

RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

HOMMES GAIS, BISEXUELS, BISPIRITUELS ET AYANT
DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES



PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES



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

Également disponible en anglais sous le titre :

Population Specific HIV/AIDS Status Report: Gay, Bisexual, Two-spirit and other men who have sex with men

Pour obtenir des copies supplémentaires, veuillez contacter :

Par la poste :

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Agence de la santé publique du Canada
100, promenade Églantine
Pré Tunney
Arrêt postal 0601A
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Par courriel :

Courriel : ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca

Ou auprès du :

Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)
555, rue Richmond Ouest, bureau 505
C. P. 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1

Téléphone : 416-203-7122 ou 1-800-263-1638

Télécopieur : 416-203-8284

Courriel : info@catie.ca

Site Internet : www.catie.ca

La présente publication est disponible sous différents formats, sur demande.

© Sa Majesté la Reine en chef du Canada, 2013

Pub. : 120172

Cat. : HP40-43/4-2013F

ISBN : 978-0-660-20509-0

AVANT-PROPOS

L'Agence de la santé publique du Canada est fière de publier, avec l'appui de ses nombreux partenaires, le présent rapport d'étape qui fait partie d'une série de rapports¹ de synthèse des connaissances actuelles sur les répercussions du virus de l'immunodéficience humaine VIH/sida chez les populations clés au Canada. Nous encourageons les communautés, les gouvernements, les praticiens de la santé publique, les organismes non gouvernementaux, les chercheurs et les autres intéressés à utiliser ce rapport pour éclairer l'orientation future des politiques, des programmes et de la recherche sur le VIH/sida de manière à améliorer la santé et le bien-être des hommes gais, bisexuels, bispirituels et des autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.

Cette série de rapports d'étape a été lancée afin d'appuyer les mesures énoncées dans l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*², cadre d'investissement du gouvernement du Canada dans la lutte contre le VIH/sida, et de fournir une base complète de données probantes aux autres partenaires et intervenants qui participent à la réponse du Canada. L'initiative fédérale, lancée en 2005, fait état de la nécessité d'accroître l'efficacité des interventions et d'améliorer les initiatives de prévention, de recherche, de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien liées au VIH/sida à l'intention de populations distinctes à risque de contracter le VIH/sida ou en sont atteintes. Ces populations comprennent les personnes provenant de pays où le VIH est endémique, les hommes gais et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les utilisateurs de drogues injectables, les Autochtones, les personnes incarcérées, les jeunes à risque, les femmes et les personnes vivant avec le VIH/sida.

Ces rapports utilisent une approche axée sur les déterminants de la santé pour examiner la vulnérabilité et la résilience à l'infection au VIH. Les déterminants de la santé sont l'ensemble des facteurs sociaux, économiques, environnementaux et personnels qui influencent l'état de santé des personnes et des populations. Ils contribuent

à la vulnérabilité à l'infection au VIH et continuent à nuire à la santé et à la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida. Cette série de rapports vient appuyer les efforts de l'Agence pour cerner et résoudre les disparités en matière de santé et influencer les déterminants de la santé. (1)

Les hommes gais, bisexuels, bispirituels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) continuent à être la population la plus touchée par le VIH et le sida au Canada. C'est la première fois que l'Agence de la santé publique du Canada tente de présenter de façon détaillée de l'information relative au VIH/sida chez cette population. La rédaction du présent rapport d'étape a été orientée par un groupe de travail national formé d'experts en matière de recherche, d'épidémiologie, de développement communautaire, d'élaboration de politiques et de programmes, et par les expériences vécues. Les observations et les conseils de ce groupe de travail ont permis de rédiger un rapport qui présente les recherches et les réponses novatrices pertinentes les plus récentes qui existent au Canada à ce jour.

Le présent rapport fournit une vue d'ensemble détaillée des principaux problèmes touchant les hommes gais, bisexuels, bispirituels et les autres HARSAH au Canada. Comme c'est le cas dans tout travail de cette nature, des limites se sont manifestées au cours des phases de collecte et d'analyse des données et de production du rapport. L'Agence vous invite à lui faire part de vos commentaires sur ce rapport afin de contribuer à l'élaboration des futurs rapports d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes.

Malgré les avancées importantes réalisées en matière de dépistage et de traitement, et malgré une intervention nationale et mondiale solide au cours des trente dernières années, le VIH/sida demeure un problème de santé publique majeur qui exige une intervention concertée, issue d'un processus de collaboration. Il est essentiel de comprendre les facteurs et les conditions sous-jacents qui influent sur la vulnérabilité et la résilience des hommes gais, bisexuels, bispirituels et des autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, afin d'adopter la meilleure structure pour mener une lutte efficace contre le VIH et le sida. C'est dans cette intention que le présent rapport a été rédigé.

¹ Les rapports d'étape publiés portent sur les personnes provenant de pays où le VIH est endémique tout en ayant un accent sur la population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada, sur les Autochtones et sur les femmes.

² Pour plus de renseignements sur l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*, consulter le site <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/index-fra.php>.

RÉFÉRENCE

- (1) Agence de la santé publique du Canada. Plan stratégique de l'Agence de la santé publique du Canada : 2007 – 2012, Information, Savoir, Action. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2007.

REMERCIEMENTS

L'Agence de la santé publique du Canada tient à remercier les personnes, les représentants de la population, les représentants des communautés, les chercheurs et les représentants gouvernementaux d'avoir bien voulu consacrer leur temps, leur expertise et leur expérience à l'élaboration du présent rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes. Nous remercions tout particulièrement les experts membres du groupe de travail national pour leur engagement exceptionnel tout au long de ce projet, grâce auquel le présent rapport dresse un portrait juste des réalités des hommes gais, bisexuels, bispirituels et des autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) au Canada. Nous remercions également le personnel du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi que les employés régionaux de l'Agence de la santé publique du Canada pour leur direction et leurs contributions instructives à toutes les étapes du processus d'élaboration du rapport.

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL ET CONTRIBUTEURS

- Suhail Abualsameed, Supporting Our Youth (Toronto, Ontario)
- Barry Adam, Université de Windsor (Windsor, Ontario)
- Stephen Alexander, Société canadienne du sida (Ottawa, Ontario)
- Robert Allan, AIDS Nova Scotia (Halifax, Nouvelle-Écosse)
- Phillip Banks, HIV Prevention and Awareness (Vancouver, Colombie-Britannique)
- Chris Buchner, Vancouver Coastal Health Authority (Vancouver, Colombie-Britannique)
- Paul Harris, Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique (Vancouver, Colombie-Britannique)
- Gens Hellquist, Coalition santé arc-en-ciel Canada (Saskatoon, Saskatchewan)
- Michael Hickey, Comité du sida d'Ottawa/Pink Triangle Services (Ottawa, Ontario)
- Peter Ho, Asian Community AIDS Services (Toronto, Ontario)
- Ed Jackson, CATIE (Toronto, Ontario)
- Richard Jenkins, Two Spirit Circle of Edmonton Society (Edmonton, Alberta)
- Jay Koornstra, Bruce House (Ottawa, Ontario)
- René Lavoie, COCQ-sida (Montréal, Québec)
- Maria MacIntosh, AIDS Coalition of Nova Scotia (Halifax, Nouvelle-Écosse)
- Duncan MacLachlan, AIDS Committee of Toronto (Toronto, Ontario)
- Rick Marchand, Community Based Research Centre (Vancouver, Colombie-Britannique)
- Frank McGee, Bureau de lutte contre le sida du gouvernement de l'Ontario (Toronto, Ontario)
- Leo Mitterni, Hassle Free Clinic (Toronto, Ontario)
- James Murray, Bureau de lutte contre le sida du gouvernement de l'Ontario (Toronto, Ontario)
- Rui Pires, AIDS Committee of Toronto (Toronto, Ontario)
- Carlos Rivas, AIDS Committee of Toronto (Toronto, Ontario)
- Wayne Robert, Health Initiative for Men (HIM) (Vancouver, Colombie-Britannique)
- Robert Rousseau, Séro-Zéro (Montréal, Québec)
- Bill Ryan, Rézo/Université McGill (Montréal, Québec)
- Stephen Smith, Ministère de la Santé de Colombie-Britannique (Vancouver, Colombie-Britannique)
- Jean Tremblay, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Montréal, Québec)
- Haran Vijayanathan, AIDS Committee of Toronto (Toronto, Ontario)
- Russell Westhaver, Université St. Mary's (Halifax, Nouvelle-Écosse)
- Art Zoccole, 2-Spirited People of the 1st Nations (Toronto, Ontario)

GLOSSAIRE

Approche axée sur la santé de la population : Une approche axée sur la santé de la population a pour point de mire l'amélioration de l'état de santé des populations. Les mesures en matière de santé sont orientées vers toute une population ou sous-population plutôt que vers des individus. La concentration des efforts sur la santé des populations nécessite la réduction des inégalités notées dans l'état de santé de différents groupes démographiques. L'hypothèse sous-jacente d'une telle approche est que la réduction des inégalités en matière de santé requiert des réductions sur des inégalités d'ordre matériel et social.

Autochtones : Fait référence aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis tels qu'ils sont définis dans la Loi constitutionnelle de 1982. Ces populations distinctes sont différentes de par leurs caractéristiques culturelles, linguistiques, géographiques et historiques uniques.

Barebacking : Également appelé « relation sexuelle peau à peau ». Bien que l'on relève certaines contradictions dans l'usage du terme, le *barebacking* a été souvent défini dans la documentation comme « une relation sexuelle anale volontaire sans condom avec une personne autre que le partenaire principal. »

Bisexuel : Personne qui est attiré sexuellement et émotionnellement par des hommes et des femmes.

Bispirituel : Terme qui réfère à l'orientation sexuelle et/ou à l'identité sexuelle au sein de certaines cultures autochtones. L'organisation 2-Spirited People of the 1st Nations définit le terme comme suit : « Autochtone gai, lesbienne, bisexuel, transgenre, d'expression de genre autre ou de troisième/quatrième genre qui navigue prudemment entre les mondes et entre les genres ». Ce terme est principalement utilisé par certaines communautés des Premières nations.

Coming out : Processus par lequel une personne gaie, lesbienne, bisexuelle ou transgenre reconnaît et révèle son orientation sexuelle ou son identité sexuelle et intègre cette réalité à sa vie personnelle et sociale.

Ethnoculturel : Fait référence aux origines ethniques et culturelles d'une personne ou d'un groupe démographique.

Facteur de risque : Facteur associé à une chance accrue de contracter une maladie ou une infection. Il peut s'agir d'un déterminant causal ou simplement d'un marqueur de risque. Les facteurs associés à un risque réduit sont appelés des facteurs de protection.

Féminité : Ensemble de caractéristiques, de comportements et de rôles généralement associé aux filles et aux femmes. La féminité est composée à la fois de facteurs définis par la société et de facteurs créés biologiquement. Cela diffère donc de la simple définition du sexe biologique féminin, étant donné que les hommes, les femmes et les transgenres peuvent tous avoir des caractéristiques féminines.

Gai : Personne qui est attiré sexuellement et émotionnellement par des personnes du même sexe. Le mot gai peut renvoyer aux hommes et aux femmes, mais est plus souvent utilisé pour les hommes.

Genre : Désigne un ensemble de rôles, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements et de valeurs socialement déterminés, de même que de pouvoirs et d'influences relatifs que la société attribue aux deux sexes sur une base différentielle. À ne pas confondre avec le sexe.

Hétérosexisme : Hypothèse selon laquelle chacun est ou devrait être hétérosexuel et qui définit cette orientation sexuelle comme supérieure. L'hétérosexisme est souvent le système de pensée à l'origine de l'homophobie.

Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) : Classification épidémiologique pour la transmission du VIH.

Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et utilisant des drogues injectables (HARSAH-UDI) : Classification épidémiologique pour la transmission du VIH.

Homophobie : Peur irrationnelle, aversion ou discrimination à l'égard des hommes gais ou des lesbiennes ou contre ceux qui semblent l'être. L'homophobie internalisée survient lorsque des préjugés et des biais homophobes sont intégrés au système de croyances de la personne. L'homophobie externe survient lorsque les sentiments homophobes façonnent le comportement de la personne à l'égard de ceux qu'elle perçoit comme différents, par exemple, en encourageant l'évitement social, la violence verbale, la discrimination et, dans certains cas,

la violence physique. L'homophobie institutionnalisée désigne les pratiques et politiques discriminatoires fondées sur l'orientation sexuelle qui sont employées par les gouvernements, les entreprises, les organisations religieuses, les établissements d'enseignement et les autres institutions.

Infections transmissibles sexuellement (ITS) : Ensemble d'infections qui se transmettent d'une personne à une autre par contact sexuel. Il peut s'agir d'un contact vaginal, oral ou anal, et parfois d'un contact peau à peau.

Inuit : Peuple autochtone du Canada vivant dans l'Arctique. Les Inuits constituent l'un des trois peuples autochtones reconnus au Canada, les deux autres étant les Premières nations et les Métis.

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

LGBTTBBA : Acronyme utilisé pour l'ensemble des lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, transsexuels, bispirituels et allosexuel. La minorité sexuelle est un synonyme.

Masculinité : Fait référence à l'ensemble de qualités ou de caractéristiques considérées comme étant typiques à un homme ou appropriées pour celui-ci.

Métis : L'un des trois peuples autochtones reconnus au Canada, les deux autres étant les Inuits et les Premières nations. Les Métis sont un peuple composé d'un mélange d'ancêtres autochtones et européens.

Partenaire sexuel occasionnel masculin : Homme avec lequel une personne a eu ou a des relations sexuelles une ou plusieurs fois et qu'elle ne connaît pas très bien. Ce terme n'inclut pas les partenaires réguliers ou les hommes à qui une personne a donné de l'argent ou desquels elle a reçu de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services en échange de faveurs sexuelles.

Partenaire sexuel régulier masculin : Homme avec lequel une personne a eu ou a une relation sexuelle continue. Un partenaire régulier peut être un conjoint, un petit ami, un amant, etc., mais n'inclut pas les partenaires occasionnels ou les hommes à qui une personne a donné de l'argent ou desquels elle a reçu de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services en échange de faveurs sexuelles.

Pays où le VIH est endémique : Un pays où le VIH est endémique est défini comme un pays ayant une prévalence de VIH chez les adultes (de 15 à 49 ans) de 1 % ou plus et avec l'une des caractéristiques suivantes : 1) au moins 50 % des cas de VIH sont imputables à une transmission hétérosexuelle; 2) un ratio de deux hommes pour une femme ou moins; ou 3) la prévalence du VIH est supérieure ou égale à 2 % chez les femmes recevant des soins prénataux.

Premières nations : Terme généralement utilisé pour définir les Indiens inscrits et les Indiens non inscrits. Les peuples des Premières nations font partie des trois peuples autochtones reconnus au Canada en plus des Métis et des Inuits.

Prévention positive : Approche qui consiste à encourager les personnes vivant avec le VIH/sida à adopter des pratiques contribuant à prévenir la retransmission du VIH.

Santé sexuelle : État de bien-être physique, mental et social par rapport à la sexualité. Il requiert une approche positive et respectueuse envers la sexualité et les relations sexuelles ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles protégées et agréables, exemptes de toute contrainte, discrimination et violence.

Sauna : Espace commercial généralement équipé d'installations de baignade telles que des douches, des saunas et/ou des bains de vapeur, conçu pour des rencontres sexuelles et sociales entre hommes gais et autres HARSAH.

Sexe : Fait référence aux caractéristiques biologiques qui différencient en général les hommes des femmes. Les différences biologiques incluent l'anatomie, la génétique, les hormones, le métabolisme et la physiologie. À ne pas confondre avec le genre.

Syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) : Condition qui décrit un stade avancé d'infection au VIH. Dans le cas du sida, le virus a évolué, entraînant ainsi une perte significative des globules blancs (cellules CD4) et des cancers ou des infections qui sont les conséquences d'un système immunitaire affecté. Un diagnostic de sida est établi si une personne vivant avec le VIH/sida reçoit un diagnostic d'une ou plusieurs conditions cliniques caractérisées comme des « maladies définissant le sida ». Un traitement antirétroviral peut inhiber la réplication du virus du VIH et ralentir la progression de la maladie. À l'instar du VIH, il n'y a aucun remède pour le sida.

Transgenre : Personne dont l'identité sexuelle, l'apparence, l'expression et/ou l'anatomie ne correspondent pas aux attentes conventionnelles de l'homme ou de la femme.

Transphobie : Renvoie à la peur et/ou à la haine des transgenres et se manifeste par des préjugés, une discrimination, une intimidation ou des actes de violence.

Transsexuel : Terme utilisé pour décrire une personne, née femme ou ayant les attributs sexuels d'une femme à la naissance, et dont le sexe biologique ne correspond pas à l'image qu'il a de lui-même. Par conséquent, il vit et se définit comme un homme, et peut demander une inversion sexuelle chirurgicale. « Femme à homme » est un autre terme utilisé pour décrire un transsexuel ou un transgenre.

Transsexuelle : Terme utilisé pour décrire une personne, née homme ou ayant les attributs sexuels d'un homme à la naissance, et dont le sexe biologique ne correspond pas à son l'image qu'elle a d'elle-même. Par conséquent, elle vit et se définit comme une femme, et peut demander une inversion sexuelle chirurgicale. « Homme à femme » est un autre terme utilisé pour décrire une transsexuelle ou une transgenre.

Travail du sexe : Échange de services sexuels contre de l'argent ou d'autres biens ou services.

Utilisation de drogues injectables (UDI) : Classification épidémiologique se rapportant à la transmission du VIH entre utilisateurs de drogues par injection.

Virus de l'hépatite C (VHC) : Virus qui s'attaque au foie. L'infection chronique et l'infection aiguë par le virus de l'hépatite C entraînent fréquemment une maladie du foie et une cirrhose. Le virus se transmet surtout par transfusion sanguine ou inoculation percutanée (p. ex. par le partage des aiguilles entre utilisateurs de drogues par injection).

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Virus à l'origine du sida. Ce virus se transmet d'une personne à une autre par le sang, par contact sexuel et de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Le VIH attaque le système immunitaire et provoque une maladie chronique évolutive qui rend les personnes vulnérables aux infections opportunistes et aux cancers. Il n'existe aucun remède ni aucun vaccin connu pour le VIH, mais, dans la plupart des cas, le virus peut être traité avec des doses quotidiennes de médicaments antirétroviraux. Lorsqu'une personne infectée ne reçoit pas un traitement de médicaments antirétroviraux, l'infection au VIH évoluera au sida.

RÉSUMÉ

Depuis l'apparition de l'épidémie de VIH/sida au début des années 1980, les hommes gais, bisexuels, bispirituels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) sont restés la population la plus touchée par le VIH et le sida au Canada. L'Agence de la santé publique du Canada estime qu'en 2011, la catégorie d'exposition des HARSAH représentait 46,6 % des nouvelles infections au VIH et 46,7 % des infections au VIH prévalentes au Canada.

L'expression « HARSAH » est employée pour désigner une voie de transmission particulière du VIH dans les données épidémiologiques et ne fait aucunement référence à l'identité personnelle des individus. En dehors des discussions épidémiologiques, le terme « HARSAH » est utilisé dans le présent rapport seulement parce que tous les HARSAH ne se déclarent pas gais, bisexuels ou bispirituels.

PROFIL DÉMOGRAPHIQUE

Peu d'études canadiennes ont examiné les caractéristiques démographiques des hommes gais et des autres HARSAH en dehors du contexte du VIH/sida. Par conséquent, le nombre total d'hommes gais, de bisexuels, de bispirituels et d'autres HARSAH au Canada est inconnu. La majorité des hommes se déclarant gais ou bisexuels ou des autres HARSAH interrogés dans le cadre de diverses études canadiennes ont indiqué être d'origine ethnoculturelle blanche.

D'après une analyse des données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2007 – 2008, les hommes se déclarant gais ou bisexuels résidaient principalement dans les trois provinces les plus peuplées du Canada, à savoir le Québec, l'Ontario et la Colombie-Britannique. Ces hommes avaient un niveau d'études plus élevé que les hommes se déclarant hétérosexuels, mais un niveau de revenu similaire. Les hommes gais et bisexuels avaient aussi les mêmes niveaux en matière de santé générale, notamment la santé mentale, que les hétérosexuels. Toutefois, les hommes bisexuels avaient des niveaux plus faibles de santé mentale et les deux groupes avaient plus de pathologies chroniques et de troubles de l'anxiété et de l'humeur que les hommes hétérosexuels. Les hommes gais et bisexuels ont aussi déclaré avoir plus d'insatisfaction envers les besoins de santé au cours de l'année précédente que les hétérosexuels.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH ET DU SIDA

De 1985 à 2011, plus de la moitié (54,7 %) des 69 856 tests VIH positifs chez les adultes appartenant à une catégorie d'exposition connue ont été attribués à des HARSAH. Le nombre de nouveaux tests VIH positifs déclarés chez des adultes attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH est demeuré relativement stable entre 2002 et 2011 avec un pic de 593 cas en 2008. De 1998 à 2011, les hommes blancs représentaient la majorité (81,1 %) des tests positifs au VIH attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH. De 1979 à la fin de l'année 2011, la catégorie d'exposition des HARSAH a représenté 64,8 % de tous les cas de sida chez les adultes (plus de 15 ans) appartenant à une catégorie d'exposition connue. En 2011, environ un tiers (30,5 %) des 188 nouveaux cas de sida signalés à l'Agence de la santé publique du Canada ont été attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH.

