

Enquête sur les personnes ayant
vécu ou vivant une expérience de
consommation de substances

les jeunes de la rue



Gouvernement
du Canada

Government
of Canada

Canada

Santé Canada est le ministère fédéral responsable d'aider les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Also available in English under the title:

Substance use among street-involved youth in Canada: Pan-Canadian findings from the people with Lived and Living Experience Survey

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télééc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications-publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté le Roi du Chef du Canada, représenté par le ministre de la Santé, 2024

Date de publication : février 2024

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : H134-36/2024F-PDF
ISBN : 978-0-660-70131-8
Pub. : 230747



Ressources

En raison de la nature délicate de la consommation de substances et de la crise de la toxicité des drogues, certaines parties de ce rapport pourraient provoquer une détresse émotionnelle. Des soutiens en santé mentale sont offerts :

+ [Soutien en santé mentale : Demander de l'aide – Canada.ca](#)

Si vous ou l'un de vos proches êtes aux prises avec l'usage problématique de substances, vous pouvez obtenir de l'aide :

+ [Obtenez de l'aide concernant la consommation de substances – Canada.ca](#)

+ [Carte interactive : La réponse du Canada à la crise de surdose d'opioïdes](#)

Introduction

Des études ont montré qu'au Canada, l'itinérance chez les jeunes est associé à une mauvaise alimentation, à la victimisation, à une consommation à haut risque de substances et à un accès limité aux services sociaux et de santé¹⁻⁵. De telles conditions entraînent souvent à des effets néfastes sur la santé, l'isolement des jeunes et des taux élevés de l'usage problématique de substances et de problèmes de santé mentale⁶.

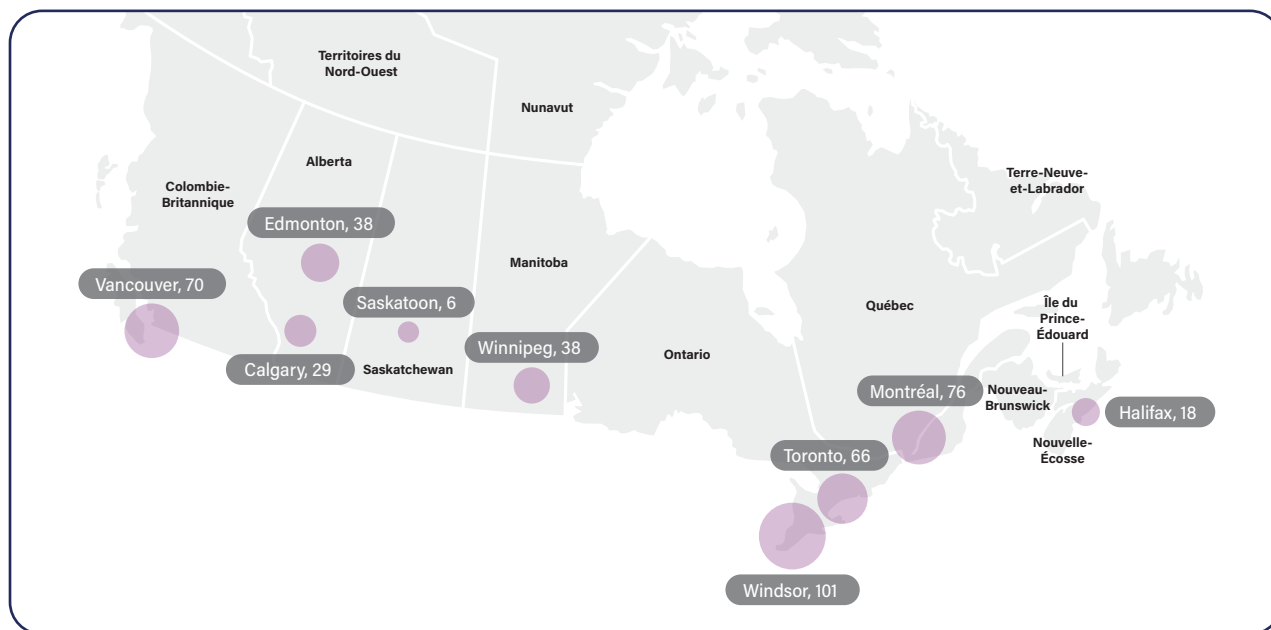
Bien que les jeunes de la rue soient plus exposés aux préjudices causés par la consommation de substances, ils sont sous-représentés dans les données d'enquête sur la consommation de substances. En réponse à cette situation, Santé Canada a mis au point une enquête ciblée, l'Enquête sur les personnes ayant une expérience vécue passée ou présente de consommation de substances (EPAVVECS), afin d'examiner la consommation de substances et les préjudices connexes chez les jeunes de la rue, avec l'aide d'un chercheur pair et d'autres intervenants. Ce rapport se concentre sur les résultats quantitatifs de l'EPAVVECS, qui a recueilli des réponses de septembre 2021 à février 2023 auprès de jeunes âgés de 14 à 24 ans qui 1) étaient sans abri ou ayant un logement instable, passant la plupart de leur temps dans la rue et/ou utilisant les services destinés aux jeunes de la rue et 2) ont consommé de l'alcool, du tabac, du cannabis ou d'autres drogues au cours de l'année écoulée.

