualhealth.ca)
  - Better to Know (Yukon) (www.bettertoknow.yk.ca)
  - I Respect Myself (Nunavut) (www.irespectmyself.ca)
  - Respect Yourself (Northwest Territories) (www.respectyourself.ca)

ORGANISATIONS ET RESSOURCES EN LIGNE QUI ABORDENT LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ASSOCIÉS AU VIH PARMI LES JEUNES

À L'ÉCHELLE NATIONALE

- Réseau jeunesse autochtone (http://orgs.tigweb.org/aboriginal-youth-network)
- Clubs Garçons et Filles du Canada (www.bgccan.com/FR)
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (www.ccsa.ca/fra/priorities/youthprevention/pages/default.aspx)
- Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance (http://cwrp.ca/fr/home)

- Centre d'excellence pour l'engagement des jeunes (www.engagementcentre.ca)
- Réseau du respect de la vie (www.honouringlife.ca)
- Jer's Vision – L'initiative canadienne des jeunes pour la diversité (www.jersvision.org)
- Jeunesse, J'écoute (http://org.jeunessejecoute.ca//fr/homepage-new)
- Love – Leave out Violence (www.leaveoutviolence.com)
- Mind Your Mind (http://mindyourmind.ca)
- My GSA (www.mygsa.ca)
- Opération Rentrer au Foyer (www.operationcomehome.ca)
- PFLAG Canada (www.pflagcanada.ca)
- Society for Safe and Caring Schools and Communities (www.sacsc.ca)
- Street Connect (http://streetconnect.org)
- Fais le bon choix (www.deal.org)
- YOUCAN (www.youcan.ca)
- Youth in Care Canada/Réseau national des jeunes pris en charge (www.youthincare.ca)
- YWCA Canada – Place aux filles (http://ywcacanada.ca/fr/pages/young/power)

COLOMBIE-BRITANNIQUE

- BC Centre for Excellence in HIV/AIDS (www.cfenet.ubc.ca)
- Hello Cool World – WAVAW Raise It Up Youth Program (http://campaigns.hellocoolworld.com)
- Safe Teen (www.safeteen.ca)
- Take a Hike Foundation (www.takeahikefoundation.org)
- Youth Space (http://youthspace.ca)

ALBERTA

- Alt Youth (www.altview.ca)
- Boyle Street Community Services
  - Youth Services (http://boylestreet.org/index.php?page=youth-services)
- Calgary Outlink (Centre for Gender and Sexual Diversity) (http://calgaryoutlink.ca)
- Camp Fyrefly (www.fyrefly.ualberta.ca)
- Hope Mission Youth Unit (www.hopemission.com/services/youth)
- iHuman (www.ihuman.org)
- Old Strathcona Youth Society (www.osys.ca)
- SHINE Youth Clinic (www.shineclinic.ca)
- The Alex (www.thealex.ca/programs/youth-health)
- YOUCAN Edmonton (http://youcan.ca/content/about-youcan-edmonton)
- Youth at Risk of Suicide (http://ww3.suicideinfo.ca)
- Youth Emergency Shelter Society (www.yess.org)
- Youth Safe (www.youthsafe.net)
- Youth Understanding Youth (www.yuyedm.ca/home)

SASKATCHEWAN

- Avenue Community Centre for Gender and Sexual Diversity – Out and Proud Youth (www.avenuecommunitycentre.ca/what-we-do/groups/out-proud-youth)
- Camp Fyrefly Saskatchewan (www.usask.ca/education/fyrefly/)
- Concern for Youth (www.concernforyouth.ca)
- Core Neighbourhood Youth Co-op (www.cnyc.ca)
- Crystal's Home (www.livingfaithchapel.ca/crystalshome)
- Eagle's Nest Youth Ranch (www.enyr.ca)
- E-Gadz (www.egadz.ca)
- Mobile Crisis (www.mobilecrisis.ca)
- Rainbow Alliance (www.rainbowalliance.ca)
- Salvation Army Bethany Home (www.bethanyhome.ca)
- Saskatoon Community Youth Arts Programming (SCYAP Inc.) (www.scyapinc.org)
- White Buffalo Youth Lodge (www.whitebuffalolodge.ca)
- YWCA Saskatoon Crisis Shelter and Residence (http://ywcasaskatoon.com/main/crisis-shelter-and-residence/)

MANITOBA

- New Directions for Children, Youth, Adults and Families (www.newdirections.mb.ca)
- Rainbow Resource Centre (www.rainbowresourcecentre.org/youth)
- Resource Assistance for Youth (www.rayinc.ca)
- Stoppez la prostitution juvénile (www.stopsexwithkids.ca)
- Teen Talk (http://teentalk.ca)

ONTARIO

- Central Toronto Youth Services (www.ctys.org)
- Santé mentale pour enfants Ontario (www.kidsmentalhealth.ca)
- Covenant House Youth Shelter Toronto (www.covenanthouse.org/homeless-youth-shelter/toronto)
- Empower (www.empoweryouth.info)
- Lesbian Gay Bi Trans Youth Line (www.youthline.ca)
- Queer Asian Youth (www.qay.ca)
- Rainbow Youth (www.rainbowyouth.ca)
- Reaching Our Outdoor Friends (ROOF) (www.roof-agency.net)
- Shameless (www.shamelessmag.com)
- Sketch (http://sketch.ca)
- Supporting Our Youth (SOY) (www.soytoronto.org)
- Ten Oaks Project (www.tenoaksproject.org)
- Toronto Teen Survey (www.torontoteensurvey.ca)
- Toronto Youth Street Stories (www.tyss.org)

- Turning Point Youth Services (www.turningpoint.ca)
- Espace Jeunesse (www.espacejeunesse.ca)
- Youth Haven Barrie (www.youthhavenbarrie.com)
- Youth Out Loud (www.youthoutloudforchange.org)
- Youth Without Shelter (www.yws.on.ca)

QUÉBEC

- Arrimage Jeunesse (http://arrimagejeunesse.abitemis.info)
- L'Association UnSurDix (http://etudiants.umoncton.ca/umcm-unsurdix/node/15)
- Canadian Association for Education and Outreach (CAEO Québec) (http://caeoquebec.org)
- Gris-Montréal (Groupe de Recherche et d'Intervention Sociale) (www.gris.ca)
- À deux mains (http://headandhands.ca)
- Jeunesse Lambda (www.jeunesselambda.org)
- L'Ancre des Jeunes (http://ancredesjeunes.org)
- Maison Marie-Frédéric (www.maisonmarie-frederic.com)
- Plein milieu (www.pleinmilieu.qc.ca)
- Projet 10 (http://p10.qc.ca)

RÉGION DE L'ATLANTIQUE

- Choices for Youth (www.choicesforyouth.ca)
- Native Council of Prince Edward Island Youth Program (www.ncpei.com/programs_youthprogram.php)
- New Brunswick Youth in Care Network (www.nbyicn.ca)
- Phoenix Youth (www.phoenixyouth.ca)
- Thrive Community Youth Network (www.thrivecyn.ca)
- The Youth Project (www.youthproject.ns.ca)

NORD

- National Inuit Youth Council (www.niyc.ca)
- Northern Youth Abroad (www.nya.ca)
- Proud 2B NWT (www.proud2bnwt.ca)
- Yukon Youth (http://yukonyouth.com)

NOTES EN FIN D'OUVRAGE

1 Shoveller, J.A., Johnson, J.L. (2006). Risky groups, risky behaviour, and risky persons. Dominating discourses on youth sexual health. *Critical Public Health;16*(1):47–60.

2 Statistique Canada. (2011). Enquête nationale auprès des ménages de 2011, Produit n° 99-011-X2011026 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Accès : http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=0&O=D&PID=105401&PRID=0&PTYPE=105277&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2013&THEME=94&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0. Consulté le 14 mai 2013.

3 Idem. Statistique Canada. (2006a). Recensement de la population de 2006, Produit n° 97-551-XCB2006005 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Accès : http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/index-fra.cfm. Consulté le 13 novembre 2012.

4 Statistique Canada. (2007a). Portrait de la population canadienne en 2006, selon l'âge et le sexe, Recensement de 2006. Produit n° 97-551 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Accès : http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-551/index-fra.cfm. Consulté le 13 novembre 2012.

5 Statistique Canada, 2011.

6 Statistique Canada. (2008). Identité autochtone (8), région de résidence (6), groupes d'âge (12) et sexe (3) pour la population, pour le Canada, les provinces et les territoires, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %) (fichier de données). Accès : http://www5.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?lang=fra&catno=97-558-X2006006. Consulté le 13 novembre 2012.

7 Statistique Canada. Identité autochtone (8), région de résidence (6), groupes d'âge (12) et sexe (3) pour la population, pour le Canada, les provinces et les territoires, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %) (fichier de données). Accès : http://www5.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?lahttp://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-eng.cfm?TABID=1&LANG=E&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GK=1&GRP=1&PID=89121&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=73&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=ng=fra&catno=97-558-X2006006. Consulté le 13 novembre 2012.