Les données de la première phase de l'enquête M-Track, un système de l'Agence de la santé publique du Canada pour la surveillance comportementale et biologique du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les HARSAH au Canada, ont révélé un taux de prévalence de 15,1 % parmi les participants qui avaient fourni un échantillon biologique en quantité suffisante aux fins d'analyse et qui avaient rempli un questionnaire. Parmi ces hommes, 19 % ne savaient pas qu'ils étaient séropositifs pour le VIH.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

L'homophobie, ainsi que la stigmatisation et la discrimination qui y sont associées, ont des répercussions considérables et très importantes sur les déterminants de la santé vécus par les hommes gais et les autres HARSAH, lesquels influencent à leur tour la vulnérabilité de cette population au VIH. Les hommes gais et les autres HARSAH qui appartiennent à des groupes ethnoculturels minoritaires peuvent être confrontés à un double fardeau, celui de l'homophobie à l'intérieur et à l'extérieur de leur communauté et celui du racisme. Les recherches semblent indiquer que l'homophobie est liée à des résultats négatifs sur le plan de la santé mentale, à une exclusion sociale accrue et à un accès réduit aux services de

soutien social et de santé pour les hommes gais et les autres HARSAH. Des recherches internationales ont démontré que les expériences de victimisation homophobe dans la jeunesse étaient associées à une incidence supérieure des problèmes de santé tels que la dépression, l'anxiété, la toxicomanie ou l'alcoolisme, les comportements sexuels à risque et le suicide. Des recherches canadiennes indiquent également que les jeunes hommes gais et d'orientations sexuelles diverses sont plus susceptibles d'être la cible de harcèlement et de victimisation que leurs pairs hétérosexuels. Les expériences de violence, y compris sexuelles, pendant l'enfance sont également liées à une probabilité accrue d'adopter des comportements à risque associés au VIH, notamment les comportements sexuels à risque et la consommation de drogues. La stigmatisation et la discrimination peuvent également réduire l'accès aux soins de santé et aux autres sources importantes de soutien pour les hommes gais et les autres HARSAS.

La pratique du sexe anal sans protection est le facteur de risque le plus courant pour l'infection au VIH chez les hommes gais et les autres HARSAS, et elle est associée à divers facteurs environnementaux, psychosociaux et personnels liés entre eux. Les stratégies pour réduire le risque d'infection au VIH reposent sur le fait que les individus connaissent leur état sérologique vis-à-vis du VIH et en informent précisément leur partenaire avant de s'engager dans des comportements sexuels à risque. Cela est souvent compliqué par la réticence de certains hommes à divulguer leur état sérologique vis-à-vis du VIH, par honte, par peur ou par insécurité. Le taux de dépistage du VIH est assez élevé chez les hommes gais et les autres HARSAS. On estime qu'en 2011, 20 % des hommes gais et des autres HARSAS au Canada qui étaient séropositifs pour le VIH ne le savaient pas; ce taux est moins élevé que dans la population totale, où l'on estime que 25 % des personnes séropositives ne le savent pas.

Les relations romantiques, les amitiés et les lieux et activités réservés à la communauté gaie sont tous cités comme d'importantes sources de soutien social favorisant la résilience contre l'infection au VIH et aidant les personnes atteintes à vivre avec cette infection. L'activisme historique de la communauté gaie, notamment l'élaboration d'une réponse communautaire précoce et efficace au sida lorsqu'il est apparu pour la première fois, continue d'être une source de résilience contre le VIH.

RECHERCHES ACTUELLES

Au total, on a dénombré 48 projets de recherche canadiens en cours de 2006 à 2011 qui se concentraient sur les hommes gais, les bisexuels, les bispirituels et/ou les autres HARSAS. Plus des trois quarts de ces projets étaient réalisés en Ontario, au Québec ou en Colombie-Britannique. Les principaux domaines de recherche étaient la prévention du VIH (32 projets), les comportements sexuels à risque (20 projets), et la capacité de recherche, la diffusion et le transfert de connaissances au sein de la communauté (19 projets). Les projets identifiés examinaient également l'accès aux soins et au traitement (11 projets), l'homophobie, la stigmatisation et la discrimination (10 projets) et les sources de vulnérabilité à l'infection au VIH (10 projets). Moins de 10 projets ont été trouvés pour chacun des domaines suivants : culture, santé mentale, niveau de revenu et statut social, réseaux de soutien social, et environnements sociaux et physiques. La moitié des projets se concentraient sur une ou plusieurs populations particulières d'hommes gais et d'autres HARSAS, principalement les hommes vivant avec le VIH/sida (14 projets), ainsi que les hommes gais et les autres HARSAS provenant de pays où le VIH est endémique (4 projets), les transsexuels (4 projets), les hommes gais et les autres HARSAS consommant des drogues (3 projets), les jeunes (1 projet) et les Autochtones (1 projet). Les domaines de recherches futures comprennent les suivants : la vulnérabilité et la résilience face au VIH; les populations particulières d'hommes gais et d'autres HARSAS, notamment les hommes âgés, les hommes de minorités ethnoculturelles, les hommes vivant dans les régions rurales, les détenus, les travailleurs du sexe, les HARSAS qui ne se déclarent pas gais ni bisexuels; la prévention du VIH, le soin, le traitement et le soutien des personnes séropositives et les co-infections du VIH; et la recherche sur la santé des hommes gais sans lien particulier avec la vulnérabilité et la résilience face au VIH.

POLITIQUES ET PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Le rapport a examiné les mesures actuelles de lutte contre le VIH/sida chez les hommes gais et les autres HARSAH au niveau des politiques et des programmes. Pour ce faire, on a passé en revue les stratégies propres à cette population au niveau national, provincial et territorial, les réseaux, les coalitions, les organes consultatifs et les organisations propres à cette population, et les projets visant à la mise en œuvre de programmes de lutte contre le VIH chez les hommes gais et les autres HARSAH.

Diverses organisations participent à la prestation de services de prévention, de soin, de traitement et de soutien aux hommes gais et aux autres HARSAH. La majorité des projets dénombrés étaient mis en œuvre par des organismes de services liés au sida; néanmoins, on a déterminé que les organismes gouvernementaux, de santé communautaire et de services sociaux, ainsi que les organismes de services aux populations lesbienne, gaie, bisexuelle, bispirituelle et homosexuelle avaient également joué un rôle important dans les programmes de lutte contre le VIH/sida. La plupart des projets à l'intention des hommes gais et des autres HARSAH étaient réalisés en Ontario, au Québec ou en Colombie-Britannique. Plus d'un tiers des projets se concentraient sur une sous-population particulière d'hommes gais et d'autres HARSAH, notamment les personnes issues de communautés ethnoculturelles particulières, les Autochtones, les jeunes, les personnes vivant avec le VIH/sida, les transsexuels, les hommes gais et les autres HARSAH handicapés, les travailleurs du sexe, et les toxicomanes ou alcooliques.

Seul le Québec a une stratégie provinciale de lutte contre le VIH/sida spécialement destinée aux hommes gais. Plusieurs autres provinces et territoires ont désigné les hommes gais et/ou les HARSAH comme une population prioritaire dans le cadre de stratégies plus générales de lutte contre le VIH/sida ou contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang. De plus, on a constaté l'existence de réseaux ou de coalitions communautaires consacrés au VIH/sida chez les hommes gais et les autres HARSAH en Ontario, au Manitoba et en Colombie-Britannique.

CONCLUSIONS

Les communautés, les organismes et les gouvernements ont relevé le défi et jouent leur rôle pour réduire la transmission du VIH dans cette population et pour répondre aux besoins des hommes gais, bisexuels, bispirituels et des autres HARSAH vivant avec le VIH/sida ou risquant de le contracter. Malgré ces efforts importants, il reste beaucoup de chemin à parcourir. Afin de lutter avec succès contre l'épidémie au sein de cette population, il est nécessaire de réaliser des efforts permanents, efficaces et sur mesure visant à prévenir la transmission du VIH et à améliorer la qualité de vie des hommes gais et des autres HARSAH vivant avec le VIH.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	I
REMERCIEMENTS	III
GLOSSAIRE	V
RÉSUMÉ	VIII
CHAPITRE 1 – INTRODUCTION	1
1.1 Méthodologie	2
1.2 Références	3
CHAPITRE 2 – PROFIL DÉMOGRAPHIQUE	4
2.1 Sources des données démographiques et problèmes méthodologiques	4
2.2 Taille de la population	5
2.3 Lieu de résidence au Canada	6
2.4 Âge	6
2.5 Origine ethnoculturelle	7
2.6 Éducation et revenu	7
2.7 Situation familiale	8
2.8 État de santé	9
2.9 Références	12
CHAPITRE 3 – ÉTAT DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA CHEZ LES HOMMES GAIS, BISEXUELS, BISPIRITUELS ET AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES	14
3.1 Introduction	14
3.1.1 Types de données de surveillance	14
3.2 Aperçu de l'épidémiologie du VIH/sida chez les HARSAH au Canada	16
3.2.1 Surveillance de routine	16
a) Répartition géographique de l'épidémie du VIH/sida chez les HARSAH au Canada	17
b) Âge	20
c) Répartition par race/origine ethnique des tests VIH positifs et des cas de sida déclarés	20
d) Hommes bispirituels, gais, bisexuels et autres HARSAH autochtones	22
3.3 Données de surveillance améliorée (biologique et comportementale) et de surveillance d'une population particulière : Aperçu des données de la phase 1 de M-Track	22
3.4 Estimations nationales de l'incidence et de la prévalence du VIH	24
3.4.1 Estimations nationales de la prévalence du VIH en 2011	24
3.4.2 Estimations nationales de l'incidence du VIH en 2011	24
3.5 Souche virale et pharmacorésistance	25
3.6 Co-infections du VIH	26

3.6.1	Infections transmissibles sexuellement	26
	a) Syphilis	27
	b) Gonorrhée	27
	c) Chlamydia	27
	d) Lymphogranulome vénérien	27
	e) Papillomavirus	28
3.6.2	Hépatites virales	28
	a) Hépatite A.	28
	b) Hépatite B.	28
	c) Hépatite C.	28
3.6.3	Tuberculose	29
3.7	Conclusion	30
3.8	Références	30
CHAPITRE 4 – DONNÉES ACTUELLES SUR LES FACTEURS AYANT DES RÉPERCUSSIONS SUR LA RÉSILIENCE ET LA VULNÉRABILITÉ AU VIH/SIDA		36
4.1	Introduction	36
4.2	Déterminants de la santé	36
4.2.1	Vulnérabilité et résilience	37
4.2.2	Homophobie et hétérosexisme, stigmatisation et discrimination connexes	38
4.2.3	Le Coming-out	39
4.2.4	Patrimoine biologique et génétique	39
4.2.5	Genre	39
	a) Rôles sexuels masculins.	39
	b) Transsexuels qui ont des rapports sexuels avec des hommes	39
4.2.6	Développement de la petite enfance	41
	a) Abus fait aux enfants.	41
4.2.7	Culture	42
	a) HARSAH faisant partie de groupes raciaux et ethnoculturels minoritaires	42
4.2.8	Réseaux de soutien social.	43
	a) Relations	44
	b) Internet	45
4.2.9	Revenu et statut social	46
4.2.10	Environnements sociaux et physiques	47
	a) Saunas	48
4.2.11	Services de santé	49
4.2.12	Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles	50
	a) Pratiques sexuelles à risques réduits.	50
	b) Relations sexuelles anales non protégées	50
	c) Santé mentale	52
	d) Consommation de drogues	52
	e) HARSAH-UDI.	54
	f) Travailleurs du sexe	54
	g) Stratégies de réduction du risque	54
4.3	Références	57

CHAPITRE 5 – RECHERCHE ACTUELLE SUR LE VIH/SIDA CHEZ LES HOMMES GAIS, BISEXUELS, BISPIRITUELS ET AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES	66
5.1 Méthodologie	66
5.1.1 Limites de la méthodologie	67
5.2 Analyse	67
5.2.1 Répartition géographique des projets de recherche	67
5.2.2 Projets de recherche sur la prévention, les soins, les traitements et la santé mentale	67
a) Prévention	67
b) Accès aux soins et aux traitements	68
c) Santé mentale	68
5.2.3 Projets de recherche sur des populations particulières	68
a) Utilisateurs de drogues	69
b) Jeunes	69
c) Bispirituels, gais, bisexuels et autres HARSAH autochtones	69
d) Hommes gais et autres HARSAH provenant de pays où le VIH est endémique : Hommes noirs de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada	69
e) Hommes gais et autres HARSAH vivant avec le VIH/sida	70
f) Hommes gais et autres HARSAH incarcérés	70
g) Transsexuels qui ont des rapports sexuels avec des hommes	70
5.2.4 Co-infections et comorbidités	71
5.2.5 Résilience et vulnérabilité au VIH	71
a) Homophobie, stigmatisation et discrimination	71
b) Culture	71
c) Réseaux de soutien social	72
d) Niveau de revenu et statut social	72
e) Environnements sociaux et physiques	72
f) Habitudes de vie et compétences d’adaptation personnelles	72
5.2.6 Capacité de la recherche communautaire, diffusion des résultats et transfert des connaissances	73
5.3 Domaines de recherches futures	73
5.3.1 Vulnérabilité, résilience et déterminants de la santé	73
5.3.2 Sous-populations	74
5.3.3 Prévention du VIH, soins de santé, traitements, soutien et co-infections	74
5.3.4 Santé des hommes gais	74
5.4 Référence	74
CHAPITRE 6 – MESURES ACTUELLES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA CHEZ LES HOMMES GAIS, BISEXUELS, BISPIRITUELS ET AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES	75
6.1 Méthodologie	75
6.1.1 Les hommes gais et les autres HARSAH en tant que partie intégrante de la stratégie d’intervention générale	76
6.1.2 Les hommes gais et les autres HARSAH en tant que partie intégrante d’une communauté ou d’un groupe	76
6.1.3 Les hommes gais et les autres HARSAH en tant que catégories autonomes	76
6.1.4 Limites	76

6.2	Stratégies axées sur les populations distinctes	77
6.2.1	Stratégies axées sur les populations distinctes à l'échelle nationale	77
6.2.2	Stratégies axées sur les populations distinctes à l'échelle provinciale	77
6.3	Réseaux, coalitions et organismes consultatifs axés sur les populations distinctes	77
6.4	Analyse des programmes	78
6.4.1	Distribution des organismes offrant des programmes ou des services axés sur les hommes gais et les autres HARSAH	79
6.4.2	Distribution géographique des projets axés sur les hommes gais et les autres HARSAH (n = 135)	79
6.4.3	Projets s'adressant aux hommes gais et aux autres HARSAH	80
6.4.4	Lutte contre le VIH/sida chez les populations distinctes au sein des communautés d'hommes gais et autres HARSAH	81
	a) Hommes bispirituels, gais, bisexuels et autres HARSAH autochtones	81
	b) Hommes gais et autres HARSAH appartenant à une minorité ethnique	81
	c) Jeunes d'orientations sexuelles diverses	81
	d) Hommes gais et autres HARSAH vivant avec le VIH/sida	81
	e) Communautés transgenres	82
	f) Hommes gais et autres HARSAH handicapés	82
	g) Hommes gais et autres HARSAH travailleurs du sexe	82
	h) Hommes gais et autres HARSAH toxicomanes	82
6.5	Références	82
CHAPITRE 7 – CONCLUSION		83
ANNEXE A – TERMES DE RECHERCHE		85
ANNEXE B – RECHERCHE ACTUELLE SUR LE VIH/SIDA PARMIS LES HOMMES GAIS, BISEXUELS, BISPIRITUELS ET AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES AU CANADA		89
ANNEXE C – STRATÉGIE ACTUELLE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA CHEZ LES HOMMES GAIS, BISEXUELS, BISPIRITUELS ET AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES		121

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Province de résidence des hommes adultes se déclarant gais ou bisexuels, Canada, 2007 – 2008	6
Figure 2 :	Tranche d'âge des hommes se déclarant gais ou bisexuels, Canada, 2007 – 2008	7
Figure 3 :	Niveau d'études déclaré par les hommes adultes, Canada, 2007 – 2008	8
Figure 4 :	Niveau de revenu des hommes gais et des bisexuels et dans la population masculine totale gagnant 40 000 \$ ou plus par an, Canada, 2007 – 2008	8
Figure 5 :	Proportion des couples de même sexe masculin par province et territoire, Canada, données de 2011	9
Figure 6 :	Indicateurs de santé physique chez les hommes se déclarant gais, bisexuels ou hétérosexuels, Canada, 2008	10
Figure 7 :	Indicateurs de santé mentale chez les hommes se déclarant gais, bisexuels ou hétérosexuels, Canada, 2008	11
Figure 8 :	Recours à des fournisseurs de soins de santé chez les hommes se déclarant gais, bisexuels ou hétérosexuels, Canada, 2003 – 2005	11
Figure 9 :	Proportion de déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les adultes (15 ans et plus) classées dans la catégorie d'exposition des HARSAH, par année, de 1985 à 2011 (n = 20 326)	16

Figure 10 : Nombre total de déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans) avec une catégorie d'exposition connue, par rapport à la catégorie des HARSAH, de 2002 à 2011 (n = 12 966)	17
Figure 11 : Proportion (%) des cas de sida déclarés chez des hommes adultes (≥ 15 ans) attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH, 1979 – 2011 (n = 13 616).	18
Figure 12 : Répartition nationale des déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les adultes (≥ 15 ans) attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH, par province/territoire, de 1985 à 2011 (n = 20 326).	19
Figure 13 : Répartition nationale des déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les adultes (≥ 15 ans) attribués à la catégorie d'exposition des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et utilisant des drogues injectables, par province/territoire, de 1985 à 2011 (n = 876)	19
Figure 14 : Proportion et nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les adultes (≥ 15 ans) attribués aux catégories d'exposition des HARSAH et des HARSAH-UDI, dans chaque province et territoire de 1985 à 2011	19
Figure 15 : Nombre de tests VIH positifs déclarés attribués aux catégories d'exposition des HARSAH (n = 531) et des HARSAH-UDI (n = 23), par tranche d'âge, 2011.	20
Figure 16 : Proportion de cas de sida déclarés attribués aux catégories d'exposition des HARSAH (n = 13 616) et des HARSAH-UDI (n = 919), par tranche d'âge, 1979 – 2011	21
Figure 17 : Proportion des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans) selon l'origine raciale ou ethnique et par catégorie d'exposition, de 1998 à 2011 (n = 10 039).	22
Figure 18 : Prévalence (%) du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes qui ont participé à la phase 1 de l'enquête M-Track, de 2005 à 2007 (n = 3 309)	23
Figure 19 : Nombre estimé de nouvelles infections au VIH au Canada par année au fil du temps et par catégorie d'exposition (étendue d'incertitude omise)	25
Figure 20 : Hommes gais et bisexuels – Variables sélectionnées pour l'Ontario, l'Alberta, la Colombie-Britannique et les Territoires du Nord-Ouest, 2007 – 2008	45
Figure 21 : Socialisation au sein de la communauté gaie : fréquence de la participation à diverses activités sociales, Ontario, 2004	47
Figure 22 : Socialisation au sein de la communauté gaie : lieux de recherche de partenaires sexuels mâles en Ontario, 2004	48
Figure 23 : Distribution des organismes impliqués dans la lutte contre le VIH/sida chez les hommes gais et les autres HARSAH, par type d'organismes (n = 67)	79
Figure 24 : Distribution des projets axés sur les hommes gais et les autres HARSAH, par province (n = 135)	79
Figure 25 : Projets s'adressant aux hommes gais et aux autres HARSAH, par sujet	80

CHAPITRE 1 – INTRODUCTION

Le présent rapport d'étape de l'Agence de la santé publique du Canada se concentre sur le VIH/sida chez les hommes gais, les bisexuels, les bispirituels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) au Canada. Ces populations partagent des facteurs de risque et de résilience communs vis-à-vis du VIH. Néanmoins, le présent rapport reconnaît les identités distinctes des hommes gais, des bisexuels, des bispirituels et des hétérosexuels qui font partie de cette population, ainsi que la diversité des identités et des expériences associées à l'origine ethnique, à l'âge, au statut socioéconomique, à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre et à d'autres facteurs au sein de ces groupes. En particulier, le rapport reconnaît que les hommes ouvertement gais, bisexuels et bispirituels ont des identités uniques, forment des communautés distinctes au sein de l'ensemble de la société canadienne et ont des histoires communes en tant que communautés minoritaires au Canada. Les HARSAH qui ne se déclarent pas gais, bisexuels ou bispirituels ne partagent généralement pas ces identités, ces histoires et ces points de vue.

