

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS CLÉS DE LA PHASE 3 DU SYSTÈME I-TRACK (2010 À 2012)



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:
Summary of key findings from I-Track Phase 3 (2010–2012)

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du 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@hc-sc.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 : octobre 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.

Cat. : HP40-4/3-2014F-PDF
ISBN : 978-0-660-22640-8
Pub. : 140275

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS CLÉS
DE LA PHASE 3 DU SYSTÈME
I-TRACK (2010 À 2012)



TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS CLÉS DE LA PHASE 3 DU SYSTÈME I-TRACK (2010 À 2012)	1
APERÇU DE I-TRACK	1
QUOI?	1
QUI?	1
QUAND et OÙ?	1
POURQUOI?	2
PRINCIPAUX RÉSULTATS	3
Tableau 1. Caractéristiques démographiques des participants à la phase 3 de I-Track.	3
Tableau 2. Séroprévalence du VIH et de l'hépatite C d'après les tests de dépistage des échantillons biologiques recueillis au moment de l'entrevue	5
Tableau 3. Comportements d'injection et d'usage de drogues	6
Tableau 4. Comportements sexuels à risque	9
Tableau 5. Tests de dépistage, soins et traitement du VIH et de l'hépatite C	10
Tableau 6. Recours à des services de santé et niveau de difficulté pour accéder à des aiguilles propres	11
Tableau 7. Connaissances sur le VIH	12
CONCLUSIONS	13
REMERCIEMENTS	13
RÉFÉRENCES	14



RÉSUMÉ DES RÉSULTATS CLÉS DE LA PHASE 3 DU SYSTÈME I-TRACK (2010 À 2012)

Le présent rapport donne un aperçu des résultats de la phase 3 du système I-Track (2010 à 2012). Les données dans ce rapport sont présentées pour l'échantillon global, ainsi que par sexe, afin de permettre les comparaisons entre les hommes et les femmes. Les résultats provenant des données des tableaux dont les cellules comportent de faibles nombresⁱ doivent être interprétés avec prudence.

Aperçu de I-Track

QUOI?

Le système I-Track est un système de surveillance comportementale et biologique qui contrôle la prévalence du VIH et de l'hépatite C ainsi que les comportements à risque connexes parmi les populations qui utilisent des drogues injectables au Canada. L'information est recueillie grâce à des enquêtes transversales menées périodiquement dans des sites sentinelles dans tout le Canada. Les participants consentants sont invités à répondre à un questionnaire remis par un intervieweur couvrant les caractéristiques démographiques, l'usage de drogues et les comportements d'injection, les comportements sexuels, le dépistage du VIH et de l'hépatite C et les antécédents de traitement, l'utilisation de services de santé, et les connaissances sur le VIH. Les participants sont également invités à fournir un échantillon biologique faisant l'objet d'un test de dépistage des anticorps du VIH et de l'hépatite C.

QUI?

La population cible est constituée de personnes ayant utilisé des drogues injectables au cours des six mois précédant le recrutement et qui répondent aux exigences minimales relatives à l'âge du consentement conformément aux exigences provinciales. La participation est volontaire et totalement anonyme.

QUAND et OÙ?

Les participants à l'enquête sont recrutés dans des sites sentinelles dans tout le Canada. Des enquêtes sont réalisées à intervalles réguliers, généralement tous les 3 à 5 ans. Le projet pilote I-Track a été mené entre 2002 et 2003 dans 4 sites, suivi par 3 phases de collecte de données: la phase 1 de 2003 à 2005 dans 7 sites, la phase 2 de 2005 à 2008 dans 10 sites et la phase 3 de 2010 à 2012 dans 11 sites.

POURQUOI?

Certains comportements à risque, tels que le partage de seringues et d'autre matériel d'injection ainsi que les relations sexuelles non protégées sont associés à la transmission d'infections transmissibles par le sang, y compris le VIH et l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues. La surveillance continue des comportements à risque chez les

ⁱ Si la définition de ce qu'on entend par petite taille d'une cellule varie, elle se résume assez souvent à un nombre supérieur à zéro mais inférieur à trois, cinq ou six, selon la nature des données et de la source.

personnes qui s'injectent des drogues peut donc servir de système d'alerte rapide pour la propagation des infections transmissibles par le sang au Canada. En outre, les résultats de l'enquête I-Track peuvent aider à documenter et à évaluer les interventions existantes en matière de santé publique à l'égard du VIH et de l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues au Canada.

Sites de la phase 3 de I-Track



^a Les sites du réseau SurvUDI comprennent : Outaouais, Montréal, ville de Québec, Montérégie, Mauricie/Centre-du-Québec, Saguenay/Lac St-Jean et Cantons de l'Est, Abitibi/Témiscamingue, Ottawa (Ontario).