Faits saillants

Caractéristiques démographiques et déterminants sociaux de la santé

Au total, 442 participants de 16 sites sentinelles répartis dans 9 villes canadiennes ont répondu à l'enquête. L'Ontario (37,8 %) et les Prairies (25,1 %) représentaient la plus grande proportion de participants. La région de l'Atlantique a connu une faible participation (moins de 5,0 %) et aucun site sentinelle n'a participé dans les territoires. Windsor (22,9 %), Montréal (17,2 %) et Vancouver (15,8 %) comptaient la plus grande proportion de participants (figure 1).

Figure 1. Nombre de participants à l'EPAVECS par ville, de septembre 2021 à février 2023 (n = 442)



Remarque : La taille du cercle entourant chaque ville est proportionnelle au nombre de participants à l'EPAVECS dans cette ville.

L'âge moyen des participants était de 20,7 ans (écart type = 2,7 ans). La plupart d'entre eux (80,1 %) avaient l'âge légal pour consommer de l'alcool dans leur province. La majorité s'est identifiée comme cisgenre (86,9 %), dont un peu plus d'hommes cisgenres (46,4 %) que de femmes cisgenres (40,5 %) [tableau 1]. Un peu plus de la moitié des répondants ont déclaré que leur orientation sexuelle était hétérosexuelle (55,4 %), suivie des personnes bisexuelles ou pansexuelles (17,9 %). Environ 1 quart des participants (26,0 %) se sont identifiés comme Autochtones, dont 74,8 % comme membres des Premières Nations. Un tiers des répondants (33,9 %) se sont identifiés comme membres d'une minorité visible et, parmi eux, les identités racisées les plus fréquemment déclarées étaient la race noire (38,0 %), l'identité multiraciale (18,7 %) et l'identité latino (13,3 %).

La plupart des participants ont déclaré vivre actuellement dans un abri ou un refuge (29,1 %), ou dans une maison ou un appartement loué (seuls ou en colocation) [28,9 %]. Environ 3 quarts des participants (73,3 %) ont déclaré qu'ils ne fréquentaient pas actuellement une école, un collège, un cégep ou une université. La plupart des participants (70,4 %) étaient au chômage, tandis que 24,2 % ont déclaré avoir soit un emploi à temps plein, à temps partiel ou saisonnier.

Tableau 1. Caractéristiques démographiques et déterminants sociaux de la santé des participants à l'EPAVVECS, de septembre 2021 à février 2023 (n = 442)

Caractéristiques démographiques	Nombre de participants	Pourcentage de participants (%)	Total
Identité de genre			
Homme cisgenre	205	46,4	442
Femme cisgenre	179	40,5	
Genre non binaire	29	6,6	
Femme transgenre	12	2,7	
Homme transgenre	11	2,5	
Préfère ne pas répondre	6	1,4	
Orientation sexuelle			
Hétérosexuel/hétéro	245	55,4	442
Bisexuel ou pansexuel	79	17,9	
Gai ou lesbienne	35	7,9	
Orientation sexuelle, n.c.a.	24	5,4	
Préfère ne pas répondre	59	13,3	
Identité autochtone			
Non-Autochtone	293	66,3	442
Autochtone*	115	26,0	
Préfère ne pas répondre ou ne sait pas	34	7,7	

Caractéristiques démographiques	Nombre de participants	Pourcentage de participants (%)	Total
Groupe de populations			
Minorité visible	150	33,9	442
Non membre d'une minorité visible	258	58,4	
Préfère ne pas répondre ou ne sait pas	34	7,7	
Situation de vie actuelle[†]			
Abri/refuge	120	29,1	412
Maison/appartement loué (seul ou en colocation)	119	28,9	
Maison familiale des parents/aidants	61	14,8	
Pas d'adresse fixe/d'une maison à l'autre/chez des amis	50	12,1	
Pension/auberge/maison de chambres	30	7,3	
Autre	32	7,8	

† « Préfère ne pas répondre » a été exclu du dénominateur.

