



**MOBILITÉ DANS LES RÉSEAUX DES JEUNES DE LA RUE  
À SHERBROOKE ET RISQUE DE TRANSMISSION DES MTS/SIDA  
AUPRÈS D'AUTRES RÉSEAUX :  
UNE RECHERCHE MULTIDISCIPLINAIRE**

**Benoît van Caloën**



**Recherche et rédaction :** M. Benoît van Caloen, Département de service social, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke

**Composition de l'équipe :**

Les chercheurs : Benoît van Caloen, chercheur principal, département de service social, Université de Sherbrooke  
Eric Frost, cochercheur, département de microbiologie, Université de Sherbrooke

Les partenaires : Françoise Gendron, MD ; Renée Lemieux, inf. ; Marie-Claude Pruneau, inf.; Dominique Mercier, MD, Clinique Jeunes CLSC de la Région-sherbrookoise et Macadam J; Michèle Rivard, M.Sc.Clin., Collectif des travailleurs de rue de Sherbrooke

Les partenaires ont changé au fil des affectations, mais les organismes partenaires tels qu'indiqués sont restés les mêmes. L'Agence de développement de réseaux de santé et de services sociaux de l'Estrie, Direction de la Santé Publique, s'est rajoutée en tant que partenaire au cours de la recherche et a rendu possible une prolongation du financement.

Agents de recherche : Mirella Haineault, M.S.S.; François Morin, étudiant M.S.S.  
Consultant : Roch Hurtubise, département de service social, Université de Sherbrooke

Révision linguistique : Nancy Hamel, agente administrative, DCAA, CSSS-IUGS  
Mise en pages : Marie-Ève Latulippe, agente administrative, DCAA, CSSS-IUGS



*Le CSSS-IUGS est un centre affilié universitaire (CAU) du secteur social et un institut universitaire de gériatrie (secteur santé)*

Vous pouvez obtenir ce document à l'adresse suivante :

**Maryline Brault, technicienne en documentation**

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke  
Direction de la coordination et des affaires académiques  
500, rue Murray, bureau 100  
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6  
819 562-9121, poste 47011  
mbrault.csss-iugs@sss.gouv.qc.ca

ISBN-13 : 978-2-922997-71-2 (Version PDF)

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec 2008  
Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada 2008

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1. CONTEXTE DE LA RECHERCHE</b> .....	<b>1</b>
<b>2. PROBLÉMATIQUE</b> .....	<b>1</b>
2.1. MOBILITÉ SOCIALE ET GÉOGRAPHIQUE PARMIS LES RÉSEAUX MARGINALISÉS.....	3
2.2 DÉPISTAGE ET PRÉVENTION DES ITSS/SIDA .....	4
2.3 UNE RÉALITÉ ÉPIDÉMIologique : LES GROUPES « TRANSMETTEURS ».....	4
2.4 ÉVOLUTION ÉPIDÉMIologique DES ITSS EN SUPPORT À NOTRE HYPOTHÈSE DE L'EXISTENCE DE GROUPES TRANSMETTEURS. ....	6
<b>3. OBJECTIFS</b> .....	<b>7</b>
<b>4. MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>8</b>
<b>5. RÉSULTATS</b> .....	<b>9</b>
5.1 RECHERCHE SOCIALE : LES RÉSEAUX DE JEUNES MARGINALISÉS À SHERBROOKE .....	9
5.1.1. <i>Stratification des réseaux : une structure du processus de marginalisation</i> .....	9
5.1.2. <i>Marqueurs identitaires et marginalité</i> .....	12
5.1.3 <i>Une présence inattendue : la proximité des réseaux d'origine</i> .....	13
5.1.4. <i>L'organisation sociale et la perméabilité des réseaux</i> .....	15
5.2 RECHERCHE ÉPIDÉMIologique .....	18
5.3 RECHERCHE SUR L'INTERVENTION ET LA PRÉVENTION .....	19
5.4 NOUVELLES PISTES IDENTIFIÉES .....	20
5.5 FORMATION D'ÉTUDIANTS .....	21
<b>6. ACTIVITÉS DE COMMUNICATION ET DE PUBLICATION</b> .....	<b>24</b>
<b>7. RETOMBÉES SOCIALES</b> .....	<b>25</b>
<b>8. BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES PRINCIPALES</b> .....	<b>27</b>



## 1. Contexte de la recherche

La recherche s'est réalisée en partenariat constant avec les travailleurs de rue de la Coalition sherbrookoise de travail de rue, ainsi qu'avec les intervenants de la Clinique Jeunes du CLSC de La Région-Sherbrookoise<sup>1</sup> et de Macadam J. Cette collaboration a été précieuse pour avoir accès à la population à l'étude, mais également pour discuter de nos résultats et vérifier s'ils y reconnaissent la réalité de leur pratique d'intervention. Au cours de la recherche, plusieurs autres organismes nous ont apporté leur collaboration : La chaudronnée (lettre d'appui), Le CHAS, Le Tremplin 16-30, la maison des jeunes Le Spot, le Local Ado, la Source-Soleil, Maison Jeune-Est ainsi que le personnel à l'accueil du CLSC.

Outre les discussions et les échanges constants sur le terrain, nous nous sommes également donnés une structure formelle de partenariats, avec des niveaux de collaboration variables : au niveau gestion, un comité aviseur comprenant les chefs de services impliqués au CLSC, le service de soutien à la recherche du CLSC, la Santé publique et les chercheurs, en vue de la planification des activités et de la libération des personnels partenaires; un comité de recherche, incluant les chercheurs et les partenaires intervenants en vue de l'organisation du recrutement des participants ainsi que des discussions portant sur les analyses et enfin, un comité de travail, incluant les chercheurs et les agents de recherche, qui assurait la réalisation quotidienne de la recherche.

L'ensemble de la recherche s'est déroulé de manière satisfaisante, tout en comportant son lot habituel d'écueils et d'imprévus une fois sur le terrain : roulement de personnels au CLSC et à la Coalition sherbrookoise pour le travail de rue, panne prolongée et après plusieurs mois d'absence remplacement de l'autobus Macadam J etc. Nous avons tenté d'y apporter les meilleures solutions possibles, parfois les seules faisables, mais toujours en lien avec nos partenaires.

## 2. Problématique

Il est reconnu que les jeunes de la rue (concept que nous utilisons dans une acception très large pour les besoins de cette recherche : tous les jeunes en lien avec les réseaux marginalisés) sont un groupe particulièrement à risque en ce qui concerne la transmission des ITSS/Sida. (Wright, 1991; Sweeney et coll., 1995; Santé Canada, 1997; Clarke et coll., 1997; Roy et coll., 1999;

---

<sup>1</sup> Au moment de l'étude, l'établissement se nommait CLSC de La Région-Sherbrookoise. Il se nomme désormais Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS).

Bilodeau et coll, 2002). Les rapports sexuels précoces et non protégés, un nombre élevé de partenaires sexuels, la consommation de drogues par injection et le partage de seringues souillées (Santé Canada, 2001 : 4-6) sont, en fait, des comportements à risque particulièrement présents chez la population des jeunes de la rue. De plus, on sait que l'infection du VIH frappe plus particulièrement cette population ainsi que les jeunes qui consomment des drogues injectables (Santé Canada, 2001 : 3). Les recherches menées sur les conduites à risque chez les jeunes de la rue des grands centres urbains se sont surtout attardées aux caractéristiques personnelles des jeunes de la rue ainsi qu'aux comportements à risque qu'ils adoptent (Macdonald et al., 1994; Fortier et Roy 1996). D'autres recherches, se situant davantage au niveau social, se sont intéressées aux caractéristiques de leurs familles d'origine (Fournier et Mercier, 1996) insistant surtout sur les ruptures que les jeunes y ont vécu, et identifiant par contraste la rue comme milieu d'intégration pour les plus marginalisés d'entre eux (Parazelli, 1996, 2000). Pour les uns la rue est un cul de sac, pour les autres, un lieu de socialisation et d'appartenance (Duval et coll., 2000 : 54). Enfin, certaines recherches ont mis en lumière l'existence de réseaux d'intégration (Bélanger et al., 2000; Binette et al., sous presse) où la pression des pairs et l'existence de normes particulières peuvent inciter aux conduites à risque (van Caloen et al., 1999; Bruneau et al., 1998). L'étude de milieux différents, tels que le milieu métropolitain versus une ville moyenne, fait également apparaître des variations importantes dans les contextes de prise de risque.