L'expression « HARSAH » correspond à une catégorie épidémiologique qui renvoie à une *voie de transmission* particulière du VIH. Par conséquent, l'expression englobe les hommes gais, les bisexuels, les bispirituels et les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Les experts membres du groupe de travail national, qui ont orienté la rédaction du présent rapport, ainsi que d'autres chercheurs, ont fait remarquer que l'utilisation de cette expression est problématique, car on peut considérer qu'elle masque les identités, les histoires et les communautés gaies, bisexuelles et bispirituelles en les réduisant à un ensemble de pratiques sexuelles. Le présent rapport fait état des limites de cette expression. En dehors des discussions épidémiologiques, cette expression n'est utilisée dans le présent rapport que pour souligner le fait que tous les HARSAH ne se déclarent pas gais, bisexuels ou bispirituels.

Le présent rapport résume les données probantes disponibles provenant de sources canadiennes au sujet des hommes gais, des bisexuels, des bispirituels et des autres HARSAH, notamment les renseignements suivants : les caractéristiques démographiques de cette population, le fardeau du VIH/sida pesant sur cette population, les facteurs qui influent sur la vulnérabilité et la résilience de

Une approche axée sur la santé de la population a pour point de mire l'amélioration de l'état de santé des populations. Les mesures en matière de santé sont orientées vers toute une population ou sous-population plutôt que vers des individus. La concentration des efforts sur la santé des populations a pour corollaire la réduction des inégalités notées dans l'état de santé de différents groupes démographiques. L'hypothèse sous-jacente d'une telle approche est que la réduction des inégalités en matière de santé repose sur celle des inégalités d'ordre matériel et social. [1]

cette population face au VIH/sida, et les initiatives de recherche et de lutte contre le VIH/sida au Canada. Le rapport adopte une approche axée sur la santé de la population, dans la lignée de l'approche de la santé publique adoptée par l'Agence de la santé publique du Canada dans ses efforts permanents pour protéger et promouvoir la santé des Canadiens. Une approche axée sur la santé de la population utilise des données probantes pour examiner comment les déterminants en dehors du secteur de la santé (c.-à-d. divers facteurs économiques et sociaux) affectent l'état de santé d'une personne. Le présent rapport accorde une attention particulière aux déterminants qui augmentent ou diminuent la vulnérabilité ou la susceptibilité à l'infection au VIH et au sida des hommes gais, des bisexuels, des bispirituels et des autres HARSAH. Le rapport examine également les déterminants qui contribuent à la résilience contre l'infection au VIH et le sida chez les hommes gais, les bisexuels, les bispirituels et les autres HARSAH.

Dans le présent rapport, les déterminants suivants sont examinés : le patrimoine biologique et génétique, le genre, le développement de la petite enfance, la culture, les réseaux de soutien social, le niveau de revenu et le statut social, les environnements sociaux et physiques, les services de santé, les habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles. En outre, le présent rapport prend en considération l'homophobie, l'hétérosexisme et la stigmatisation et la discrimination associées qui nuisent à la santé des hommes gais, des bisexuels, des bispirituels et des autres HARSAH.

Ces déterminants de la santé peuvent avoir une incidence sur la probabilité qu'un individu de pratiquer des comportements à risque, tels que les rapports sexuels non protégés ou l'utilisation de seringues contaminées, qui augmentent le risque de contracter une infection au VIH. Dans ce contexte, le risque n'est pas absolu, mais basé sur la probabilité; par conséquent, tout le monde ne subit pas de conséquences néfastes. (2) Le chapitre 4 aborde plus en détail la relation entre les déterminants de la santé, la vulnérabilité et la résilience.

Il convient de noter qu'une personne, un groupe ou une communauté peut surmonter les déterminants de la santé négatifs en adoptant des approches qui favorisent la résilience – c'est-à-dire des facteurs de protection qui atténuent le risque. Dans la préparation du présent rapport, le groupe de travail national a souligné l'importance de faire ressortir les sources et les exemples de résilience chez les hommes gais et les autres HARSAH qui vivent avec le VIH/sida ou qui risquent de le contracter. Le rapport intègre des preuves de résilience lorsque cela est possible.

1.1 MÉTHODOLOGIE

Pour le présent rapport, les auteurs se sont servis des deux types suivants de données probantes : les études approuvées par des pairs et la littérature grise,³ qui inclut des sources publiées et non publiées. Bien que le rapport mette l'accent sur les données publiées, il intègre également les voix d'hommes gais et d'autres HARSAH vivant avec le VIH/sida ou touchés par celui-ci, et ce, dans le chapitre 4 au moyen de citations personnelles. Ces témoignages sont fournis dans le but de mieux faire comprendre au lecteur les données probantes présentées.

Pour aider à l'élaboration du présent rapport, l'Agence de la santé publique du Canada a créé un groupe de travail composé de représentants des collectivités et des populations, de membres d'organisations non gouvernementales, de chercheurs et d'experts des politiques et des programmes. Le groupe de travail a agi en tant qu'organe consultatif et fourni des conseils et des commentaires tout au long du processus ainsi que sur les thèmes et les différentes versions du rapport.

³ Le terme « littérature grise » est employé ici pour désigner les documents qui n'ont pas été officiellement publiés, tels que les résumés de conférence, les thèses, les mémoires et les rapports de recherche d'organismes gouvernementaux ou à but non lucratif.

Les membres non gouvernementaux du groupe de travail ont été choisis à la suite d'une invitation ouverte, lancée à l'échelle nationale, d'après leurs connaissances personnelles et professionnelles des sujets rattachés au VIH/sida et aux hommes gais, aux bisexuels, aux bispírituels et aux autres HARSAH. Au groupe de travail participaient aussi des représentants des services concernés de l'Agence de la santé publique du Canada.

Pour chaque chapitre, la méthodologie utilisée a permis de faire la synthèse et le résumé des données probantes les plus récentes et pertinentes possible. Les données démographiques proviennent des sources disponibles, dont Statistique Canada. Les renseignements épidémiologiques et les données sur la surveillance ont été recueillis dans des rapports publiés par l'Agence de la santé publique du Canada et d'autres données publiées et non publiées. Les données et l'information sur la vulnérabilité ou la résilience au VIH/sida des hommes gais, des bisexuels, des bispírituels et des autres HARSAH proviennent de publications approuvées par des pairs et de la littérature grise. Les documents inclus dans le présent rapport répondaient aux critères suivants : avoir été publiés entre 2002 et 2011; traiter principalement des hommes gais, des bisexuels, des bispírituels ou des autres HARSAH au Canada; se rapporter à au moins un des déterminants de la santé liés au VIH ou au sida, ou traiter du VIH ou du sida dans le contexte de la prévention, des soins de santé, du traitement, du soutien ou du diagnostic pour les hommes gais, les bisexuels, les bispírituels ou les autres HARSAH; et être écrits en anglais ou en français. L'annexe A comprend également une liste des termes de recherche et les bases de données. De l'information supplémentaire a également été incluse pour donner le contexte ou combler les lacunes cernées par le Groupe de travail.

Les renseignements sur les travaux de recherche récents menés de 2006 à 2011 ont été recueillis auprès des organismes suivants : le Centre d'excellence en VIH/sida de la Colombie-Britannique, l'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV), la Fondation canadienne de recherche sur le sida (CANFAR), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le *Fonds de recherche du Québec – Société et culture* (FQRSC), la Fondation Michael Smith pour la recherche en santé, le Réseau ontarien de traitement du VIH (ROTV), et le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH). Dans le cadre des recherches dans la littérature et des discussions avec les membres du groupe de travail, il est apparu que, pour certains domaines de recherche,

aucune donnée probante de source canadienne n'avait pu être trouvée. Ces lacunes dans les connaissances ont été inscrites dans une liste des domaines devant faire l'objet de futures recherches au chapitre 5 du présent rapport.

Pour recueillir de l'information sur les réponses actuelles au VIH/sida chez les hommes gais et les autres HARSAH, y compris les projets d'une durée limitée, les réseaux, les coalitions, les comités, les stratégies et les initiatives politiques en place de 2006 à 2010, des modèles de collecte d'information ont été distribués aux représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux par l'intermédiaire du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida et des consultants du programme national et régional de l'Agence de la santé publique du Canada sur le VIH/sida. Les réponses reçues provenaient de tous les territoires et de toutes les provinces. Les projets financés par l'AIDS Prevention Community Investment Program du Bureau de santé publique de Toronto ont également été inclus dans l'analyse. Le groupe national d'experts a aussi fortement contribué à trouver d'autres réseaux, coalitions, stratégies et projets à inclure dans le rapport.

Il est de notoriété publique que de nombreux programmes et services de lutte contre le VIH/sida servent des hommes gais et des autres HARSAH en plus des autres populations clés ou parmi celles-ci. Toutefois, aux fins du présent rapport, seuls les projets de lutte contre le VIH/sida d'une durée limitée s'adressant explicitement aux hommes gais et aux autres HARSAH ont été inclus. De plus, le manque de temps et les contraintes méthodologiques empêchent de tenir compte de l'influence bien réelle des déterminants de la santé sur la vulnérabilité des hommes gais et des autres HARSAH au VIH/sida, de sorte que les chapitres 5 et 6 portent uniquement sur les projets consacrés au VIH/sida.

1.2 RÉFÉRENCES

- (1) Agence de la santé publique du Canada. Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population? [Internet]. Ottawa : Agence de la santé publique Canada; 2001. [Consulté en juin 2009]. Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/appr-fra.php>
- (2) Agence de la santé publique du Canada. Risque, vulnérabilité, résilience – Implications pour les systèmes de santé [Internet]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 1997. [Consulté en juin 2009]. Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/index-fra.php>

CHAPITRE 2 – PROFIL DÉMOGRAPHIQUE

Ce chapitre présente un aperçu des données existantes sur certaines caractéristiques démographiques des hommes gais, des bisexuels, des bispirituels et des autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) au Canada. Peu d'études ont examiné les caractéristiques démographiques des hommes gais et des autres HARSAH en dehors du contexte du VIH/sida. Par conséquent, il n'existe pas de données démographiques complètes.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, catégoriser les hommes gais, les bispirituels, les bisexuels et les autres HARSAH dans un seul groupe collectif est problématique, car leur seul point commun est un descripteur de comportement sexuel. Regrouper ces identités sous le terme « hommes gais » est tout aussi inexact, puisque ce terme renvoie à des significations culturelles et sociales auxquelles les bisexuels, les bispirituels et les autres HARSAH ne s'identifient pas. (1)

2.1 SOURCES DES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET PROBLÈMES MÉTHODOLOGIQUES

Les données utilisées dans ce chapitre proviennent en majorité d'une analyse de données personnalisées produite par Statistique Canada à partir de renseignements tirés des cycles 2007 et 2008 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes est une enquête transversale annuelle qui vise à recueillir des données sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les facteurs associés aux déterminants de la santé. Les réponses des hommes se déclarant gais ou bisexuels dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007 – 2008 ont été croisées avec un certain nombre de variables démographiques et socioéconomiques. Les résultats de ce recoupement des données, présentés ici, sont valables sur le plan statistique; néanmoins, la prudence est de rigueur dans leur interprétation, car ils représentent un petit échantillon composé exclusivement d'hommes se déclarant gais et bisexuels.

Ce chapitre s'appuie également sur le Recensement du Canada de 2006, qui demandait aux individus interrogés s'ils étaient membres d'un couple d'hommes gais. Le recensement de 2006 était le deuxième à inclure cette question (le premier était celui de 2001). Les données sur les mariages et les unions de fait entre personnes du même sexe, tirées de l'Enquête auprès des ménages de 2011, sont également incluses dans ce chapitre.

En outre, ce chapitre comprend des caractéristiques démographiques pertinentes provenant de plusieurs autres enquêtes réalisées auprès des hommes gais et des autres HARSAH, notamment :

- *Sexe au présent*, une enquête menée auprès de plus de 4 000 hommes en Colombie-Britannique en 2002 et 2004 (2)
- Le *Ontario Men's Survey*, une enquête réalisée auprès de plus de 5 000 hommes se déclarant gais et bisexuels dans 13 régions de l'Ontario en 2002 (3)
- La phase 1 de l'enquête M-Track, un système de surveillance améliorée du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les hommes gais, les bisexuels et les autres HARSAH au moyen d'enquêtes transversales menées périodiquement dans des centres partout au Canada entre 2005 et 2007 (4)

Bien que les conclusions de ces études ne soient pas représentatives de l'ensemble de la population, elles fournissent tout de même des renseignements démographiques utiles sur de vastes sous-groupes d'hommes gais et d'autres HARSAH.

Il est important de noter certaines différences clés entre les sources de données citées dans ce chapitre. L'étude *Sexe au présent* et l'analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes incluaient toutes deux des hommes se déclarant gais ou bisexuels. Tout homme se déclarant hétérosexuel était exclu de l'étude *Sexe au présent* (6) et de l'analyse de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. En revanche, le *Ontario Men's Survey* était effectué auprès d'hommes dans des lieux fréquentés par les hommes gais et les autres HARSAH (tels que les bars gais), mais incluait également des hommes se déclarant hétérosexuels. (7)

Par conséquent, ce chapitre fait référence aux populations telles qu'elles sont définies dans les études ou les enquêtes particulières dont proviennent les données.

Il existe plusieurs difficultés importantes à surmonter pour interpréter les données présentées ici. Tout d'abord, toute recherche concernant les hommes gais et les autres HARSAH nécessite que les individus soient disposés à se déclarer « gais » ou « bisexuels » et en mesure de le faire. Ceux qui en sont capables représentent un sous-ensemble de ces populations, et non tous les HARSAH.

Dans le même ordre d'idées, les études présentées dans ce chapitre s'appuient sur un ensemble de définitions de l'identité personnelle et du comportement sexuel qui peuvent se chevaucher ou aller au-delà des catégories principalement abordées dans le présent rapport. Certaines études n'incluent que les hommes qui se déclarent gais, homosexuels ou bisexuels, tandis que d'autres études incluent tous les HARSAH indépendamment de leur identité sexuelle personnelle. Par exemple, certains hommes peuvent se dire hétérosexuels, mais avoir des relations sexuelles avec des hommes. Dans un aperçu des estimations de la population de personnes gaies et lesbiennes aux États-Unis, Black *et al.* décrivent une variation importante des réponses, selon que la question posée portait sur le comportement sexuel ou sur l'identité sexuelle des personnes interrogées en tant que gais ou lesbiennes. Dans tous les échantillons examinés, les répondants étaient beaucoup plus susceptibles de signaler des comportements sexuels avec des personnes du même sexe que de se déclarer gais ou bisexuels. (5)

En outre, les concepts d'identité sexuelle régnants de manière générale au Canada peuvent ne pas être partagés par les cultures non occidentales. (6) En conséquence, il est possible que certains hommes issus de minorités ethnoculturelles n'appartenant pas à la culture occidentale qui ont des relations sexuelles avec des hommes ne s'identifient pas aux termes « gai » ou « bisexuel ».

La stigmatisation et la discrimination dont est victime cette population peuvent constituer un autre facteur empêchant certaines personnes de se déclarer gaies ou d'admettre avoir des relations sexuelles avec des personnes du même sexe. Ces facteurs sont abordés plus en profondeur au titre de déterminants de la santé dans le chapitre 4.

2.2 TAILLE DE LA POPULATION

Il est difficile de bien comprendre l'incidence du VIH/sida chez les hommes gais, bisexuels, bispirituels et les autres HARSAH en raison de l'absence d'estimation fiable de la taille de cette population. Il n'existe pas de données d'enquête représentatives à l'échelle nationale sur le nombre d'hommes gais, bisexuels, bispirituels ou d'autres HARSAH au Canada. Par conséquent, le nombre total d'hommes gais, bisexuels, bispirituels et d'autres HARSAH est inconnu.

En recoupant les données personnalisées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007 – 2008, on a estimé qu'il y a plus de 190 000 hommes se déclarant gais ou bisexuels au Canada, ce qui représente environ 1 % de la population masculine totale. (7) Cependant, les enquêtes menées à différents endroits et dans différents contextes ont produit des estimations variables de la population gaie, lesbienne et bisexuelle, ce qui porte à croire qu'il peut s'agir d'une sous-estimation.

Un examen de 46 études internationales visant à estimer la taille de la population gaie, lesbienne et bisexuelle semble indiquer une proportion médiane de 5 %, pour des estimations allant de 37 % de la population, pour la plus élevée, à 0,2 % de la population, pour la plus basse. (8) Une étude réalisée en 1998 sur un échantillon aléatoire stratifié de 750 hommes résidant à Calgary et âgés de 18 à 27 ans a constaté que 15,3 % des hommes « déclaraient être gais dans une certaine mesure » sur la base de trois mesures (se recoupant souvent) : hommes ayant eu des contacts sexuels volontaires avec des personnes du même sexe entre 12 ans et 27 ans (14 %); hommes se déclarant gais (5,9 %) et/ou bisexuels (6,1 %), ces deux critères se recoupant (11,1 % au total); et hommes ayant eu des relations sexuelles exclusives (4,3 %) et non exclusives (4,9 %) avec des personnes du même sexe au cours des six derniers mois (9,2 %). (9) Une autre étude, le *BC Adolescent Health Survey* (enquête réalisée périodiquement auprès des jeunes dans les écoles secondaires de Colombie-Britannique), a conclu uniformément qu'environ 2 % des jeunes hommes se déclaraient gais ou bisexuels. (10)

2.3 LIEU DE RÉSIDENCE AU CANADA

Les données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007 – 2008 semblent indiquer que, comme l'ensemble de la population canadienne, les hommes se déclarant gais ou bisexuels résident en majorité au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique (figure 1).

Ces chiffres viennent étayer une hypothèse courante selon laquelle les hommes se déclarant ou ouvertement gais et bisexuels sont plus susceptibles de vivre (ou de se déclarer) dans les trois provinces les plus peuplées où se trouvent les plus grandes villes. Les principales études de recherche sur les hommes se déclarant gais et les autres HARSAH sont, en grande partie, essentiellement basées à Toronto, à Montréal et à Vancouver (2;3;11), à cause de la population importante d'hommes ouvertement gais ou bisexuels.

2.4 ÂGE

Les données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007 – 2008 semblent indiquer que les hommes gais et les bisexuels de sexe masculin sont répartis de façon égale entre toutes les tranches d'âge chez les adultes (figure 2). (7)

Ce résultat concorde avec le profil sociodémographique des participants à la phase 1 de l'enquête M-Track⁵ et avec celui des participants à d'autres études portant sur les hommes gais et les autres HARSAH au Canada. (2;12) La majorité des hommes ayant répondu à l'enquête M-Track étaient âgés de 30 à 49 ans (54 %) et une moindre proportion avait entre 15 et 29 ans (26 %) ou plus de 50 ans (20 %). L'âge moyen et l'âge médian de tous les participants à l'enquête M-Track étaient de 39 ans (13), ce qui est similaire à l'âge médian de tous les hommes canadiens en 2006 (38,6 ans). (14)

FIGURE 1 : Province de résidence des hommes adultes se déclarant gais ou bisexuels, Canada, 2007 – 2008

PROVINCE DE RÉSIDENCE DES RÉPONDANTS – GROUPE ^a	PROPORTION DE LA POPULATION MASCULINE GAIE ET BISEXUELLE TOTALE PAR PROVINCE	PROPORTION DE LA POPULATION MASCULINE TOTALE PAR PROVINCE (2007) ⁴
Total	100 % (194 470)	100 % (16 332 277)
Provinces de l'est (Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick) ^a	b	6,98 % (1 141 207)
Québec	31,8 %	23,3 % (3 802 072)
Ontario	33,1 %	38,7 % (6 315 790)
Provinces des Prairies (Manitoba, Saskatchewan et Alberta) ^a	13,9 %	17,4 % (2 847 550)
Colombie-Britannique	14,3 %	13,3 % (2 172 191)
Territoires ⁵	c	0,3 % (53 467)

Source : ESCC, 2007 – 2008 (7)

^a Catégories regroupées afin de fournir des données plus fiables.

^b Supprimé afin de respecter les exigences de confidentialité de la *Loi sur la statistique*.

^c Données pas assez fiables pour être publiées.⁴

⁴ Calcul effectué d'après le tableau sommaire « Population, selon l'état matrimonial et le sexe, par province et territoire » de Statistique Canada (<http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/famil01d-fra.htm>).

⁵ M-Track est le système national de surveillance du VIH de deuxième génération chez les hommes gais, les bisexuels et les autres HARSAH au Canada. Plus de 4 500 hommes ont participé à M-Track entre 2005 et 2007 (phase 1).

FIGURE 2 : Tranche d'âge des hommes se déclarant gais ou bisexuels, Canada, 2007 – 2008

TRANCHES D'ÂGE	GAIS ET BISEXUELS
De 18 à 24 ans	15,4 %
De 25 à 31 ans	16,2 %
De 32 à 38 ans	15,2 % ^a
De 39 à 45 ans	22 %
De 46 à 52 ans	17 %
53 ans et plus	14 %

Source : ESCC, 2007 – 2008 (7)

^a À utiliser avec prudence.