* 74,8 % des participants autochtones se sont identifiés comme membres des Premières Nations. Les données concernant les Métis, les Inuits et les personnes préférant ne pas répondre ne sont pas ventilées en raison des petites cellules et du risque de réidentification.

n.c.a. non classifié ailleurs

Tendances en matière de consommation de substances

Parmi les participants ayant déjà consommé l'une ou l'autre des substances citées, les substances les plus consommées au cours des 30 derniers jours étaient le cannabis (85,0 %), la cigarette (81,2 %), l'alcool (80,3 %), les drogues illicites (57,0 %) et la nicotine sous forme de vapotage (55,7 %) [tableau 2].

Tableau 2. Consommation de substances au cours des 30 derniers jours chez les participants à l'EPAVVECS, de septembre 2021 à février 2023 (n = 442)

Prévalence de la consommation de substances	Nombre de participants	Pourcentage de participants (%)	Total
Cannabis [†]	328	85,0	386
Consommation de cigarettes [†]	290	81,2	357
Alcool (plus d'une gorgée) [†]	331	80,3	412
Drogues illicites [†]	150	57,0	263
Vapotage de nicotine [†]	244	55,7	438
Stimulants [†]	83	46,1	180
Sédatifs ou tranquillisants [†]	61	39,1	156
Analgésiques opioïdes ou contenant des opioïdes [§]	75	38,9	193

[†] « Préfère ne pas répondre » a été exclu du dénominateur.

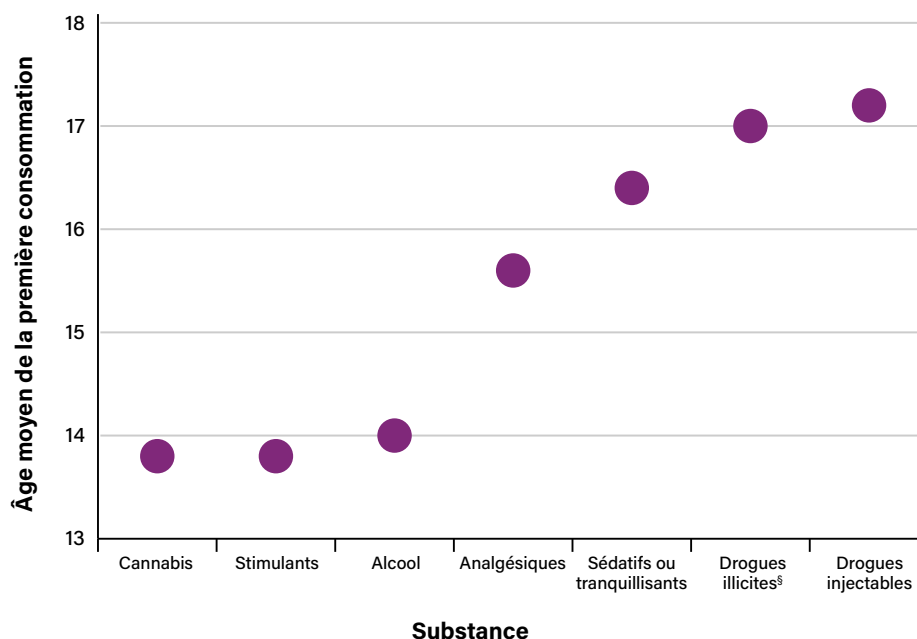
[†] Les personnes préférant ne pas répondre représentaient moins de 5 %.

[§] On a demandé aux participants de citer un analgésique utilisé au cours des 30 derniers jours au lieu de leur demander s'ils en avaient utilisé durant cette période un analgésique au cours des 30 derniers jours. Les estimations présentées concernent les analgésiques opioïdes ou les analgésiques contenant des opioïdes; les médicaments en vente libre et les autres classes (par exemple [p. ex.], les benzodiazépines) n'ont pas été pris en compte. 18,7 % ont déclaré « préfère ne pas répondre », 17,1 % ont déclaré « ne sait pas »; et 3,1 % n'ont pas répondu.

Remarque : « Ne sait pas » ne faisait pas partie des choix de réponses pour toutes les questions, sauf pour de celles concernant la consommation d'analgésiques opioïdes ou contenant des opioïdes. Seuls les participants ayant déjà consommé l'une ou l'autre des substances pouvaient répondre aux questions correspondantes sur la consommation au cours des 30 derniers jours.