D'un point de vue de la recherche sociale sur les réseaux des jeunes marginalisés, des recherches montrent que les jeunes n'ont pas tous les mêmes comportements face aux risques qu'ils sont amenés à prendre et qu'ils font courir à leur entourage. Par ailleurs, ces études montrent qu'il y a différents échanges entre ces jeunes et la population générale (Hurtubise, 2000; Schechter, Bruneau et al., étude de Cohortes d'usagers de drogues injectables à Vancouver et Montréal). Ces recherches indiquent que les conduites à risque chez les jeunes les plus marginalisés, très souvent utilisateurs de drogues injectables (UDI) dans les grands centres urbains, sont influencées à la fois par des éléments relevant de leur trajectoire personnelle (le type et le nombre de ruptures vécues dans leurs réseaux d'origine), par des caractéristiques personnelles et socio-économiques (niveau social, accès à l'information et aux soins, niveau d'éducation, etc.), et par le contexte de consommation (réseau marginal d'insertion, normes de ces réseaux, etc.) (Delor et Hubert, 2000). La prise de risque sur une base régulière ainsi que le contexte de précarité émoussent progressivement l'estimation que les jeunes font des risques qu'ils ont l'habitude de prendre à

l'égard de leurs comportements sexuels ainsi que lorsqu'ils font usage de drogues par injection (Santé Canada, 2001). À cet égard, la nécessité de mieux connaître les enjeux sociaux et normatifs liés à l'adoption de comportements à risque ou de protection face au VIH et aux autres ITSS, les enjeux reliés à l'efficacité des interventions et de la prévention, est clairement mise de l'avant (van Caloen et coll., 2000; Laberge, 2000).

## **2.1. Mobilité sociale et géographique parmi les réseaux marginalisés**

Ces recherches ont mis en lumière une double réalité, confirmant le risque endémique.

1. La phase de désorganisation qui fait que certains jeunes se retrouvent dans la rue est le plus souvent une phase temporaire dans la trajectoire de vie (van Caloen et al., 2000).
2. On observe une mobilité géographique des jeunes entre les métropoles et les villes périphériques (Hurtubise et al., 2000).

Il y a donc une double mobilité : les allers-retours du jeune entre son réseau d'origine et les réseaux marginalisés (mobilité de trajectoire) et la mobilité géographique des jeunes marginalisés qui s'affilient temporairement à des réseaux dans des villes différentes. Hurtubise et al. attirent également notre attention sur la sortie du réseau et des espaces sociaux alternatifs habités en majeure partie par les jeunes de la rue. Cette sortie du réseau est souvent incomplète et progressive, et ce sont des engagements dans les systèmes tels que l'emploi, le couple et la famille qui favorisent leur sortie définitive de l'espace alternatif (2000 : 76). Cela signifie que la plupart des jeunes, qu'ils soient contaminés ou pas, quittent la rue et tentent une réinsertion dans les réseaux ordinaires de la société.

Par rapport à la mobilité géographique, les auteurs parlent d'une dynamique particulière, à savoir que bien plus que les jeunes du réseau ne cherchent à trouver la ville parfaite et à y émigrer, il est plus intéressant pour eux de reconnaître les particularités de chacune et de circuler entre elles, (Hurtubise et coll., 2000 :108). Par exemple, un voyage à Montréal est propice à la découverte de nouvelles sensations fortes (drogue, mode de vie, squats) et le retour à Sherbrooke, lui, s'inscrit dans une trajectoire de retour aux sources (famille, amis d'enfance, repos, foyer) (2000 : 108). Ces études démontrent à quel point les risques encourus par la population générale sont réels.

## 2.2 Dépistage et prévention des ITSS/Sida

Malgré le développement de nombreux programmes de prévention et de réduction des risques au cours des dix dernières années, deux types de problèmes persistent.

1. Un nombre élevé de jeunes de la rue maintient des conduites à risque.
2. La réalité sur le terrain indique que certains groupes de jeunes n'ont pas été rejoints par les organismes de prévention.

Des études récentes indiquent que fournir le matériel d'injection stérile et l'éducation des UDI très à risque sont des conditions de base à la prévention, mais insuffisantes pour faire diminuer certaines conduites (Hankins, 1998). En réponse aux difficultés exprimées par cette population, tous s'entendent à propos de l'efficacité d'une approche globale, communautaire, multidisciplinaire et inter institutionnelle (Hurtubise et coll., 2000; Caputo et coll., 1997 In SCP, 1998; van Caloen et Gervasoni, 2000; Laberge, 2000), soit une approche de concertation visant des objectifs touchant simultanément plusieurs niveaux dans la vie du jeune.

## 2.3 Une réalité épidémiologique : les groupes « transmetteurs »

De par sa définition même, le concept « infection » suppose que les micro-organismes qui causent les maladies infectieuses doivent continuer d'infecter de nouvelles personnes. Chaque personne infectée doit infecter au moins une autre personne, sinon la prévalence de l'infection chute. Les statisticiens ont créé des modèles mathématiques qui indiquent le nombre de contacts nécessaires pour maintenir un niveau d'endémicité. Pour les ITSS, on estime que pour maintenir le niveau d'endémicité de la gonorrhée ou de la chlamydie, il faudra que la population infectée ait en moyenne quatre partenaires sexuels différents, non-protégés, par année (Wasserheit & Aral, 1996). Avec un programme de contrôle, ce chiffre monte à 13 partenaires différents par année. Donc, au Canada et aux États-Unis, depuis l'implantation du programme de contrôle, on a assisté à une chute vertigineuse, voire à la disparition de l'infection à gonorrhée parce que la majorité des personnes infectées n'ont pas 13 partenaires différents par année pour la gonorrhée, le chiffre correspondant pour la chlamydie n'étant pas rapporté (Wasserheit & Aral, 1996). On s'attendait à ce que l'introduction d'un programme équivalent de contrôle de la chlamydie dans les années 1980 élimine cette infection également, mais ce n'est pas le cas. Après une chute du taux



d'infection, le nombre d'infections annuelles est resté stable ou a augmenté légèrement (DSP, 2001).

Il est toujours surprenant que l'endémie d'infection à chlamydia puisse se maintenir au Canada, car le nombre moyen de partenaires sexuels différents par année est inférieur à 4 dans la population générale et même chez les jeunes (MSSS, 2000). Les spécialistes américains des ITSS ont constaté chez d'autres populations que des groupes « noyaux » entretiennent les infections en ayant de très nombreux partenaires sexuels différents par année, et ensuite ensemencent la population générale par le biais des individus ou des groupes qui font le pont entre le groupe « noyau » et la population générale. Des groupes « noyaux » ou « pont » pour la chlamydie n'ont pas encore été identifiés comme tel au Canada. Notre hypothèse de travail est que le groupe « noyau » serait davantage constitué de jeunes de la rue plus âgés et plus infectés du milieu métropolitain, alors que les jeunes de la rue de Sherbrooke, ou d'autres villes moyennes, agiraient à titre de « transmetteurs » (« pont ») entre ce groupe plus désorganisé et la population générale. En fait, une étude pan-Canadienne (MacDonald, 1994) indiquait que plus de 40 % des jeunes de la rue ont au moins 10 partenaires sexuels différents par année et 30 % ont au moins 20 partenaires. Considérant le critère de nombre de partenaires, ils pourraient constituer un groupe « noyau ». Ce groupe « noyau », par contre, est relativement isolé de la population générale et peu enclin à consulter les services de santé. Il faudra identifier un autre groupe qui fera le pont entre ce noyau et la population générale.

Les jeunes de la rue des grandes villes, et surtout les UDI parmi eux, constituent un groupe noyau pour le VIH et pour l'hépatite C, mais ces infections restent concentrées chez les UDI, car la méthode de transmission la plus efficace, le partage de seringues, est limitée aux autres UDI, jeunes de la rue. Les ITSS, par contre, sont transmises efficacement aux jeunes de la rue des villes moyennes en visite à la métropole. Ceux-ci, ayant un réseau plus ouvert et étant plus proches des réseaux d'origine, ramènent les ITSS à la population générale de toute la province. Le phénomène de ramener une infection du groupe « noyau » des jeunes de la rue de Montréal vers les jeunes fréquentant la rue à Sherbrooke a été observé au cours des cinq dernières années. Dans un cas particulier de gale à Sherbrooke, il a été possible de remonter ses canaux de transmission selon cette logique (Ménard, 2000).