Principaux Résultats

TABLEAU 1. Caractéristiques démographiques des participants à la phase 3 de I-Track

	TOTAL ^a (n = 2 687)	HOMMES (n = 1 832)	FEMMES (n = 855)	VALEUR p
Âge en nombre d'années (n = 2 687)				
Moins de 30	20,9 % (561)	16,8 % (307)	29,7 % (254)	
30 à 49	60,8 % (1 635)	62,3 % (1 142)	57,7 % (493)	< 0,001
50 et plus	18,3 % (491)	20,9 % (383)	12,6 % (108)	
Origine autochtone autodéclarée (Premières Nations, Métis ou Inuits) (n = 2 678)	36,2 % (968)	29,4 % (537)	50,6 % (431)	< 0,001
Orientation sexuelle (n = 2 673)				
Hétérosexuel	88,3 % (2 359)	91,9 % (1 679)	80,3 % (680)	
Gai, lesbienne, bisexuel, bispirituel ou autre	11,7 % (314)	8,1 % (147)	19,7 % (167)	< 0,001
Niveau de scolarité (n = 2 679)				
Quelques années d'études secondaires ou moins	55,7 % (1 492)	53,4 % (974)	60,6 % (518)	
Diplôme d'études secondaires	20,9 % (560)	22,1 % (403)	18,4 % (157)	0,002
A réalisé des études supérieures	23,4 % (627)	24,5 % (447)	21,2 % (180)	
Revenu mensuel^b (n = 2 641)				
Moins de 500 \$	14,4 % (379)	12,3 % (222)	18,7 % (157)	
Entre 500 \$ et 999 \$	39,7 % (1 049)	40,3 % (726)	38,4 % (323)	
Entre 1 000 \$ et 1 999 \$	29,3 % (775)	28,8 % (518)	30,6 % (257)	< 0,001
2 000 \$ et plus	16,6 % (438)	18,6 % (334)	12,4 % (104)	
Situation de logement au moment de l'entrevue^c (n = 2 669)				
Logement stable	61,3 % (1 637)	57,6 % (1 049)	69,3 % (588)	
Logement instable	38,7 % (1 032)	42,4 % (772)	30,7 % (260)	< 0,001
Proportion des participants ayant été incarcérés au cours des 6 mois précédant l'entrevue^d (n = 2 683)	11,5 % (308)	12,5 % (229)	9,3 % (79)	0,014
Proportion des participants ayant déjà vécu dans un établissement correctionnel (n = 2 678)	82,5 % (2 210)	88,5 % (1 618)	69,7 % (592)	< 0,001

^a Les participants à la phase 3 de I-Track ayant indiqué un sexe autre que mâle ou femelle à la naissance (n = 3) ont été exclus des analyses présentées dans le présent rapport.

^b Cela incluait toutes les sources de revenus, légales et illégales, durant une période d'un mois.

^c Les participants devaient indiquer l'endroit où ils vivaient au moment de l'entrevue et les réponses étaient classées en deux catégories: le logement stable ou le logement instable. La catégorie du logement stable comprenait les éléments suivants: vivre dans un appartement ou une maison, ou dans l'appartement ou la maison d'un proche au moment de l'entrevue. La catégorie du logement instable comprenait les éléments suivants: vivre chez un ami, dans une chambre d'hôtel ou de motel, dans une maison de chambres ou une pension de famille, dans un refuge ou une auberge de jeunesse, dans une maison ou un foyer de transition, dans un centre de désintoxication, dans un établissement correctionnel, dans un lieu public (comme une rue, des squats), dans un institut psychiatrique, dans un hôpital ou dans tout autre endroit jugé instable (p. ex. véhicule, tente, n'importe où à l'extérieur).

^d Les participants ont reçu une liste des choix de logements et devaient sélectionner toutes les endroits où ils avaient vécu au cours des 6 mois précédant l'entrevue, les participants ayant sélectionné un établissement correctionnel (prison, service correctionnel et population carcérale) sont présentés ici.

Au total, 2 687 personnes ont participé à la phase 3 de I-Track dans 11 sites sentinelles au Canada : Whitehorse (Yukon), Prince George (Colombie-Britannique), Edmonton (Alberta), Regina (Saskatchewan), Thunder Bay (Ontario), Sudbury (Ontario), London (Ontario), Toronto (Ontario), Kingston (Ontario), le réseau SurvUDI (sites de la province du Québecⁱⁱ et à Ottawa [Ontario]) et Halifax (Nouvelle-Écosse).

Les caractéristiques sociodémographiques des participants à la phase 3 étaient semblables à celles des phases précédentes de I-Track; une grande proportion des participants était des hommes (68,2%) et la plus grande proportion des participants étaient âgés de 30 à 49 ans (60,9%), avec une proportion significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes de ce groupe d'âge (62,3% par rapport à 57,7%) et dans le groupe d'âge des 50 ans et plus (20,9% par rapport à 12,6%). Bien que la majorité des participants à I-Track ait autodéclaré leur orientation sexuelle comme étant hétérosexuelle (88,3%), une proportion beaucoup plus élevée de femmes que d'hommes s'est autodéfinie comme étant gaie, lesbienne, bisexuelle, bispirituelle ou autres (19,7% par rapport à 8,1%).

Plus d'un tiers (36,2%) des participants s'est autodéclaré Autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuits), soit une proportion bien supérieure à la proportion d'hommes se déclarant Autochtones au sein de la population canadienne générale, d'après les données de 2011 issues de l'Enquête auprès des ménages, 4,3% de l'ensemble de la population du Canada s'identifient comme étant Autochtones¹. Il y avait un écart important entre l'ensemble des sites en ce qui concerne la proportion de participants s'étant déclarés d'origine autochtone. Par exemple, 89,6% des participants à Regina et 84,7% des participants à Edmonton se sont déclarés Autochtones, alors que seulement 19,1% des participants à London et 13,7% des participants du réseau SurvUDI se sont déclarés Autochtones. En outre, une proportion significativement plus élevée de femmes dans tous les sites s'est déclarée Autochtone (50,6% de femmes par rapport à 29,4% d'hommes).