8 Statistique Canada. (2007b). Recensement de la population de 2006, Profil des communautés, Produit n° 92-591-XWE au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Accès : http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-591/index.cfm. Consulté le 13 novembre 2012.

9 Statistique Canada, 2007b.

10 Statistique Canada, 2007a.

11 Banks, C. (2003). The Cost of Homophobia: Literature Review on the Human Impact of Homophobia on Canada. Saskatoon, SK: Community University Institute for Social Research; Zoccole, A., Ristock, J., Barlow, K., Seto, J. (2005). Addressing homophobia in relation to HIV/AIDS in aboriginal communities: final report of the environment scan 2004–2005. Ottawa, Ontario : Réseau canadien autochtone du sida.

[12] Banks, 2003; Agence de la santé publique du Canada. (2013). Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : homosexuels, bisexuels, bispirituels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Ottawa, Ontario : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; Taylor, C., Peter, T., Schachter, K., Paquin, S., Beldom, S., Gross, Z., *et al*. (2008). Youth Speak Up About Homophobia and Transphobia: The First National Climate Survey on Homophobia in Canadian Schools. Rapport de la phase 1. Toronto, Ontario : Egale Canada Human Rights Trust.

[13] Statistique Canada. (2007c). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Données inédites. Ottawa, Ontario : Statistique Canada.

[14] Smith, A., Stewart, D., Peled, M., Poon, C., Saewyc, E., McCreary Centre Society. (2009). A picture of health: highlights from the 2008 BC Adolescent Health Survey. Vancouver, Colombie-Britannique : McCreary Centre Society.

[15] Taylor, C., Peter, T., McMinn, T.L., Elliott, T., Beldom, S., Ferry, A., *et al*. (2011). Every Class in Every School: The First National Climate Survey on Homophobia, Biphobia, and Transphobia in Canadian Schools. Rapport final. Toronto, Ontario : Egale Canada Human Rights Trust.

[16] Statistique Canada. Identité autochtone (8), groupes d'âge (20), statut d'Indien inscrit ou des traités (3), région de résidence : Réserve (3) et sexe (3) pour la population dans les ménages privés du Canada, provinces et territoires, Enquête nationale auprès des ménages de 2011 (fichier de données). Accès : http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=0&O=D&PID=105401&PRID=0&PTYPE=105277&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2013&THEME=94&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0. Consulté le 14 mai 2013.

[17] Idem.

[18] Statistique Canada. Identité autochtone (8), groupes d'âge (11B) et sexe (3) pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2001 – Données-échantillon (20 %) (fichier de données). Accès : http://www12.statcan.ca/english/census01/products/standard/themes/Rp-eng.cfm?TABID=1&LANG=E&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GK=0&GRP=1&PID=62716&PRID=0&PTYPE=55430,53293,55440,55496,71090&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2001&THEME=45&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=. Consulté le 14 mai 2013; Statistique Canada. Identité autochtone (8), groupes d'âge (20), statut d'Indien inscrit ou des traités (3), région de résidence : Réserve (3) et sexe (3) pour la population dans les ménages privés du Canada, provinces et territoires, Enquête nationale auprès des ménages de 2011 (fichier de données). Accès : http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=0&O=D&PID=105401&PRID=0&PTYPE=105277&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2013&THEME=94&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0. Consulté le 14 mai 2013.

[19] Statistique Canada. (2013). Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada, Enquête nationale auprès des ménages, 2011. Produit n° 99-010-X2011001 au catalogue. Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Accès : http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-010-x/99-010-x2011001-fra.pdf. Consulté le 14 mai 2013; Statistique Canada. (2006c). La mosaïque ethnoculturelle du Canada, Recensement de 2006 : portrait national, Produit n° 97-562- XIE2006001 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Accès : http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-562/p2-fra.cfm. Consulté le 13 novembre 2012.

[20] Statistique Canada. Origine ethnique (264), réponses uniques et multiples pour origine ethnique (3), statut des générations (4), groupes d'âge (10) et sexe (3) pour la population dans les ménages privés du Canada, provinces, territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement, Enquête nationale auprès des ménages de 2011 (fichier de données). Accès : http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=0&O=D&PID=105396&PRID=0&PTYPE=105277&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2013&THEME=95&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0. Consulté le 14 mai 2013.

[21] Statistique Canada, 2013.

[22] Statistique Canada. Minorités visibles (15), statut des générations (4), groupes d'âge (10) et sexe (3) pour la population dans les ménages privés du Canada, provinces, territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement, Enquête nationale auprès des ménages de 2011 (fichier de données). Accès : http://www5.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=99-010-X2011029&lang=fra. Consulté le 14 mai 2013.

[23] Statistique Canada, 2013.

[24] Statistique Canada. Citoyenneté (5), lieu de naissance (236), statut d'immigrant et période d'immigration (11), groupes d'âge (10) et sexe (3) pour la population dans les ménages privés du Canada, provinces, territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement, Enquête nationale auprès des ménages de 2011 (fichier de données). Accès : http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&O=D&PID=105411&PRID=0&PTYPE=105277&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2013&THEME=95&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0. Consulté le 14 mai 2013.

[25] Statistique Canada. Citoyenneté (5), lieu de naissance (236), statut d'immigrant et période d'immigration (11), groupes d'âge (10) et sexe (3) pour la population dans les ménages privés du Canada, provinces, territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement, Enquête nationale auprès des ménages de 2011 (fichier de données). Accès : http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&O=D&PID=105411&PRID=0&PTYPE=105277&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2013&THEME=95&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0. Consulté le 14 mai 2013.

[26] Statistique Canada. Citoyenneté (5), lieu de naissance (236), statut d'immigrant et période d'immigration (11), groupes d'âge (10) et sexe (3) pour la population dans les ménages privés du Canada, provinces, territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement, Enquête nationale auprès des ménages de 2011 (fichier de données). Accès : http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&O=D&PID=105411&PRID=0&PTYPE=105277&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2013&THEME=95&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0. Consulté le 14 mai 2013.

[27] Idem.

[28] Statistique Canada, 2007b.

[29] Agence de la santé publique du Canada. (2011a). La santé des jeunes Canadiens : un accent sur la santé mentale. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada.

[30] DeMatteo, D., Major, C., Block, B., Coates, R., Fearon, M., Goldberg, E., *et al*. (1999). Toronto street youth and HIV/AIDS: Prevalence, demographics, and risks. *J Adolesc Health, 25*(5):358–66.

[31] Agence de la santé publique du Canada. (2006a). Les jeunes de la rue au Canada : Constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999–2003. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada; Abramovich, I.A. (2012). No safe place to go: LGBTQ youth homelessness in Canada: reviewing the literature. *Can J Fam Youth, 4*(1):29–51; Raising the Roof. (2009). Youth Homelessness in Canada: The Road to Solutions. Toronto, Ontario : Raising the Roof.

[32] Abramovich, 2012; Frederick, T.J., Ross, L.E., Bruno, T.L., Erickson, P.G. (2011). Exploring gender and sexual minority status among street-involved youth. *Vuln Child Youth Studies, 6*(2):166–83; Kelly, K., Caputo, T. (2007). Health and street: Homeless youth. *J Health Psych,12*(5):726–36; Saewyc, E.M., Bauer, G.R., Skay, C.L., Bearinger, L.H., Resnick, M.D., Reis, E., *et al*. (2004). Measuring sexual orientation in Adolescent Health Surveys: evaluation of eight school-based surveys. *J Adolesc Health, 35*:345.e1–345.e15; Saewyc, E.M., Skay, C.L., Pettingell, S.L., Reis, E.A., Bearinger, L., Resnick, M., *et al*. (2006). Hazards of stigma: the sexual and physical abuse of gay, lesbian, and bisexual adolescents in the United States and Canada. *Child welfare, 85*(2):195–213.

[33] Higgitt, N., Wingert, S., Ristock, J., Brown, M., Ballantyne, M., Caett, S., *et al*. (2003). Voices from the Margins: Experiences of Street-Involved Youth in Winnipeg. Winnipeg, Manitoba : Winnipeg Inner-city Research Alliance.

[34] Marshall, B.D.L., Shannon, K., Kerr, T., Zhang, R., Wood, E. (2010). Survival sex work and increased HIV risk among sexual minority street-involved youth. *J Acquir Immune Defic Syndrm53*(5):661–4.

[35] Marshall, B.D., Kerr, T., Livingstone, C., Li, K., Montaner, J.S., Wood, E. (2008). High prevalence of HIV infection among homeless and street-involved Aboriginal youth in a Canadian setting. *Harm Reduction J,5*:35–9; Marshall, B.D., Kerr, T., Shoveller, J.A., Montaner, J.S., Wood, E. (2009). Structural factors associated with an increased risk of HIV and sexually transmitted infection transmission among street-involved youth. *BMC Public Health,9*:7–15; Agence de la santé publique du Canada. (2011b). Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJR). Cycle 5 : données inédites. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada; Klos, N. (1997). Aboriginal peoples and homelessness: interviews with service providers. *Can J Urban Res, 6*(1):40–52.

[36] Marshall, Kerr, Livingstone, Li, Montaner, Wood, 2008; Marshall, Kerr, Shoveller, Montaner, Wood, 2009; Agence de la santé publique du Canada, 2011b.