## 2.4 Évolution épidémiologique des ITSS en support à notre hypothèse de l'existence de groupes transmetteurs.

Cependant, comme on l'a vu ci-dessus à partir du discours des jeunes de la rue, il y a lieu également de s'interroger sur les pratiques de prévention et de dépistage. À ce niveau, la généralisation des méthodes efficaces de diagnostic et de traitement de la gonococcie dans les années 70-80 a presque éliminé cette infection du Québec en 1990 (MSSS, 2000). Le même objectif est maintenant visé en ce qui concerne les infections à chlamydia. En effet, l'incidence des infections de ce type a chuté de façon significative entre 1985 et 1995, mais le niveau d'endémicité s'est stabilisé depuis 1995 et demeure la maladie à déclaration obligatoire la plus importante au Québec avec une incidence (déclarée) d'environ 105 cas par 100,000 personnes au Québec (MSSS, 2000). Notre hypothèse est que pour pouvoir envisager une diminution supplémentaire de cette incidence, il faudra développer d'autres modes d'intervention. Une voie possible serait de développer des interventions ciblées sur des groupes de transmetteurs qui ont déjà prouvé leur efficacité (Steen et al, 2000).

À la lumière des propos issus de l'épidémiologie et de la recherche sociale, la situation terrain relevée par bon nombre d'intervenants actualise les craintes liées aux risques de diffusion des ITSS/VIH/Sida dans la population générale. Cependant, après l'observation des jeunes de la rue et de leurs réseaux à partir de différentes approches, il nous apparaît également pertinent d'observer les pratiques des intervenants.

La Clinique des jeunes du CLSC de La Région-Sherbrookoise, Macadam J, comme pratique à observer.

La clinique des jeunes existe depuis plus de 20 ans. L'équipe interdisciplinaire est composée de deux médecins, de deux infirmières et d'un agent de relations humaines (travail social).

Ceux-ci offrent leurs services sur un horaire fixe, selon le site (rue Camirand), c'est-à-dire un point de service stable dans les locaux du CLSC et une unité mobile, Macadam J. Cette dernière unité se déplace à bord d'un autobus et relève de la Coalition des travailleurs de rue de Sherbrooke. Les services de la Clinique des jeunes du CLSC y sont offerts une soirée par semaine par l'infirmière et un médecin. L'autobus se déplace selon un horaire fixe entre divers endroits stratégiques, et

permet ainsi aux travailleurs de rue de rejoindre un plus grand nombre de jeunes de la rue dans leurs réseaux.

### **3. Objectifs**

Les objectifs spécifiques de la recherche sont :

1. repérer les réseaux de jeunes susceptibles d'être liés à la transmission de ITSS/Sida, ainsi que leur perméabilité avec d'autres groupes marginaux et leurs échanges avec leurs réseaux d'origine (population générale);
2. avoir une meilleure connaissance des besoins de cette clientèle au niveau des facteurs de décision qui influencent l'utilisation des services de santé en prévention et dépistage de ITSS/Sida;
3. rechercher et expérimenter des attitudes facilitantes au niveau de l'intervention, du dépistage et de la prévention des ITSS pour les intervenants sociosanitaires qui œuvrent auprès des jeunes de la rue à travers les ressources déjà existantes.

## 4. Méthodologie

### Épidémiologie/Microbiologie (quantitatif)

Gr. cible	n=100	<u>inclusions</u> :	Jeune de rue; actif sexuellement.
		<u>exclusions</u> :	Motif de consultation (1) contraception/MTS et/ou (2) symptômes génito-urinaire; Dépistage
		<u>recrutement</u> :	CdJ dans Macadam J
		<u>outils</u> :	Observation non-participante; questionnaire auto-administré; auto-prélèvement.
Gr. Contrôle	n=100	<u>inclusions</u> :	14 à 25 ans; actif sexuellement.
		<u>exclusions</u> :	Faire ou avoir fait partie de la population visée; motif de consultation (1) contraception/MTS et/ou (2) symptômes génito-urinaire; Dépistage
		<u>recrutement</u> :	Services généraux du CLSC
		<u>outils</u> :	Questionnaire auto-administré; auto-prélèvement.

Malgré la prolongation de la période de recrutement pour cette partie, nous n'avons pas pu compléter les N prévus, et ce, pour diverses raisons, dont le roulement de personnel et la nécessité de recommencer un entraînement exigeant, et ce, de manière répétitive.

## Recherche Sociale (qualitatif)

- n=15 inclusions : Jeune de rue (n=5); actif sexuellement (4 rel. sex. non-protégées/année et/ou UDI et/ou rel. sex. avec UDI, en marge (n=5), peu ou pas utilisateur (n=5).
- exclusions : *À posteriori* les jeunes qui sont utilisateurs des services et/ou saturation théorique des données.
- recrutement : Pairs aidants (Mts/Sida) et TR de la CSPTR; observateur
- outils : Observation non participante; entretien non dirigé qualitatif; focus group (au besoin)

## Prévention/Intervention bio-psycho-sociale (qualitatif/participatif)

- n=7 inclusions : Intervenants CLSC (n=4) et CSPTR (n=3)
- recrutement : CLSC (site camirand) et CSPTR
- outils : Journaux de bord; entrevue en profondeur; Observation non-participante.

## 5. Résultats

### 5.1 Recherche sociale : les réseaux de jeunes marginalisés à Sherbrooke

#### 5.1.1. Stratification des réseaux : une structure du processus de marginalisation

Nous avons très rapidement observé que le monde des réseaux marginaux à Sherbrooke se subdivisait en trois grandes zones, qui ont relativement peu d'échanges entre eux tout en étant conscients de leur existence réciproque. On remarquera une marginalisation croissante d'une zone à l'autre. La première zone est proche de la population générale à l'adolescence, avec l'expérimentation propre à cette période. Cependant, l'expérimentation peut y déraiser dans certaines circonstances, et des conduites à risque plus importantes s'installer. La deuxième zone se distingue par un effort conscient et d'intégration active dans les réseaux marginalisés, avec une augmentation des conduites à risque. Enfin, la troisième zone est celle de l'exclusion sociale, et de la désorganisation de ses membres au niveau de la santé, sociale, de la justice, etc. et la marginalisation qui s'installe dans

toutes les dimensions de leur vie. Les jeunes peuvent faire des incursions dans un monde plus ou moins marginalisé, et s'en retirer : entrer dans un premier degré de marginalisation, cela ne lui plaît pas, il se retire rapidement; ou encore connaître une phase de désorganisation et se retrouver temporairement parmi les réseaux les plus marginaux, et quitter ces réseaux rapidement dans un effort de contrôle de la consommation. Le processus de marginalisation n'est donc pas linéaire : les jeunes peuvent faire des allers-retours entre différents niveaux de marginalisation.

**Zone 1 :** Des jeunes faisant partie de la population générale, mais adoptant des modes d'expérimentation à la fois plus marginaux et plus risqués (par exemple : expérimenter des drogues dures). Ils sont encore insérés dans leurs familles et à l'école, mais cette relation est très mitigée, teintée de conflits et de ruptures. La fréquentation des milieux scolaires structure les rassemblements au cours de fins de semaine et des vacances. Ils se retrouvent de préférence en certains lieux, tels que les maisons de jeunes, les parcs à proximité du domicile familial, la piscine publique, etc. Ces lieux deviennent souvent un signe d'appartenance et le groupe en question sera nommé d'après son endroit de prédilection : la gang du parc X. Ces endroits sont publics et ouverts au tout venant. Les réseaux de la zone 1 sont peu formalisés et plutôt perméables. La principale source de fragilisation pour ces jeunes provient des contacts entre ces derniers (zone 1) et les jeunes qui sont plus avancés dans leur processus de marginalisation (zone 2). Les jeunes plus âgés ont généralement plus d'influence sur l'adoption de comportements plus à risque : expériences reliées à la consommation de drogues et comportements reliés à la petite délinquance. La consommation d'alcool et de drogues illégales, principalement le cannabis et ses dérivés, est omniprésente. Enfin, le comportement de très jeunes filles, sur le mode hyper sexualisé, qui cherchent à s'intégrer dans ces réseaux, est particulièrement préoccupant.

**Zone 2 :** Dans ces réseaux, les jeunes font un effort conscient d'intégration à la marge de la société, avec l'adoption d'un style de vie plus marginal. Les différents sous-réseaux dans cette zone se distinguent entre autres par leur habillement, leurs lieux de rassemblement, leur musique et les événements culturels auxquels ils assistent. Ce sont des réseaux bien structurés : ces réseaux sont plus aptes à choisir, inclure et exclure les

personnes qui les composent. Ainsi, les réseaux sont homogènes et distincts. La consommation de drogue semble à deux vitesses : consommation de pot quotidienne et consommation de drogues chimiques marquant des moments intenses de façon structurée et précise et à des lieux précis. Il peut y avoir présence d'actes de petite délinquance, liée à la consommation. Les membres de ces réseaux semblent plus liés par le partage, l'amitié, la reconnaissance : les nouveaux membres y sont admis sur recommandation de membres actifs. Leurs conditions de vie semblent relativement stables : pris en charge par les centres jeunesse ou en lien avec leurs familles et/ou leur réseau d'origine. Une portion fréquente l'école. Les jeunes composant ces réseaux sont conscients de l'existence d'une zone subséquente à la leur, où les gens sont plus désorganisés et précaires. Ils ne veulent pas s'y rendre, et il est mal vu d'y faire référence : par exemple, la consommation de drogues injectables n'est pas admise dans leurs réseaux, et d'avoir vécu cette expérience est mal vu par le groupe. Nous avons également observé qu'ils refusent de fréquenter les ressources auxquelles les réseaux de la zone 3 font appel, ne voulant pas se mêler à cette population.