Plus de la moitié (55,7%) des participants a déclaré avoir un niveau d'éducation inférieur aux études secondaires, avec une proportion significativement plus élevée de femmes ayant déclaré un niveau d'éducation inférieur par rapport à leurs homologues masculins. Plus d'un tiers (39,7%) des participants ont indiqué que leur revenu mensuel se situait entre 500 \$ et 999 \$, bien que l'on ait noté une variation considérable entre les participants et des différences importantes entre les hommes et les femmes.

Plus d'un tiers (38,7%) de tous les participants a déclaré vivre dans un logement instable au moment de l'entrevue, avec une proportion significativement plus élevée d'hommes ayant signalé vivre dans un logement instable. Plus d'un dixième (11,5%) a déclaré avoir vécu dans un établissement correctionnel au cours des 6 mois précédant l'entrevue; parmi les hommes, cette proportion (12,5%) était nettement plus élevée que chez les femmes (9,3%). Une grande proportion de tous les participants (82,5%) ont indiqué qu'ils avaient, à un moment précis de leur vie, été incarcérés; la proportion d'hommes ayant déclaré des antécédents d'incarcération était significativement plus élevée que la proportion de femmes (88,5% par rapport à 69,7%). Un logement instable et l'incarcération présentent des difficultés pour la prévention et le contrôle du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang parmi les utilisateurs de drogues injectables au Canada, car ils représentent des environnements d'injection à un risque élevé^{2,3}.

ⁱⁱ Les sites du réseau SurvUDI au Québec comprennent : Abitibi-Témiscamingue, Outaouais, Montréal, Montérégie, ville de Québec, Saguenay – Lac St-Jean, Mauricie – Centre-du-Québec, et Cantons de l'Est.

TABLEAU 2. Séroprévalence du VIH et de l'hépatite C d'après les tests de dépistage des échantillons biologiques recueillis au moment de l'entrevue

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	VALEUR p
Séroprévalence du VIH (parmi les participants ayant fourni un échantillon de sang, n = 2 593)^a				
Participants séropositifs pour le VIH	11,2% (291)	11,6% (205)	10,4% (86)	0,387
Proportion de participants séropositifs pour le VIH Participants qui étaient au courant de leur séropositivité pour le VIH (n = 281) ^b	78,6% (221)	78,7% (155)	78,6% (66)	0,984
Exposition à vie à l'hépatite C (parmi les participants ayant fourni un échantillon de sang, n = 2 575)^c				
Participants séropositifs pour l'hépatite C	68,0% (1 750)	67,9% (1 192)	68,1% (558)	0,899
État sérologique pour le VIH et l'hépatite C (parmi les participants ayant fourni un échantillon de sang en quantité suffisante pour effectuer les tests de dépistage d'anticorps contre le VIH et l'hépatite C (n = 2 575))				
Participants séropositifs pour le VIH uniquement ^a	1,7% (43)	2,0% (35)	1,0% (8)	0,312
Participants séropositifs pour l'hépatite C uniquement ^c	58,5% (1 505)	58,4% (1 025)	58,6% (480)	
Participants séropositifs pour le VIH et l'hépatite C ^{a,c}	9,5% (245)	9,5% (167)	9,5% (78)	
Participants séronégatifs pour le VIH et l'hépatite C	30,4% (782)	30,1% (529)	30,9% (253)	

^a Le dépistage du VIH grâce à des échantillons de gouttes de sang séchées a été réalisé en utilisant la méthode AVIOQ HIV-1 EIA. Des tests de confirmation Western Blot ont ensuite été réalisés (Bio-Rad GS HIV-1). Un résultat positif indiquait une infection par le VIH.

^b Les participants qui ont indiqué que les derniers résultats de leur test de dépistage du VIH étaient positifs et qui ont été identifiés comme étant séropositifs pour le VIH d'après l'analyse de l'échantillon biologique fourni au moment de l'entrevue ont été classés comme étant au courant de leur séropositivité pour le VIH.

^c Le dépistage de l'hépatite C grâce à des échantillons de sang séché a été réalisé en utilisant la version 3.0 du test VHC EIA OrthoMD. Les tests de confirmation n'ont pas été effectués sur les échantillons dont le test de dépistage était positif. Un résultat positif indiquait une infection passée ou présente par l'hépatite C, et ne permettait pas d'établir de distinction entre des infections aiguës, chroniques ou résolues.

Dans l'ensemble, la séroprévalence du VIH et l'exposition à vie à l'infection par l'hépatite C étaient élevées; 11,2% des participants à l'enquête ayant fourni un échantillon biologique en quantité suffisante pour effectuer le test de dépistage étaient séropositifs pour le VIH ainsi et 68,0% étaient séropositifs pour l'hépatite C. Aucune différence importante dans la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C n'a été observée entre les hommes et les femmes. Bien qu'il soit impossible de déterminer la proportion de participants qui étaient infectés aussi bien par le VIH que par l'hépatite C au moment de l'entrevue en raison de la nature de l'épreuve de laboratoire utilisée (c'est-à-dire qu'il n'a pas été possible d'établir la différence entre une infection présente et une infection passée par l'hépatite C), la proportion non significative de participants qui étaient séropositifs pour le VIH et l'hépatite C (9,5%) met toutefois en évidence la possibilité de multiples infections compliquant les réponses au traitement ainsi que les résultats en matière de santé parmi les utilisateurs de drogues injectables au Canada.