[37] Statistique Canada. (2010). Étude : Tendances du taux de décrochage et des résultats sur le marché du travail des jeunes décrocheurs, de 1990–1991 à 2009–2010. Produit n° 11-001-XIE au catalogue de Statistique Canada. *Le Quotidien*, le 3 novembre 2010:2–3. Accès : www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/101103/dq101103a-fra.htm. Consulté le 13 novembre 2012.

[38] Idem.

[39] Statistique Canada, 2010; Statistique Canada. (2008). Décrocheurs du secondaire retournant à l'école. De 1990–1991 à 2004–2005. Produit n° 11-001-XIE au catalogue de Statistique Canada. *Le Quotidien*, le 9 avril 2008:5–6. Accès : www.statcan.gc.ca/pub/81-595-m/81-595-m2008055-fra.pdf. Consulté le 13 novembre 2012.

[40] Idem.

[41] Statistique Canada, 2010.

[42] Idem.

[43] Idem.

[44] Idem.

[45] Statistique Canada, 2006a.

[46] Statistique Canada. (2006f). Enquête auprès des jeunes en transition : mise à jour sur les cheminements liés aux études et au travail des jeunes adultes, 2004. Produit n° 11-001-XIE au catalogue de Statistique Canada. *Le Quotidien*, 5 juillet 2006 :2–4. Accès : www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/060705/dq060705a-fra.htm; Statistique Canada. (2009). Étude : Transitions entre les études et le marché du travail chez les jeunes adultes, de 2000 à 2008. Produit n° 11-001-XIE au catalogue de Statistique Canada. *Le Quotidien*, le 9 juillet 2009:2. Accès : www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/090709/dq090709a-fra.htm. Consulté le 13 novembre 2012.

[47] Taylor, Peter, McMinn, Elliott, Beldom, Ferry, *et al.*, 2011.

[48] Idem.

[49] Idem.

[50] Idem.

[51] Statistique Canada. (2008). La criminalité chez les jeunes au Canada, 2006. Produit n° 11-001-XIE au catalogue de Statistique Canada. *Le Quotidien*, le 16 mai 2008. Accès : www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2008003/article/10566-fra.htm. Consulté le 13 novembre 2012.

[52] Idem.

[53] Idem.

[54] Idem.

[55] Statistique Canada. (2009). Services correctionnels pour les adultes et les jeunes : indicateurs clés, 2008–2009. Produit n° 11-001-XIE au catalogue de Statistique Canada. *Le Quotidien*, 8 décembre 2009 :2–5. Accès : www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/091208/dq091208a-fra.htm; Statistique Canada. (2006g). Services correctionnels pour les jeunes : indicateurs clés, 2004–2005. Produit n° 11-001-XIE au catalogue de Statistique Canada. *Le Quotidien*, le 20 septembre 2006:9–10. Accès : www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/060920/dq060920d-fra.htm. Consulté le 13 novembre 2012.

[56] Statistique Canada, 2009.

[57] Statistique Canada. (2010). Les services communautaires et le placement sous garde des jeunes au Canada, 2008–2009. Produit n° 85-002-X. au catalogue de Statistique Canada. Juristat. Ottawa, Ontario : ministère de l'Industrie; 2010. Rapport n° 30. Accès : www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2010001/article/11147-fra.htm; Statistique Canada, 2009. Consulté le 13 novembre 2012.

[58] Statistique Canada, 2010.

[59] Statistique Canada, 2010.

[60] Statistique Canada. (2011). La violence familiale au Canada : un profil statistique. Produit n° 85-224-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, Ontario : ministère de l'Industrie. Accès : www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2010000-fra.pdf. Consulté le 13 novembre 2012.

[61] Idem.

[62] Idem.

[63] Idem.

[64] Idem.

[65] Idem.

[66] Agence de la santé publique du Canada. (2010a). Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008 : données principales. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada.

[67] Idem.

[68] Idem.

[69] Idem.

[70] Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2010). Les enfants autochtones et non autochtones dans les services d'aide à l'enfance. Prince George, Colombie-Britannique : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

[71] Idem.

[72] Idem.

[73] Idem.

[74] Young, M.M., Saewyc, E., Boak, A., Jahrig, J., Anderson, B., Doiron, Y., *et al*. (2011). Rapport pancanadien sur la consommation d'alcool et de drogues des élèves : rapport technique. Ottawa, Ontario : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

[75] Idem.

[76] National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. NIAAA council approves definition of binge drinking. NIAAA Newsletter 2004; No. 3, p. 3. Accès (en anglais seulement) : http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.pdf. Consulté le 31 janvier 2013.

[77] Idem.

[78] Currie C *et al.*, rédacteurs. (2012). *Déterminants sociaux de la santé et du bien-être chez les jeunes. Enquête sur le comportement des jeunes d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) : rapport international sur l'étude de 2009/2010.* Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (Politique de santé pour les enfants et adolescents, n° 6).

[79] Idem.

[80] Idem.

[81] Agence de la santé publique du Canada, 2011b.

[82] Agence de la santé publique du Canada, 2010c.

[83] Roy, Haley, Leclerc, Boudreau, Boivin. 2007.

[84] Small, Fast, Krusi, Wood, Kerr, 2009.

[85] Agence de la santé publique du Canada, 2010c.

[86] Idem.

[87] Craib, K.J.P., Spittal, P.M., Patel, S.H., Christian, W.M., Moniruzzaman, A., Pearce, M.E., *et al*. (2009). Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among Aboriginal young people who use drugs: Results from the Cedar Project. *Open Medicine, 3*(4):220–7; LloydSmith, E., Kerr, T., Zhang, R., Montaner, J.S.G., Wood, E. (2008). High prevalence of syringe sharing among street involved youth. *Addict Res Theory, 16*(4):353–8; Agence de la santé publique du Canada, 2011b.

[88] Agence de la santé publique du Canada, 2010c.

[89] Craib, Spittal, Patel, Christian, Moniruzzaman, Pearce, *et al*., 2009; Lloyd, Smith, Kerr, Zhang, Montaner, Wood, 2011.

[90] Rotermann, M. (2005). Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes. Produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada. *Rapports sur la santé,16*(3),39–45. Ottawa, Ontario : Statistique Canada; Netting, N.S., Burnett, M.L. (2004). Twenty years of student sexual behavior: Subcultural adaptations to a changing health environment. *Adolescence,39*(153):19–38;Frappier, J-Y., Kaufman, M., Baltzer, F., Elliott, A., Lane, M., Pinzon, J., *et al*. (2008). Sex and sexual health: A survey of Canadian youth and mothers. *Paediatr Child Health,13*(1):25–30.

[91] Roterman, M. (2012). Sexual behaviour and condom use of 15–24 year-olds in 2003 and 2009/2010. *Rapports sur la santé, 23*(1):41–45.

[92] Idem.

[93] Idem.

[94] Agence de la santé publique du Canada, 2011b.

[95] Agence de la santé publique du Canada. (2011c). Surveillance améliorée de l'infection au VIH et des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada (M-Track). Phase 1 (2005–2007) : données inédites. Ottawa, Ontario : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada.

[96] Agence de la santé publique du Canada. (2010b). Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables (I-Track). Phase 2 (2005–2008) : données inédites. Ottawa, Ontario : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada.

[97] Statistique Canada, 2007b.

[98] Administrateur en chef de la santé publique. (2011). Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2011 : Jeunes et jeunes adultes–En période de transition. Ottawa, Ontario : Administrateur en chef de la santé publique, gouvernement du Canada.

[99] Agence de la santé publique du Canada. (2012a). Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2011. Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada.

[100] Idem.

[101] Idem.

[102] Idem.

[103] Idem.

[104] Idem.

[105] Statistique Canada. (2012). Saskatchewan Population (at July 1), by Age Group, 2002–2012. Accès : www.stats.gov.sk.ca/stats/population/saskpopbyage.pdf. Consulté le 21 janvier 2013.

[106] Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

[107] Idem.

[108] Idem.

[109] Idem.

[110] Idem.

[111] Forbes, *et al.* (2012). Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants : 21-Year Review of Vertical HIV Transmission in Canada, 1999–2010. *AIDS, 26*(6), 757–763.

[112] Organisation mondiale de la santé. (2009). Recommandations rapides sur l'utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant. Genève : OMS.

[113] Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada – dans *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2011* (2012).

[114] Statistique Canada. (2008). Recensement de 2006 : Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006. Produit n° 97-558-XIE au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Accès : http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/pdf/97-558-XIF2006001.pdf. Consulté le 14 février 2013.

[115] Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

[116] Idem.

[117] Idem.

[118] Idem.

[119] Idem.

[120] Agence de la santé publique du Canada. (2012b). Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada, 2010, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada, 2012.

[121] Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

[122] Agence de la santé publique du Canada, 2012b.

[123] Idem.

[124] Agence de la santé publique du Canada, 2012a.

[125] Idem.

[126] Agence de la santé publique du Canada. (2011). Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJR). Cycle 5 : données inédites. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada.

[127] Idem.

[128] Idem.