**Zone 3 :** Dans cette zone, nous retrouvons les personnes les plus marginalisées, et connaissant le style de vie le plus précaire, lié à des problématiques multiples : maladie mentale, toxicomanie, itinérance, criminalisation, etc. Les groupes sont plus hétérogènes, diffus et sans contour, marqués par leurs grands besoins reliés à la survie et les conditions de vie précaire qu'ils ont en commun. L'organisation de la survie au quotidien y prend beaucoup d'espace : qui a ceci ou cela? Le partage des ressources en vue d'assurer les besoins primaires est une règle de base, et l'offre d'un bien de première nécessité est souvent le moyen d'y entrer. L'évaluation des perspectives de satisfaction des besoins primaires est constante dans les dynamiques interpersonnelles, en fonction de cette perspective, ils posent peu ou pas de questions et adoptent des conduites qui permettent de saisir les opportunités en fonction de ce que l'autre a à offrir. Les gens dans ces réseaux sont plus à la merci de leurs rencontres et de la mise en commun des ressources primaires à un moment précis.

Le mixage constant de populations fluctuantes, dans ces réseaux, est un élément de fragilisation important.

Enfin, beaucoup d'activités sont dirigées vers l'acquisition et la consommation de drogues et d'alcool.

### 5.1.2. Marqueurs identitaires et marginalité

Dès le début de l'observation ethnographique, nous avons constaté que les jeunes n'utilisaient pas nécessairement des marqueurs identitaires ou vestimentaires très marginaux. Ceci nous a immédiatement confrontés à la question suivante : comment, si ceci est le cas, identifier les jeunes ciblés? Au cours de la recherche, cependant, nous avons identifié une constellation de marqueurs utilisés par les jeunes, plusieurs parmi ceux-ci ne leur étant pas exclusifs : la majorité des jeunes rencontrés s'inscrivent dans un courant identitaire connu pour s'affirmer et présenter leurs messages sociaux. Nous avons rencontré, entre autres des jeunes inspirés par les courants hip-hop, punk, skinheads, gothiques et hippies. Les jeunes utilisent les marqueurs identitaires propres au courant sélectionné. Nous avons réussi à identifier une dizaine de marqueurs identitaires différents : porter des vêtements marginaux ou de marque, écouter un genre de musique spécifique, pratiquer certaines activités et/ou certains loisirs, occuper des espaces géographiques prédéterminés ou des lieux arrêtés, se rendre à certains rassemblements, utiliser ou non certaines ressources offertes à la population jeunesse, le choix des types et des modes de consommation de psychotropes. D'autres éléments identitaires faisant référence à un système de valeurs partagées, comme des valeurs sociales précises [ rejet de la consommation (punks) ou au contraire, sur consommation (hip-hop) ] et/ou le type de petite délinquance privilégiée influenceront l'interprétation des marqueurs identitaires. Ces marqueurs, reconnaissables pour les membres des réseaux, sont malaisés à identifier pour ne personne extérieure, du fait que plusieurs de ces courants sont également répandus parmi les jeunes ne faisant pas partie des réseaux marginaux.

Enfin, il n'y a pas de lien entre le degré de marginalisation ou de précarisation d'un individu et le nombre ou la valeur des marqueurs identitaires qu'il utilise pour définir son attachement à un courant particulier. Contrairement à l'idée répandue que les personnes les plus précaires utilisent les marqueurs identitaires les plus identifiables, nous avons constaté que des personnes n'utilisant aucun marqueur particulier pouvaient faire partie



des réseaux en zone 3, tout comme la présence de personnes utilisant des marqueurs forts peuvent se retrouver en zone 1. Nous avons aussi observé qu'il y a une mobilité parmi les identités marginales : une personne adoptera ou non certains marqueurs en fonction de l'appartenance désirée, et changera de marqueurs s'il désire changer de groupe.

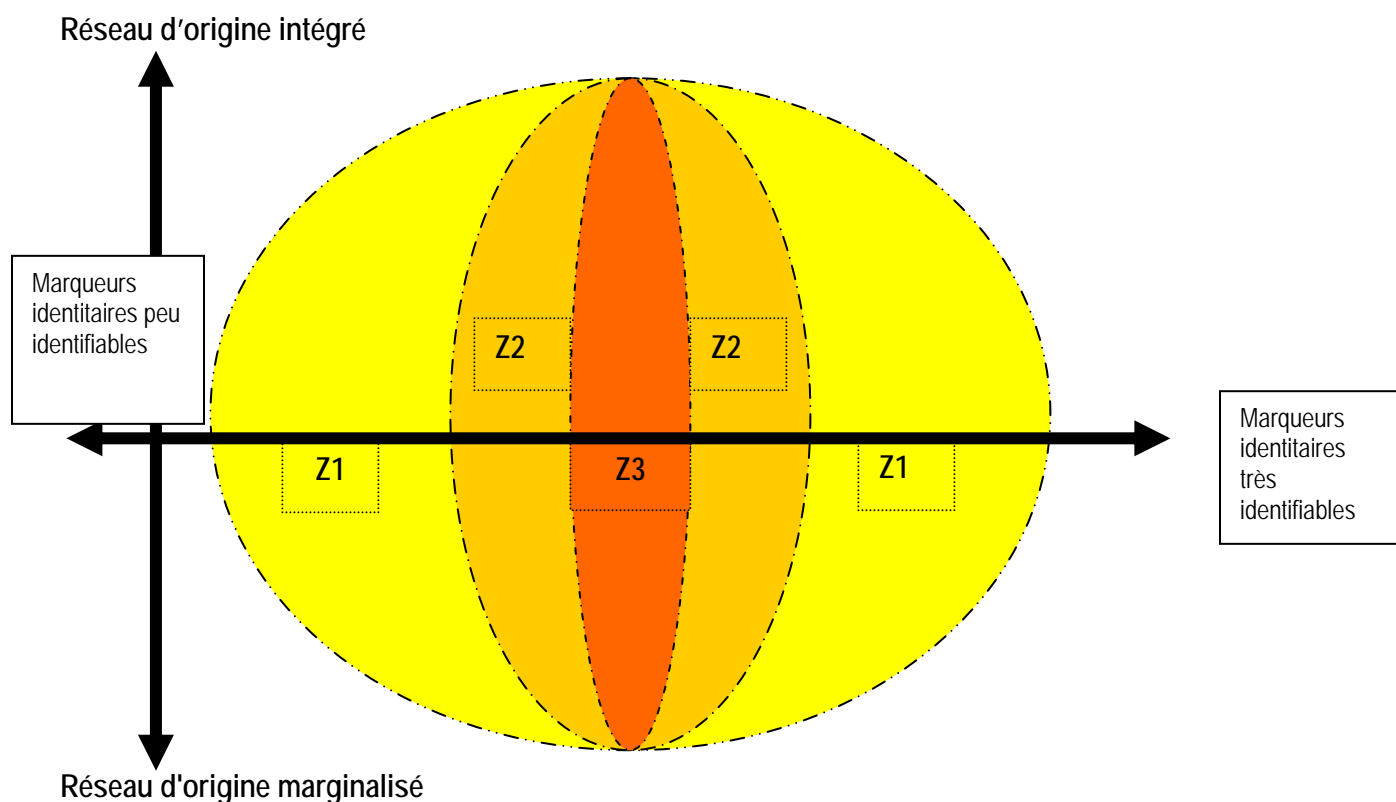
### **5.1.3 Une présence inattendue : la proximité des réseaux d'origine**

Notre recherche porte en premier lieu sur l'organisation des réseaux marginaux, et ce n'est qu'en cours de route que nous avons découvert l'importance et la proximité des réseaux d'origine, très certainement pour les jeunes de la zone 1 et 2, et nous l'avons également vérifié pour ceux de la zone la plus désorganisée et marginalisée, pour autant que ces derniers étaient originaires de la région. Les participants sont peu portés à discuter de leur réseau d'origine, préférant élaborer sur leurs expériences en cours. D'une manière générale, nous avons découvert que la plupart des jeunes de la rue à Sherbrooke entretiennent des contacts de formes diverses avec leurs réseaux d'origine, soit la famille ou même l'école. Nous avons déjà mentionné que pour les jeunes des zones 1 et 2, les activités scolaires avaient tendance à structurer leurs propres activités, soit parce qu'elles relevaient du temps de loisirs (pour ceux qui fréquentent l'école), soit que la sortie de l'école était le moment de rencontrer les amis (pour les jeunes décrocheurs). L'école reste donc un lieu de rassemblement et de rencontres, même pour les jeunes en voie de marginalisation. De même, leurs familles d'origine restent centrales pour la plupart d'entre eux : ils y vont quasi quotidiennement, au minimum pour assurer leurs besoins vitaux. Pour d'autres, nous avons observé qu'ils s'absentaient de la rue pour des raisons aussi banales en apparence que d'aller magasiner avec leurs parents...