La nécessité du dépistage régulier et intégré du VIH et de l'hépatite C parmi les utilisateurs de drogues injectables ne peut être exagérée. On a découvert que seulement 78,6% des participants à la phase 3 de I-Track ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage du

VIH à partir d'échantillons biologiques fournis au moment de l'entrevue étaient conscients de leur infection, ou bien que 21,4% des participants séropositifs n'étaient pas au courant de leur séropositivité pour le VIH. Les personnes qui ne sont pas au courant de leur état sérologique ne peuvent pas bénéficier d'un traitement et de services de consultation et, en outre, ne peuvent pas prendre de mesures pour réduire leur risque de transmission du VIH à d'autres personnes. En outre, le dépistage permet d'accroître la sensibilisation aux pratiques sexuelles et d'injection sécuritaires parmi les utilisateurs de drogues injectables, et d'orienter les personnes vers les services de santé et de soutien social disponibles.

TABLEAU 3. Comportements d'injection et d'usage de drogues

COMPORTEMENT	TOTAL	HOMMES	FEMMES	VALEUR p
Proportion de participants dont la première injection est survenue avant l'âge de 16 ans (n = 2 669)	15,4% (412)	14,0% (255)	18,5% (157)	0,003
Drogues injectables utilisées les plus couramment au cours des six mois précédant l'entrevue ^a				
Cocaïne	64,3% (1 724)	66,0% (1 206)	60,8% (518)	0,009
Hydromorphone	47,2% (1 265)	47,1% (861)	47,4% (404)	0,890
Morphine (non prescrite)	47,0% (1 259)	45,0% (822)	51,3% (437)	0,002
Oxycodone	37,7% (1 012)	36,8% (673)	39,7% (339)	0,143
Héroïne	26,7% (716)	27,5% (503)	25,0% (213)	0,170
Personne la plus souvent signalée avec laquelle les participants ont utilisé des drogues injectables dans les six mois précédant l'entrevue ^b				
Personne (c.-à-d. injecté seulement)	59,3% (1 588)	60,2% (1 101)	57,2% (487)	0,145
Amis ou personnes qu'ils connaissent bien	50,5% (1 354)	49,0% (896)	53,8% (458)	0,020
Partenaires sexuels réguliers ^c	31% (831)	24,8% (453)	44,4% (378)	< 0,001
Personnes qu'ils ne connaissaient pas bien	17,8% (478)	18,1% (331)	17,3% (147)	0,604
Membres de la famille	10,6% (285)	8,0% (147)	16,2% (138)	< 0,001
Proportion des participants ayant utilisé des aiguilles ou des seringues stériles lors de la dernière injection ^d (n = 2 663)	94,5% (2 516)	94,7% (1 721)	94,0% (795)	0,433
Proportion des participants ayant utilisé une aiguille ou une seringue déjà utilisée pour s'injecter des drogues au cours des six mois précédant l'entrevue (n = 2 671)	15,5% (415)	13,7% (249)	19,6% (166)	< 0,001
Proportion des participants ayant déclaré que leurs aiguilles ou seringues avaient ensuite été utilisées par quelqu'un d'autre à des fins d'injection au cours des six mois précédant l'entrevue (n = 2 646)	15,5% (409)	12,7% (229)	21,4% (180)	< 0,001
Proportion des participants ayant utilisé un autre équipement d'injection ^e déjà utilisé pour s'injecter des drogues au cours des six mois précédant l'entrevue (n = 2 672)	34,5% (922)	31,6% (576)	40,9% (346)	< 0,001

COMPORTEMENT	TOTAL	HOMMES	FEMMES	VALEUR p
Proportion des participants ayant déclaré que leur autre équipement d'injection^e déjà utilisé avait ensuite été utilisé par quelqu'un d'autre à des fins d'injection au cours des six mois précédant l'entrevue (n = 2 659)	33,1 % (880)	29,7 % (540)	40,3 % (340)	< 0,001
Endroit de l'injection le plus souvent signalé au cours des six mois précédant l'entrevue^f				
Son appartement ou sa maison	61,1 % (1 642)	59,0 % (1 081)	65,6 % (561)	< 0,001
Chez des amis	42,1 % (1 131)	40,4 % (740)	45,7 % (391)	0,007
Dans un lieu public ^g	39,4 % (1 059)	41,8 % (766)	34,3 % (293)	< 0,001
Chambre d'hôtel ou de motel	15,6 % (419)	14,6 % (267)	17,8 % (152)	0,080
Véhicule ^h	15,6 % (419)	14,4 % (263)	18,3 % (156)	0,009
Maison de chambres ou pension de famille	8,2 % (220)	8,9 % (163)	6,7 % (57)	0,052

^a Les participants ont indiqué toutes les drogues qu'ils s'étaient injectées à des fins non médicinales au cours des six mois précédant l'entrevue. Les drogues les plus souvent mentionnées parmi tous les participants sont présentées. Étant donné que les participants pouvaient choisir plus d'une réponse, le dénominateur total n'est pas présenté.