[129] Idem.

[130] Agence de la santé publique du Canada. (2011). Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJR). Cycle 5 : données inédites. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada.

[131] Agence de la santé publique du Canada. (2011). Surveillance améliorée de l'infection au VIH et des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada (M-Track). Phase 1 (2005–2007) : données inédites. Ottawa, Ontario : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada.

[132] Idem.

[133] Idem.

[134] Idem.

[135] Agence de la santé publique du Canada. (2010). Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables (I-Track). Phase 2 (2005–2008) : données inédites. Ottawa, Ontario : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada.

[136] Idem.

[137] Agence de la santé publique du Canada, 2010.

[138] Idem.

[139] Agence de la santé publique du Canada. (2011a). Qu'est-ce qui détermine la santé? Accès : www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php.

[140] Idem.

[141] Agence de la santé publique du Canada. (2013). Les jeunes de la rue au Canada : Constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJR), cycle 6. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada.

[142] Langille, D.B., Hughes, J., Murphy, G.T., Rigby, J.A. (2005). Socio-economic factors and adolescent sexual activity and behaviour in Nova Scotia. *Can J Public Health, 96*(4):313–8.

[143] Idem.

[144] Idem.

[145] Administrateur en chef de la santé publique. (2008). Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé. Ottawa, Ontario : Administrateur en chef de la santé publique.

[146] Mo, F., Wong, T., Merrick, J., Shi, Y. (2005). Promoting sexual health and reducing sexually transmitted diseases (STD) through adolescents' lifestyle and sexual behaviour changes and socio-economic amelioration. *Ital J Pediatrics, 31*(4):220–7.

[147] Mo, F., Wong, T., Merrick, J. (2007). Adolescent lifestyle, sexual behavior and sexually transmitted infections (STI) in Canada. *Int J Disabil Hum De, 6*(1):53–60.

[148] Smylie, L., Medaglia, S., Maticka-Tyndale, E. (2006). The effect of social capital and socio-demographics on adolescent risk and sexual health behaviours. *Can J Hum Sex, 15*(2):95–112.

[149] Benoit, C., Jansson, M., Anderson, M. (2007). Understanding Health Disparities among Female Street Youth. In: Leadbeater, B. Jr, Way, N., rédacteurs. Urban Girls Revisited: Building Strengths. New York: New York University Press; Kulik, D.M., Gaetz, S., Crowe, C., Ford-Jones, E. (2011). Homeless youth's overwhelming health burden: A review of the literature. *Paediatr Child Health,16*(6):e43–47; Linton, A., Singh, M., Turbow, D., & Legg, T. (2009). Street youth in Toronto: An investigation of demographic predictors of high risk behaviors and HIV. *Journal of HIV/AIDS & Social Services, 8*(4) 375–396.; Roy, É., Haley, N., Leclerc, P., Boudreau, J-F., Boivin, J-F. (2007). Risk factors for initiation into drug injection among adolescent street youth. *Drugs Educ Prev Policy, 14*(5):389–99; Wingert, S., Higgitt, N., Ristock, J. (2005). Voices from the margins: Understanding street youth in Winnipeg. *Can J Urban Res, 14*(1):54–80.

[150] Benoit, Jansson, Anderson, 2007; Roy, Haley, Leclerc, Boudreau, Boivin, 2007.

[151] Agence de la santé publique du Canada, 2011a.

[152] Santé Canada. (2010). Analyse comparative entre les sexes. Accès : www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/women-femmes/gender-sexes-fra.php. Consulté le 13 novembre 2012.

[153] Gahagan, J., Rehman, L.A. (2004). Mind the Sex Gap: Bridging Sexual and Reproductive Health and HIV Prevention for Young Heterosexual Males. Halifax, Nouvelle-Écosse : School of Health & Human Performance, Dalhousie University.

[154] Gahagan, J., Rehman, L., Barbour, L., McWilliam, S. (2007). The preliminary findings of a study exploring the perceptions of a sample of young heterosexual males regarding HIV prevention education programming in Nova Scotia, Canada. *J HIV/AIDS Prev Child Youth, 8*(1):135–53.

[155] Mehrabadi, A., Paterson, K., Pearce, M., Patel, S., Craib, K., Moniruzzaman, A., Schechter, M.T., Spittal, P.M. (2008). Gender differences in HIV and hepatitis C related vulnerabilities among aboriginal young people who use street drugs in two Canadian cities. *Women & Health,48(*3),235–260.

[156] Idem.

[157] Idem.

[158] Devries, K.M. & Free, C. (2010). 'I told him not to use condoms': Masculinities, femininities and sexual health of Aboriginal Canadian young people. *Sociol Health Ill, 32*(6):827–42.

[159] Idem.

[160] Idem.

[161] Larkin, J., Andrews, A. & Mitchell, C. (2006). Guy talk: Contesting masculinities in HIV prevention with Canadian youth. *The Journal of Sex Education*, 207–221; Manseau, H., Blais, M., Engler, K., Bossé, M-A. (2008). Integrating the perspective of vulnerable heterosexual male adolescents to prevent premature paternity and sexually transmitted infection. *Am J Sex Educ, 2*(4):43–66.

[162] Gahagan & Rehman, 2004; Gahagan, Rehman, Barbour, McWilliam, 2007; Shoveller, J.A., Knight, R., Johnson, J., Oliffe, J.L., Goldenberg, S. (2010). 'Not the swab!' Young men's experiences with STI testing. *Sociol Health Ill, 32*(1):57–73.

[163] Gahagan, Rehman, Barbour, McWilliam, 2007.

[164] Idem.

[165] Gahagan & Rehman, 2004; Gahagan, Rehman, Barbour, McWilliam, 2007; Planned Parenthood of Toronto. (2005). "It's a Guy Thing Not to Go to the Doctor": The Young Men's Health Consultation Report. Toronto, Ontario: Planned Parenthood of Toronto; Shoveller, J., Johnson, J., Rosenberg, M., Greaves, L., Patrick, D.M., Oliffe, J.L, *et al*. (2009). Youth's experiences with STI testing in four communities in British Columbia, Canada. *Sex Transm Infect, 85*(5):397–401.

[166] Gahagan & Rehman , 2004; Gahagan, Rehman, Barbour, McWilliam, 2007; Shoveller, Johnson, Rosenberg, Greaves, Patrick, Oliffe, *et al*., 2009.

[167] Planned Parenthood of Toronto, 2005.

[168] Shoveller, Johnson, Rosenberg, Greaves, Patrick, Oliffe, *et al*., 2009.

[169] Flicker, S., Larkin, J., Travers, R., Pole, J., Guta, A., Palmer, H. (2010). Toronto Teen Survey: Gender Bulletin. Toronto, Ontario : Planned Parenthood Toronto.

[170] Idem.

[171] Idem.

[172] Idem.

[173] Frankowski, B.L., & Committee on Adolescence. (2004). Sexual orientation and adolescents (Clinical Report). *Pediatrics, 113*(6),1827–1832.

[174] Agence de la santé publique du Canada. (2012). Risque de transmission du VIH : Sommaire des données scientifiques. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada.

[175] Idem.

[176] Banks, C. (2003). The Cost of Homophobia: Literature Review on the Human Impact of Homophobia on Canada. Saskatoon, Saskatchewan: Community University Institute for Social Research; Saewyc, Mulligan, Johnson, Macintosh, Fougère, 2009; Wells, K. (2008). Generation queer: Sexual minority youth and Canadian schools. *Can Educ Asso, 48*(1):18–23.

[177] Lampinen, T.M., McGhee, D., Martin, I. (2006). Increased risk of "club" drug use among gay and bisexual high school students in British Columbia. *J Adolescent Health, 38*(4):458–61; Saewyc, E., Poon, C., Wang, N., Homma, Y., Smith, A., McCreary Centre Society. (2007). Not Yet Equal: The Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth in British Columbia. Vancouver, British Columbia: McCreary Centre Society; Wells, K. (2009). Sieccan newsletter. Research exploring the health, wellness, and safety concerns of sexual minority youth. *Can J Hum Sex, 43*(1–2):221–9.

[178] Idem.

[179] Flicker, S., Larkin, J., Travers, R., Pole, J., Guta, A., Flynn, S. (2010). Toronto Teen Survey: LGBTQ Bulletin. Toronto, Ontario: Planned Parenthood Toronto; Marshall, B.D.L., Shannon, K., Kerr, T., Zhang, R., Wood, E. (2010). Survival sex work and increased HIV risk among sexual minority street-involved youth. *J Acquir Immune Defic Syndr, 53*(5):661–4; Poon, C.S. & Saewyc, E.M. (2009). Out yonder: Sexual-minority adolescents in rural communities in British Columbia. *Am J Public Health, 99*(1):118–24; Saewyc, Mulligan, Johnson, Macintosh, Fougère, 2009.

[180] Zhao, Y., Montoro, R., Igartua, K., Thombs, B. (2010). Suicidal ideation and attempt among adolescents reporting "unsure" sexual identity or heterosexual identity plus same-sex attraction or behavior: Forgotten groups? *J Am Acad Child Adol Psy, 49*(2):104–13.