Quels sont ces milieux? Nous avons très peu de données là-dessus, cependant le peu que nous avons pu en savoir indique que ces jeunes proviennent d'à peu près tous les milieux, se situant sur un continuum d'une part de milieux déjà marginaux à des milieux apparemment bien intégrés. De même, il ne nous a pas été possible de faire un lien entre leur degré de marginalité et le milieu d'origine. Ces questions nécessiteraient une étude en soi, à tout le moins afin de mieux connaître la réalité de Sherbrooke.

Nous proposons ci-dessous un schéma qui fait la synthèse des trois dimensions que nous avons analysées ci-dessus : le degré de marginalisation des jeunes, leurs marqueurs identitaires, et leurs milieux d'origine, chacun sur un continuum allant de l'intégration sociale à la marginalité.

Tableau # 1 : Les marqueurs identitaires, le réseau d'origine et les zones



#### 5.1.4. L'organisation sociale et la perméabilité des réseaux

L'observation ethnographique que nous avons réalisée pendant deux ans nous a permis de noter l'évolution des relations entre certains individus sur le plan individuel et des réseaux, ainsi que les règles et les normes qui y étaient en vigueur. Ne pas se tenir à ces règles peut entraîner l'exclusion. Notons que pour la plupart de ces règles, les jeunes les vivaient et s'y conformaient, mais sans être en mesure de les énoncer au cours des entretiens. Les jeunes en zone 3 étaient plus à même de nommer les situations qu'ils avaient vécues dans les étapes précédentes, de manière rétrospective. Nous nous sommes donc surtout appuyés sur l'observation ethnographique pour cette partie.

D'une manière générale, l'entrée dans le réseau se fait par différentes manœuvres d'approches, telles que l'adoption de certains marqueurs identitaires. Ainsi donc, en s'affichant comme le groupe, le jeune tente de lui démontrer son désir d'en faire partie.

Cependant, les appartenances sont fluides et mouvantes : nous avons ainsi observé des jeunes qui changeaient d'apparence selon leur appartenance. En plus de l'apparence, certains comportements facilitent l'entrée dans le réseau, ceux-ci étant de plusieurs ordres : comportements d'opposition au milieu scolaire, présence sur la scène de la rue dans la zone occupée par le réseau, assistance aux mêmes événements culturels, partage de la consommation de drogues ou d'alcool, etc... Cependant, être trop insistant pour se faire accepter peut mener à l'effet contraire : par exemple, offrir continuellement des cigarettes ou vouloir à tout prix acheter et offrir de la bière met les jeunes mal à l'aise : on ne peut acheter son entrée. La présence de membres en provenance du réseau d'origine (famille, amis d'école) du « candidat » facilite son intégration. Ce sont là des règles simples à suivre, et la plupart des jeunes passent cette étape sans trop de difficultés. Cependant, une fois admis dans le groupe, il faut faire ses preuves. Les zones 1 et 3 étant moins organisées, leur accès est également plus aisé pour ceux qui en font partie : se retrouver autour d'une ressource s'adressant aux jeunes les plus désorganisés peut suffire, pourvu que certaines caractéristiques vestimentaires et/ou comportementales soient présentes. Cette mouvance laisse toutefois la place à une certaine confusion : ayant été moi-même présent dans un parc pour les besoins de la recherche, aux yeux des jeunes mon apparence était en contradiction avec ma présence. Dans leurs catégories, quelqu'un d'apparence « clean », d'âge mûr et d'inconnu, mais ayant une présence prolongée, c'était un revendeur de drogues. Ce qu'ils ont vérifié en me posant la question!

Une fois admis dans le réseau, il y a des attentes. En particulier en zone 2, le groupe s'attend à un certain engagement, à de l'assiduité et une participation régulière à la vie du groupe. Une absence soudaine est vue comme suspecte. Par contre, en zone 3, les jeunes peuvent s'absenter pour de longues périodes et réapparaître soudain sans que personne ne pose de questions. Il faut également se conformer aux normes du groupe, ses goûts, ses modes, participer à ses actions, consommer ensemble. Pour la zone 2, certaines de ces normes sont d'ordre protecteur : nous avons vu ci-dessus que l'usage de drogues par injection n'y est pas admis.

Les jeunes appartenant aux différentes zones ne se mêlent pas entre eux : ainsi, des jeunes de la zone 1 et 2 peuvent se retrouver dans le même parc, mais sans avoir de

contacts entre eux. De même, nous avons observé un changement de clientèle de l'autobus Macadam J à l'occasion d'un projet s'adressant aux personnes ayant des problèmes de santé mentale : ce projet a attiré les jeunes de la zone 3, ce qui a rebuté ceux de la zone 2 dont plusieurs étaient des habitués de cette ressource, et qui ont refusé de la fréquenter plus longtemps.

L'entrée dans les réseaux de la zone trois nous semble la plus facile puisque nous avons observé des gens désorganisés et vivant une multitude de problématiques se retrouvant ensemble pour assurer leurs conditions de survie. Il nous semble y avoir toutefois certaines limites quant aux formes de regroupement qui sont difficiles à déterminer, par exemple, les gens les plus déstructurés se retrouveront en périphérie des regroupements de la zone 3 et ils auront tendance à se regrouper de façon temporaire, informelle et transitoire. Cette dynamique rend donc le réseau très mouvant. Dans cette perspective, le fait d'appartenir à un groupe identitaire comme les punks peut devenir un facteur de protection : le groupe s'offrira pour venir en aide si la personne ne transgresse pas les règles comme le partage, le respect et aussi de ne pas exposer le groupe aux sanctions sociales par des comportements dérangeant la population générale.

La transgression de certaines règles peut entraîner l'exclusion : par exemple, on ne fait pas de tort aux autres volontairement. Certains comportements qui mettent le fonctionnement du réseau à risque ne sont pas tolérés, tels que faire du grabuge, le bris matériel ou encore perdre le contrôle. Il y a aussi des éléments comme le manque d'hygiène ou même l'appartenance à la zone 3 perçue comme trop marginale par ceux de la zone 2, etc. L'expulsion semble avoir un caractère définitif pour les réseaux de la zone 2, et ce, contrairement à ceux de la zone 3.

Le degré d'organisation des réseaux selon leur zone a une influence directe sur leur perméabilité. Cependant, d'une manière générale, il faut noter que les jeunes font des démarches d'expérimentation, ce qui peut les amener à faire des incursions dans des réseaux plus marginaux ou occuper leur périphérie, et rapidement réintégrer la population générale.

Plus particulièrement pour les punks, il y a mixage entre les membres des différentes zones et on pourra retrouver dans un même lieu des jeunes à des stades de marginalisation différents. Mais ceci est un cas d'espèce : nous avons vu que cela n'est pas le cas pour les autres réseaux.

Lorsqu'un rassemblement festif se tient dans un lieu public, tout le monde y est facilement admis. Par contre, lorsque ces rassemblements se font dans des lieux privés, ce sont plus souvent les membres des réseaux qui sont invités.

Les gens de la zone 3 qui habitent la rue de façon plus permanente identifient rapidement les nouveaux arrivants et accepteront de leur parler, surtout s'ils s'y retrouvent pour un passage temporaire : cela les met moins en concurrence dans leurs stratégies de survie. Les gens de la zone 3 acceptent plus facilement d'être en contact avec les gens de la zone 2, ce qui est inversement plus difficile.

## **5.2 Recherche épidémiologique**

Nous avons observé plus d'infections chlamydiennes chez les jeunes qui fréquentent la rue en comparaison avec les autres jeunes. Ces infections étaient surtout visibles chez les jeunes de moins de 20 ans où 10 % des jeunes de la rue présentait une chlamydiose versus 3 % des autres. Bien que le nombre de participants était faible, nous avons remarqué autant d'infections chez les garçons que chez les filles. Nous n'avons pas observé des infections chlamydiennes chez les 71 jeunes de plus de 20 ans chez qui nous avons fait un dépistage dont 34 qui fréquentaient la rue.