^b Les participants ont indiqué tous les types de personnes avec lesquelles ils avaient utilisé des drogues injectables au cours des six mois précédant l'entrevue. Les personnes les plus fréquemment signalées sont présentées. Étant donné que les participants pouvaient choisir plus d'une réponse, le dénominateur total n'est pas présenté.

^c Un partenaire sexuel régulier a été défini comme une personne avec laquelle le participant avait une relation et avec laquelle il était engagé sur le plan émotionnel.

^d Cette mesure est aussi utilisée pour le calcul de l'indicateur du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2.3⁴.

^e Les autres équipements d'injection déjà utilisés comprenaient l'eau, les filtres, les chauffoirs, les cuillères, les garrots, les attaches, les tampons désinfectants et les acidifiants.

^f Les participants ont déclaré tous les endroits où ils s'injectaient des drogues au cours des 6 mois précédant l'entrevue. Les endroits les plus souvent mentionnés parmi tous les participants sont présentés. Étant donné que les participants pouvaient choisir plus d'une réponse, le dénominateur total n'est pas présenté.

^g Les lieux publics comprenaient les rues, les parcs, les squats, le métro, etc.

^h Les véhicules comprenaient les voitures, les fourgonnettes, les véhicules récréatifs, etc.

Plusieurs différences ont été observées entre les comportements relatifs à l'usage et à l'injection de drogues des hommes et des femmes. Dans l'ensemble, 15,4% de tous les participants ont déclaré qu'ils avaient utilisé des drogues injectables pour la première fois avant l'âge de 16 ans, avec une proportion significativement plus élevée de femmes que d'hommes indiquant une utilisation précoce de drogues injectables (18,5% par rapport à 14,0%). Les participants ont déclaré une variété de substances qu'ils s'étaient injectées au cours des six mois précédant l'entrevue; la cocaïne était la plus couramment mentionnée parmi tous les participants (64,3%). Une proportion significativement plus élevée d'hommes que de femmes a déclaré s'être injecté de la cocaïne (66,0% par rapport à 60,8%) alors qu'une proportion significativement plus élevée de femmes que d'hommes a déclaré s'être injecté de la morphine non prescrite (51,3% par rapport à 45,0%).

En ce qui concerne les personnes avec lesquelles les participants utilisaient des drogues injectables au cours des six mois précédant l'entrevue, une proportion significativement plus élevée de femmes a déclaré avoir utilisé des drogues injectables avec des amis ou des personnes qu'elles connaissaient bien, des partenaires sexuels réguliers ou des membres de la famille. La proportion élevée de participants (59,3%) ayant déclaré avoir utilisé des drogues injectables seuls est particulièrement préoccupante, car l'injection seul est un important facteur de risque de surdose et de décès⁵.

Bien qu'une grande proportion (94,5%) d'hommes et de femmes ait déclaré avoir utilisé une aiguille stérile lors de leur dernière injection, une proportion significativement plus élevée de femmes a déclaré des antécédents de comportements d'injection à risque élevé, y compris l'utilisation d'aiguilles, de seringues ou d'autre équipement d'injection contaminés, ainsi que le partage des aiguilles, des seringues ou d'autre équipement d'injection usagés à d'autres personnes. Ces résultats, combinés aux données provenant de la surveillance de routine nationale qui démontrent qu'une proportion plus élevée de femmes adultes par rapport à leurs homologues hommes est infectée par le VIH en raison de l'usage de drogues, semblent indiquer que les femmes qui utilisent des drogues injectables sont particulièrement vulnérables à l'infection au VIH⁶.

Les participants ont déclaré plusieurs endroits où ils s'injectaient des drogues au cours des six mois précédant l'entrevue, dont les plus courants étaient leur propre appartement ou maison; cet endroit a été signalé par une proportion significativement plus élevée de femmes que d'hommes (65,6% par rapport à 59,0%). Une proportion significativement plus élevée de femmes que d'hommes a également déclaré avoir utilisé des drogues injectables chez un ami et dans un véhicule. En revanche, une proportion significativement plus élevée d'hommes que de femmes a déclaré avoir utilisé des drogues injectables dans un lieu public. Dans l'ensemble, 39,4% de tous les participants ont déclaré avoir utilisé des drogues injectables dans un lieu public, ce qui est préoccupant étant donné que l'usage de drogues injectables dans un lieu public est associé à des pratiques d'injection à risque élevé et à un risque accru de transmission du VIH et d'autres pathogènes à diffusion hémotogène⁷.

TABLEAU 4. Comportements sexuels à risque

COMPORTEMENT	TOTAL	HOMMES	FEMMES	VALEUR p
Proportion des participants ayant eu au moins deux partenaires sexuels au cours des 6 mois précédant l'entrevue (n = 2 676)	34,4 % (920)	31,3 % (572)	40,9 % (348)	< 0,001
Proportion des participants qui avaient utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle (parmi les participants ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles au cours du mois dernier, n = 2 124)	36,6 % (777)	37,2 % (505)	35,4 % (272)	0,401
Proportion des participants ayant eu un partenaire-client ^a au cours des 6 mois précédant l'entrevue (n = 2 687)	12,8 % (343)	4,7 % (86)	30,1 % (257)	< 0,001
Proportion des participants qui avaient utilisé un préservatif avec un partenaire-client (n = 306)	77,1 % (236)	57,4 % (35)	82,0 % (201)	< 0,001
Proportion des participants ayant déjà reçu un diagnostic d'infection transmissible sexuellement ^{†b,c} (n = 1 732)	39,3 % (680)	32,7 % (355)	50,2 % (325)	< 0,001

^a Un partenaire-client est quelqu'un qui a échangé de l'argent, des drogues, des biens ou toute autre chose contre des relations sexuelles avec le participant.