2.5 ORIGINE ETHNOCULTURELLE

La majorité des hommes gais, des bisexuels et des autres HARSAH interrogés dans diverses études canadiennes se disent blancs. (2;3;13;15)

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007 – 2008 a également montré que les gais et les bisexuels de sexe masculin étaient plus susceptibles d'être nés au Canada (82,4 %) par rapport à la population masculine totale (75 %) et de se déclarer blancs (86,6 %) par rapport à la population masculine totale (77,8 %). De la même façon, la majorité des participants à l'enquête M-Track se considéraient le plus fortement comme Nord-Américains (72,4 %). (13) Cette observation peut indiquer un biais de déclaration, à savoir que les hommes blancs peuvent être plus susceptibles de se déclarer gais ou bisexuels que les hommes issus d'autres groupes ethnoculturels. Ce point sera abordé plus en détail dans le chapitre 4.

En raison des faibles chiffres, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007 – 2008 n'a pas produit de données fiables sur les caractéristiques ethniques des hommes gais et des bisexuels qui n'étaient pas blancs, à l'exception des 4,2 % qui se sont déclarés Autochtones. (7) Selon l'enquête M-Track, 2,8 % des participants se sont le plus fortement identifiés aux Autochtones et 6 % de l'échantillon ont déclaré avoir des ancêtres autochtones. À Winnipeg, près de la moitié des participants à l'enquête M-Track ont répondu être des Autochtones (49,4 %). Parmi les autres origines ethniques les plus fréquemment signalées par les participants à l'enquête M-Track figuraient l'Asie de l'est et du sud-est

(4,2 %), l'Europe du sud (3,4 %), l'Amérique latine (3,4 %), les îles Britanniques (3,3 %) et l'Afrique et les Caraïbes (2,6 %), avec des variations entre les sites sentinelles. (13)

L'étude *Sexe au présent* (2006) a déterminé la composition ethnoculturelle suivante dans un échantillon de 2 197 hommes gais à Vancouver : moins de 1 % de l'échantillon se déclarait originaire d'Afrique, des Caraïbes, du Moyen-Orient, des îles du Pacifique ou de l'Asie du Sud; 2,4 % se déclaraient Autochtones; 3,6 % se disaient originaires d'Amérique latine ou hispaniques; 9,5 % se déclaraient Asiatiques; et 73,8 % se déclaraient blancs (7,0 % avaient répondu « autre »). (2)

Le *Ontario Men's Survey* (2004), qui portait sur les HARSAH de tout l'Ontario, comptait 83,9 % d'hommes blancs et 16,1 % d'hommes non blancs. Dans le sous-échantillon de Toronto, 75,6 % se déclaraient blancs et 24,4 % se disaient d'une autre origine. (12)

Cette proportion plus importante de minorités ethnoculturelles représentées parmi les hommes se déclarant gais ou bisexuels à Vancouver (2) et à Toronto (12) concorde largement avec la différence, en ce qui concerne les caractéristiques démographiques de la population totale, entre l'ensemble du Canada (16,2 % de minorités visibles) et les villes de Vancouver (24,8 % de minorités visibles) et de Toronto (46,9 % de minorités visibles). (16) Ces facteurs seront abordés plus en profondeur dans le chapitre 4.

2.6 ÉDUCATION ET REVENU

Le niveau d'études de l'ensemble de la population masculine au Canada est généralement élevé (tableau 3, colonne de droite). Les données du Recensement de 2006 indiquent que 44,8 % des hommes âgés de 25 à 64 ans ont obtenu un diplôme collégial ou universitaire. (17)

D'après les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007 – 2008, les hommes se déclarant gais et bisexuels ont généralement un niveau d'étude plus élevé que les hommes se déclarant hétérosexuels (figure 3). (7) La différence entre le niveau d'études signalé par les hommes se déclarant gais ou bisexuels et celui des hommes hétérosexuels est statistiquement significative, même si l'écart n'est pas important.

FIGURE 3 : Niveau d'études déclaré par les hommes adultes, Canada, 2007 – 2008

NIVEAU D'ÉTUDES	GAIS ET BISEXUELS	POPULATION MASCULINE TOTALE
Diplôme d'études secondaires	95,9 %	90,5 %
Diplôme/certificat – collège/CEGEP	27,9 %	25,0 %
Baccalauréat	25,4 %	21,0 %
Diplôme universitaire ou certificat supérieur au baccalauréat	14,4 %	11,5 %

Source : ESCC, 2007 – 2008 (7)

De même, des études transversales sur les hommes gais et les autres HARSAH au Canada ont permis de constater que les hommes gais ont généralement un niveau d'études supérieur à celui de tous les hommes canadiens âgés de 25 à 64 ans. (2;3;18) De plus, environ 60 % des hommes de l'échantillon de l'enquête M-Track avaient obtenu au moins un diplôme collégial ou universitaire. (13)

Il est important de noter que ces données reflètent les réponses des hommes se déclarant gais et bisexuels et que, de ce fait, les conclusions peuvent ne pas être représentatives de tous les membres de ces populations.

En ce qui concerne le revenu, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007 – 2008 ont montré que le revenu des hommes se déclarant gais et bisexuels était similaire à celui des hommes se déclarant hétérosexuels. Parmi ceux qui ont répondu à la question, 22,1 % des hommes gais et bisexuels ont signalé qu'ils gagnaient moins de 20 000 \$ par an, par rapport à 20,8 % de la population masculine totale. De la même façon, 36,6 % des hommes gais et bisexuels ont signalé qu'ils gagnaient moins de 40 000 \$ par an, par rapport à 33,2 % de la population masculine totale. Parmi les hommes gais et bisexuels qui ont signalé qu'ils gagnaient 40 000 \$ ou plus (figure 4), la plus grande partie dans cette tranche de revenu (27,2 %) gagnait entre 60 000 \$ et 80 000 \$ par an, tandis que 14,2 % gagnaient 100 000 \$ ou plus par an. (7)

De même, un tiers environ des participants à l'enquête M-Track ont déclaré un revenu personnel annuel de 50 000 \$ ou plus, et 20 % gagnaient plus de 60 000 \$ par an. Toutefois, plus de 10 % des hommes ont déclaré avoir un revenu personnel annuel de 10 000 \$ ou moins ou n'avoir aucun revenu. (13) De manière générale, le revenu personnel des répondants à l'enquête M-Track augmentait avec l'âge et le niveau d'études. (13)

FIGURE 4 : Niveau de revenu des hommes gais et des bisexuels et dans la population masculine totale gagnant 40 000 \$ ou plus par an, Canada, 2007 – 2008

REVENU	GAIS ET BISEXUELS	POPULATION MASCULINE TOTALE
De 40 000 \$ à moins de 50 000 \$	22,2 %	23,8 %
De 50 000 \$ à moins de 60 000 \$	22,8 %	19,3 %
De 60 000 \$ à moins de 80 000 \$	27,2 %	27,2 %
De 80 000 \$ à moins de 100 000 \$	13,5 % ^a	12,2 %
100 000 \$ ou plus	14,2 % ^a	17,5 %

Source : (7)

^a À utiliser avec prudence.

2.7 SITUATION FAMILIALE

Le Recensement de 2011 comptait 64 575 couples de même sexe (hommes ou femmes) (mariés et en union libre), soit une hausse de 42,4 % par rapport à 2006. Parmi eux, 21 015 étaient des couples mariés, ce qui représente approximativement 0,33 % de tous les couples mariés, près du triple des mariages de même sexe en 2006. Le Recensement comptait 43 560 couples de même sexe en union libre, ce qui représente approximativement 2,78 % de tous les couples en union libre. (23) Les couples de même sexe masculins représentaient 54,5 % de tous les couples de même sexe.

FIGURE 5 : Proportion des couples de même sexe masculin par province et territoire, Canada, données de 2011

PROVINCE	NOMBRE DE COUPLES	PROPORTION
Canada	70 390	100 %
Terre-Neuve-et-Labrador	465	0,66 %
Île-du-Prince-Édouard	175	0,25 %
Nouvelle-Écosse	1 645	2,34 %
Nouveau-Brunswick	1 120	1,59 %
Québec	20 825	29,59 %
Ontario	25 430	36,13 %
Manitoba	1 385	1,97 %
Saskatchewan	1 075	1,53 %
Alberta	7 655	10,88 %
Colombie-Britannique	10 500	14,92 %
Territoire du Yukon ^a	40	0,06 %
Territoires du Nord-Ouest ^b	60	0,09 %
Nunavut ^c	10	0,01 %

Source : (24). Les données pour le Canada, le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique excluent les données de recensement pour un ou plusieurs établissements ou réserves indiens n'ayant pas pu être complètement recensés.

^a Indice de la qualité des données présentant un taux global de non-réponse supérieur ou égal à 5 %, mais inférieur à 10 %.

^b Indice de la qualité des données présentant un taux global de non-réponse supérieur ou égal à 5 %, mais inférieur à 10 %.

^c Indice de la qualité des données présentant un taux global de non-réponse supérieur ou égal à 10 %, mais inférieur à 25 %.

L'incroyable augmentation du nombre de mariages de même sexe entre 2006 et 2011 n'est pas surprenante, étant donné qu'il s'agissait de la première période de cinq années continues au cours de laquelle le mariage entre personnes de même sexe était légal au Canada, après sa légalisation dans tout le Canada en 2005. Alors que 16,5 % des couples de même sexe étaient mariés en 2006, cette part a presque doublé pour atteindre 32,5 % en 2011.

Même si la répartition des couples de même sexe par province et territoire était identique à celles des couples de sexe opposé, les couples de même sexe étaient plus susceptibles de vivre dans les plus grandes régions métropolitaines de recensement. En 2011, 45,6 % (une baisse de 50 % par rapport à 2006) de tous les couples de même sexe vivaient à Toronto, à Montréal et à Vancouver, par rapport à 33,4 % des couples de sexe opposé.

Les partenaires du même sexe étaient relativement jeunes, avec 25,3 % âgés de 15 à 34 ans par rapport à 17,5 % des personnes dans des relations de sexes opposés, et seulement 6,2 % âgés de 65 ans et plus, par rapport à 17,8 % des personnes dans des relations de sexes opposés.

En 2011, environ 3,4 % des couples de même sexe masculin avaient des enfants qui vivaient avec eux; un taux cinq fois inférieur aux couples de même sexe féminin (16,5 %). (23)

2.8 ÉTAT DE SANTÉ

Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes⁶ de 2003 et de 2005 a montré que les hommes se déclarant gais ou bisexuels présentaient le même état de santé général que les hétérosexuels, mais signalaient plus de conditions chroniques (figure 6). (22) Il convient de noter que les hommes gais et les bisexuels de cet échantillon étaient plus âgés que les hommes de l'échantillon hétérosexuel et, par conséquent, on ne sait pas exactement dans quelle mesure l'âge joue un rôle dans ces différences quant à l'état de santé déclaré par les personnes interrogées.

⁶ Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007 – 2008 ont été utilisées lorsqu'elles étaient disponibles.

FIGURE 6 : Indicateurs de santé physique chez les hommes se déclarant gais, bisexuels ou hétérosexuels, Canada, 2008

État de santé général perçu	HOMMES		
	Gais	Bisexuels	Hétérosexuels
	%	%	%
Excellent ou très bon	65,4	57,1	63,9
Bon	26,0	30,9	28,5
Passable ou mauvais	8,5	12,0 ^a	7,7
Conditions chroniques			
Aucune	42,1 ^a	49,6	50,5
Une	28,9	25,5	27,9
Deux	17,5 ^a	13,6	12,6
Trois ou plus	11,5 ^a	11,3	9,0
Jour d'invalidité au cours des deux dernières semaines (physique)			
	17,9 ^a	11,7	13,6

^a Différence significative par rapport à l'estimation pour la population hétérosexuelle du même sexe ($p < 0,05$).

Source : (22)

La même étude a indiqué que « les hommes gais et bisexuels sont plus susceptibles que les hétérosexuels de trouver la vie stressante ». Les hommes se déclarant gais présentaient le même niveau de santé mentale perçue que les hétérosexuels, mais signalaient plus de troubles de l'humeur et de l'anxiété et prenaient plus souvent des « jours d'invalidité » (figure 7). Un plus grand nombre d'hommes se déclarant bisexuels considéraient que leur santé mentale était « passable ou mauvaise », comparativement aux hommes gais et aux hétérosexuels. En ce qui concerne les indicateurs de santé, les hommes bisexuels, tout comme les hommes gais, signalaient plus de troubles de l'humeur et de l'anxiété et avaient pris plus de « jours d'invalidité » pour raison mentale au cours des deux dernières semaines que les hétérosexuels. (22) Ces problèmes seront abordés plus en profondeur dans le chapitre 4.

Les hommes gais et les bisexuels ont déclaré avoir eu plus de besoins de santé insatisfaits au cours des 12 derniers mois que les hommes hétérosexuels. Néanmoins, les hommes se déclarant gais et bisexuels étaient plus susceptibles que les hommes hétérosexuels d'avoir recours à un large éventail de fournisseurs de soins de santé, aussi bien en médecine traditionnelle qu'en médecine non conventionnelle (figure 8). (22) L'étude a examiné la question de savoir si les hommes gais et les bisexuels consultaient des praticiens de la santé à cause d'une prévalence plus élevée des problèmes de santé et a déterminé que, lors des visites de contrôle pour déceler d'éventuels problèmes de santé, les hommes gais et les bisexuels étaient toujours plus susceptibles de consulter un large éventail de professionnels de la santé que les hommes hétérosexuels. (22)

FIGURE 7 : Indicateurs de santé mentale chez les hommes se déclarant gais, bisexuels ou hétérosexuels, Canada, 2008

État de santé mentale perçu	HOMMES		
	Gais	Bisexuels	Hétérosexuels
	%	%	%
Excellent ou très bon	73,8	66,7 ^a	75,4
Bon	20,5	23,9	20,3
Passable ou mauvais	5,7	9,4 ^{a,b}	4,3
Type de trouble			
Trouble de l'humeur	11,1 ^a	11,4 ^{a,b}	4,0
Trouble de l'anxiété	8,5 ^a	10,1 ^{a,b}	3,0
Jour d'invalidité au cours des deux dernières semaines (mental)			
	3,0 ^{a,b}	5,5 ^{a,b}	1,2

^a Différence significative par rapport à l'estimation pour la population hétérosexuelle du même sexe ($p < 0,05$).

^b À utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %).

Source : (22)

FIGURE 8 : Recours à des fournisseurs de soins de santé chez les hommes se déclarant gais, bisexuels ou hétérosexuels, Canada, 2003 – 2005

Consultation au cours des 12 derniers mois	HOMMES		
	Gais	Bisexuels	Hétérosexuels
	%	%	%
Médecin de famille ou omnipraticien	74,8 ^a	72,1	69,2
Médecin spécialiste	29,4 ^a	22,8	19,0
Infirmière	14,7 ^a	11,1	8,4
Travailleur social ou conseiller	6,8 ^{a,b}	9,3 ^{a,b}	3,5
Psychologue	7,7 ^a	5,8 ^{a,b}	2,5
Intervenant en médecine non conventionnelle	20,3 ^a	13,4 ^b	11,0
Groupe d'entraide	3,7 ^a	4,5 ^{a,b}	2,1
Pas de médecin régulier	22,2	26,2	21,9
Besoins insatisfaits en matière de soins de santé au cours des 12 derniers mois	14,2^a	17,8^a	10,9

^a Différence significative par rapport à l'estimation pour la population hétérosexuelle du même sexe ($p < 0,05$).

^b À utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %).

Remarque : Les valeurs manquantes ont été exclues.

Source : (22)

2.9 RÉFÉRENCES

- (1) Tooley, L. Changement de cap pour la santé des gais et la prévention du VIH au Canada – Dialogue délibératif pancanadien 2010. Toronto : Réseau canadien d'info-traitements sida; 2010.
- (2) Trussler T, Marchand R, Gilbert M. Sex Now, Numbers Rising: Challenges for Gay Men's Health. Report. Vancouver, BC: Community-Based Research Centre; 2006.
- (3) Myers T, Allman D, Calzavara L, Maxwell J, Remis R, Swantee C. Ontario Men's Survey: Final Report. Toronto: University of Toronto; 2004.
- (4) Agence de la santé publique du Canada. M-track : Surveillance améliorée de l'infection au VIH, des infections transmissibles sexuellement et par le sang et des comportements à risque associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada. Rapport de la phase 1. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada; 2011.
- (5) Black D, Gates G, Sanders S, Taylor L. Demographics of the gay and lesbian population in the United States: evidence from available systematic data sources. *Demography* 2000;37(2):139-54.
- (6) Chan C. Issues of sexual identity in an ethnic minority: the case of Chinese American lesbians, gay men, and bisexual people. In: D'Augelli AR, Patterson CJ, editors. *Lesbian, bisexual and gay identities over the lifespan: psychological perspectives*. New York: Oxford University Press; 1995. p.87-101.
- (7) Statistique Canada. Totalisation spéciale – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007 – 2008 [rapport inédit]. Ottawa : Statistique Canada; 2011.
- (8) Banks C. The Cost of Homophobia: Literature Review on the Human Impact of Homophobia on Canada. Saskatoon: Community-University Institute for Social Research, University of Saskatchewan; 2003.
- (9) Bagley C, Tremblay P. On the prevalence of homosexuality and bisexuality, in a random community survey of 750 men aged 18 to 27. *Journal of Homosexuality* 1998; 36(2):1-18.
- (10) Saewyc E, Poon C, Wang N, Homma Y, Smith A. Not yet equal: the health of lesbian, gay and bisexual youth in BC. Vancouver, B.C.: McCreary Centre Society; 2007.
- (11) Dufour A, Alary M, Otis J, Remis R, Masse B, Turmel B, et al. Risk behaviours and HIV infection among men having sexual relations with men: baseline characteristics of participants in the Omega Cohort Study, Montreal, Quebec, Canada. *Ottawa: Canadian Journal of Public Health* 2000; 91(5):345-9.
- (12) Myers T, Allman D, Calzavara L, Maxwell J, Remis R, Swantee C. Ontario Men's Survey, Final Report. Toronto: University of Toronto; 2004.
- (13) Agence de la santé publique du Canada. M-Track : Surveillance améliorée des hommes homosexuels, bisexuels et autres hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, Phase 1 (2005 – 2007). Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2010.
- (14) Statistique Canada. Âge et sexe, âge médian selon le sexe et les ratios de groupes d'âge pour les personnes de sexe masculin, pour le Canada, les provinces et les territoires [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2010. [Consulté en 2011]. Accès : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/hlt/97-551/pages/Page.cfm?Lang=F&Geo=P&R&Code=01&Table=2&Data=Count&Sex=2&StartRec=1&Sort=2&Display=Page>
- (15) Statistique Canada. Portrait ethnoculturel du Canada – Faits saillants en tableaux, Recensement de 2006 [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2011. [Consulté en 2011]. Accès : http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/hlt/97-562/sel_prov.cfm?Lang=F&Geo=CMA&Table=1
- (16) Statistique Canada. Portrait ethnoculturel du Canada – Faits saillants en tableaux, Recensement de 2006 [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2011. [Consulté en 2011]. Accès : http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/hlt/97-562/sel_prov.cfm?Lang=F&Geo=CMA&Table=1

- (17) Statistique Canada. Plus haut niveau de scolarité atteint pour la population âgée de 25 à 64 ans, répartition en pourcentage pour les personnes de sexe masculin, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %). Scolarité – Tableau de données [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2011. [Consulté en 2011]. Accès : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/hlt/97-560/pages/page.cfm?Lang=F&Geo=PR&Code=01&Table=1&Data=Dist&Sex=2&StartRec=1&Sort=2&Display=Page>
- (18) Trussler T, Gilbert M, Marchand R, Moulton G, Ogilvie G, Rekart M. Pressured Into It: Social Influences On HIV Risk Among British Columbia's Gay Men. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 2006;17(SA):58A.
- (19) Statistique Canada. Renseignements du Recensement de 2006 sur les couples de même sexe mariés et en union libre [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2007. [Consulté en 2011]. Accès : http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/ref/info/same_sex-meme_sexe-fra.cfm
- (20) Statistique Canada. La fierté gaie... en chiffres [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2010. [Consulté en 2011]. Accès : http://www42.statcan.gc.ca/smr08/2011/smr08_158_2011-fra.htm
- (21) Statistique Canada. Couples de même sexe selon le genre d'union (mariés, en union libre) et le sexe, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %). Familles et ménages – Faits saillants en tableaux [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2010. [Consulté en 2011]. Accès : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/hlt/97-553/index.cfm?Lang=F>
- (22) Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Le Quotidien [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 18 juin 2008. [Consulté en 2011]. Accès : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/080618/dq080618a-fra.htm>
- (23) Statistique Canada. Portrait des familles et situation des particuliers dans les ménages au Canada : Familles, ménages et état matrimonial, Recensement de la population de 2011. Ottawa : Statistique Canada; 2012. Accès : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011001-fra.cfm>
- (24) Statistique Canada. Situation conjugale et situation de sexe opposé ou de même sexe, sexe et groupes d'âge pour les personnes vivant en couple dans les ménages privés du Canada, provinces, territoires et régions métropolitaines de recensement, Recensement de 2011. Ottawa : Statistique Canada; 2012. Accès : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/tbt-tt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=1098904&GK=1&GRP=1&O=D&PID=102574&PRID=0&PTYPE=101955&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2011&THEME=89&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>

CHAPITRE 3 – ÉTAT DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH/ SIDA CHEZ LES HOMMES GAIS, BISEXUELS, BISPIRITUELS ET AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES

3.1 INTRODUCTION

Ce chapitre résume les données épidémiologiques les plus récentes sur le VIH/sida chez les hommes gais, bisexuels, bispirituels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) au Canada. Il débute par une description générale de l'épidémiologie des cas de VIH/sida attribuables à la catégorie d'exposition chez les HARSAH au Canada, élaborée à partir de données de la surveillance de routine du VIH et du sida, des conclusions de la phase 1 de l'enquête M-Track⁷ et de données provenant des dernières estimations nationales sur le VIH au Canada. Des données spécifiques relatives au VIH/sida chez les HARSAH qui consomment des drogues injectables, des données géographiques et ethniques sur la répartition du VIH/sida chez les HARSAH, et des données sur la souche virale du VIH et sa résistance aux médicaments sont également présentées. En conclusion du chapitre, les co-infections par le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les HARSAH sont rapidement abordées.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, le terme épidémiologique « HARSAH » est utilisé dans ce chapitre pour désigner une voie de transmission particulière du VIH. Étant donné que ce chapitre se concentre sur l'épidémiologie de l'infection au VIH, « HARSAH » est le principal terme employé par souci de cohérence avec les sources initiales des données, qui examinent des comportements plutôt qu'une identité personnelle. Cependant, les termes utilisés dans les sources initiales des données sont conservés par souci d'exactitude (par exemple, M-Track est une enquête portant sur les

hommes gais, les bisexuels et les autres HARSAH); par conséquent, la terminologie employée dans ce chapitre peut changer en fonction de la source des données.