L'âge moyen de la première consommation de chaque type de substance variait entre 13,8 ans et 17,2 ans (figure 2). En moyenne, les participants ont déclaré avoir consommé du cannabis (13,8 ans), des stimulants (13,8 ans) et de l'alcool (14,0 ans) pour la première fois à un âge plus jeune par rapport aux autres types de substances. Les stimulants sont parfois prescrits pour le traitement des problèmes d'attention ou de concentration, comme le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Parmi les personnes ayant déjà consommé des stimulants, 62,2 % avaient reçu un diagnostic officiel de TDAH. Le plus jeune âge auquel on commence à prendre des stimulants peut être lié à la consommation de médicaments stimulants prescrits pour le TDAH. Les sédatifs ou tranquillisants sont parfois prescrits pour favoriser le sommeil, la détente ou la relaxation musculaire. Les drogues illicites ou « drogues de la rue » (cocaïne, héroïne, etc.) ne peuvent être obtenues sur ordonnance. L'âge moyen de la première consommation était plus élevé en ce qui concerne les sédatifs ou les hypnotiques (16,4 ans), les drogues illicites (17,0 ans) et les drogues injectables (17,2 ans).

Figure 2. Âge de la première consommation par groupe de substances chez les participants à l'EPAVVECS, de septembre 2021 à février 2023 (n = 442)



[§] Pour la première drogue illicite citée.

Remarque : Les stimulants, les analgésiques et les sédatifs ou tranquillisants comprennent des substances sur ordonnance et en vente libre. Les mentions « préfère ne pas répondre » et « ne sait pas » ont été exclues des dénominateurs, car les valeurs manquantes ne pouvaient pas être utilisées dans le calcul de la moyenne et de l'écart type. Les âges supérieurs à 1 ont été inclus dans le dénominateur. Seuls les participants ayant déjà consommé des analgésiques pouvaient répondre à la question sur « l'âge de la première consommation d'analgésiques ». Seuls les participants ayant déjà consommé des sédatifs pouvaient répondre à la question sur « l'âge de la première consommation de sédatifs ». Seuls les participants ayant déjà consommé des stimulants pouvaient répondre à la question sur « l'âge de la première consommation de stimulants ». Pour toutes les autres substances énumérées, seuls les participants ayant consommé l'une ou l'autre des substances au cours des 30 derniers jours pouvaient répondre à la question sur « l'âge de la première consommation ».

Une consommation excessive d'alcool au cours des 30 derniers jours a été déclarée par 65,0 % des participants ayant consommé de l'alcool durant cette période. Une consommation excessive d'alcool a été défini comme étant 5 verres et plus par occasion pour un homme et 4 verres et plus par occasion pour une femme. Parmi les personnes ayant déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours, 35,4 % ont déclaré en avoir consommé plus d'une (1) fois par jour. En outre, parmi les personnes ayant déclaré avoir fumé des cigarettes au cours des 30 derniers jours, 70,3 % ont déclaré en fumer quotidiennement. Parmi les participants ayant consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours, 65,0 % ont déclaré avoir combiné ou mélangé l'alcool avec une autre substance; 51,2 % des participants ayant consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours ont déclaré avoir combiné ou mélangé le cannabis avec une autre substance; et 51,6 % de l'ensemble des participants ont déclaré combiner ou mélanger le tabac et le cannabis.

Comportements et méfaits liés à la consommation de substances

Parmi les participants ayant consommé une drogue illicite au cours des 30 derniers jours, la majorité (69,6 %) a déclaré qu'il était très facile de se procurer une drogue illicite (c'est-à-dire [c.-à.-d.] en moins de 90 minutes). La plupart des personnes (57,0 %) ont déclaré avoir obtenu une drogue illicite en l'achetant ou en l'échangeant contre autre chose, et près d'un (1) quart (23,7 %) ont déclaré qu'elle leur avait été donnée.

Au cours des 30 derniers jours, 13,6 % des participants ont déclaré avoir consommé une drogue ou autre substance qui n'était pas celle qu'ils croyaient, 57,0 % ont obtenu du matériel de consommation ou de préparation de drogues, et 45,5 % ont déclaré avoir partagé du matériel de consommation ou de préparation de drogues. Environ 1 participant sur 10 (10,2 %) a déclaré s'être injecté une drogue au cours des 30 derniers jours.