[181] Poon & Saewyc, 2009

[182] Wells, K. (2007). Risk and Protective Factors: A Literature Review on the Impact of Homophobia on LGBTQ Youth in Canada. Edmonton, AB: The Society for Safe and Caring Schools and Communities.

[183] Idem.

[184] Taylor, C., Peter, T., Schachter, K., Paquin, S., Beldom, S., Gross, Z., McMinn, T.L. (2008). Youth Speak Up about Homophobia and Transphobia: The First National Climate Survey on Homophobia in Canadian Schools. Rapport de la phase 1. Toronto, Ontario : Egale Canada Human Rights Trust.

[185] Chamberland, L., Émond, G., Julien, D., Otis, J., Ryan, W. (2008). L'impact de l'homophobie et de la violence homophobe sur la persévérance et la réussite scolaires. Rapport de recherche. Montréal : Fonds de recherche sur la société et la culture.

[186] Wells, 2009.

[187] O'Brien Teengs, D. & Travers, R. (2006). "River of life, rapids of change": Understanding HIV vulnerability among two-spirit youth who migrate to Toronto. *Can J Abo Comm Based HIV/AIDS Res, 1*:17–28; Scanlon, K., Travers, R., Carolo, H., O'Brien, D. (2005). Youth Migration Project: HIV Vulnerability Among Trans Youth. Toronto, Ontario : Youth Migration Project.

[188] O'Brien Teengs & Travers, 2006.

[189] O'Brien Teengs & Travers, 2006; Scanlon, Travers, Carolo, O'Brien, 2005.

[190] McCreary Centre Society. (1999). Being Out: Lesbian, Gay, Bisexual, & Transgender Youth in British Columbia: An Adolescent Health Survey. Burnaby, Colombie-Britannique : McCreary Centre Society.

[191] Wells, 2007.

[192] Agence de la santé publique du Canada, 2011a.

[193] Shafiq, F. (2011). Ensuring community university partnership to address HIV/AIDS and sexual reproductive health issues amongst newcomer African immigrant and refugee ethno-racial youth in Western Canada. *Can J Infect Dis Med Microbiol.Conference*: Association canadienne de recherche sur le VIH 22(Suppl B), 107B-108B.

[194] Idem.

[195] Statistique Canada. (2010). *Recensement visuel, recensement de 2006*. Ottawa, Ontario. Le 7 décembre. Accès : http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/fs-fi/index.cfm?Lang=fra&TOPIC_ID=7&PRCODE=01. Consulté le 10 novembre 2011.

[196] Lee, K. (2000). Urban Poverty in Canada: A Statistical Profile. Conseil canadien de développement social. Accès : www.ccsd.ca/pubs/2000/up. Consulté le 18 juillet 2012.

[197] Flicker, Larkin, Travers, Pole, Guta, Flynn, 2010; Shimeles, H., Flicker, S., Pole, J. (2009). Unpack the black: Exploring access to clinical sexual health services for Black youth in the TDOT. Le 16 novembre; Réseau ontarien de traitement du VIH : Toronto, Ontario.

[198] Flicker, Larkin, Travers, Pole, Guta, Flynn, 2010.

[199] Flicker, S., Larkin, J., Smilie-Adjarkwa, C., Restoule, J.P., Barlow, K., Dagnino, M., *et al.* (2008). "It's hard to change something when you don't know where to start": Unpacking HIV vulnerability with Aboriginal youth in Canada. *Pimatisiwin: J Abor Indig Comm Health, 5*(2):175–200; Larkin, J., Flicker, S., Restoule, J-P., Barlow, K., Mitchell, C., Smillie-Adjarkwa, C., *et al.* (2007). HIV Risk, Systemic Inequities and Aboriginal Youth: Widening the Circle for Prevention Programming: CANFAR Report. Toronto, Ontario : Gendering Adolescent AIDS Prevention (GAAP) CANFAR Report.

[200] Idem.

[201] Ruttan, L., LaBoucane-Benson, P., Munro, B.E. (2008). "A story I never heard before": Aboriginal young women, homelessness, and restoring connections. *Pimatisiwin–J Abor Indig Comm Health, 6*(3):31–54;. Ruttan, L., LaBoucane-Benson, P., Munro, B.E. (2010). "Home and Native Land": Aboriginal young women and homelessness in the city. *First Peoples Child & Family Review, 5*(1):67–77.

[202] Ruttan, LaBoucane-Benson, Munro, 2010.

[203] Prentice, T. (2004). HIV Prevention: Messages for Canadian Aboriginal Youth. Ottawa, Ontario : Réseau canadien autochtone du sida.

[204] Réseau canadien autochtone du sida. (2008). For Generations to Come: A Look at Aboriginal Resiliency. Ottawa, Ontario : Réseau canadien autochtone du sida.

[205] Secrétariat à la santé et au développement social de l'Assemblée des Premières Nations. (2004). Young Eagles' Challenge: A Peer Education Training Manual for First Nations Youth on HIV/AIDS and Related Issues. Ottawa, Ontario : Assemblée des Premières Nations; Réseau canadien autochtone du sida. (2007). Engaging You(th) in an HIV/AIDS and Human Rights Analysis: A Workbook. Ottawa, Ontario: Réseau canadien autochtone du sida; Flicker, S., Yee, J., Jackson, R., Prentice, T., Larkin, J., Restoule, J-P., *et al*. (2010). Decolonizing HIV research using arts-based methods: What Aboriginal youth in Canada had to say. Le 15 novembre; Réseau ontarien de traitement du VIH : Toronto, Ontario; Sadlier, N. (2005). Empowering ourselves, empowering our communities: The Young Eagles Challenge. *Bloodlines, 5*:38–9; Yee, J., Flicker, S., Jackson, R., Prentice, T., Larkin, J., Restoule, J-P., *et al.* (2010). Taking Action! Building Aboriginal youth leadership in HIV prevention using arts-based methods. Le 15 novembre; Réseau ontarien de traitement du VIH : Toronto, Ontario.

[206] Maticka-Tyndale, E., Shirpak, K.R., & Chinichian, M. (2007). Providing for the sexual health needs of Canadian immigrants: The experience of immigrants from Iran. *Canadian Journal of Public Health, 98*, 183–186.

[207] Espin, O.M. (2006). Gender, sexuality, language, and migration. In R. Mahalingam (Ed.) *Cultural psychology of immigrants (*p. 241–258). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

[208] Administrateur en chef de la santé publique, 2008.

[209] Administrateur en chef de la santé publique. (2009). Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé. Ottawa, Ontario : Administrateur en chef de la santé publique.

[210] Saewyc, E.M., Taylor, D., Homma, Y., Ogilvie, G. (2008). Trends in sexual health and risk behaviours among adolescent students in British Columbia. *Can J Hum Sex, 17*(1–2):1–13.

[211] Thanh, N.X., Jonsson, E. (2010). Drinking Alcohol during Pregnancy: Evidence from Canadian Community Health Survey 2007/2008. *J Popul Ther Clin Pharmacol,17*(2),e302–e307.

[212] Walker, M.J., Al-Sahab, B., Islam, F., Tamim, H. (2011). The epidemiology of alcohol utilization during pregnancy: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey (MES). *BMC Pregnancy Childbirth*,*11*:52.

[213] Idem.

[214] Alati, R., Al Mamun, A., Williams, G.M., O'Callaghan, M., Najman, J.M., Bor, W. (2006). In utero alcohol exposure and prediction of alcohol disorders in early adulthood: a birth cohort study. *Arch Gen Psychiatry, 63*(9), 1009–16.

[215] Santé Canada. (2007). Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2007. Ottawa, Ontario. Accès : www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc_2011-fra.php. Consulté le 6 février 2013.

[216] Agence de la santé publique du Canada. (2008). Rapport sur la santé périnatale au Canada, 8e édition 2008. Ottawa, Ontario. Accès : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspc/pdf/cphr-rspc08-fra.pdf. Consulté le 5 février 2013.

[217] Nomura, Y., Gilman, S.E., Buka, S.L. (2011). Maternal Smoking During Pregnancy and Risk of Alcohol Use Disorders Among Adult Offspring. J Stud Alcohol Drugs,72(2):199–209.

[218] Livingston, J.D., Milne, T., Fang, M.L., Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. Addiction, 107(1): 39–50.

[219] Agence de la santé publique du Canada. (2010). Évaluation sommative du Programme canadien de nutrition prénatale 2004–2009. Ottawa, Ontario. Accès : www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/evaluation/reports-rapports/2009-2010/cpnp-pcnp/index-fra.php. Consulté le 5 février 2013.

[220] Idem.

[221] Agence de la santé publique du Canada, 2011a.

[222] Ross, N. (2002). Community belonging and health. *Health Rep,13*,33–9.

[223] Smylie, L., Medaglia, S., Maticka-Tyndale, E. (2006). The effect of social capital and socio-demographics on adolescent risk and sexual health behaviours. *Can J Hum Sex, 15*(2):95–112.

[224] Idem.

[225] Coleman, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology, 94*(suppl.), s95–120; Putnam, R. (2000). Bowling Alone: The collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster; Smylie *et al.*, 2006.