3.1.1 TYPES DE DONNÉES DE SURVEILLANCE

L'Agence de la santé publique du Canada utilise les trois principaux types de données épidémiologiques suivants pour surveiller les infections au VIH et les cas de sida au Canada : la surveillance de routine, la surveillance améliorée (données d'enquête comportementales et biologiques) et les estimations mathématiques. Chaque type de données présente des avantages et des inconvénients. Une approche complémentaire est donc adoptée pour dresser un tableau plus complet de l'épidémiologie du VIH/sida au Canada.

L'Agence de la santé publique du Canada collecte et analyse des données de surveillance de routine sur les tests VIH positifs et les cas de sida enregistrés au Canada. Des données de surveillance de routine, constituées des tests VIH positifs et des cas de sida déclarés, sont fournies volontairement à l'Agence de la santé publique du Canada par les provinces et les territoires. Des données sur les décès associés au sida sont également recueillies. Si un ensemble minimum de renseignements est fourni pour chaque test VIH positif et chaque cas de sida – en général, l'âge et le sexe –, la quantité de données supplémentaires fournies varie, car toutes les provinces ne déclarent pas le pays de naissance, l'origine ethnique et la catégorie d'exposition.

La plupart des tests VIH positifs et des cas de sida comprennent un ou plusieurs facteurs de risque déclarés,

⁷ M-Track est un système national de surveillance améliorée du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les HARSAH au Canada.

tels que les relations sexuelles avec un homme, les relations sexuelles avec une femme, l'usage de drogues injectables ou la réception d'une transfusion sanguine. Aux fins de la production de rapports nationaux, les tests VIH positifs et les cas de sida déclarés sont classés dans une seule catégorie d'exposition déterminée en fonction des facteurs de risque indiqués.

Les données de la surveillance de routine sont sujettes à plusieurs limites, notamment les retards de déclaration, la sous-déclaration, les renseignements manquants et les infections au VIH non diagnostiquées. De ce fait, les données de la surveillance de routine minimisent l'ampleur de l'épidémie de VIH et, par conséquent, ne représentent pas l'incidence et la prévalence totales du VIH au Canada. En particulier, les renseignements nationaux sur les catégories d'exposition des personnes séropositives pour le VIH ne sont pas disponibles à l'échelle nationale pour le Québec et sont incomplets pour d'autres régions. Malgré ces limites, les données de surveillance de routine donnent des renseignements importants sur l'impact du VIH/sida chez les hommes gais, les bisexuels, les bispírituels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

L'Agence de la santé publique du Canada surveille également les tendances de la prévalence du VIH et les comportements à risque qui y sont associés dans certaines populations vulnérables clés au Canada au moyen de systèmes de surveillance améliorée (comportementale et biologique). La surveillance améliorée du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang combine la surveillance comportementale et biologique pour aider à expliquer les changements dans l'incidence et la prévalence du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang dans ces populations particulières. L'objectif de ces systèmes de surveillance améliorée du VIH (appelés systèmes « Track ») consiste à décrire l'évolution de la prévalence du VIH, des comportements à risque et des tendances en matière de dépistage du VIH, du virus de l'hépatite C (VHC) et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang dans chacune des populations. L'Agence de la santé publique du Canada a mis en œuvre un système de surveillance améliorée qui se concentre sur les utilisateurs de drogues injectables,

appelé I-Track⁸, et un autre ciblant les hommes gais, les bisexuels et les autres HARSAH, appelé M-Track⁹. Un système de surveillance améliorée qui se concentre sur les Autochtones au Canada, appelé A-Track, est actuellement en phase pilote.

M-Track a été mis en œuvre pour la première fois en 2005. Il s'appuie sur les efforts locaux réalisés auparavant et se concentre sur les hommes gais, les bisexuels, les bispírituels et les autres HARSAH. M-Track a pour but de surveiller les tendances de l'infection au VIH, à VHC et de la syphilis chez HARSAH, et surveiller les changements dans les comportements associés à l'acquisition et à la transmission de ces infections. (3)

Les données disponibles grâce à la surveillance de routine et améliorée sont complétées par la modélisation statistique (c.-à-d. l'estimation), qui est utilisée pour estimer le nombre d'infections au VIH au Canada. L'Agence de la santé publique du Canada estime la prévalence et l'incidence du VIH au moyen de méthodologies statistiques combinées tous les trois ans environ. L'Agence de la santé publique du Canada est également responsable de déclarer les estimations canadiennes de l'incidence et de la prévalence nationales du VIH à ONUSIDA. (4)

Enfin, le Programme canadien de surveillance des souches et de la résistance aux médicaments ayant trait au VIH surveille la répartition des sous types du VIH et la pharmacorésistance du VIH transmise chez les personnes recevant un nouveau diagnostic d'infection au VIH au Canada. Ce type de données est utilisé pour détecter différents sous-types du VIH circulant au Canada, donner des renseignements sur le développement de vaccins et les lignes directrices de traitement à l'échelle de la population, et contribue à notre compréhension de la transmission du VIH, à la pathogenèse et à l'évolution des maladies liées au VIH. (5)

⁸ Pour obtenir de plus amples renseignements sur I-Track : <http://www.phac-aspc.gc.ca/i-track/index-fra.php>.

⁹ Pour obtenir de plus amples renseignements sur M-Track : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/about/mtrack-fra.php>.

3.2 APERÇU DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH/ SIDA CHEZ LES HARSAH AU CANADA

Les hommes gais, bisexuels, bispirituels et les autres HARSAH au Canada continuent à être touchés de façon disproportionnée par le VIH/sida. Ce groupe représente la majorité des cas de VIH avec des renseignements sur l'exposition depuis le premier cas de VIH déclaré au Canada. Même si beaucoup de choses ont changé depuis les années 1980, la catégorie d'exposition des HARSAH reste la catégorie d'exposition la plus fréquemment signalée parmi les nouveaux diagnostics de VIH, et le VIH reste une préoccupation importante liée à la santé pour les hommes gais, bisexuels, bispirituels et autres HARSAH. La section suivante présente un aperçu des dernières données épidémiologiques disponibles au moyen des systèmes de surveillance nationaux et des estimations pour la catégorie d'exposition des HARSAH.

3.2.1 SURVEILLANCE DE ROUTINE

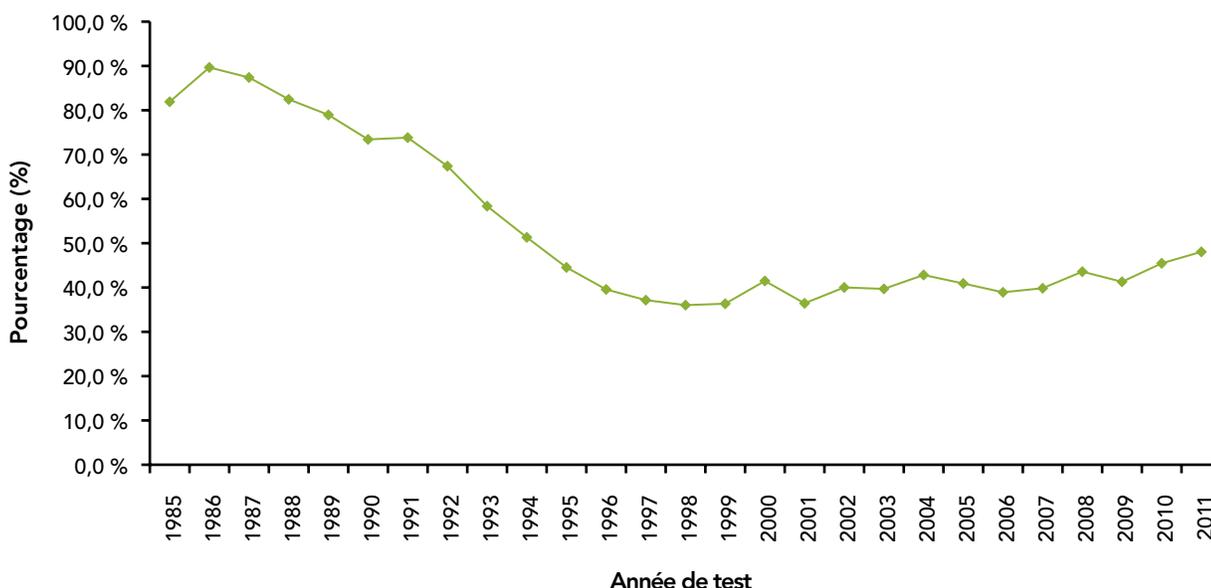
Par l'intermédiaire des rapports annuels, l'Agence de la santé publique du Canada donne un aperçu des dernières données épidémiologiques disponibles au moyen des systèmes de surveillance nationaux. Il convient de noter,

comme il a été mentionné précédemment, que les données des catégories d'exposition sont incomplètes en ce qui concerne les cas de VIH/sida à l'échelle nationale; les renseignements suivants doivent être pris en compte en fonction des limites imposées en matière de données et l'interprétation des tendances nationales au fil du temps doit être faite avec précautions.

Depuis le début de la déclaration des cas de VIH au Canada en 1985, un total de 74 162 cas de séropositivité ont été signalés à l'Agence jusqu'au 31 décembre 2011. Parmi ceux-ci, 69 856 cas concernaient des adultes (au moins 15 ans), avec 37 133 cas (53,2 %) qui comprenaient des données sur les catégories d'exposition. Parmi ces cas, la catégorie d'exposition des HARSAH représentait la plus grande partie des cas de séropositivité par rapport aux autres catégories d'exposition, avec un total cumulé de 20 326 (54,7 %). La catégorie d'exposition des HARSAH et utilisant des drogues injectables a représenté 876 tests VIH positifs déclarés supplémentaires (2,4 %). (6)

Une chute importante dans la proportion de nouveaux tests positifs au VIH classés dans la catégorie des HARSAH a été observée entre 1986 (89,7 % de tous les cas de VIH) et 1998 (36,0 % de tous les cas de VIH). Une augmentation de 8,1 % a été observée entre 2002 et 2011, et un pic décennal a été atteint en 2011 avec 48,1 % des tests positifs au VIH déclarés chez les adultes dans la catégorie d'exposition des HARSAH (se reporter à la figure 9).

FIGURE 9 : Proportion de déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les adultes (15 ans et plus) classées dans la catégorie d'exposition des HARSAH, par année, de 1985 à 2011 (n = 20 326)



Source : (6)

En 2011, la catégorie d'exposition des HARSAH représentait également le plus grand nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH, et représentait 531 cas (48,1 %) parmi tous les résultats positifs au test du VIH déclarés chez les adultes avec une catégorie d'exposition connue cette année-là (se reporter à la figure 10). La catégorie d'exposition des HARSAH et utilisant des drogues injectables a représenté 23 tests VIH positifs déclarés supplémentaires (2,1 %) en 2011. (6)

Comme pour les données sur le VIH, il convient de noter qu'il y a des limites relatives aux données disponibles sur le sida à l'échelle nationale; les renseignements suivants doivent être pris en compte en fonction de ces limites, et l'interprétation des tendances nationales au fil du temps doit être faite avec précautions.

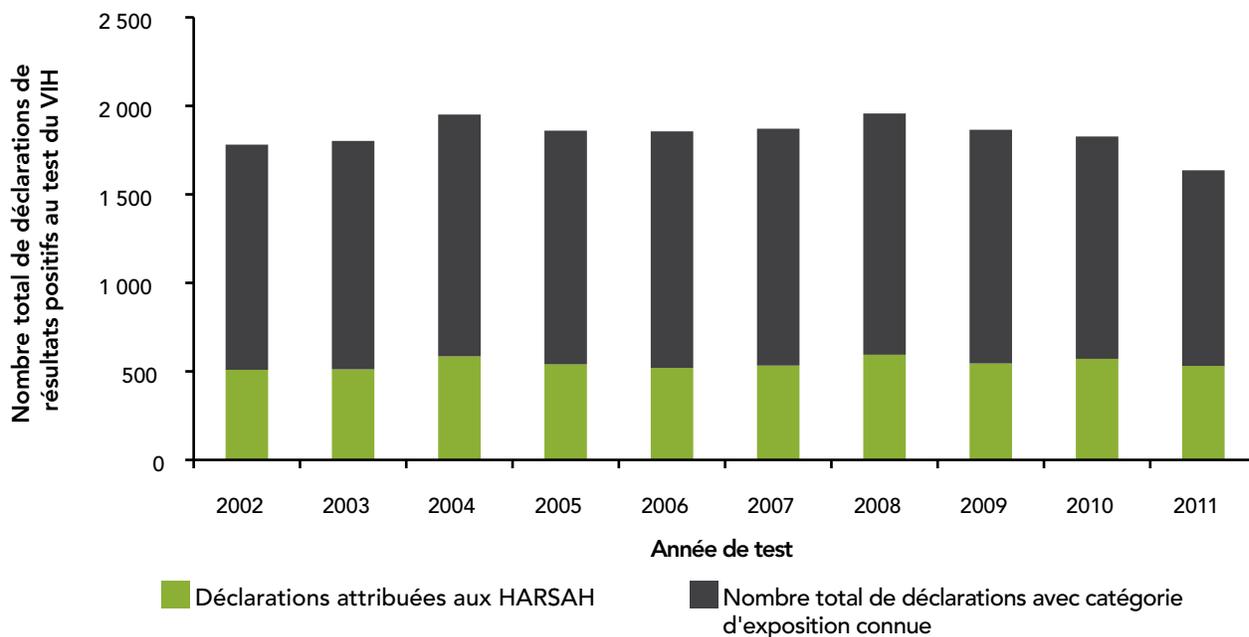
De 1979 au 31 décembre 2011, 22 473 cas de sida ont été déclarés à l'Agence. Depuis 1979, parmi tous les cas de sida déclarés chez les adultes (≥ 15 ans) avec une catégorie d'exposition connue, la catégorie des HARSAH a représenté la plus grande partie des diagnostics de sida, avec un total de 13 616 cas, soit 67,2 % (se reporter à la figure 11). (6) La catégorie d'exposition des HARSAH et utilisant des drogues injectables a représenté 5 % de plus (920 cas). (6)

Dans l'ensemble, le nombre de nouveaux diagnostics de sida déclarés à l'Agence a diminué de plus de 56,4 % au cours des dix dernières années. (6) En 2011, 188 nouveaux cas de sida ont été déclarés à l'Agence. Une catégorie d'exposition a été indiquée pour 95 de ces cas, dont 29 (30,5 %) ont été attribués aux HARSAH. (6)

a) RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH/SIDA CHEZ LES HARSAH AU CANADA

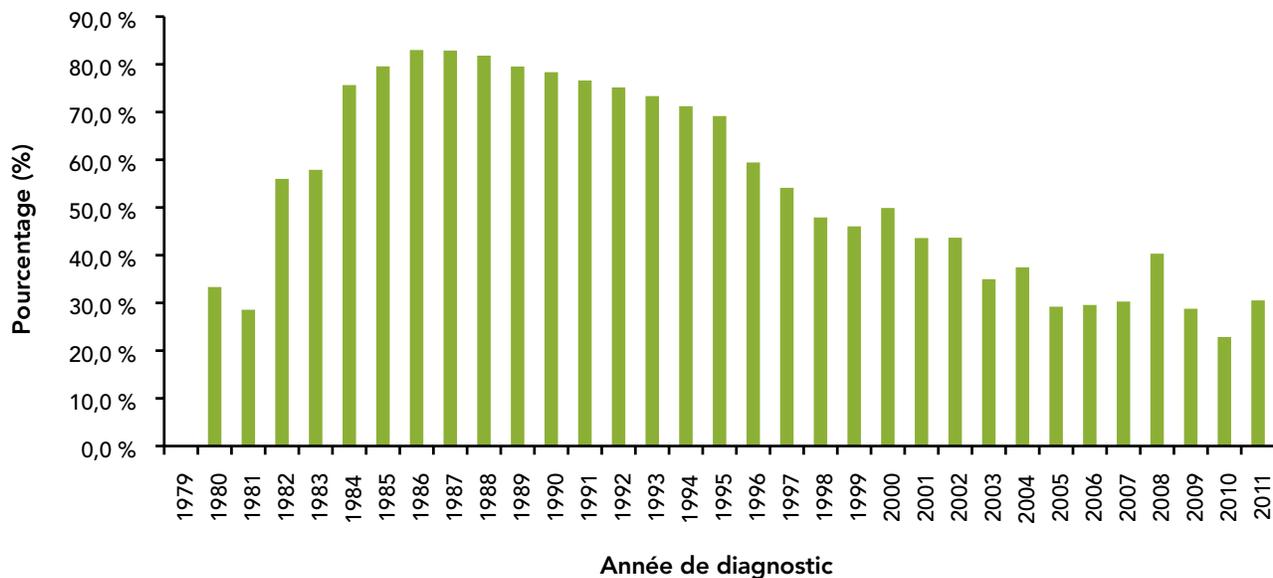
Comme nous l'avons mentionné au chapitre 2, les données démographiques disponibles semblent indiquer que, comme l'ensemble de la population canadienne, les hommes gais, bisexuels, bispirituels et les autres HARSAH au Canada résident en majorité en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique.

FIGURE 10 : Nombre total de déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans) avec une catégorie d'exposition connue*, par rapport à la catégorie des HARSAH, de 2002 à 2011 (n = 12 966)



Source : (6). Pourcentage calculé d'après le nombre total moins les déclarations pour lesquelles la catégorie d'exposition n'était pas indiquée ou pour lesquelles il n'y avait aucun risque signalé.

FIGURE 11 : Proportion (%) des cas de sida déclarés chez des hommes adultes (≥ 15 ans) attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH, 1979 – 2011 (n = 13 616)



Source : (6)

La proportion des tests VIH positifs cumulés dans le temps attribués aux catégories d'exposition des HARSAR et des HARSAR et utilisant des drogues injectables varie selon la province ou le territoire. Comme cela a été mentionné précédemment, les données sur les catégories d'exposition des personnes séropositives pour le VIH ne sont pas disponibles pour le Québec. Parmi tous les tests VIH positifs déclarés attribués à la catégorie d'exposition des HARSAR et des HARSAR et utilisant des drogues injectables à l'échelle nationale¹⁰, la majorité des tests positifs déclarés ont été enregistrés en Ontario (HARSAR : 48,9 %; HARSAR et utilisant des drogues injectables : 32,4 %) et en Colombie-Britannique (HARSAR : 31,0 %; HARSAR et utilisant des drogues injectables : 42,4 %) (se reporter aux figures 12 et 13). (6) Cette répartition correspond à l'emplacement des centres urbains au Canada et aux données démographiques disponibles concernant la répartition géographique des hommes gais et des autres HARSAR au Canada.