^b Définie comme le fait qu'un professionnel de la santé (p. ex. un médecin ou une infirmière) a déjà dit au participant qu'il avait la chlamydie, la gonorrhée, le virus du papillome humain, l'herpès génital, l'herpès par voie orale ou une autre infection transmissible sexuellement.

^c Les données sur les antécédents de diagnostics avec une infection transmissible sexuellement n'ont pas été recueillies dans le réseau SurvUDI.

Il a été démontré que l'utilisation de drogues avait une influence sur les comportements sexuels en augmentant la prise de risques; la compréhension des comportements sexuels à risque élevé (p. ex. l'utilisation irrégulière du préservatif, des partenaires sexuels multiples, le travail dans l'industrie du sexe) des utilisateurs de drogues injectables au Canada est donc de grande importance pour la santé publique⁸. Parmi les participants à la phase 3 de I-Track ayant déclaré être sexuellement actifs, il existait des différences de comportement sexuel entre les femmes et les hommes. Une proportion significativement plus élevée de femmes que d'hommes a déclaré au moins deux partenaires sexuels au cours des six mois précédant l'entrevue. Parmi les participants ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles au cours du mois précédant l'entrevue, l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel était semblable entre les hommes et les femmes, quoique très faible parmi tous les participants (36,6%). Il convient de noter que l'utilisation du condom au cours du dernier rapport sexuel a été mesurée pour tous les types de partenaire sexuel. En comparaison, l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire-client était considérablement plus élevée (77,1 %), et une proportion significativement plus élevée de femmes que d'hommes a déclaré ce comportement (82,0 % par rapport à 57,4%). Une proportion significativement plus élevée de femmes que d'hommes a déclaré avoir un partenaire-client au cours des six mois précédant l'entrevue (30,1 % par rapport à 4,7%). Les antécédents d'un diagnostic d'infection transmissible sexuellement étaient significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes (50,2 % par rapport à 32,7%).

TABLEAU 5. Tests de dépistage, soins et traitement du VIH et de l'hépatite C

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	VALEUR p
VIH				
Proportion des participants ayant déjà subi un test de dépistage du VIH (n = 2 657)	92,9% (2 468)	91,9% (1 668)	95,1% (800)	0,002
Proportion des participants ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des deux années précédant l'entrevue (parmi les participants ayant déclaré avoir eu des résultats négatifs au test de dépistage du VIH, n = 2 010)	85,0% (1 709)	83,6% (1 133)	88,1% (576)	0,008
Proportion des participants ayant déclaré qu'ils étaient suivis par un médecin en raison de leur VIH au moment de l'entrevue ^a (parmi les participants ayant indiqué être séropositifs pour le VIH, n = 95)	95,0% (95)	94,2% (49)	95,8% (46)	0,713 ^b
Proportion des participants ayant déjà pris des médicaments prescrits pour le VIH (parmi les participants ayant indiqué être séropositifs pour le VIH, n = 77)	77,0% (77)	80,8% (42)	72,9% (35)	0,351
Proportion des participants qui prenaient des médicaments prescrits pour le VIH au moment de l'entrevue (parmi les participants ayant déclaré être séropositifs pour le VIH, n = 100)	66,0% (66)	75,0% (39)	56,3% (27)	0,048
Hépatite C				
Proportion des participants ayant déjà subi un test de dépistage de l'hépatite C (n = 2 646)	91,4% (2 417)	90,3% (1 625)	93,6% (792)	0,004
Proportion des participants ayant déclaré qu'ils étaient suivis par un médecin en raison de leur hépatite C au moment de l'entrevue ^c (parmi les participants ayant indiqué être séropositifs pour l'hépatite C au moment de l'entrevue, n = 1 063)	48,4% (514)	49,3% (358)	46,3% (156)	0,359
Proportion des participants qui avaient déjà pris des médicaments prescrits pour l'hépatite C (parmi les participants ayant déclaré être infectés par l'hépatite C au moment de l'entrevue, n = 1 060)	9,5% (101)	10,8% (78)	6,9% (23)	0,045
Proportion des participants qui prenaient des médicaments prescrits pour l'hépatite C au moment de l'entrevue (parmi les participants ayant déclaré être infectés par l'hépatite C au moment de l'entrevue, n = 1 063)	2,4% (25)	2,6% (19)	1,8% (6)	0,402

^a Défini comme une seule visite (ou plus) chez un médecin pour le traitement du VIH, des services de counseling, un dépistage, etc., au cours des 6 mois précédant l'entrevue.

^b Veuillez noter qu'en raison des cellules comportant de faibles valeurs, les résultats doivent être interprétés avec prudence.

^c Défini comme une seule visite (ou plus) chez un médecin pour le traitement de l'hépatite C, des services de counseling, des tests de suivi, etc., au cours de l'année précédant l'entrevue.