[226] Middlebrooks, J.S., Audage, N.C. (2008). The Effects of Childhood Stress on Health Across the Lifespan. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.

[227] Boivin, M., & Hertzman, C. (rédacteurs). (2012). Early Childhood Development: adverse experiences and developmental health. Société royale du Canada – Groupe d'experts de l'Académie canadienne des sciences de la santé (Barr, R., Boyce, T., Fleming, A., MacMillan, H., Odgers, C., Sokolowski, M., & Trocmé, N.). Ottawa, Ontario : Société royale du Canada. Accès : https://rsc-src.ca/sites/default/files/pdf/ECD%20Report_0.pdf. Consulté le 6 février 2013.

[228] Cinq-Mars, C., Wright, J., Cyr, M., McDuff, P. (2004). Sexual at-risk behaviors of sexually abused adolescent girls. *J Child Sex Abuse, 12*(2):1–18; Devries, K.M., Free, C.J., Morison, L., Saewyc, E. (2009). Factors associated with the sexual behavior of Canadian Aboriginal young people and their implications for health promotion. *Am J Public Health, 99*(5):855–62; Pearce, M., Christian, W., Patterson, K., Norris, K., Moniruzzaman, A., Craib, K., *et al.* (2008). The Cedar Project: Historical trauma, sexual abuse and HIV risk among young Aboriginal people who use injection and non-injection drug in two Canadian cities. *Social Science and Medicine,66*:2185–2194; Robertson, S.(2007). Who Feels it Knows: The Challenges of HIV Prevention for Young Black Women in Toronto. Toronto, Ontario : Black Coalition for AIDS Prevention. Saewyc, Taylor, Homma, Ogilvie, 2008; Hovsepian, S.L., Blais, M., Manseau, H., Otis, J., Girard, M-E. (2010). Prior victimization and sexual and contraceptive self-efficacy among adolescent females under child protective services care. *Health Educ Behav, 37*(1):65–83.

[229] Mulvihill, D. (2005). The Health Impact of Childhood Trauma: An Interdisciplinary Review, 1997–2003. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing,* 28:115–136.

[230] Centers for Disease Control and Prevention. (2006). Adverse Childhood Experiences Study. Atlanta: CDC. Accès : www.cdc.gov/nccdphp/ace/index.htm. Consulté le 6 février 2013.

[231] Idem.

[232] Agence de la santé publique du Canada, 2011b.

[233] Kerr, Stoltz, Marshall, Lai, Strathdee, Wood, 2009; Kerr, Marshall, Miller, Shannon, Zhang, Montaner, *et al.*, 2009; Stoltz, Shannon, Kerr, Zhang, Montaner, Wood, 2007.

[234] Pearce, M.E., Patterson, K., Moniruzzaman, A., Schechter, M.T., Spittal, P.M. (2010). The Cedar Project: Over-time trends in health outcomes associated with childhood sexual abuse among young Aboriginal men and women who use drugs in two Canadian cities. Le 13 mai; Association canadienne de recherche sur le VIH : Saskatoon, Saskatchewan.

[235] Mehrabadi, A., Craib, K.J., Patterson, K., Adam, W., Moniruzzaman, A., Ward-Burkitt, B., *et al*. (2008). The Cedar Project: a comparison of HIV- related vulnerabilities amongst young Aboriginal women surviving drug use and sex work in two Canadian cities. *Int J Drug Policy,19*:159–68.

[236] Mehrabadi, Craib, Patterson, Adam, Moniruzzaman, Ward-Burkitt, *et al.*, 2008; Pearce, Christian, Patterson, Norris, Moniruzzaman, Craib, *et al.*, 2008; Pearce, Patterson, Moniruzzaman, Schechter, Spittal, 2010.

[237] Pearce, Patterson, Moniruzzaman, Schechter, Spittal, 2010.

[238] Walton, G., Co, S.J., Milloy, M.J., Qi, J., Kerr, T., Wood, E. (2011). High prevalence of childhood emotional, physical and sexual trauma among a Canadian cohort of HIV-seropositive illicit drug users. *AIDS Care, 23*(6):714–21.

[239] Kelly, K. & Caputo, T. (2007). Health and street: Homeless youth. *J Health Psych, 12*(5):726–36.

[240] Kirby, D. (2001). Emerging Answers: Research findings to on programs to reduce teen pregnancy. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

[241] Maticka-Tyndale, E, (1997). Reducing the incidence of sexually transmitted disease through behavioural and social change. *The Canadian Journal of Human Sexuality,6*(2):89–104.

[242] Browning, C., Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (2004). Neighbourhood context and racial differences in early adolescent sexual activity. *Demography, 41*: 607–720.

[243] Kirby 2001.

[244] Brendgen, M., Wanner, B., Vitaro, F. (2007). Peer and teacher effects on the early onset of sexual intercourse. *Am J Public Health, 97*(11):2070–5.

[245] Idem.

[246] Miller, P., Donahue, P., Este, D., Hofer, M. (2004). Experience of being homeless or at risk of being homeless among Canadian youths. *Adolescence, 39*(156):735–55; Roy, É., Nonn, É., Haley, N. (2008). Transition to injection drug use among street youth: A qualitative analysis. *Drug Alcohol Depend, 94*(1–3):19–29.

[247] Miller, Donahue, Este, Hofer, 2004.

[248] Idem.

[249] Idem.

[250] Munro, B.E., LaBoucane-Benson, P., Ruttan, L. (2007). Rethinking asset theory: Applicability to the survival of homeless youth. *Int J Interdis Soc Sci, 2*(3):219–26.

[251] Higgitt, N., Wingert, S., Ristock, J., Brown, M., Ballantyne, M., Caett, S., *et al.* (2003). Voices from the Margins: Experiences of Street-Involved Youth in Winnipeg. Winnipeg, Manitoba : Winnipeg Inner-city Research Alliance; Kelly & Caputo, 2007; Karabanow, J., Clement, P., Carson, A., Crane, K., Community Action on Homelessness Research Committee. (2005). Getting off the street: Exploring strategies used by Canadian youth to exit street life. Initiative nationale pour les sans-abri, National Research Program; Munro, LaBoucane-Benson, Ruttan, 2007; Stewart, M., Reutter, L., Letourneau, N., Makwarimba, E., Hungler, K. (2010). Supporting homeless youth: Perspectives and preferences. *J Poverty, 14*(2):145–65.

[252] Voisin, D., Salazar, L., Crosby, R.A., *et al.* (2005). Teacher connectedness and health-related outcomes among detained adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *37*, 17–23.

[253] Scales, P., & Leffert, N. (1999). *Developmental Assets: A synthesis of scientific research on adolescent development.* Minneapolis, MN: Search Institute.

[254] McNeely, C. & Falci, C. (2004). School connectedness and the transition into and out of health-risk behaviour among adolescents: A comparison of social belonging and teacher support. *Journal of School Health, 74:* 284–292.

[255] Wells, 2008.

[256] Idem.

[257] Agence de la santé publique du Canada. (2010a). Questions & réponses : L'identité sexuelle à l'école. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada; Agence de la santé publique du Canada. (2010b). Questions & réponses : L'orientation sexuelle à l'école. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada.

[258] Chamberland, Émond, Julien, Otis, Ryan, 2008; Agence de la santé publique du Canada, 2010a; Agence de la santé publique du Canada, 2010b.

[259] Flicker, S., Skinner, H., Read, S., Veinot, T., McClelland, A., Saulnier, P., *et al.* (2005). Falling through the cracks of the big cities: Who is meeting the needs of HIV-positive youth? *Can J Public Health, 96*(4):308–12.

[260] Idem.

[261] Idem.

[262] Idem.

[263] Fernet, M., Proulx-Boucher, K., Richard, M-E., Lévy, J.J., Otis, J., Samson, J., *et al.* (2007). Issues of sexuality and prevention among adolescents living with HIV/AIDS since birth. *Can J Hum Sex, 16*(3–4):101–11; Fielden, S.J., Sheckter, L., Chapman, G.E., Alimenti, A., Forbes, J.C., Sheps, S., *et al.* (2006). Growing up: Perspectives of children, families and service providers regarding the needs of older children with perinatally-acquired HIV. *AIDS Care, 18*(8):1050–3;.Richard, M-E., Fernet, M., Thériault, J., Lévy, J.J., Otis, J., Lapointe, N., *et al.* (2009). Process of disclosing serological status to peers and romantic partners among adolescents living with HIV since birth. Du 23 au 26 avril; Association canadienne de recherche sur le VIH : Vancouver, Colombie-Britannique.

[264] Fernet, Proulx-Boucher, Richard, Lévy, Otis, Samson, *et al.*, 2007; Richard, Fernet, Thériault, Lévy, Otis, Lapointe, *et al.*, 2009.

[265] Richard, Fernet, Thériault, Lévy, Otis, Lapointe, *et al.*, 2009.

[266] Idem.

[267] Fernet, Proulx-Boucher, Richard, Lévy, Otis, Samson, *et al.*, 2007.