D'après les données provinciales et territoriales de surveillance, il est également possible d'examiner la proportion des tests VIH positifs attribués aux catégories d'exposition des HARSAR et des HARSAR-UDI *au sein* de chaque province et territoire. Les épidémies localisées de VIH peuvent être concentrées dans différentes populations et causées par différents comportements à risque¹¹. Les provinces et territoires où la majorité des tests VIH positifs déclarés sont attribués à la catégorie d'exposition des HARSAR sont l'Ontario (64,4 %), la Nouvelle-Écosse (62,1 %), la Colombie-Britannique (53,0 %), Terre-Neuve-et-Labrador (50,8 %) et le Nouveau-Brunswick (50,5 %). En ce qui concerne la catégorie d'exposition des HARSAR et utilisant des drogues injectables, les proportions les plus importantes sont observées au Nouveau-Brunswick (5,7 %) et au Yukon (5,6 %). Dans les autres provinces et territoires, la proportion varie entre 0 % et 4,0 % (se reporter à la figure 14).

¹⁰ Pour obtenir de plus amples renseignements sur M-Track : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/about/mtrack-fra.php>.

¹¹ Se reporter aux rapports provinciaux de surveillance du VIH/sida (surtout pour le Québec) pour obtenir de plus amples renseignements sur les épidémies localisées qui ne seraient pas disponibles à l'échelle nationale.

FIGURE 12 : Répartition nationale des déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les adultes (≥ 15 ans) attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH, par province/territoire, de 1985 à 2011 (n = 20 326)

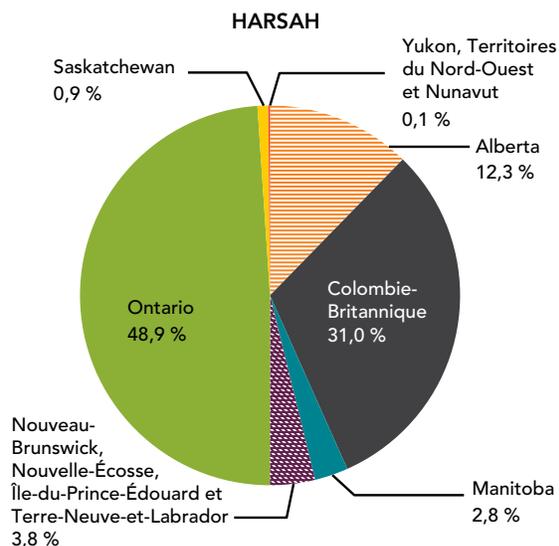
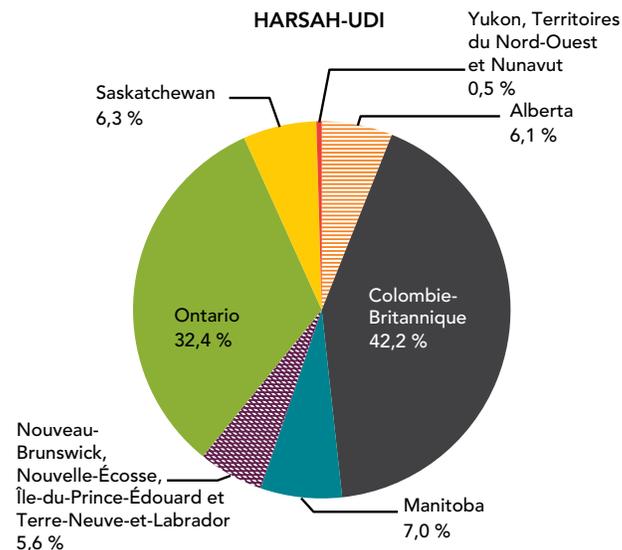
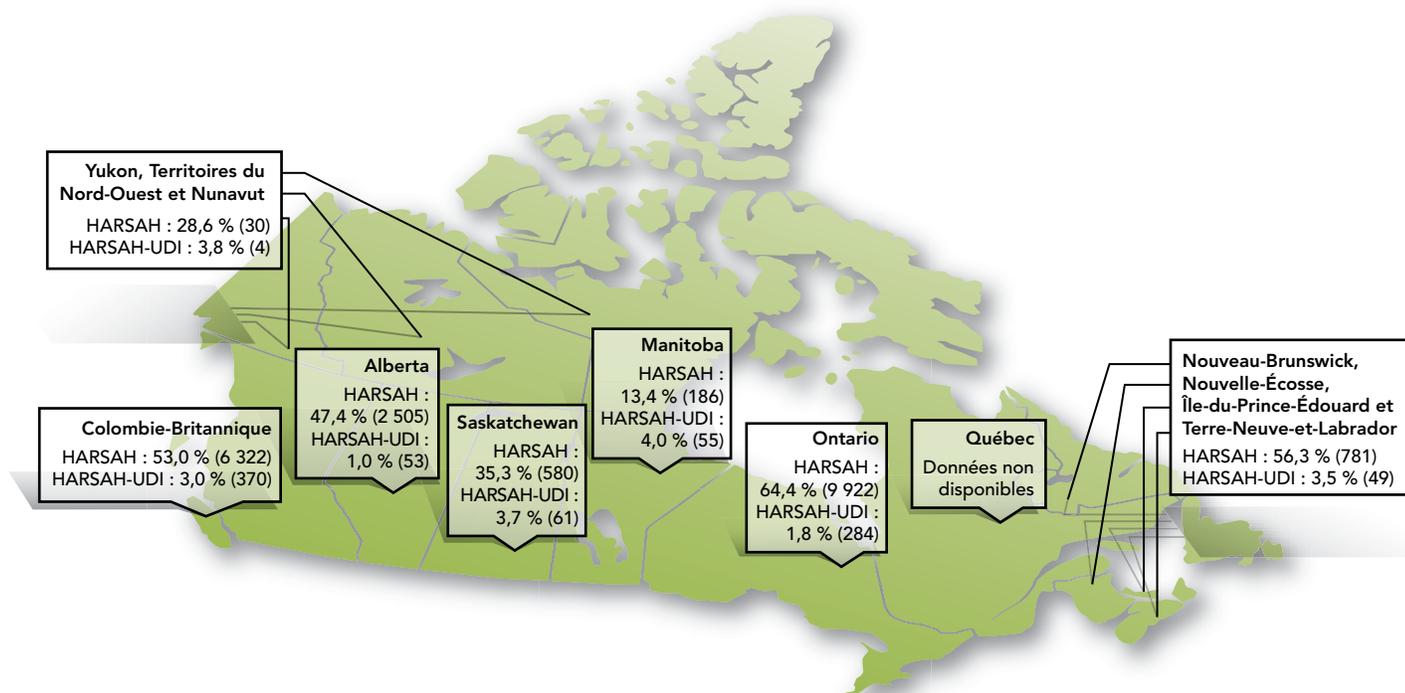


FIGURE 13 : Répartition nationale des déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les adultes (≥ 15 ans) attribués à la catégorie d'exposition des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et utilisant des drogues injectables, par province/territoire, de 1985 à 2011 (n = 876)



Source : (6)

FIGURE 14 : Proportion et nombre de déclarations de résultats positifs au test du VIH parmi les adultes (≥ 15 ans) attribués aux catégories d'exposition des HARSAH et des HARSAH-UDI, dans chaque province et territoire de 1985 à 2011



Source : (6)

b) ÂGE

Il est important de noter la nature latente de l'infection au VIH, qui peut ne pas être détectée pendant des années. Cela peut retarder la décision d'une personne de faire un dépistage; par conséquent, l'âge au moment du diagnostic ne correspond pas nécessairement à l'âge auquel le VIH a été contracté.

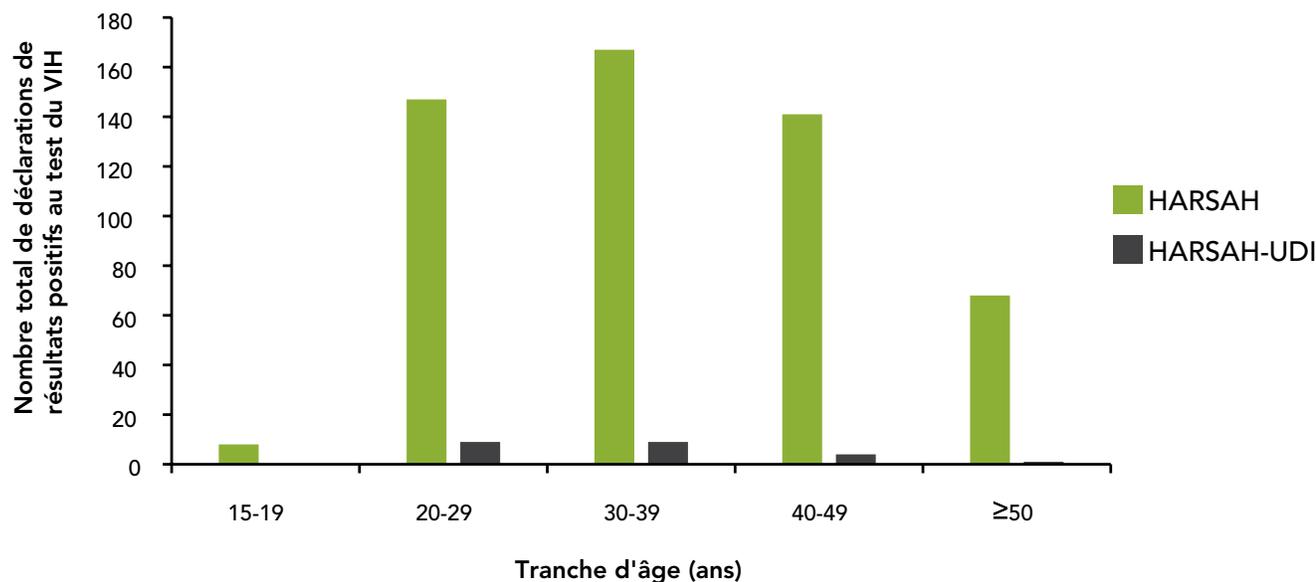
Les données de surveillance du VIH indiquent que le nombre de déclarations positives au test du VIH attribué à la catégorie d'exposition des HARSAH varie beaucoup selon la tranche d'âge, bien qu'il semble demeurer constant d'une année à l'autre. Le plus grand nombre de cas est généralement signalé parmi les tranches d'âge de 20 à 49 ans. En 2011, les personnes âgées de 20 à 29 ans (147 cas), de 30 à 39 ans (167 cas) et de 40 à 49 ans (141 cas) représentaient 86 % de tous les cas positifs au test du VIH déclarés et attribués aux HARSAH. En 2011, le plus grand nombre de tests VIH positifs déclarés dans la catégorie d'exposition des HARSAH-UDI appartenait aux tranches d'âge de 20 à 29 ans et de 30 à 39 ans (9 cas chacun), suivies par celle de 40 à 49 ans (4 cas) (se reporter à la figure 15). (6)

Les données sur le sida cumulées au fil du temps, de 1979 à décembre 2011, montrent que, parmi les 13 616 cas attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH, la plus forte proportion de cas était signalée dans la tranche d'âge de 30 à 44 ans (8 585, soit 63,1 %). Pour la même période, parmi les 919 cas attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH-UDI, les plus fortes proportions de cas étaient observées dans les tranches d'âge suivantes : 30 à 34 ans (235 cas), 35 à 39 ans (184 cas) et 25 à 29 ans (181 cas) (se reporter à la figure 16).

c) RÉPARTITION PAR RACE/ORIGINE ETHNIQUE DES TESTS VIH POSITIFS ET DES CAS DE SIDA DÉCLARÉS

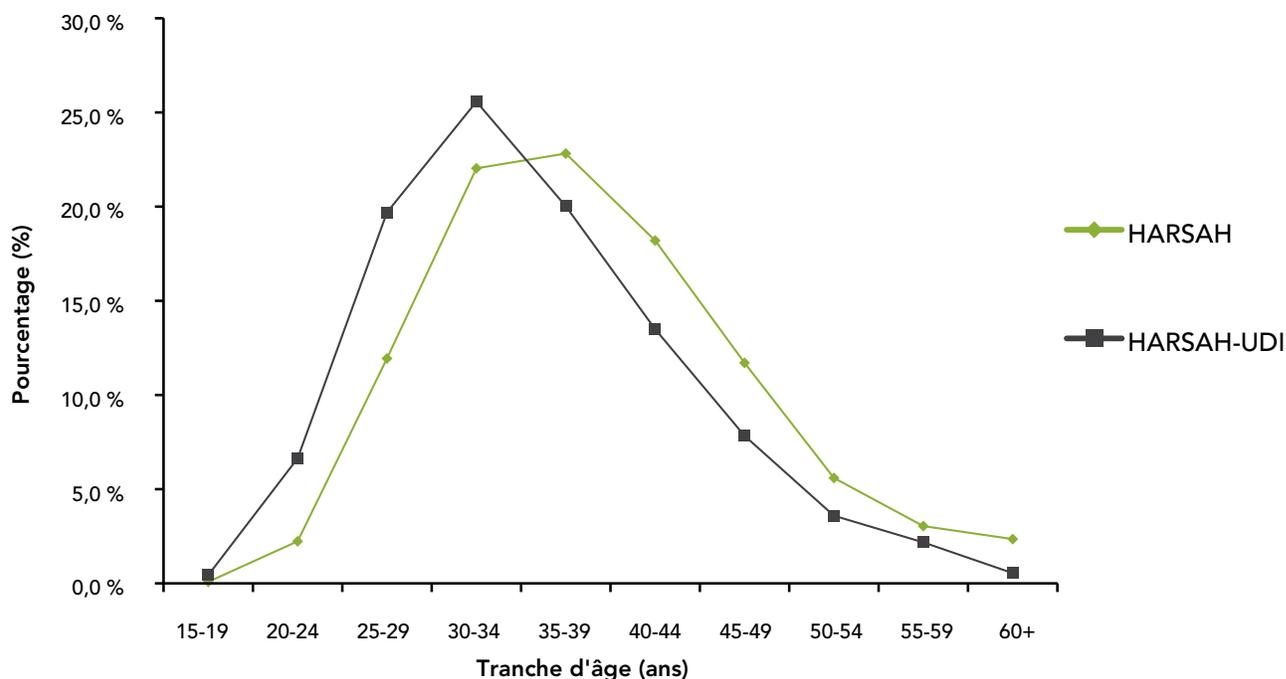
Comme nous l'avons vu dans la section 3.1.1, les renseignements sur la catégorie d'exposition sont utilisés dans la surveillance de routine du VIH/sida pour surveiller les voies de transmission du VIH. Les renseignements recueillis sur la race et l'origine ethnique dans le cadre de la surveillance de routine, combinés aux renseignements sur la catégorie d'exposition, aident à décrire plus en détail le VIH et le sida au Canada. La collecte de données sur la race et l'origine ethnique au Canada a commencé

FIGURE 15 : Nombre de tests VIH positifs déclarés attribués aux catégories d'exposition des HARSAH (n = 531) et des HARSAH-UDI (n = 23), par tranche d'âge, 2011



Source : (6)

FIGURE 16 : Proportion de cas de sida déclarés attribués aux catégories d'exposition des HARSAH (n = 13 616) et des HARSAH-UDI (n = 919), par tranche d'âge, 1979 – 2011



Source : (6)

en 1998; toutefois, en ce qui concerne les données relatives aux catégories d'exposition, la collecte et la soumission de ces renseignements varient en fonction de la région.¹² Jusqu'en 2011, dans 81,8 % de tous les cas de test positif au VIH déclarés, il manquait des renseignements sur la race et l'origine ethnique; par conséquent, les renseignements suivants doivent être pris en compte en fonction des limites imposées en matière de données, et l'interprétation des tendances nationales au fil du temps doit être faite avec précautions.

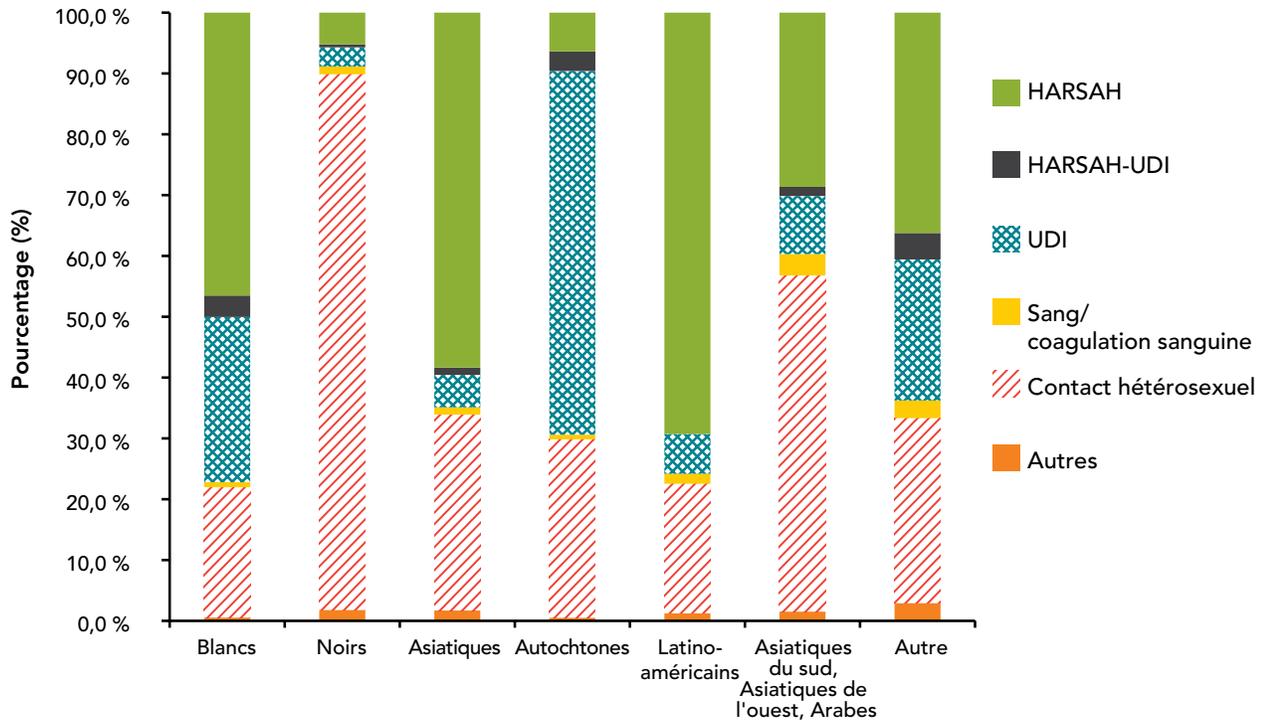
En cumulé (de janvier 1998 à décembre 2011), parmi les cas de tests positifs au VIH déclarés attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH, les hommes blancs représentaient la majorité (78,0 %). Les autres tests VIH positifs déclarés attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH provenaient des groupes raciaux/ethniques suivants : Asiatiques (7,4 %), Autochtones (5,2 %), Latino-américains (5,2 %), Asiatiques du Sud/Arabes/Asiatiques de l'Ouest (1,8 %), Noirs (1,6 %) et autres (0,8 %). (6)

La catégorie d'exposition a tendance à varier en fonction de la catégorie raciale/ethnique. Entre 1998 et 2011, parmi les cas positifs de tests du VIH déclarés qui incluaient des données raciales/ethniques, la catégorie d'exposition des HARSAH était la plus souvent signalée parmi les catégories suivantes : Latino-américains (69,3 %), Asiatiques (58,4 %) et Blancs (46,5 %) (figure 17). Les catégories raciales/ethniques Autres, Blancs et Autochtones présentaient les proportions les plus élevées de tests VIH positifs attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH-UDI, avec 4,3 %, 3,5 % et 3,2 % respectivement.

Depuis 1979, parmi les cas de sida chez les adultes attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH, 91,7 % étaient blancs. Aucun autre groupe racial ou ethnique n'a représenté plus de 2,0 % de l'exposition attribuée aux HARSAH. Dans la catégorie des HARSAH-UDI, les blancs représentaient 88,7 % de tous les cas adultes avec des renseignements sur la race et l'ethnicité, tandis que 7,2 % étaient des Autochtones.

¹² Pour obtenir de plus amples renseignements sur les limites des données, veuillez consulter l'annexe 1 du *Rapport de surveillance sur le VIH et le sida au Canada en date du 31 décembre 2011*.

FIGURE 17 : Proportion des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les adultes (≥ 15 ans) selon l'origine raciale ou ethnique et par catégorie d'exposition, de 1998 à 2011 (n = 10 039)



Source : (6)

d) HOMMES BISPIRITUELS, GAIS, BISEXUELS ET AUTRES HARSAH AUTOCHTONES

Entre janvier 1998 et décembre 2011, 2 647 tests VIH positifs ont été déclarés chez des hommes autochtones, dont 6,4 % ont été attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH. La catégorie d'exposition des HARSAH est la troisième catégorie d'exposition la plus courante chez les hommes autochtones, après l'utilisation de drogues injectables, qui représentait 59,8 % du nombre de tests VIH positifs déclarés, et le contact hétérosexuel, qui représentait 29,4 % du nombre de tests VIH positifs déclarés. La catégorie d'exposition des HARSAH-UDI représentait en plus 3,2 % de tous les tests VIH positifs déclarés chez des Autochtones adultes sur cette période. (6)

Les données sur les cas de sida déclarés dressent un tableau similaire. De novembre 1998 à décembre 2011, 503 cas de sida ont été déclarés chez les Autochtones adultes. La plus grande proportion de cas a été attribuée à la catégorie d'exposition de l'utilisation de drogues injectables (58,6 %). En revanche, les catégories d'exposition des HARSAH et des HARSAH-UDI ont représenté 10,3 % et 4,8 % respectivement.