Le papillomavirus (HPV) était retrouvé beaucoup plus souvent que les autres ITS dans notre dépistage. Bien que les filles de moins de 20 ans qui fréquentaient la rue avaient une prévalence un peu plus élevée que celles du même groupe d'âge qui ne fréquentaient pas la rue, les filles de 20 ans ou plus des deux groupes avaient une prévalence similaire (environ 50 %) et plus élevée que les plus jeunes (environ 30 %). Nous avons aussi remarqué que les garçons de 20 ans et plus avaient plus d'infections que les plus jeunes, et que la fréquentation de la rue ne semblait pas avoir un impact. Chez les moins de 20 ans, le groupe qui ne fréquentait pas la rue était trop petit pour nous permettre de le comparer avec les autres groupes. En combinant les

deux groupes de garçons, ils avaient toujours des prévalences d'infection inférieures aux filles du même âge. Il est attendu que la fréquence des infections HPV devront augmenter avec l'âge, puisqu'elles ont tendance à persister tandis que les infections chlamydiennes guérissent naturellement en quelques mois.

Nous n'avons pas observé beaucoup d'infections herpétiques, seulement deux chez les garçons de plus de 20 ans qui fréquentaient la rue. Nous n'avons pas trouvé une séroprévalence élevée non plus. Les techniques sérologiques ne détectent que les infections au virus herpès de type 2 tandis que le PCR détecte à la fois le type 1 et le type 2. Dans la population jeune de l'Estrie, la plupart des infections génitales au virus herpès sont de type 1.

Une étude récente pancanadienne des jeunes de la rue a également dépisté les infections chlamydiennes dans cette population (Shields SA, Wong T, Mann J et al, Journal of Adolescent Health 3 : 384-90; 2004). Cette étude utilisait des critères de recrutement et d'identification des jeunes de la rue similaires aux nôtres, mais les jeunes recrutés étaient plus marginalisés que notre groupe. Par exemple, plus de la moitié de leur groupe avait déjà été incarcéré et avait actuellement un agent de probation. Leur étude ne comprenait pas un groupe contrôle sans expérience de vie en dehors du foyer familial. Cette étude a recruté 1355 jeunes, mais n'a recherché que C. trachomatis comme ITS. Tous les participants ont répondu à un questionnaire.

	Jeunes de la rue				Jeunes non de la rue			
	Masculin		Féminin		Masculin		Féminin	
	<20 ans	>=20 ans	<20 ans	>=20 ans	<20 ans	>=20 ans	<20 ans	>=20 ans
Pos Chlamydia (PCR)	2/22	0/19	3/28	0/15	0/4	0/15	1/26	0/22
Pos Herpes (PCR)	0/20	2/18	0/27	0/15	0/4	0/15	0/26	0/21
Pos Papillomavirus (PCR)	3/20	6/18	10/27	7/15	0/4	4/15	7/26	11/21

### 5.3 Recherche sur l'intervention et la prévention

La question principale pour cet objectif portait sur les pratiques facilitantes pour faire pencher les jeunes à ce qu'ils utilisent les services offerts. D'une manière générale, nous avons observé que les jeunes ont d'abord besoin d'établir un lien avant de consulter. Les intervenantes de la

Clinique des jeunes sont très attentives à cette réalité, et en particulier sur l'autobus Macadam J. Une ambiance plus informelle permettait d'établir ce lien avant d'en venir aux questions sérieuses. En ce qui concerne les tests de dépistage des ITSS, il est clair qu'une approche moins intrusive est préférée par les jeunes.

En ce qui concerne le contexte de l'intervention, nous avons observé qu'il y a un roulement de personnel important parmi les intervenants, ce qui signifie que les liens doivent être rétablis à chaque changement, ce qui pourrait occasionner la perte de confiance d'un certain nombre de jeunes. Nous avons également observé que lorsque les intervenants sont débordés, ils avaient tendance à récupérer du temps sur le temps de Macadam J, étant le temps le moins institutionnalisé.

Contrairement à notre hypothèse de départ, nous avons constaté que les jeunes les plus désorganisés, ceux de la zone 3, connaissaient bien et utilisaient les services, comme faisant partie intégrante de leurs stratégies de survie. Les jeunes les plus marginalisés sont bien rejoints. Par contre, les jeunes de la zone 1, en début de marginalisation, ont peu de connaissances sur les risques qu'ils prennent, et encore moins d'information sur les ressources auxquelles ils peuvent faire appel. Alors que ces jeunes ont tendance à prendre plus de risques que les autres pour faire leur place dans les réseaux marginaux, ils apparaissent les moins bien informés. Ceci est très inquiétant et nous recommandons qu'un effort particulier de prévention soit fait afin de les rejoindre. Afin d'éviter une approche qui risque de les stigmatiser, nous recommandons que ces jeunes soient rejoints là où ils se trouvent encore, c'est-à-dire à l'école.

#### **5.4 Nouvelles pistes identifiées**

Nous avons identifié principalement cinq pistes.

1. La stratification du processus de marginalisation des jeunes en réseaux distincts qui se mélangent peu (zone 1, 2 et 3) est une piste d'analyse tout à fait nouvelle dans la compréhension des réseaux des jeunes de la rue.
2. L'absence de marqueurs identitaires spécifiques aux jeunes de la rue est également un fait nouveau qui démontre la mouvance des situations et l'existence de nouvelles tendances qu'il faut identifier.



3. Contrairement aux résultats de recherches antérieures, ce ne sont pas les jeunes les plus marginalisés qui ne sont pas rejoints par les services, mais les jeunes au tout début de leur trajectoire. Ceci est particulièrement inquiétant, vu leur manque d'information. Ceci constitue l'objet d'un nouveau projet de recherche.
4. L'importance et la proximité des réseaux d'origine : cette situation est nouvelle et n'a été observée nulle part ailleurs.
5. Enfin, l'existence de groupes ponts à Sherbrooke a pu être démontrée, toutefois sans atteindre la signification statistique. Nos résultats rejoignent ceux d'autres recherches sur la même question. Étant donné l'intérêt au niveau santé publique, cette question mérite d'être approfondie afin de réellement démontrer la présence de groupes transmetteurs dans une ville moyenne. Cette question fera également partie d'un projet de recherche ultérieur.

### **5.5 Formation d'étudiants**

Deux étudiants de la maîtrise en service social ont contribué de manière majeure à cette recherche : Mirella Haineault ainsi que François Morin. Sous la supervision du chercheur principal, ils ont assuré l'observation ethnographique ainsi que l'ensemble de la présence sur le terrain. En collaboration avec les partenaires, le processus d'analyse a également été mené par Mme Haineault. Mme Haineault est actuellement agente de recherche au CLSC universitaire de Sherbrooke, ce qui est une reconnaissance de l'excellence de la formation reçue et de son engagement à long terme dans la recherche.

### **Résumé des résultats de la recherche**

Dans les dix dernières années, plusieurs recherches documentent la faible utilisation des services de santé par les jeunes de la rue. Les intervenants sociaux et médicaux doivent composer régulièrement avec la difficulté de les rejoindre, et ce, au niveau de la prévention et du dépistage des ITS/Sida. Pourtant, ces jeunes sont exposés à un risque plus élevé d'ITS, notamment au niveau du VIH.

## Objectifs

1. Le développement de nouveaux modes d'intervention sociosanitaire plus adaptés aux jeunes de la rue pour le dépistage et la prévention des ITS/Sida ainsi que la perméabilité de leurs réseaux avec d'autres groupes marginalisés et leurs échanges avec leurs réseaux d'origine.
2. Avoir une meilleure connaissance de cette clientèle au niveau des facteurs de décision qui influencent l'utilisation des services de santé en prévention et dépistage des ITS/Sida.
3. Rechercher et expérimenter des attitudes facilitantes au niveau de l'intervention et de la prévention des ITS pour les intervenants sociosanitaires.

## Méthodologie

Une démarche multidisciplinaire et multidimensionnelle.

1. Repérer les jeunes visés (observation non-participante) et infirmer ou confirmer s'il s'agit d'un groupe de transmetteurs (épidémiologie/microbiologie et recherche sociale).
2. Explorer les modes de fonctionnement de leurs propres réseaux, leur perméabilité et leur normativité (observation non-participante, entrevues en profondeur), afin de mieux connaître leurs échanges avec d'autres réseaux.
3. Mieux cerner certains éléments influençant leur décision de consulter ou non les services sociaux-sanitaires (entrevue en profondeur, observation des pratiques d'intervention).
4. Expérimentation de nouveaux modes de prévention et de dépistage (microbiologie), modification des pratiques des professionnels mieux adaptées aux besoins et au style de vie des jeunes (prévention et intervention bio-psycho-sociale).