[268] Fielden, Sheckter, Chapman, Alimenti, Forbes, Sheps, *et al.*, 2006.

[269] Idem.

[270] Agence de la santé publique du Canada. (2006b). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada.* Ottawa, Ontario : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

[271] Shrier, L.A., Harris, S.K., Sternberg, M., & Beardslee, W.R. (2001). Associations of Depression, Self-Esteem, and Substance Use with Sexual Risk among Adolescents. *Preventive Medicine, 33*(3), 179–189. doi:10.1006/pmed.2001.0869.

[272] Kidd, S. & Shahar, G. (2008). Resilience in homeless youth: The key role of self-esteem. *Am J Orthopsychiat, 78*(2):163–72.

[273] Idem.

[274] Idem.

[275] Karabanow, Clement, Carson, Crane, Community Action on Homelessness Research, 2005.

[276] Rew, L., Whittaker, T,A., Taylor-Seehafer, M.A., Smith, L,R., (2005). Sexual health risks and protective resources in gay, lesbian, bisexual, and heterosexual homeless youth. *J. Spec. Pediatr. Nurs. 10*:11–19; Shercliffe, R.J., Hampton, M., McKay-McNabb, K., Jeffery, B., Beattie, P., McWatters, B. (2007). Cognitive and demographic factors that predict self-efficacy to use condoms in vulnerable and marginalized aboriginal youth. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 16*(1–2), 45–56.

[277] Shercliffe *et al.*, 2007.

[278] Hershberger, S.L, & D'Augelli, A.R. (1995). The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Developmental Psychology, 31*(1):65–74.

[279] Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Beautrais, A.L.(2011). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry, 56*(10):876–80.

[280] Dean, J. A., & Wilson, K. (2009). 'Education? It is irrelevant to my job now. It makes me very depressed….': Exploring the health impacts of under/unemployment among highly skilled recent immigrants in Canada. *Ethnicity and Health, 14*, 185–204. doi: 10.1080/13557850802227049; Kinnon, D. (1999). Recherche sur l'immigration et la santé au Canada : un aperçu. Ottawa, Ontario : Santé Canada; Ngo, H.V. & Schleifer, B. (2004). Immigrant children in focus: a map of needs, strategies and resources. Calgary : Coalition for Equal Access to Education; Hyman, I. (2001). Immigration et santé (document de travail n° 01-05, Série de documents de travail sur les politiques de santé). Ottawa : Santé Canada.

[281] Association canadienne pour la santé mentale. (2008a). The Relationship between Mental Health, Mental Illness and Chronic Physical Conditions. Accès : www.ontario.cmha.ca/admin_ver2/maps/cmha_chronic_disease_backgrounder.pdf. Consulté le 20 février 2013; Gouvernement du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada.* Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Ottawa, Ontario.

[282] Association canadienne pour la santé mentale. (2008b). Recommendations for Preventing and Managing Co-Existing Chronic Physical Conditions and Mental Illnesses. Accès : www.ontario.cmha.ca/admin_ver2/maps/cmha_chronic_disease_policy_paper.pdf. Consulté le 20 février 2013.

[283] Kidd, S.A. (2007). Youth homelessness and social stigma. *J Youth Adolescence, 36*(3):291–9.

[284] Karabanow, Clement, Carson, Crane, Community Action on Homelessness Research Committee, 2005.

[285] Miller, Donahue, Este, Hofer, 2004; Stewart, M., Reutter, L., Letourneau, N., Makwarimba, E., Hungler, K. (2010). Supporting homeless youth: Perspectives and preferences. *J Poverty, 14*(2):145–65; Karabanow, Clement, Carson, Crane, Community Action on Homelessness Research Committee, 2005.

[286] Karabanow, Clement, Carson, Crane, Community Action on Homelessness Research Committee, 2005; Krüsi, A., Fast, D., Small, W., Wood, E., Kerr, T. (2009). Social and structural barriers to housing among street-involved youth. Le 23 avril; Association canadienne de recherche sur le VIH : Vancouver, Colombie-Britannique.

[287] Miller, Donahue, Este, Hofer, 2004; Karabanow, Clement, Carson, Crane, Community Action on Homelessness Research Committee, 2005.

[288] Miller, Donahue, Este, Hofer, 2004.

[289] Karabanow, Clement, Carson, Crane, Community Action on Homelessness Research Committee, 2005.

[290] Agence de la santé publique du Canada. (2011b). Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJR). Cycle 5 : données inédites. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada.

[291] Agence de la santé publique du Canada. (2010c). Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables (I-Track). Phase 2 (2005–2008) : données inédites. Ottawa, Ontario : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada.

[292] Fast, D., Small, W., Wood, E., Kerr, T. (2009). Coming 'down here': Young people's reflections on becoming entrenched in a local drug scene. *Soc Sci Med, 69*:1204–10.

[293] Larkin, Mitchell, Flicker, Dagnino, Koleszar-Green, Mintz, 2004; Roy, É., Haley, N., Leclerc, P., Boudreau, J-F., Boivin, J-F. (2007). Risk factors for initiation into drug injection among adolescent street youth. *Drugs Educ Prev Policy, 14*(5):389–99; Roy, Nonn, Haley, 2008; Werb, D., Kerr, T., Fast, D., Qi, J., Montaner, J.S.G., Wood, E. (2010). Drug-related risks among street youth in two neighborhoods in a Canadian setting. *Health Place, 16*:1061–7.

[294] Roy, É., Nonn, É., Haley, N., Cox, J. (2007). Hepatitis C meanings and preventive strategies among street-involved young injection drug users in Montréal. *Int J Drug Policy, 18*(5):397–405.

[295] Idem.

[296] Idem.

[297] Marshall, B.D.L., Kerr, T., Qi, J., Montaner, J.S.G., Wood, E. (2010). Public injecting and HIV risk behaviour among street-involved youth. *Drug Alcohol Depen, 110*(3):254–8.

[298] Idem.

[299] Idem.

[300] Idem.

[301] Roy, Nonn, Haley, Cox, 2007.

[302] Kelly & Caputo, 2007; Roy, Nonn, Haley, Cox, 2007.

[303] McClelland, A., Flicker, S., Vo, T., Nixon, S., Nepveux, D., Proudfoot, K., *et al.* (2010). The production of safe and unsafe spaces to be sexual for queer and trans young people labelled with intellectual disabilities. Le 15 novembre; Réseau ontarien de traitement du VIH : Toronto, Ontario.

[304] Marshall, B.D.L., Koehoorn, M., Shoveller, J.A. (2010). Household-level correlates of condom use among a representative sample of Canadian adolescents. *Sex Health, 7*(4):441–7.

[305] Idem.

[306] Idem.

[307] Buxton, J.A., Rothon, D., Durigon, M., Lem, M., Tu, A.W., Remple, V.P., *et al.* (2009). Hepatitis C and HIV prevalence using oral mucosal transudate, and reported drug use and sexual behaviours of youth in custody in British Columbia. *Can J Public Health, 100*(2):121–4.

[308] Idem.

[309] Kulik, Gaetz, Crowe, Ford-Jones, 2011; Cameron, K.N., Racine, Y., Offord, D.R., Cairney, J. (2004). Youth at risk of homelessness in an affluent Toronto suburb. *Can J Public Health, 95*(5):352–6.

[310] Agence de la santé publique du Canada, 2011b.

[311] Milloy, M.J., Kerr, T., Buxton, J., Montaner, J., Wood, E. (2009). Methamphetamine use and rates of incarceration among street-involved youth in a Canadian setting: A cross-sectional analysis. *Subst Abuse Treat Pr, 4*:17.

[312] Agence de la santé publique du Canada. 2010c.

[313] Milloy, M.J., Kerr, T., Buxton, J., Montaner, J., Wood, E. (2009). Methamphetamine use and rates of incarceration among street-involved youth in a Canadian setting: A cross-sectional analysis. *Subst Abuse Treat Pr, 4*:17.

[314] Wong, J., Marshall, B.D.L., Kerr, T., Lai, C., Wood, E. (2009). Addiction treatment experience among a cohort of street-involved youths and young adults. *J Child Adoles Subst, 18*(4):398–409.

[315] Agence de la santé publique du Canada, 2011a.

[316] Agence de la santé publique du Canada. (2008). Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada.

[317] Flicker, S., Flynn, S., Larkin, J., Travers, R., Guta, A., Pole, J., *et al.* (2009). Sexpress: The Toronto Teen Survey Report. Toronto, Ontario : Planned Parenthood Toronto.

[318] Flicker, Flynn, Larkin, Travers, Guta, Pole, *et al.*, 2009; Flynn, S., Flicker, S., Larkin, J., Travers, R. (2009). Why do Toronto youth learn so much and yet not know so much about HIV/AIDS? Results and recommendations from the Toronto Teen Survey. Le 16 novembre; Réseau ontarien de traitement du VIH : Toronto, Ontario.

[319] Flicker, Flynn, Larkin, Travers, Guta, Pole, *et al.*, 2009.

[320] Idem.

[321] Smylie, L.; Maticka-Tyndale, E.; Boyd, D. (2008). Evaluation of a School-based Sex Education Program Delivered to Grade 9 Students. *Journal of Sex Education.* 8 (1): 25–46.