3.3 DONNÉES DE SURVEILLANCE AMÉLIORÉE (BIOLOGIQUE ET COMPORTEMENTALE) ET DE SURVEILLANCE D'UNE POPULATION PARTICULIÈRE : APERÇU DES DONNÉES DE LA PHASE 1 DE M-TRACK

M-Track est un système de surveillance améliorée du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les hommes gais, les bisexuels et les autres HARSAH au Canada au moyen d'enquêtes transversales menées périodiquement dans des sites sentinelles choisis dans tout le pays. Les participants sont principalement recrutés à l'aide de méthodologies d'échantillonnage selon le lieu. La participation à M-Track est volontaire, anonyme, et requiert le consentement éclairé des sujets. Un

questionnaire de base autoadministré permet de recueillir de l'information sur les caractéristiques démographiques, sur les comportements sexuels, sur la consommation de drogues, sur le dépistage du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, et sur les points de vue concernant le VIH, le VHC et les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang.¹³

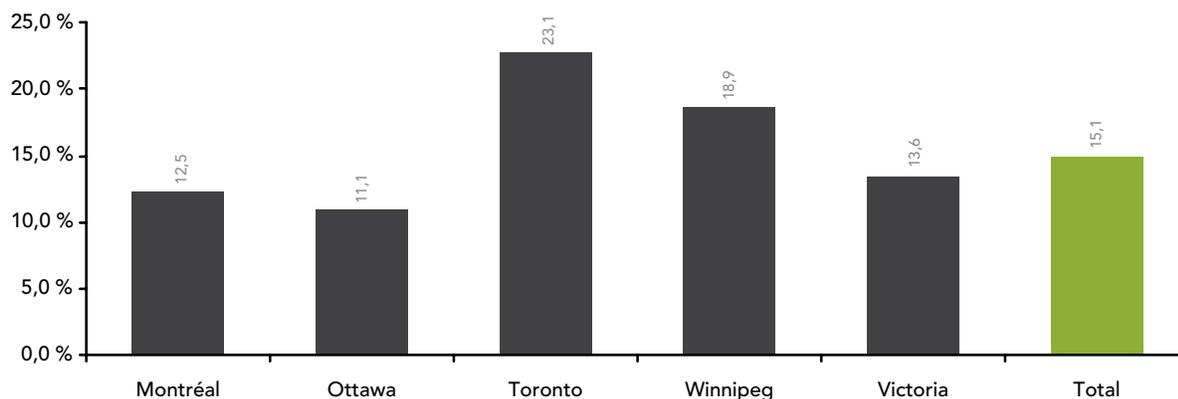
À ce jour, six sites ont participé à M-Track dans tout le Canada. La phase 1 de M-Track a tout d'abord été mise en œuvre à Montréal en 2005. Entre 2006 et 2007, quatre autres sites se sont ajoutés au système : Toronto, Ottawa, Winnipeg et Victoria. Le site de Vancouver est le dernier site à avoir mis en œuvre M-Track, en participant à la phase 2, qui a commencé en 2008 et s'est achevée en 2010. Montréal a également participé à la phase 2 de M-Track. Certains sites ont choisi de créer une image de marque locale autour de l'enquête M-Track, notamment en donnant un nom à l'enquête au niveau local; ainsi, l'enquête s'appelle *Lambda* à Ottawa et à Toronto, *Argus* à Montréal, et *ManCount* à Vancouver. Les quatre provinces qui ont participé à M-Track jusqu'à présent représentent près de 90 % de tous les tests VIH positifs déclarés à l'Agence de la santé publique du Canada depuis que les déclarations ont commencé en 1985.

Voici quelques données sélectionnées tirées de la phase 1 de M-Track.

Plus de 4 500 hommes ont participé à la phase 1 de M-Track entre 2005 et 2007 dans les cinq villes participantes dans tout le Canada : Montréal, Ottawa, Toronto, Winnipeg et Victoria. La plupart des hommes qui ont participé à M-Track ont déclaré avoir fait au moins un test de dépistage du VIH (86 %). Parmi les hommes ayant déclaré que leur dernier test VIH était négatif, une proportion importante avait fait un dépistage du VIH au cours des deux années précédant leur participation à l'enquête (75 %). (3)

Parmi les participants qui ont fourni un échantillon biologique¹⁴ suffisant pour les analyses et qui ont rempli un questionnaire, la prévalence du VIH était de 15,1 % (figure 18). Chez les hommes dont l'échantillon biologique a produit un test positif pour le VIH, 19 % ne connaissaient pas leur état sérologique. (3) À titre de comparaison, aux États-Unis, 44 % des HARSAH qui ont participé au National HIV Behavioral Surveillance System (NHBS) ne savaient pas qu'ils étaient infectés par le VIH. (8) Le chiffre de l'enquête M-Track soutient favorablement la comparaison avec les États-Unis et est inférieur au pourcentage global estimé de Canadiens ignorant qu'ils sont séropositifs (26 %). (9) Néanmoins, il indique que 91 participants à M-Track ignoraient qu'ils étaient séropositifs pour le VIH.

FIGURE 18 : Prévalence (%) du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes qui ont participé à la phase 1 de l'enquête M-Track, de 2005 à 2007 (n = 3 309^a)



^a Sur les 4 793 hommes qui ont rempli un questionnaire pendant la phase 1 de l'enquête M-Track, 3 309 ont fourni un échantillon de sang séché suffisant pour effectuer un test de dépistage du VIH.

¹³ Les sites sentinelles ont la possibilité d'ajouter d'autres questions propres au site pour répondre aux besoins locaux particuliers.

¹⁴ Une goutte de sang séché (GSS) est prélevée par ponction capillaire au bout du doigt pour un dépistage de l'infection au VIH, à VHC et de la syphilis.

Étant donné que le système de surveillance M-Track est anonyme, les répondants n'ont pas reçu les résultats de leurs analyses biologiques. Toutefois, les participants ont été encouragés à faire un test de dépistage du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang dans une clinique locale ou chez un médecin. Les coordonnées de fournisseurs de soins de santé et de centres de dépistage locaux étaient disponibles à chaque site, et les assistants de recherche s'en sont servis pour orienter les répondants.

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, les systèmes de surveillance Track utilisent principalement des méthodologies d'échantillonnage selon le lieu afin de surmonter certains des obstacles inhérents à l'accès aux populations difficiles à atteindre. Par conséquent, les conclusions de la surveillance ne sont pas représentatives de tous les HARSAH au Canada. Une sous-déclaration de certains comportements à risque peut se produire à cause des biais liés à la désirabilité sociale.

Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur les résultats de la phase 1 de M-Track, veuillez consulter le rapport de l'Agence de la santé publique du Canada *M-Track : Surveillance améliorée de l'infection au VIH, des infections transmissibles sexuellement et par le sang et des comportements à risque associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada*. (10)

3.4 ESTIMATIONS NATIONALES DE L'INCIDENCE ET DE LA PRÉVALENCE DU VIH

3.4.1 ESTIMATIONS NATIONALES DE LA PRÉVALENCE DU VIH EN 2011

Les dernières estimations nationales indiquent que les hommes gais et les autres HARSAH continuent à être les plus touchés par le VIH, puisqu'ils représentent, selon les estimations, 46,7 % (33 300) de tous les cas prévalents en 2011 attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH. Cette proportion globale estimée était identique à la proportion estimée en 2008 (46,9 %). (8;91) De plus, la catégorie d'exposition combinée des HARSAH-UDI représentait, selon les estimations, 3 % supplémentaires (2 160) des cas prévalents au Canada en 2011, alors que le taux estimé en 2008 était de 3,2 %. (9)

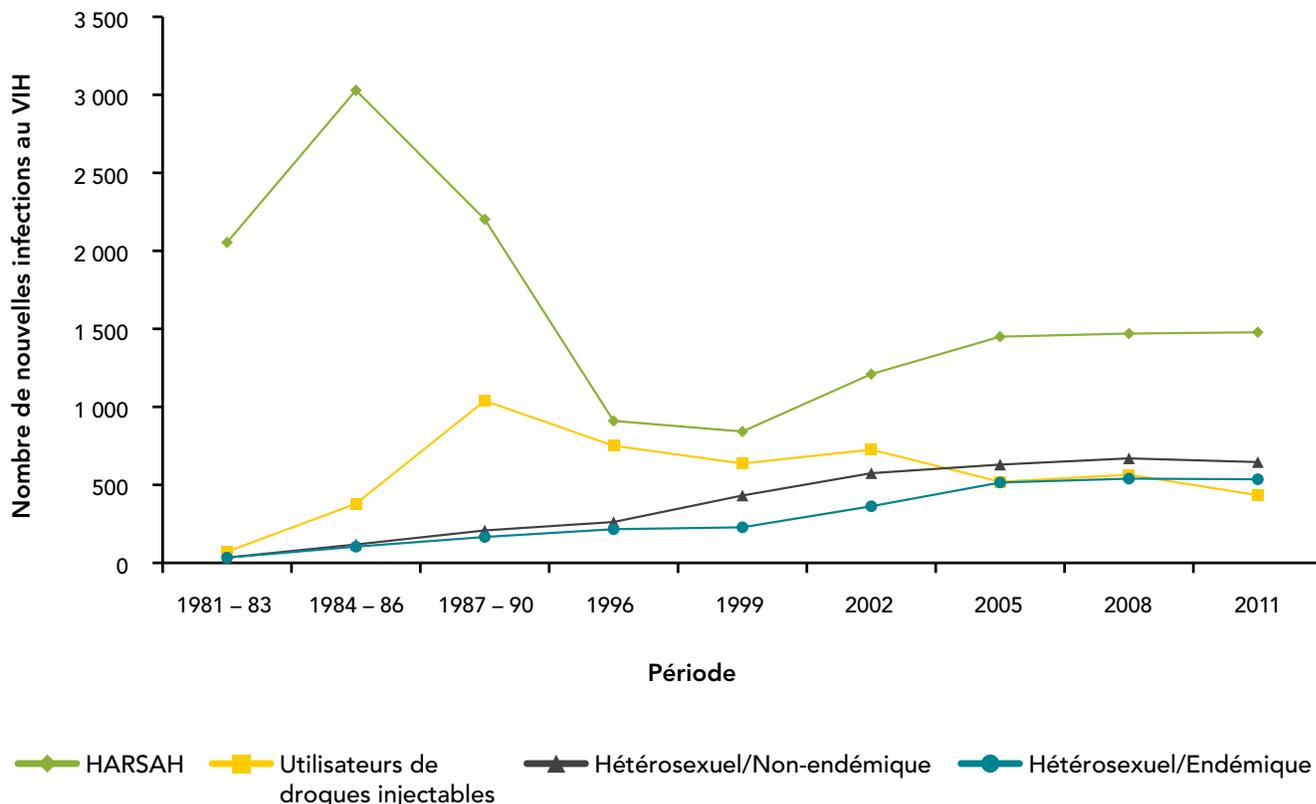
Sur les 71 300 personnes vivant avec le VIH au Canada en 2011 selon les estimations, 25 % (17 980, entre 14 500 et 21 500) ignoraient qu'ils étaient infectés par le VIH. Cela représente une légère baisse par rapport à 2008, où l'on estimait que 26 % des personnes vivant avec le VIH au Canada ignoraient qu'ils étaient séropositifs. (91) Toutefois, selon les estimations, moins de personnes séropositives dans la catégorie d'exposition des HARSAH ignoraient leur infection au VIH par rapport à toutes les personnes vivant avec le VIH au Canada (20 % dans la catégorie d'exposition des HARSAH contre 25 % de toutes les personnes infectées par le VIH). Concrètement, environ 6 700 (de 5 100 à 8 300) individus vivant avec le VIH dans la catégorie d'exposition des HARSAH ignoraient qu'ils étaient séropositifs pour le VIH. (9) En comparaison, une proportion plus élevée, selon les estimations, des personnes infectées par le VIH dans la catégorie d'exposition des hommes utilisant des drogues injectables (24 %) et dans la catégorie d'exposition des hétérosexuels (34 %, en regroupant les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et celles originaires d'autres pays) ignorait qu'elles étaient infectées par le VIH. (9)

3.4.2 ESTIMATIONS NATIONALES DE L'INCIDENCE DU VIH EN 2011

Les hommes gais et les autres HARSAH continuaient à représenter la plus forte proportion des nouvelles infections au VIH estimées en 2011 (46,6 %, soit 1 480 cas attribués à la catégorie des HARSAH, de 1 060 à 1 900). Cette proportion était légèrement supérieure aux 44,1 % estimés des nouvelles infections attribuées à la catégorie d'exposition des HARSAH en 2008. (91) La catégorie d'exposition combinée des HARSAH-UDI représentait 2,5 % de plus (80 cas, de 50 à 110) de nouvelles infections au VIH en 2011. (9)

Au fil du temps, les nouvelles infections au VIH estimées parmi les hommes gais et les autres HARSAH ont considérablement varié. Aux premiers stades de l'épidémie, la majorité des nouvelles infections étaient attribuées à la catégorie d'exposition des HARSAH. Cette tendance a atteint un pic en 1984 – 1985. Les nouvelles infections attribuées à la catégorie d'exposition des HARSAH ont ensuite diminué rapidement jusqu'en 1996, puis ont augmenté de nouveau entre 1999 et 2005. Elles sont demeurées stables depuis 2005. La figure 19 illustre les tendances des estimations du nombre de nouvelles infections au VIH au Canada dans les catégories d'exposition sélectionnées. (11)

FIGURE 19 : Nombre estimé de nouvelles infections au VIH au Canada par année au fil du temps et par catégorie d'exposition (étendue d'incertitude omise)



Source : (11)

3.5 SOUCHE VIRALE ET PHARMACORÉSISTANCE

La surveillance des souches virales et des sous-types du VIH est importante pour comprendre la répartition des sous-types du VIH au Canada. Cela permet de s'assurer que les tests de dépistage du VIH continuent à détecter de façon fiable toutes les souches et tous les sous-types. Les données de surveillance guident la mise au point d'un vaccin, permettent l'évaluation des marqueurs génétiques de pharmacorésistance et éclairent notre compréhension de la transmission du VIH, de sa pathogenèse et de sa progression vers le sida.

Les résultats du Programme de surveillance des souches et de la résistance aux médicaments ayant trait au VIH de l'Agence de la santé publique du Canada indiquent que la souche virale VIH-1 de sous-type B prédomine chez les hommes infectés à cause de relations sexuelles avec

des hommes. Sur les échantillons reçus par le Programme de surveillance des souches et de la résistance aux médicaments ayant trait au VIH entre 1984 et 2005, 97,7 % (785 sur 803) des infections au VIH attribuées à la catégorie d'exposition des HARSAH correspondaient à la souche VIH-1 de sous-type B. Les cas attribués aux HARSAH et utilisant des drogues injectables sont aussi principalement infectés par le sous-type B, cette souche virale étant présente dans 92,3 % (84 sur 91) des échantillons. Les données tirées d'une comparaison entre les catégories d'exposition semblent indiquer que les sous-types non-B du VIH-1 sont plus prévalents chez les personnes infectées par contact hétérosexuel (y compris les personnes originaires de pays où le VIH est endémique). (5)

Les traitements antirétroviraux ont abouti à des schémas thérapeutiques simplifiés et réduit les taux de mortalité dus à des maladies définissant le sida pour de nombreuses personnes vivant avec le VIH/sida au Canada. On craint toutefois que l'utilisation accrue et répandue des traitements antirétroviraux et un nombre croissant d'échecs des traitements aboutisse à la transmission de souches pharmacorésistantes du VIH. Dans l'ensemble, la prévalence de la pharmacorésistance primaire chez les personnes séropositives pour le VIH n'ayant jamais été traitées était de 8,9 % parmi les échantillons reçus par le Programme national de surveillance des souches et de la résistance aux médicaments entre 1996 et 2005. La prévalence du VIH présentant une résistance pléiotrope (résistance à plus de deux classes de traitements antirétroviraux) était de 1,4 % parmi les échantillons reçus pendant la même période. (5) Les échantillons attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH présentaient un taux de prévalence de pharmacorésistance primaire de 9,2 % pour la période de 1996 à 2005, tandis que les échantillons attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH et utilisant des drogues injectables présentaient un taux de prévalence de pharmacorésistance primaire de 8,6 % pendant la même période. (5)

3.6 CO-INFECTIONS DU VIH

La co-infection par le VIH et d'autres agents pathogènes, tels que la tuberculose et les infections transmissibles sexuellement et par le sang, présente des dangers particuliers pour la santé des sujets co-infectés et constitue un risque supplémentaire de transmission du VIH à l'échelle d'une population.

Les données sont limitées sur les co-infections et sur les tendances des infections transmissibles sexuellement et par le sang autres que le VIH chez les HARSAH à l'échelle nationale. D'après les données qui sont disponibles, les co-infections du VIH représentent un problème de santé important chez les HARSAH, et les données probantes provenant d'autres pays développés indiquent que la co-infection par le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement est fréquente dans cette population. (12;17) Les données sur la prévalence des infections transmissibles sexuellement chez les HARSAH proviennent d'activités de surveillance améliorée et d'études épidémiologiques ciblées. Les co-infections réunissant le VIH et d'autres infections transmissibles

sexuellement ont des conséquences importantes sur la progression de la maladie et sur le traitement et les soins à administrer. Il existe toutefois des données probantes limitées au Canada sur l'hépatite virale et la tuberculose, provenant de systèmes de surveillance et d'études de recherche ciblées portant sur les HARSAH.

3.6.1 INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Les infections transmissibles sexuellement sont associées à un risque accru d'acquisition et de transmission du VIH. (12;18-27) La similitude entre les modes de transmission et les comportements à risque pour le VIH et les infections transmissibles sexuellement, ainsi que plusieurs facteurs biologiques liés aux infections transmissibles sexuellement, augmentent la vulnérabilité à l'infection. (18) Les infections transmissibles sexuellement telles que la gonorrhée, la chlamydia, le virus de l'herpès simplex (VHS) et la syphilis peuvent provoquer des lésions et des inflammations génitales, ce qui augmente le risque de transmission du VIH pendant les rapports sexuels. (18;25;28) Les infections transmissibles sexuellement déclenchent également des réponses immunitaires, qui entraînent des augmentations locales des cellules immunitaires qui sont les cibles du VIH. (18;23;25) La co-infection par le VIH et une autre infection transmissible sexuellement peut également accroître le risque de transmission du VIH à un partenaire sérodifférent. (18;23;29-32)

La relation entre le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement va au-delà des risques de transmission. La co-infection par le VIH et une autre infection transmissible sexuellement peut accélérer la progression du VIH et avoir des effets considérables sur l'évolution de l'infection transmissible sexuellement co-existante. (12;18;23;26;32;33) Par exemple, une personne infectée par le VIH et la syphilis peut courir un risque plus important de contracter la neurosyphilis. (34;35) La co-infection par la syphilis est également associée à une augmentation de la charge virale du VIH et à une baisse de la numération des lymphocytes T-CD4, qui sont toutes deux des marqueurs de la progression de la maladie chez les personnes séropositives pour le VIH. (29) Les co-infections par le VIH et une autre infection transmissible sexuellement constituent donc un fardeau considérable qui pèse sur les communautés touchées et peut, collectivement, alourdir le fardeau de chaque infection individuelle.