## Résultats

Nous avons identifié principalement cinq nouvelles pistes.

1. La stratification du processus de marginalisation des jeunes en réseaux distincts qui se mélangent peu (zone 1, 2 et 3) est une piste d'analyse tout à fait nouvelle dans la compréhension des réseaux des jeunes de la rue.
2. L'absence de marqueurs identitaires spécifiques aux jeunes de la rue est également un fait nouveau, qui démontre la mouvance des situations et l'existence de nouvelles tendances qu'il faut identifier.
3. Contrairement aux résultats de recherches antérieures, ce ne sont pas les jeunes les plus marginalisés qui ne sont pas rejoints par les services, mais les jeunes au tout début de leur trajectoire. Ceci est particulièrement inquiétant, vu leur manque d'information. Ceci constitue l'objet d'un nouveau projet de recherche.
4. L'importance et la proximité des réseaux d'origine : cette situation est nouvelle et n'a été observée nulle part ailleurs.
5. Enfin, l'existence de groupes ponts à Sherbrooke a pu être démontrée, toutefois sans atteindre la signifiante statistique. Nos résultats rejoignent ceux d'autres recherches sur la même question. Étant donné l'intérêt au niveau santé publique, cette question mérite d'être approfondie afin de réellement démontrer la présence de groupes transmetteurs dans une ville moyenne. Cette question fera également partie d'un projet de recherche ultérieur.

## Retombées sociales

1. Nous avons produit de nouvelles connaissances et ainsi facilité l'actualisation des enjeux sociaux auxquels se heurtent les politiques, les programmes et les services publics entourant la problématique des jeunes de la rue plus précisément en lien avec la prestation de services sociosanitaires (dépistage ITS/VIH/Sida) à Sherbrooke.

2. Nous avons contribué au développement et à la révision des programmes et des services publics offerts en lien avec la prévention ITS/VIH/Sida ainsi qu'en lien avec les jeunes de la rue non utilisateurs des services actuellement offerts, plus particulièrement pour la Clinique des jeunes du CSSS de Sherbrooke.
3. Nous avons identifié de nouvelles avenues de prévention et de solution au dépistage et à la transmission des ITS/VIH/Sida, plus particulièrement le dépistage non intrusif.
4. Nos résultats ont orienté les professionnels sociosanitaires lors de leur démarche en vue d'ajuster et de modifier les interventions et les pratiques professionnelles des acteurs en contact avec la population des jeunes de la rue.
5. Contrairement aux idées largement répandues, les jeunes très marginalisés sont bien rejoints. Par contre, une attention toute particulière de prévention doit être mise en place de manière urgente en ce qui concerne les jeunes au tout début du processus de marginalisation. C'est une question majeure, qui regarde la santé publique au premier chef.

## **6. Activités de communication et de publication**

Plusieurs activités sont en voie de préparation. Les nouvelles pistes identifiées au cours de cette recherche sont telles que des activités de publication majeures seront développées, entre autres autour de la publication du rapport de recherche.

Soumis : **van Caloen, B.** Un contexte sociétaire de l'usage de psychotropes : individualisme et identités multiples.

Accepté : **van Caloen, B.**, Frost, E., Gendron, F., Haineault, M. : Networks of Marginalized Youth and the Social Organization of STI/HIV Transmission in a Middle-size City – Canada; XIV International AIDS Conference , Toronto, Aug. 2006.

- 2005 : **van Caloen, B.**, Frost, E., Gendron, F., Haineault, M. : Les groupes ponts et les groupes noyaux : l'organisation sociale de la transmission des ITS/VIH, Journ. Can. Des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale/Can. Journ. of Infectious Diseases & Medical Microbiology, Vol. 16.
- 2004 : **van Caloen, B.** Dilemmes de l'individualisme : un contexte sociétal de l'usage de drogues, Drogues, Santé et Société, Vol. 3, no. 1, pp. 65-80.
- 2004 : **van Caloen, B.**, Haineault, M., Frost, E., Gendron, F. : Networks of Marginalized Youth in Sherbrooke, Quebec : Social Research and Improving Services, Journ. Can. Des maladies infectieuses/Can. Journ. of Infectious Diseases, Vol. 15.

Présentations à l'ACFAS en 2004, et CAHR en 2005. Présentations multiples au cours de discussions avec les différents partenaires à Sherbrooke et dans la région de l'Estrie, y compris un article dans le journal de la rue de Sherbrooke.

## **7. Retombées sociales**

1. Nous avons produit de nouvelles connaissances et ainsi facilité l'actualisation des enjeux sociaux auxquels se heurtent les politiques, les programmes et les services publics entourant la problématique des jeunes de la rue plus précisément en lien avec la prestation de services sociosanitaires (dépistage ITS/VIH/Sida) à Sherbrooke.
2. Nous avons contribué au développement et à la révision des programmes et des services publics offerts en lien avec la prévention ITS/VIH/Sida ainsi qu'en lien avec les jeunes de la rue non utilisateurs des services actuellement offerts, plus particulièrement pour la Clinique Jeunesse du CSSS de Sherbrooke.
3. Nous avons identifié de nouvelles avenues de prévention et de solution au dépistage et à la transmission des ITS/VIH/Sida, plus particulièrement le dépistage non intrusif.

4. Nos résultats ont orienté les professionnels socio-sanitaires lors de leur démarche en vue d'ajuster et de modifier les interventions et les pratiques professionnelles des acteurs en contact avec la population des jeunes de la rue.
  
5. Contrairement aux idées largement répandues, les jeunes très marginalisés sont bien rejoints. Par contre, une attention toute particulière de prévention doit être mise en place de manière urgente en ce qui concerne les jeunes au tout début du processus de marginalisation. C'est une question majeure, qui regarde la santé publique au premier chef.

## 8. Bibliographie et références principales

**Asamoah-Adu, C., Khonde, N., Frost, E. et al.** : HIV among sex workers in Accra : Need to target new recruits entering the trade; *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, sous presse.

**Aral, S.O. et Wasserhit, J.N.** (1996). The Dynamic topology of sexuality transmitted Disease Epidemic: Implications for prévention stratégie, *The Journal of infections Diseases* 174 (suppl.2):S201-13.

**Aral, S.O.** (2000). Behavioral aspects of sexually transmitted diseases. Core groups and bridge populations. *Sexually Transmitted Diseases* 2000. 27, 327-8.

**Belanger, D., Noël, L., Alary, M. et al.** : Drogues, pauvreté et VIH : données en provenance du programme d'échange de seringues Point de Repères, Québec, *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique.* 91(3):176-80, 2000 Mai-Juin.

**Binette, L., Noël, L., Trottier, G.** : La prévention du VIH auprès des jeunes de la rue, *Revue Travail social canadien*, à paraître.

**Bruneau, J., van Caloen, B., Perreault, M. et al.** : Context and meaning of risk taking behaviour among injection drug users in Montreal, *The Canadian Journal of Infectious diseases/Journal canadien des maladies infectieuses*, mars/avril 1998, vol 9, suppl A, p.18A., 1998.

**Corin, Ellen E. et al.** (1990). Comprendre pour soigner autrement : repères pour régionaliser les services de santé mentale, Montréal : Presse de l'Université de Montréal.

**Delor, F., Hubert, M.** : Revisiting the concept of « vulnerability », *Social Science and Medicine*, 50 (11), 1557-1570.

**Deceuninck, G., Asamoah-Adu, J., Frost, et al.** : Improvement of clinical algorithms for the diagnosis of Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis by the use of gram-stained smears among female sex workers in Accra, Ghana. *Sexually Transmitted Diseases* 2000. 27, 401-10.