Les participants ont le plus souvent déclaré que leur consommation de cannabis ou de drogues avait des effets néfastes sur ce qui suit :

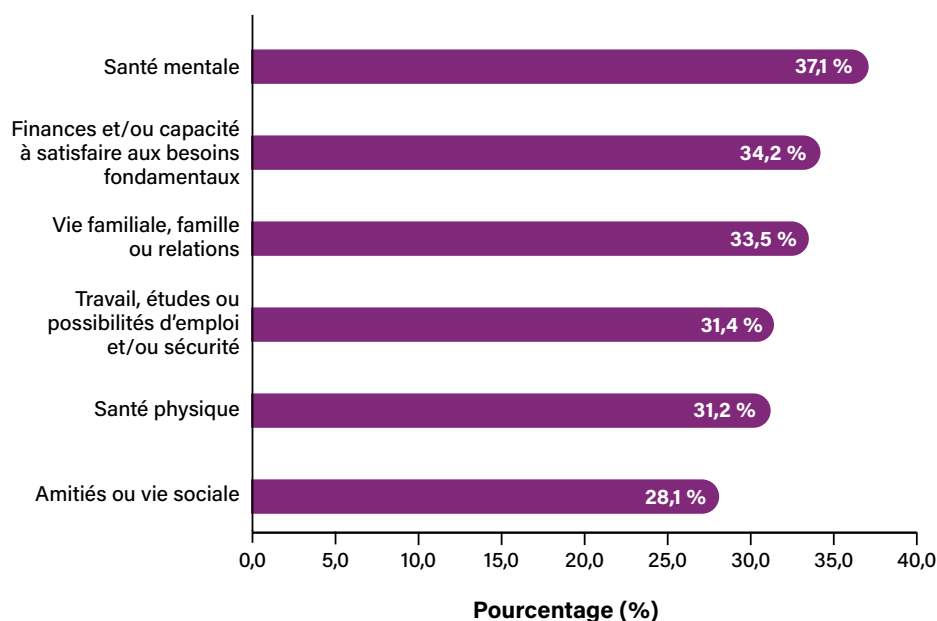
- + Santé mentale (37,1 %);
- + Finances et/ou capacité à satisfaire aux besoins fondamentaux (34,2 %);
- + Vie familiale, famille ou relations (33,5 %).

Des répercussions dans d'autres domaines de la vie (travail, études, emploi, santé physique ou relations) ont été déclarées par au moins 28,1 % des participants (**figure 3**).

Les conséquences les plus fréquentes de la consommation de cannabis ou de drogues au cours des 30 derniers jours étaient les suivantes :

- + Symptômes de sevrage graves (31,0 %);
- + Problèmes de logement (29,0 %);
- + Difficulté à apprendre (28,1 %).

Figure 3. Effets néfastes de la consommation de cannabis ou de drogues sur divers facteurs au cours des 30 derniers jours chez les participants à l'EPAVVECS, de septembre 2021 à février 2023 (n = 442)

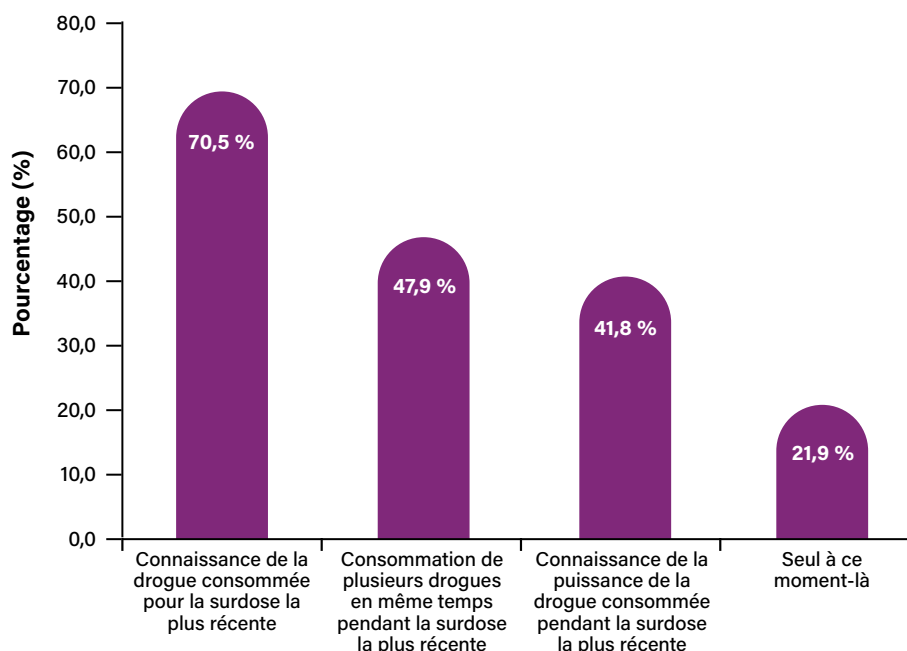


Remarque : Les catégories ne s'excluent pas mutuellement.