La plupart des participants ont indiqué qu'ils avaient déjà subi un test de dépistage du VIH et de l'hépatite C à un moment donné dans leur vie (92,9 % et 91,4 %, respectivement), et les antécédents de dépistage du VIH étaient significativement plus élevés chez les femmes pour les deux infections. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les hommes et les femmes en ce qui a trait aux soins et aux traitements pour le VIH, à l'exception du fait qu'une proportion significativement plus élevée d'hommes s'étant déclarés séropositifs pour le VIH que de femmes ont déclaré qu'ils prenaient des médicaments prescrits pour le VIH au moment de l'entrevue (75,0 % par rapport à 56,3 %, respectivement). Parmi les participants ayant déclaré être infectés par l'hépatite C au moment de l'entrevue, de faibles proportions ont déclaré être suivies par un médecin et prendre des médicaments prescrits soit au moment de l'entrevue, soit par le passé. Aucune différence statistiquement importante n'a été trouvée entre les hommes et les femmes en ce qui a trait aux soins et au traitement de l'hépatite C, à l'exception du fait qu'une proportion significativement plus élevée d'hommes que de femmes ont déclaré qu'ils avaient, à un moment donné au cours de leur vie, pris des médicaments prescrits pour de l'hépatite C (10,8 % par rapport à 6,9 %, respectivement).

TABLEAU 6. Recours à des services de santé et niveau de difficulté pour accéder à des aiguilles propres

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	VALEUR p
Proportion des participants ayant déclaré avoir utilisé les services de soins de santé suivants au cours des 12 mois précédant l'entrevue				
Service d'échange de seringues ou de réduction des méfaits (n = 1 732)	89,0 % (1 541)	87,4 % (948)	91,7 % (593)	0,006
Hôpitaux (n = 1 732)	59,4 % (1 029)	57,9 % (628)	61,9 % (401)	0,105
Centre d'accueil communautaire (n = 1 733)	54,5 % (945)	55,2 % (599)	53,4 % (346)	0,464
Cliniques médicales (n = 1 730)	47,1 % (815)	42,7 % (462)	54,6 % (353)	< 0,001
Centres de santé communautaires (n = 1 735)	44,9 % (779)	42,7 % (464)	48,5 % (315)	0,019
Établissement de désintoxication (n = 1 731)	32,2 % (557)	31,9 % (346)	32,6 % (211)	0,765
Centre de toxicomanie et de santé mentale (n = 1 729)	23,7 % (409)	21,6 % (234)	27,1 % (175)	0,009
Services adaptés aux cultures (n = 1 729)	10,0 % (173)	9,4 % (102)	11,0 % (71)	0,284
Centre de santé sexuelle (n = 1 727)	9,6 % (165)	7,3 % (79)	13,4 % (86)	< 0,001
Niveau de difficulté à accéder à des aiguilles propres autodéclaré (n = 2 663)				
Très facile	81,0 % (2 158)	82,2 % (1493)	78,6 % (665)	0,006
Plus ou moins facile	15,5 % (413)	15,0 % (272)	16,7 % (141)	
Plus ou moins difficile	3,1 % (83)	2,4 % (44)	4,6 % (39)	
Très difficile	0,3 % (9)	0,4 % (8)	0,1 % (1)	

La prestation de services de santé et de soutien social pour les populations prioritaires, y compris les utilisateurs de drogues injectables, est un élément important de la stratégie de lutte contre le VIH/sida et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada; la compréhension de l'utilisation des services de santé parmi les utilisateurs de drogues injectables au Canada est donc d'une importance capitale⁹. Le recours aux services de soins de santé au cours des 12 mois précédant l'entrevue variait selon les services de santé en question; dans l'ensemble, les services d'échange de seringues ou de réduction des méfaits

ont été le plus souvent utilisés chez tous les participants (89,0%). Dans l'ensemble, l'utilisation des services de santé était plus élevée chez les femmes; une proportion significativement plus élevée de femmes a déclaré avoir accès à des services d'échange de seringues ou de réduction des méfaits, à des cliniques médicales, à des centres de santé communautaires, à des centres de toxicomanie et de santé mentale et à des centres de santé sexuelle. Une grande proportion des participants (96,5%) a déclaré que leur niveau de difficulté à accéder à des aiguilles propres était soit très facile ou plus ou moins facile, et on a observé des différences significatives entre les hommes et les femmes.

TABLEAU 7. Connaissances sur le VIH

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	VALEUR p
Proportion de participants qui ont répondu correctement:				
Une personne qui a l'air en bonne santé peut avoir le VIH (n = 2 626).	98,4% (2 584)	98,5% (1 775)	98,2% (809)	0,542
L'utilisation de préservatifs réduit les risques de transmission du VIH (n = 2 630).	94,9% (2 497)	96,0% (1 730)	92,6% (767)	< 0,001
À l'heure actuelle, il n'existe aucun remède contre le VIH/sida (n = 2 413).	88,9% (2 146)	88,4% (1 460)	90,1% (686)	0,199
Une personne ne peut pas être contaminée par le VIH en partageant un repas avec une personne contaminée (n = 2 464).	83,2% (2 051)	83,3% (1 403)	83,2% (648)	0,960
Avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle qui n'est pas contaminé réduit les risques de transmission du VIH (n = 2 534).	79,3% (2 010)	81,3% (1 421)	74,8% (589)	< 0,001
Une personne ne peut pas être contaminée par le VIH à partir de piqûres de moustique (n = 2 097).	76,3% (1 599)	75,4% (1 106)	78,1% (493)	0,185