- Farrow, J.A., Deisher, R. W. et al. :** Health and health needs of homeless and runaway youth. A position paper of the society for adolescent medicine, *Journal of Adolescent Health*, no 13, 1992, p.717-726.
- Fleming, D.T., McQuillan, Johnson, R.E. et al. :** Herpes simplex virus type 2 in the United State, 1976-1999, *New England Journal Medecine* 337, 1997,1105-11.
- Fortier, J. et Roy, S.** Les jeunes de la rue et l'intervention : quelques repères théoriques, *Cahiers de recherche sociologique*, no 27, 1996, pp 127-152.
- Friedman, S.R. et coll. :** Social intervention against AIDS among injecting drug users, *British Journal of Addiction*, 1992, 87, p. 393-404.
- Glasser, B. and Strauss, A. :** *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*, New York : Adline Du Gruyter, 1967, 271 pages.
- Hankins, C.** Syringe exchange in Canada : Good but not enough to stem the HIV tide. *Substance Use & Misuse*, 1998 ;33 :1-20.
- Haley, N. Bélanger, L. Roy, É. et al.** Rapport sur les groupes de discussion chez les jeunes de la rue : accessibilité aux services de santé; 1999. *Direction de la santé publique de Montréal-Centre*.
- Huberman, A.H. et Miles, M.B. (1991).** *Analyse des données qualitatives : recueil des nouvelles méthodes*, Bruxelles : H. De Boeck, 480 pages.
- Hurtubise, R., Vatz-Laaroussi, M. et Dubuc, S.** *Jeunes de la rue et famille. Des productions sociales et des stratégies collectives au travers des mouvances du réseau*. Collaboration entre Département de service social de l'Université de Sherbrooke et la Coalition sherbrookoise pour le travail de rue. Rapport de recherche; 2000. 224 p.
- Levesque, P-A et coll. (2001).** Vulnérabilité aux risques et prévention du VIH auprès des UDI du centre-ville de Montréal : évaluation des pratiques d'intervention à Cactus MTL, rapport final.



- Macdonald, N.E., Fisher, W.A. et al.** Canadian street youth: correlates of sexual risk-taking activity, *Pediatric Infectious Disease Journal*, 1994,13 : 690-7.
- Mayer, Robert et al. :** *Méthode de recherche en intervention sociale*, Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 2000, 409 pages.
- Meztzger, David S. et al. :** Human Immunodeficiency Virus Seroconversion among intravenous drug users in and out of treatment: An 18 month prospective follow-up, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*,6 :1049-1056, 1993 Raven Press, LTD., New-York.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2000b).** Priorité Nationales de Santé Publique 1997-2002 vers l'atteinte des résultats attendus : 3<sup>e</sup> bilan. MSSS, DGSP, 215 pages.
- Parazelli, M.** Les pratiques de socialisation marginalisée des jeunes de la rue dans l'espace urbain montréalais; *Cahiers de la recherche sociologique*, 1996, 27, 47-62.
- Perez, G. et al. :** Herpes Simplex Type II and Mycoplasma genitalium as Risk Factors for Heterosexual HIV Transmission: Report from Heterosexual HIV Transmission Study, *International Journal of Infectious Diseases* Vol 3, 1998. pp. 5-11.
- Poupart, J. et al. :** *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 1997, 405 pages.
- Poulin, C. et al.** Prévalence de l'infection chlamyidienne et comportements à risque de MTS et d'infection au VIH chez les jeunes en difficulté du Québec. *Centre de santé publique du Québec*, Janvier 1994, 67 p.
- Roy, É., Haley, N., Boivin, J.F. et al.** Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH. Rapport final-Étude de prévalence. Juillet 1996. DSP Montréal-Centre.
- Schechter, M., Bruneau, J., van Caloen, B., Perrault, M. et al. (1998-2001)** *Role of Syringe Access and Risk Factors on HIV Transmission*, Nida, État-Unis, 1998-2001.
- Steen, R., Vuylsteke, B., et al. :** Evidence of declining STD prevalence in a South African mining community following a core-group intervention; *Sex Transm Dis.* 2000 Jan; 27(1) :1-8.

- Société canadienne de pédiatrie** : S'ouvrir aux réalités de la rue : des soins de santé adaptés aux jeunes de la rue. *Santé Canada et Secrétariat d'état à l'enfance et à la jeunesse*, 1998.
- Sweeney, P.** et al. Teenagers at Risk of Human Immuno-deficiency Virus Type 1 Infection, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 149, 1995, pp 521-528.
- Thomas, J.C., Tucker, M.J.** : The development and use of the concept of a sexually transmitted disease core. *Journal of Infectious Diseases*, 174, 1996, S134-43.
- van Caloen, B.** et Gervasoni J.-P. : L'approche global s'adressant aux usagers de drogues illégales en Suisse et aux Pays-Bas : nouvelles pratiques sociales, *Nouvelles pratiques sociales*, Vol 13, no 1, juin 2000. pp. 199-212.
- van Caloen, B., Perrault, M.** et al. (2000). *Évaluation participative de trois programmes d'échange de seringues à Montréal*, financé CQRS, RRSSS Montréal-centre, COCS et Canfar, 1998-2000.
- van Caloen, B., Bruneau, J., Perreault, M.** et al. : Social and behavioral modelisation of IDU's attending or not the needle exchange program at Montreal: preliminary findings, *Canadian Aids News*, spring 1997; et *Sida : réalités*, vol. ix, no 4.
- van Caloen, B., Perreault, M.** et al. : Influence of social contexts and personal career on risk taking of IDUs and HIV transmission, *Aids Impact Conference*, Ottawa, 1999.
- Whythe, W.** et White, K. : *Learning from the field: a guide experience*, Beverly Hills : Sages.
- Wright, J.D.** Health and the Homeless Teenager : Evidence from the National Health Care for the Homeless Program, *Journal of Health and Social Policy*, 1984, no 2, 1991: 15-3.
- YIN, R.** : *Case study research: design and methods*, Newbury Park, Calif. : Sage Publications, c1989, 165 p.





## ***À PROPOS DU DOCUMENT...***

---

**Objectifs :** Cette recherche a trois d'objectifs : 1) Recherche sociale – Santé publique : Mieux comprendre les réseaux des jeunes marginalisés à Sherbrooke et leur perméabilité à d'autres réseaux (marginaux ou d'origine), plus particulièrement leur rôle dans la transmission des ITS/Sida, dans l'hypothèse qu'ils constituent un groupe pont. 2) L'amélioration des services : Augmenter l'accessibilité aux services existants. 3) Le dépistage : Développer des tests de dépistage moins intrusifs.

**Résultats :** Contrairement à des études antérieures, les jeunes marginalisés ne sont plus visuellement identifiables. Nous avons identifié trois niveaux dans le processus de marginalisation. 1) L'expérimentation à l'adolescence, avec un risque de déstabilisation. 2) La rentrée dans les réseaux marginaux. 3) L'exclusion sociale et la marginalité, menant à un réseau plus infecté. La transition parmi les différents niveaux est loin d'être linéaire. La perméabilité des réseaux diffère selon leur niveau de marginalisation. Les niveaux 1 et 3 sont moins structurés et plus accessibles à des échanges avec d'autres réseaux (transmission d'ITS). Les jeunes engagés activement dans le processus de marginalisation ont plus de conduites à risque et consultent moins; les jeunes les plus marginalisés font usage des services.

## ***À PROPOS DES AUTEURS...***

---

Le chercheur principal : Benoît Van Caloën, département de service social, Université de Sherbrooke

Le co-chercheur : Eric Frost, département de microbiologie, Université de Sherbrooke

Les partenaires : Françoise Gendron, médecin; Renée Lemieux, infirmière; Marie-Claude Pruneau, infirmière; Dominique Mercier, médecin, Clinique des Jeunes Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et Macadam]; Michèle Rivard, Sciences cliniques, Collectif des travailleurs de rue de Sherbrooke. Les partenaires ont changé au fil des affectations, mais les organismes partenaires tels qu'indiqués sont restés les mêmes.

L'Agence de santé et de services sociaux de l'Estrie, Direction de la Santé Publique, s'est rajoutée en tant que partenaire au cours de la recherche et a rendu possible une prolongation du financement.

Les agents de recherche : Mirella Haineault, M.S.S. ; François Morin, étudiant M.S.S.

Le consultant : Roch Hurtubise, département de service social, Université de Sherbrooke

## ***À PROPOS DE LA DIRECTION DE LA COORDINATION ET DES AFFAIRES ACADÉMIQUES (DCAA)...***

---

Le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) a mis sur pied des directions responsables de soutenir et de coordonner la mission d'enseignement et de recherche favorisant l'innovation clinique, pédagogique, scientifique et en transfert de connaissances dans ses deux missions universitaires (institut du secteur santé et centre affilié universitaire du secteur social). La direction de la coordination et des affaires académiques a notamment pour mission de favoriser la diffusion des productions académiques et cliniques.

La mission de la DCAA est conçue pour favoriser des interactions continues entre quatre domaines d'intervention : 1) le soutien aux programmes et à l'innovation clinique; 2) l'enseignement; 3) la recherche et 4) la diffusion scientifique et le transfert de connaissances. Ces quatre domaines sont envisagés comme des moyens de soutenir l'amélioration de la qualité des services et le développement continu du personnel.