La conduite avec facultés affaiblies a été définie comme étant une ou plusieurs consommations d'alcool au cours de l'heure écoulée, la consommation de cannabis au cours des 2 heures écoulées, et la consommation de toute drogue autre que l'alcool ou le cannabis au cours de l'heure écoulée. Au cours de la dernière année, la conduite avec facultés affaiblies par le cannabis (15,8 %) a été plus fréquemment déclarée que la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool (12,9 %) ou par d'autres drogues (7,2 %). De même, le fait d'être passager d'un conducteur avec facultés affaiblies par le cannabis (39,8 %) a été plus fréquemment déclaré que le fait d'être passager d'un conducteur avec facultés affaiblies par l'alcool (32,1 %) ou par d'autres drogues (30,8 %).

Un (1) tiers des participants (33,0 %) ont déclaré avoir subi une surdose au cours de leur vie, et pour la majorité d'entre eux (56,2 %), la surdose avait eu lieu au cours de la dernière année. Pour ce qui est de la surdose la plus récente, la plupart des participants connaissaient la drogue consommée (70,5 %), mais près de la moitié (45,9 %) ne connaissaient pas la puissance de la drogue consommée (figure 4). Plus d'un participant sur cinq (21,9 %) était seul lors de sa plus récente surdose. Près de la moitié des participants (47,9 %) ont déclaré avoir pris plusieurs drogues en même temps lors de leur dernière surdose. Les participants ont été invités à nommer la principale drogue considérée comme responsable de leur surdose la plus récente, le fentanyl étant la substance la plus souvent citée.

Figure 4. Caractéristiques de l'expérience de la surdose la plus récente chez les participants à l'EPAVVECS, de septembre 2021 à février 2023 (n = 442)



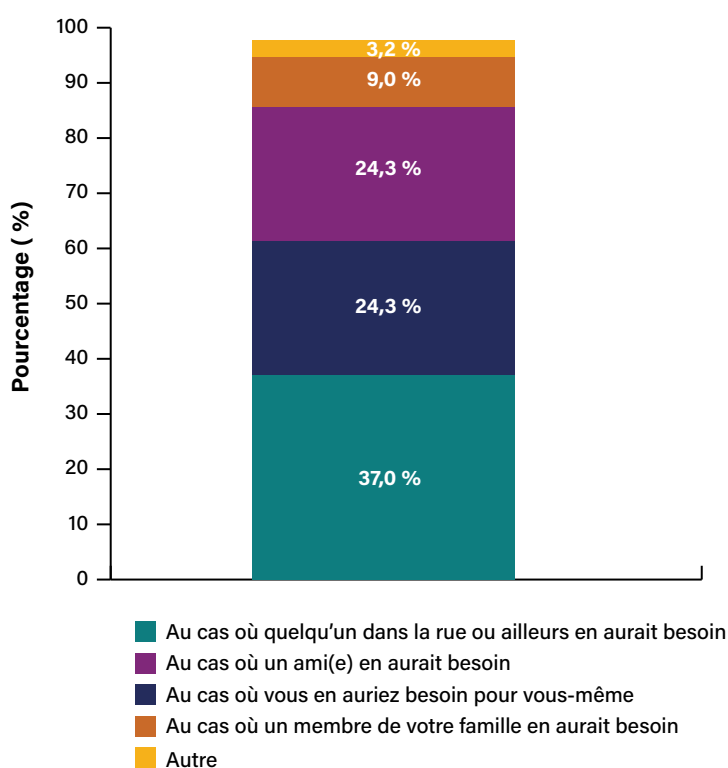
Remarque : La réponse « Préfère ne pas répondre » a été choisie par 5,5 % des répondants pour « Connaissance de la drogue consommée »; 6,2 % pour « Consommation de multiples drogues en même temps »; 6,2 % pour « Connaissance de la puissance de la drogue consommée »; et 8,2 % pour « Seul à ce moment-là ». La réponse « Ne sait pas » a été choisie par moins de 5,0 % des répondants pour « Connaissance de la drogue consommée » et « Prise de multiples drogues en même temps ». La réponse « Ne sait pas » a été choisie par 6,2 % des répondants pour « Connaissance de la puissance de la drogue ». La réponse « Ne sait pas » ne faisait pas partie des choix de réponses pour « Seul à ce moment-là ».