[322] Agence de la santé publique du Canada. (2011c). Surveillance améliorée de l'infection au VIH et des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada (M-Track). Phase 1 (2005–2007) : données inédites. Ottawa, Ontario : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada.

[323] Idem.

[324] Idem.

[325] Boyce, W., Doherty, M., Fortin, C., MacKinnon, D. (2003). Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study: Factors Influencing Knowledge, Attitudes and Behaviours. Toronto, Ontario : Conseil des ministres de l'Éducation; Boyce, W., Doherty-Poirier, M., MacKinnon, D., Fortin, C., Saab, H., King, M., *et al*. (2006). Sexual health of Canadian youth: Findings from the Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study. *Can J Hum Sex, 15*(2):59–68.

[326] Frappier, J-Y., Kaufman, M., Baltzer, F., Elliott, A., Lane, M., Pinzon, J., *et al*. (2008). Sex and sexual health: A survey of Canadian youth and mothers. *Paediatr Child Healt, 13*(1):25–30.

[327] Idem.

[328] Larkin, Mitchell, Flicker, Dagnino , Koleszar-Green, Mintz, 2004; Larkin, Flicker, Restoule, Barlow, Mitchell, Smillie-Adjarkwa, *et al*., 2007; Mill, J., Archibald, C., Wong, T., Jackson, R., Worthington, C., Myers, T., *et al*. (2008). The Diagnosis and Care of HIV Infection in Canadian Aboriginal Youth. A National Community-Based Collaborative Research Project. Réseau canadien autochtone du sida; Mill, J.E., Jackson, R.C., Worthington,C.A., Archibald, C.P., Wong, T., Myers, T., *et al*. (2008). HIV testing and care in Canadian Aboriginal youth: A community based mixed methods study. *BioMed Central Infect Dis, 8*:132–44.

[329] Larkin, Mitchell, Flicker, Dagnino, Koleszar-Green, Mintz, 2004.

[330] Idem.

[331] Larkin, Flicker, Koleszar-Green, Mintz, Dagnino, Mitchell, 2007.

[332] Mill, Jackson, Worthington, Archibald, Wong, Myers, *et al*., 2008; Planned Parenthood of Toronto, 2005; Agence de la santé publique du Canada, 2011c; Agence de la santé publique du Canada, 2010.

[333] Idem.

[334] Idem.

[335] AIDS Committee of Toronto. (2010). Know More. Snapshots from the *Lambda Survey* of Gay and Bisexual Men. Toronto, Ontario AIDS Committee of Toronto.

[336] Idem.

[337] Idem.

[338] Trussler, T., Banks, P., Marchand, R., Robert, W., Gustafson, R., Hogg, R., *et al*. (2010). ManCount Sizes-Up the Gaps: A Sexual Health Survey of Gay Men in Vancouver. Vancouver, Colombie-Britannique : Vancouver Coastal Health.

[339] Agence de la santé publique du Canada, 2010.

[340] Idem.

[341] Agence de la santé publique du Canada, 2011b.

[342] Idem.

[343] Agence de la santé publique du Canada, 2011a.

[344] Goldenberg, S., Shoveller, J., Koehoorn, M., Ostry, A. (2008). Barriers to STI testing among youth in a Canadian oil and gas community. *Health Place, 14*(4):718–29; Goldenberg, S.M., Shoveller, J.A., Ostry, A.C., Koehoorn, M. (2008). Sexually transmitted infection (STI) testing among young oil and gas workers: The need for innovative, place-based approaches to STI control. *Can J Public Health, 99*(4):350–4; Shoveller, Johnson, Rosenberg, Greaves, Patrick, Oliffe, *et al.*, 2009.

[345] Idem.

[346] Idem.

[347] Idem.

[348] Flicker, Flynn, Larkin, Travers, Guta, Pole, *et al.*, 2009; Gahagan, Rehman, Barbour, McWilliam, 2007; Mill, Archibald, Wong, Jackson, Worthington, Myers, *et al.*, 2008; Shoveller, Johnson, Rosenberg, Greaves, Patrick, Oliffe, *et al.*, 2009; Travers, Flicker, Larkin, Flynn, Pole, Guta, 2010.

[349] Flicker, Flynn, Larkin, Travers, Guta, Pole, *et al.*, 2009; Mill, Archibald, Wong, Jackson, Worthington, Myers, *et al.*, 2008; Ricci, Flicker, Jalon, Jackson, Smillie-Adjarkwa, 2009; Shoveller, Johnson, Rosenberg, Greaves, Patrick, Oliffe, *et al.*, 2009.

[350] Shoveller, Johnson, Rosenberg, Greaves, Patrick, Oliffe, *et al.*, 2009.

[351] Santé publique Ottawa. (2012). Get Tested. Why Not? Campaign: 1 Year Evaluation Report (du 21 mars 2011 au 21 mars 2012). Unité de santé-sexualité et de réduction des risques, Santé publique Ottawa. Accès : www.gettestedwhynot.ca/images/stories/FINAL English 1 year GTWN report August 2012.pdf. Consulté le 1er mars 2013.

[352] Flicker, S., Goldberg, E., Read, S., Veinot, T., McClelland, A., Saulnier, P., *et al.* (2004). HIV-positive youth's perspectives on the Internet and e-health. *J Med Internet Res, 6*(3):e32.

[353] Idem.

[354] Idem.

[355] Idem.

[356] Flicker, Larkin, Travers, Pole, Guta, Flynn, 2010.

[357] Planned Parenthood of Toronto, 2005.

[358] Flicker, Larkin, Travers, Pole, Guta, Flynn, 2010; Shimeles, Flicker, Pole, 2009.

[359] Shimeles, Flicker, Pole, 2009.

[360] Flicker, Larkin, Travers, Pole, Guta, Flynn, 2010; Shimeles, Flicker, Pole, 2009.

[361] Mill, Archibald, Wong, Jackson, Worthington, Myers, *et al.*, 2008.

[362] Flicker, Larkin, Travers, Pole, Guta, Flynn, 2010; Planned Parenthood of Toronto, 2005; Shoveller, Johnson, Rosenberg, Greaves, Patrick, Oliffe, *et al.*, 2009; Travers, R., Brennan, D., Brett, C., Brown, N., Dobinson, C., Flicker, S., *et al.* (2010). Telling the truth: Contextualizing HIV risk for LGBTQ newcomer youth in Toronto. Le 15 novembre; Réseau ontarien de traitement du VIH : Toronto, Ontario.

[363] Travers, Brennan, Brett, Brown, Dobinson, Flicker, *et al.*, 2010.

[364] Idem.

[365] Flicker, Larkin, Travers, Pole, Guta, Flynn, 2010; Planned Parenthood of Toronto, 2005.

[366] Flicker, Larkin, Travers, Pole, Guta, Flynn, 2010; Shimeles, Flicker, Pole, 2009.

[367] Gouvernement du Canada. (2004). Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada. Ottawa, Ontario : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

[368] Association canadienne de santé publique. (2005). Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005 à 2010). Ottawa, Ontario : Association canadienne de santé publique.

[369] B.C. Ministry of Health Planning, B.C. Ministry of Health Services. (2003). Priorities for Action in Managing the Epidemics–HIV/AIDS in B.C.: 2003–2007. Victoria, Colombie-Britannique : Ministry of Health Planning.

[370] Gouvernement de l'Alberta. (2011). Alberta Sexually Transmitted Infections and Blood Borne Pathogens Strategy and Action Plan 2011–2016. Edmonton, Alberta : Alberta Health and Wellness.

[371] Ministère de la Santé de la Saskatchewan. (2010). Saskatchewan's HIV Strategy 2010–2014. Regina, Saskatchewan : Ministère de la Santé de la Saskatchewan.

[372] Idem.

[373] Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida. (2002). A proposed HIV/AIDS strategy for Ontario to 2008. Toronto, Ontario : Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida.

[374] Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy. (2010). Ontario Aboriginal HIV/AIDS strategy (OAHAS): A strategic plan for the years 2010–2015. Toronto, Ontario : Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy.

[375] Idem.

[376] Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec. (2012). Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : orientations 2003–2009. Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

[377] Provincial HIV/AIDS Strategy Steering Committee. (2003). Nova Scotia's strategy on HIV/AIDS. Halifax : Nova Scotia Department of Health.

[378] Nova Scotia Roundtable on Youth Sexual Health. (2006). Framework for action: youth sexual health in Nova Scotia. Halifax : Nova Scotia Roundtable on Youth Sexual Health.

[379] Idem.

[380] Nova Scotia Department of Health. (2004). Standards for blood borne pathogens prevention services in Nova Scotia. Halifax : Nova Scotia Department of Health.

[381] Northwest Territories Health and Social Services. (2005). Sexually transmitted infections–the naked truth: a strategic directions document. Yellowknife : Northwest Territories Health and Social Services.

[382] Gouvernement du Nunavut. (2007). Developing healthy communities: a public health strategy for Nunavut. Iqaluit : Ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Nunavut.

[383] Nova Scotia Roundtable on Youth Sexual Health, 2006.