Comprendre les connaissances sur le VIH et déterminer les idées fausses sur la transmission du VIH facilitent la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies d'éducation sur le VIH/sida qui jouent un rôle essentiel dans la prévention et le contrôle de la maladie. Dans l'ensemble, les connaissances sur le VIH variaient selon la question posée. Pour certaines questions, des différences importantes ont été relevées entre la proportion d'hommes et de femmes ayant donné de bonnes réponses. La majorité (98,4%) des participants ont indiqué correctement qu'une personne qui a l'air en santé peut avoir le VIH. Une proportion significativement plus élevée d'hommes que de femmes a indiqué correctement que l'utilisation de préservatifs réduit les risques de transmission du VIH et qu'avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle qui n'est pas contaminé réduit également les risques de transmission du VIH. Une proportion relativement élevée de participants (23,7%) a indiqué à tort qu'une personne peut être contaminée par le VIH à partir de piqûres de moustique, ce qui peut être préoccupant.

Conclusions

Dans l'ensemble, la séroprévalence du VIH et l'exposition à vie à l'infection par l'hépatite C étaient élevées parmi les participants à la phase 3 de I-Track. Bien que de nombreux participants aient déclaré des pratiques d'injection et sexuelles sécuritaires (p. ex. qu'elles s'abstiennent d'utiliser ou de partager du matériel contaminé, qu'elles utilisent un préservatif, etc.), une proportion élevée de participants a déclaré des comportements à risque associés à l'acquisition et à la transmission du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Ces résultats laissent entendre que les utilisateurs de drogues injectables représentent encore un groupe à risque important dans l'épidémie de VIH au Canada, et mettent en évidence la nécessité de poursuivre les services de prévention et de traitement, ainsi que le dépistage régulier et intégré des utilisateurs de drogues injectables.

Les résultats de l'enquête I-Track présentent certaines limites, à savoir le recours à l'échantillonnage non aléatoire durant l'enquête, ce qui signifie que les conclusions peuvent ne pas être représentatives de l'ensemble des utilisateurs de drogues injectables dans un site donné ou dans l'ensemble du Canada. De plus, les résultats sont basés sur des données auto-déclarées; il est donc possible que certains comportements à risque aient été surreprésentés ou sous-représentés. Malgré ces limites, les résultats de l'enquête I-Track peuvent servir à évaluer et à améliorer les services de santé et de soutien social existants offerts à l'échelle locale, provinciale et nationale pour les utilisateurs de drogues injectables au Canada.

Remerciements

Le système de surveillance I-Track a été rendu possible grâce à une collaboration fructueuse entre l'Agence de la santé publique du Canada, les autorités sanitaires provinciales, régionales et locales, des chercheurs et des organismes communautaires. Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement les personnes ci-dessous pour leur contribution :

- Participants de l'enquête I-Track
- Chercheurs principaux des sites de l'enquête I-Track: Michel Alary, Patricia Bacon, Patricia Caetano, Russell Callaghan, Holly D'Angelo-Scott, Murray Fyfe, Jennifer Gratrix, Brendan Hanley, Maurice Hennink, Pascale Leclerc, Dar Malaviarachchi, Peggy Millson, Carole Morissette, William Osei, Emma Palmantier, Élise Roy, Rita Shahin, Ron Shore, Ameeta Singh, Susan Snelling, Nathan Teegee, Maureen Twigg, Bryna Warshawsky, Gaynor Watson-Creed et John Wylie
- Toutes les équipes des sites, y compris les coordonnateurs de l'enquête, les agents chargés des entrevues et les adjoints de recherche
- Laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie: Paul Sandstrom, John Kim, Laurie Malloch et Richard Pilon
- Tous les membres de l'équipe de surveillance nationale de l'enquête I-Track

Références

- (1) Statistique Canada. Enquête nationale auprès des ménages de 2011 : Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits [Internet]. Le Quotidien, no 11-001-X au catalogue de Statistique Canada. Le 8 mai 2013 [consulté en avril 2014]. Accès : www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/130508/dq130508a-fra.pdf
- (2) Corneil TA, Kuyper LM, Shoveller J, Hogg RS, Li K, Spittal PM, et al. Unstable housing, associated risk behaviour, and increased risk for HIV infection among injection drug users. *Health Place*. 2006; 12(1):79–85.
- (3) Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, juillet 2010. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2010.
- (4) ONUSIDA (2011) Directives : Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011. Genève : ONUSIDA. Accès : www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_fr.pdf
- (5) Strike C, Leonard L, Millson M, Anstice S, Berkeley N, Medd E. Ontario needle exchange programs: Best practice recommendations. Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee; 2006.
- (6) Agence de la santé publique du Canada. Coup d'œil – Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 2012. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2013.
- (7) McKnight I, Maas B, Wood E, Tyndall MW, Small W, Lai C, et al. Factors associated with public injecting among users of Vancouver's supervised injection facility. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2007; 33(2):319–325.
- (8) Agence de la santé publique du Canada. Risque de transmission du VIH : Sommaire des données scientifiques. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections; 2013.
- (9) Agence de la santé publique du Canada. Renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/sida [Internet]. 2012 [mis à jour le 14 août 2012; consulté en avril 2014]. Accès : www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/fa-if/3-fra.php