Traitement et soutien

Près de la moitié (42,8 %) des participants ont déclaré avoir obtenu une trousse de naloxone dans le passé. La principale raison invoquée pour avoir obtenu une trousse était au cas où quelqu'un dans la rue ou ailleurs en aurait besoin (37,0 % des participants, parmi les participants ayant déjà obtenu une trousse de naloxone). Parmi les autres raisons d'obtenir une trousse, on peut citer (figure 5) :

- + Au cas où un ami(e) en aurait besoin (24,3 %)
- + Au cas où le participant lui-même en aurait besoin (24,3 %).

Figure 5. Principale raison d'obtenir une trousse de naloxone parmi les participants à l'EPAVVECS, de septembre 2021 à février 2023 (n = 442)[†]



[†] Préfère ne pas répondre était moins de 5 %.

Remarque : « Ne sait pas » ne faisait pas partie des choix de principales raisons pour obtenir une trousse de naloxone. Les catégories s'excluent mutuellement.

Une proportion similaire a été reportée chez les participants ayant déclaré avoir déjà ressenti le besoin d'une aide professionnelle pour leur consommation d'alcool, de cannabis ou de drogues (31,9 %), et chez les participants qui ont déjà tenté d'obtenir une telle aide (32,6 %). Parmi les personnes qui ont révélé avoir déjà tenté d'obtenir un traitement, 38,9 % ont déclaré avoir sollicité une aide professionnelle au cours des 30 derniers jours, tandis que 28,5 % ont indiqué qu'elles essayaient actuellement d'obtenir un traitement (y compris à la méthadone).

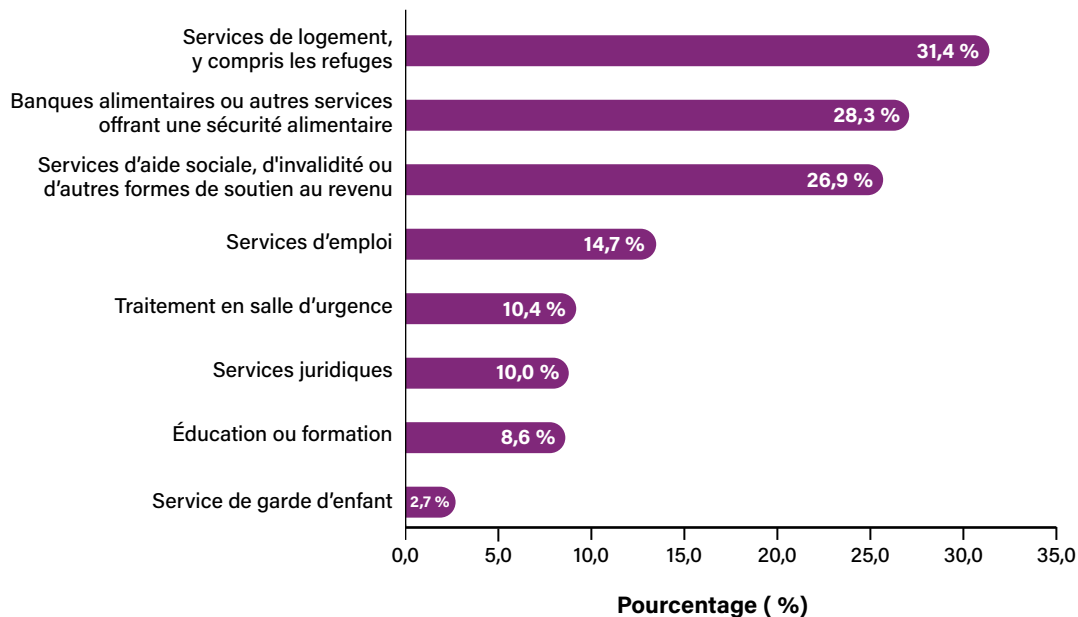
Environ 1 tiers (30,3 %) des participants ont déjà obtenu une aide professionnelle liée à leur consommation d'alcool, de cannabis ou de drogues; 21,3 % d'entre eux l'ont obtenue volontairement et les 9,0 % restants ont déclaré l'avoir obtenue involontairement (p. ex., sous la contrainte d'un parent ou d'un tuteur). Parmi les personnes ayant déjà reçu un traitement, 45,5 % ont déclaré avoir obtenu une aide professionnelle dans les 30 jours ayant précédé la participation à l'enquête. Les types de traitement et de soutien les plus fréquemment cités par les personnes qui recevaient actuellement un traitement étaient les suivants :

- + Conseiller (60,7 %);
- + Désintoxication pour jeunes entre autres, p. ex., gestion du sevrage (18,0 %);
- + Centre de traitement (11,5 %);
- + Autre programme de traitement en clinique externe (11,5 %).

En ce qui concerne l'accès à de l'aide autre que le traitement de l'alcoolisme ou de la consommation problématique de substances, les jeunes ont indiqué avoir eu recours à divers services, notamment (figure 6) :

- + Services de logement, y compris les refuges (31,4 %)
- + Banques alimentaires (28,3 %)
- + Services de soutien au revenu (26,9 %)
- + Services d'emploi (14,7 %)

Figure 6. Services obtenus autres que le traitement de l'alcoolisme ou de la consommation problématique de substances parmi les participants à l'EPAVVECS, de septembre 2021 à février 2023 (n = 442)



Remarque : Les catégories ne s'excluent pas mutuellement.

Limites

1. Les résultats de l'enquête ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population canadienne.
2. Les difficultés de recrutement dues à la réduction du personnel pendant la pandémie de COVID-19, à l'ouragan Fiona dans la région de l'Atlantique et aux questions logistiques concernant d'une population difficile à atteindre, soit les jeunes de la rue, peuvent avoir contribué à la faiblesse des taux de réponse. Par conséquent, l'échantillonnage peut ne pas refléter les différences entre les sites sentinelles d'une même région, et les estimations de la prévalence peuvent ne pas être représentatives de la population des jeunes de la rue.
3. Le processus de collecte des données peut avoir nui à la participation de certains répondants (p. ex., le questionnaire était trop long ou répétitif, les répondants ne voulaient pas que leurs réponses soient enregistrées). Cela a eu une incidence sur les taux d'achèvement du questionnaire.
4. Une mémoire déficiente au moment de déclarer sa consommation passée de drogues (c.-à.-d. le biais de rappel) ou le fait de répondre de manière à minimiser sa consommation de drogues de crainte de se voir stigmatiser (c.-à.-d. le biais de désirabilité sociale) peuvent avoir contribué à la sous-déclaration de la prévalence de la consommation de substances.
5. Les effets de la pandémie de COVID-19 (p. ex., le stress économique, l'isolement social, l'accès réduit aux services de traitement de consommation problématique de substances) peuvent avoir motivé la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes de la rue.
6. La taille de l'échantillon de cette enquête n'était pas suffisante pour soumettre les résultats à des tests statistiques.
7. L'estimation du nombre de participants fréquentant actuellement une école, un collège, un cégep ou une université peut avoir été influencée par le grand nombre de participants qui ont répondu à l'enquête pendant l'été, c'est-à-dire pendant les vacances scolaires.

Notes techniques

- + La réponse « Non membre d'une minorité visible » inclut les Autochtones, conformément à la définition de « minorité visible de la personne » employée dans la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* et par Statistique Canada. Les membres des minorités visibles comprennent les Noirs, les Asiatiques de l'Est et du Sud-Est, les Latino-Américains, les Moyen-Orientaux, les Sud-Asiatiques et les personnes d'une autre race⁷.



Remerciements

Nous aimerions souligner et saluer les contributions des jeunes de la rue qui ont fait part de leurs expériences dans le cadre de l'ÉPAVVECS. L'ÉPAVVECS a été rendue possible grâce au travail de collaboration de 16 centres canadiens qui s'occupent des jeunes de la rue et du Bureau de la recherche et de la surveillance des drogues de Santé Canada.

Références

- (1) Adlaf EM, Zdanowicz YM. A cluster-analytic study of substance problems and mental health among street youths. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1999 Nov;25(4):639–60. doi: 10.1081/ada-100101884. PMID: 10548440.
- (2) Boivin, J. F., Roy, E., Haley, N., & Galbaud du Fort, G. (2005). The health of street youth: a Canadian Perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 96(6), 432–437.
- (3) Kirst, M., Erickson, P. G., & Strike, C. (2009). Poly-substance use among female and male street youth in Toronto. *International Journal of Social Inquiry*, 2(2), 123–139.
- (4) Kirst, M., Frederick, T., & Erickson, P. G. (2011). Concurrent mental health and substance use problems among street-involved youth. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(4), 347–364.
- (5) Roy, E., Haley, N., Leclerc, P., Sochanski, B. Boudreau, J. F., & Boivin, J. F. (2004). Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *Journal of the American Medical Association*, 292(5), 569–574.
- (6) Kirst M., Erickson P. Substance use & mental health problems among street-involved youth: The need for a harm reduction approach. *Homeless Hub*. <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/11KIRSTweb.pdf>
- (7) Gouvernement du Canada (2021). Minorité visible de la personne. Gouvernement du Canada, Statistique Canada. Minorité visible de la personne (https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=DEC&Id=45152)