Bien que la connaissance de la relation entre le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement ait évolué, il est nécessaire de poursuivre les recherches pour mieux comprendre la relation synergétique entre les infections transmissibles sexuellement et le VIH. (19;25) D'autres facteurs, comme l'utilisation de drogues injectables ou les déterminants sociaux de la santé (p. ex. faible revenu, conditions de vie en logement surpeuplé, mauvais accès aux soins de santé), peuvent constituer pour les HARSAH un risque de contracter d'autres infections transmissibles par le sang, telles que l'hépatite B et l'hépatite C.

a) SYPHILIS

Il n'existe pas de données recueillies à l'échelle nationale sur la co-infection par la syphilis et le VIH chez les HARSAH. Cependant, les données recueillies sur les vagues de syphilis dans tout le Canada ont permis de déterminer que les HARSAH constituaient la principale communauté touchée. (32;36;37) En Ontario, avoir des relations sexuelles avec un partenaire du même sexe était le facteur de risque le plus fréquemment déclaré pour la syphilis infectieuse chez les hommes et représentait 84 % des cas (532 sur 630) en 2009. (38) Les HARSAH représentent également plus de 90 % des cas de syphilis infectieuse au Québec. (39) En Colombie-Britannique, 66,2 % des cas de syphilis infectieuse ont été enregistrés chez des HARSAH en 2009. (40) Plus d'un tiers (37,0 %) des cas de syphilis dans la province ont été observés chez des HARSAH vivant avec le VIH. (40)

Il existe également des données de M-Track sur la co-séropositivité pour le VIH et la syphilis. Dans la description des résultats biologiques pour l'hépatite C et la syphilis provenant de M-Track, le terme « co-séropositivité » est utilisé à la place du terme « infection », car les analyses des gouttes de sang séché (GSS) ne peuvent détecter que la prévalence au cours de la vie et ne peuvent pas faire la distinction entre les infections par la syphilis passées et présentes (c.-à-d. les anticorps à une infection passée ou présente). Parmi les participants à la phase 1 de M-Track qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour le dépistage du VIH et de la syphilis, 12 % étaient séropositifs uniquement pour le VIH, 3,4 % étaient séropositifs uniquement pour la syphilis, et 2,9 % étaient séropositifs à la fois pour le VIH et pour la syphilis (c.-à-d. co-séropositifs pour le VIH et la syphilis). (10)

Bien que la surveillance de routine des infections transmissibles sexuellement au Canada ne fournisse pas de données identifiant les relations sexuelles entre personnes de même sexe, les rapports des taux entre hommes et femmes peuvent également être utilisés en remplacement pour déterminer les tendances de la transmission des infections transmissibles sexuellement entre hommes. Une augmentation du rapport du taux entre hommes et femmes pour la syphilis infectieuse (8:1 en 2004 par rapport à 1,3:1 en 1997) suggère une augmentation de la transmission chez les HARSAH. (41) Deux études récentes menées aux États-Unis ont également montré que les HARSAH présentaient un risque plus élevé de co-infection par le VIH et la syphilis. (42;43)

b) GONORRÉE

Il n'existe pas dans l'immédiat de données canadiennes sur la co-infection par le VIH et la gonorrhée. Toutefois, des études internationales montrent que la blennorragie rectale est associée à des taux supérieurs de co-infection avec le VIH et de séroconversion avec le temps. (44-48) De plus, une méta-analyse de l'effet des infections des voies génitales sur l'élimination du VIH-1 dans le tractus génital a fourni des données probantes démontrant une augmentation de l'élimination du VIH-1 chez les personnes séropositives pour le VIH co-infectées par la gonorrhée ou la chlamydia. (49)

c) CHLAMYDIA

Il n'existe pas dans l'immédiat de données canadiennes sur la co-infection par le VIH et la chlamydia. Néanmoins, des études internationales ont trouvé des données probantes démontrant une augmentation du VIH dans le sperme des hommes séropositifs co-infectés par la chlamydia. (49-51)

d) LYMPHOGRANULOME VÉNÉRIEN

Jusqu'à récemment, le lymphogranulome vénérien (LGV) était rare dans les pays industrialisés. Toutefois, des vagues de cette infection transmissible sexuellement dans les communautés d'HARSAH ont été observées en Europe, aux États-Unis et au Canada. Tous les cas de lymphogranulome vénérien enregistrés au Canada touchaient des hommes, dont la majorité déclarait avoir eu des rapports sexuels avec un ou plusieurs partenaires de sexe masculin. Un examen systématique international réalisé récemment a constaté une association significative entre le lymphogranulome vénérien et le VIH chez les HARSAH, avec une prévalence du VIH chez les HARSAH

atteints de lymphogranulome vénérien comprise entre 67 % et 100 %. (52) Au Canada, en 2009, la co-infection avec le VIH a été enregistrée dans 72,4 % (42 sur 58) des cas de LGV chez des hommes dont l'état sérologique vis-à-vis du VIH était connu. (53)

e) PAPILOMAVIRUS

Les données internationales semblent indiquer que la prévalence de l'infection à papillomavirus anale est significativement plus élevée chez les HARSAH (54) et que les HARSAH infectés par le VIH présentent des taux d'infection à papillomavirus de plus de 95 %. (55-58) Le papillomavirus a été associé à l'apparition du cancer de l'anus. (59-61)

Au Canada, l'étude Toronto Research for Anal Cancer Evaluation (TRACE) menée sur 224 HARSAH séropositifs pour le VIH a constaté que 93 % des participants étaient infectés par le papillomavirus. (62) Certaines données sur le papillomavirus sont également disponibles sur le site de M-Track à Vancouver (appelé *ManCount* au niveau local). À titre d'initiative propre à ce site, dans le cadre de l'enquête *ManCount*, on a demandé à un sous-échantillon d'hommes de participer à une étude supplémentaire, limitée à Vancouver, en procédant à un écouvillonnage anal à des fins de dépistage du papillomavirus, ainsi que de la chlamydia, de la gonorrhée et du cancer de l'anus. Parmi les échantillons qui étaient adéquats pour l'analyse (environ les deux tiers des 239 écouvillonnages), 62 % étaient positifs pour le papillomavirus. (63)

3.6.2 HÉPATITES VIRALES

a) HÉPATITE A

L'hépatite A est une infection virale aiguë du foie, transmissible d'une personne à une autre par la voie oro-fécale, par l'ingestion de nourriture ou d'eau contaminée ou par contact direct (y compris sexuel) avec une personne infectée. (64) Des études européennes ont permis d'observer que la prévalence de l'hépatite A était significativement plus élevée chez les HARSAH (64), et des vagues d'hépatite A ont également été signalées aux États-Unis et en Australie. (64;65) Les données probantes sur l'effet de l'infection par l'hépatite A sur le VIH ne concordent pas. Certaines études semblent indiquer qu'elle n'a aucun effet (64;66), tandis que d'autres portent à croire que l'infection au VIH peut prolonger l'infection par le virus de l'hépatite A et accroître la probabilité que l'hépatite A devienne symptomatique, et que l'hépatite A peut augmenter la charge virale du VIH. (64;67)

b) HÉPATITE B

Dans la plupart des pays occidentaux où la prévalence de l'hépatite B est faible, y compris au Canada, la transmission de l'hépatite B est principalement limitée à certains groupes à risque, notamment les utilisateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe et les HARSAH. Au Canada, la transmission sexuelle, en particulier entre hommes, est la principale voie d'infection par le virus de l'hépatite B.

Malgré la disponibilité de vaccins sécuritaires et efficaces, de nombreux HARSAH n'ont pas été vaccinés correctement contre l'hépatite B. Entre 2005 et 2010, sur 262 patients atteints d'hépatite B aiguë au Canada interrogés dans le cadre du Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite, 9,9 % (26 sur 262) ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec des hommes au cours des six mois précédant l'apparition de la maladie. (68) Une autre étude a indiqué qu'environ 21,9 % de toutes les nouvelles infections par le virus de l'hépatite B à Vancouver étaient enregistrées chez des HARSAH. (69)

Du fait des modes de transmission communs, la co-infection par l'hépatite B chez les personnes vivant avec le VIH est relativement fréquente. Parmi les hommes qui sont infectés par le virus de l'hépatite B, 6 à 10 % sont co-infectés par le VIH. (70) L'hépatite B progresse plus rapidement chez les patients séropositifs pour le VIH. Les épisodes d'activation de l'hépatite B sont plus fréquents, la cirrhose du foie se produit plus rapidement et le carcinome hépatocellulaire est plus fréquent chez ces patients que chez ceux qui sont uniquement infectés par le virus de l'hépatite B. (71) De plus, la mortalité d'origine hépatique chez les patients co-infectés par le virus de l'hépatite B et le VIH est 14 fois supérieure à celle observée chez les patients infectés par un seul de ces virus. (70;71) Les options de traitement de l'hépatite B sont également limitées, et la co-infection des patients par le VIH nuit aux résultats du traitement. La monothérapie pour le traitement du VIH et de l'hépatite B est inappropriée à cause de la forte possibilité de pharmacorésistance. (71)

c) HÉPATITE C

Les co-infections par une autre infection transmissible sexuellement et le VIH ont aussi des répercussions sur la progression, le traitement, la prise en charge et la transmission de la maladie. À l'heure actuelle, les données canadiennes sur les co-infections par le virus de l'hépatite C (VHC) et le VIH chez les HARSAH sont limitées.

Le principal facteur de risque pour la transmission du VHC est l'exposition au sang infecté, notamment par l'utilisation d'équipement contaminé pour l'utilisation de drogues injectables, qui constitue la cause de la majorité des infections à VHC à l'échelle nationale. (72;73)

La transmission sexuelle du VHC est controversée; certains considèrent que la transmission sexuelle est rare. (74;75) D'autres ont présenté des données probantes démontrant la transmission sexuelle du VHC et considèrent qu'elle constitue un risque pour les HARSAH. (76-80) Entre 2002 et 2007, sur les 8 389 patients de sexe masculin infectés par le VHC au Canada qui ont été interrogés dans le cadre du Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite, 707 patients (8 %) ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels avec des hommes au cours de leur vie. Les HARSAH et utilisant des drogues injectables, avec leur potentiel d'exposition par contact sexuel et par voie percutanée (c.-à-d. par l'utilisation de drogues injectables), constituent une population particulière à risque pour l'infection à VHC, ainsi que pour la co-infection avec le VIH en raison des voies de transmission communes de ces infections. (79)

La co-infection par le VIH et le VHC a des conséquences sur la santé des personnes atteintes et présente des difficultés pour les fournisseurs de soins de santé. La co-infection par le VHC et le VIH est associée à des taux plus élevés de maladie hépatique (81;82), ce qui entraîne une baisse de la numération des lymphocytes T-CD4. (83) Avec des taux élevés de co-infection par le VIH et le VHC et une espérance de vie plus longue chez les personnes infectées par le VIH, le VHC est devenu l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans la population séropositive pour le VIH, et cette tendance devrait se poursuivre à mesure que les traitements pour le VIH s'améliorent. (84-86) Les services de soins et de soutien aux personnes co-infectées sont importants pour améliorer et maintenir leur état de santé à cause des interactions médicamenteuses et des toxicités associées au traitement. (84)

Il n'existe pas non plus de données de l'Agence sur la co-infection par le VIH et le VHC chez les HARSAH; toutefois, des données sont disponibles sur la co-séropositivité¹⁵. Les données de la phase 1 de M-Track

indiquent que, parmi les hommes qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour le dépistage du VIH et du VHC, 12,9 % étaient séropositifs pour le VIH seulement, 3,1 % étaient séropositifs pour le VHC seulement, et 2,2 % étaient co-séropositifs pour le VIH et le VHC. (10)

3.6.3 TUBERCULOSE

Il existe peu de données nationales ou internationales sur la co-infection par la tuberculose et le VIH chez les HARSAH.

Jusqu'en 2007, seulement 12 % des patients atteints de tuberculose dans l'ensemble de la population avaient effectué un test de dépistage du VIH dans les 202 pays relevant du système de surveillance de l'Organisation mondiale de la Santé. (87) Au Canada, le nombre de cas de tuberculose déclarés pour lesquels l'état sérologique vis-à-vis du VIH était également indiqué a augmenté lentement, mais régulièrement. En 2009, l'état sérologique vis-à-vis du VIH était indiqué pour 39 % des cas de tuberculose déclarés, soit une augmentation par rapport à 16 % en 2000. Parmi les cas pour lesquels l'état sérologique vis-à-vis du VIH était indiqué, 9,9 % des patients étaient séropositifs pour le VIH; toutefois, cela ne reflète pas nécessairement la prévalence du VIH parmi les cas de tuberculose, car un certain nombre d'autres facteurs de risque peuvent avoir incité les patients à effectuer un test de dépistage du VIH. Par conséquent, la prévalence du VIH parmi les cas de tuberculose est estimée entre 3,9 % et 9,9 %, et cette estimation doit être interprétée avec prudence. (88) La consignation et la déclaration améliorées des cas de tuberculose pour les personnes infectées par le VIH ainsi que la déclaration du VIH pour les personnes infectées par la tuberculose sont encouragées.

L'infection latente par la tuberculose est une préoccupation importante en ce qui concerne la co-infection avec le VIH. On estime qu'un tiers de la population totale est atteint d'une infection tuberculeuse latente et que, chez 5 % à 10 % des personnes atteintes d'une infection latente, la maladie progressera jusqu'à devenir active à un moment de leur vie. Néanmoins, parmi les personnes co-infectées par le VIH et la tuberculose, il existe un risque annuel de 10 % de progression vers une tuberculose active. (89) Comme c'est le cas pour les autres co-infections, le traitement de la co-infection par le VIH et la tuberculose présente des difficultés pour les fournisseurs de soins de santé en raison de la nécessité de gérer plusieurs traitements. (90)

¹⁵ Le terme « co-séropositivité » est utilisé à la place du terme « co-infection », car les analyses des gouttes de sang séché (GSS) ne peuvent détecter que la prévalence au cours de la vie et ne peuvent pas faire la distinction entre les infections passées et présentes (c.-à-d. les anticorps à une infection passée ou présente).

3.7 CONCLUSION

Malgré certaines limites en ce qui concerne la collecte et la déclaration des données, des conclusions importantes peuvent être tirées des renseignements présentés dans ce chapitre. Il est clair que, depuis le début de l'épidémie, les hommes gais et les HARSAH ont été et continuent à être la population la plus touchée par le VIH et le sida au Canada. Cette population représente la plus grande portion des nouvelles infections et des infections prévalentes, ainsi que le plus grand nombre de cas de sida. Ce fait, en plus du fait que de nouvelles infections continuent à survenir chez les HARSAH, montre qu'il est nécessaire d'adopter une approche durable et renouvelée en matière de prévention, de dépistage, de diagnostic et de soutien parmi les hommes gais et les HARSAH.

3.8 RÉFÉRENCES

- (1) Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie du VIH/sida. Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2010.
- (2) Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008. Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2009.
- (3) Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie du VIH/sida, chapitre 9. Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2010.
- (4) Organisation mondiale de la Santé. Le point sur l'épidémie de sida [Internet]. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Organisation mondiale de la Santé (OMS); décembre 2007. [Consulté en mai 2008]. Accès : http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_fr.pdf
- (5) Agence de la santé publique du Canada. Les souches VIH-1 et la pharmacorésistance primaire au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 mars 2005 [Internet]. Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; août 2006. [Consulté en mai 2008]. Accès : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hiv1-vih1-05/pdf/hiv1-vih1_05_f.pdf
- (6) Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2011. Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2012.
- (7) Institut national de santé publique. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas cumulatifs 2002 – 2009. Québec : gouvernement du Québec; 2010.
- (8) US Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence and awareness of HIV infection among men who have sex with men: 21 cities, United States, 2008. Morbidity and Mortality Weekly Report 2010;59(37):1.
- (9) Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2012.
- (10) Agence de la santé publique du Canada. M-track : Surveillance améliorée de l'infection au VIH, des infections transmissibles sexuellement et par le sang et des comportements à risque associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada. Rapport de la phase 1. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada; 2011.
- (11) Public Health Agency of Canada. 2011 PHAC Estimates [données inédites]. Ottawa: Surveillance and Epidemiology Division, Centre for Communicable Diseases and Infection Control, Public Health Agency of Canada; 2012.

- (12) Schacker T, Zeh J, Hu HL, Hill E, Corey L. Frequency of symptomatic and asymptomatic herpes simplex virus type 2 reactivations among human immunodeficiency virus-infected men. *Journal of Infectious Diseases* 1998;178(6):1616-22.
- (13) Paz-Bailey G, Meyers A, Blank S, Brown J, Rubin S, Braxton J, *et al.* A case-control study of syphilis among men who have sex with men in New York City: Association with HIV infection. *Sexually Transmitted Diseases* 2004;31(10):581-7.
- (14) Lynn WA, Lightman S. Syphilis and HIV: A dangerous combination. *Lancet Infectious Diseases* 2004;4(7):456-66.
- (15) Russell DB, Tabrizi SN, Russell JM, Garland SM. Seroprevalence of herpes simplex virus types 1 and 2 in HIV-Infected and uninfected homosexual men in a primary care setting. *Journal of Clinical Virology* 2001;22(3):305-13.
- (16) Meyer JL, Crosby RA, Whittington WLH, Carrell D, Ashley-Morrow R, Meier AS, *et al.* The psychosocial impact of serological herpes simplex type 2 testing in an urban HIV clinic. *Sexually Transmitted Infections* 2005;81(4):309-15.
- (17) Kofoed K, Gerstoft J, Mathiesen LR, Benfield T. Syphilis and human immunodeficiency virus (HIV)-1 coinfection: Influence on CD4 T-cell count, HIV-1 viral load, and treatment response. *Sexually Transmitted Diseases* 2006;33(3):143-8.
- (18) Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: The contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections* 1999;75(1):3-17.
- (19) Brown EL, Wald A, Hughes JP, Morrow RA, Krantz E, Mayer K, *et al.* High risk of human immunodeficiency virus in men who have sex with men with herpes simplex virus type 2 in the EXPLORE study. *American Journal of Epidemiology* 2006;164(8):733-41.
- (20) Wald A, Link K. Risk of human immunodeficiency virus infection in herpes simplex virus type 2-seropositive persons: A meta-analysis. *J Infect Dis* 2002;185(1):45-52.
- (21) Renzi C, Douglas J, Foster M, Critchlow CW, Ashley-Morrow R, Buchbinder SP, *et al.* Herpes simplex virus type 2 infection as a risk factor for human immunodeficiency virus acquisition in men who have sex with men. *J Infect Dis* 2003;187(1):19-25.
- (22) Freeman EE, Weiss HA, Glynn JR, Cross PL, Whitworth JA, Hayes RJ. Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *AIDS* 2006;20(1):73-83.
- (23) Corey L, Wald A, Celum CL, Quinn TC. The Effects of Herpes Simplex Virus-2 on HIV-1 Acquisition and Transmission: A Review of Two Overlapping Epidemics. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2004;35(5):435-45.
- (24) Winter AJ, Taylor S, Workman J, White D, Ross JDC, Swan AV, *et al.* Asymptomatic urethritis and detection of HIV-1 RNA in seminal plasma. *Sexually Transmitted Infections* 1999;75(4):261-3.
- (25) Hanson J, Posner S, Hassig S, Rice J, Farley TA. Assessment of sexually transmitted diseases as risk factors for HIV seroconversion in a New Orleans sexually transmitted disease clinic, 1990 – 1998. *Ann Epidemiol* 2005;15(1):13-20.
- (26) Rottingen JA, Cameron WD, Garnett GP. A systematic review of the epidemiologic interactions between classic sexually transmitted diseases and HIV: How much really is known? *Sexually Transmitted Diseases* 2001;28(10):579-97.
- (27) Beck EJ, Mandalia S, Leonard K, Griffith RJ, Harris JRW, Miller DL. Case-control study of sexually transmitted diseases as cofactors for HIV-1 transmission. *International Journal of STD and AIDS* 1996;7(1):34-8.
- (28) Corey L, Wald A, Celum CL, Quinn TC. The Effects of Herpes Simplex Virus-2 on HIV-1 Acquisition and Transmission: A Review of Two Overlapping Epidemics. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;35(5):435-45.
- (29) Buchacz K, Patel P, Taylor M, Kerndt PR, Byers RH, Holmberg SD, *et al.* Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. *AIDS* 2004;18(15):2075-9.

- (30) Moriuchi M, Moriuchi H, Williams R, Straus SE. Herpes simplex virus infection induces replication of human immunodeficiency virus type 1. *Virology* 2000;278(2):534-40.
- (31) Sadiq ST, Taylor S, Copas AJ, Bennett J, Kaye S, Drake SM, et al. The effects of urethritis on seminal plasma HIV-1 RNA loads in homosexual men not receiving antiretroviral therapy. *Sexually Transmitted Infections* 2005;81(2):120-3.
- (32) Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement [Internet]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2008. [Consulté en octobre 2008]. Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/seci-fra.pdf>
- (33) Golden MR, Marra CM, Holmes KK. Update on Syphilis: Resurgence of an Old Problem. *Journal of the American Medical Association* 2003;290(11):1510-4.
- (34) Marra CM, Maxwell CL, Smith SL, Lukehart SA, Rompalo AM, Eaton M, et al. Cerebrospinal Fluid Abnormalities in Patients with Syphilis: Association with Clinical and Laboratory Features. *J Infect Dis* 2004;189(3):369-76.
- (35) Ghanem KG, Moore RD, Rompalo AM, Erbelding EJ, Zenilman JM, Gebo KA. Neurosyphilis in a clinical cohort of HIV-1 infected patients. *AIDS* 2008;22(10):1145-51.
- (36) Jayaraman GC, Read RR, Singh A. Characteristics of individuals with male-to-male and heterosexually acquired infectious syphilis during an outbreak in Calgary, Alberta, Canada. *Sex Transm Dis* 2003 Apr;30(4):315-9.
- (37) Toronto Public Health. Infectious syphilis on the rise in Toronto [Internet]. Toronto: Toronto Public Health. 2005 Feb [consulté en décembre 2011]. Accès : http://www.toronto.ca/health/pdf/syphilis_infectious.pdf
- (38) Supapol Bhanich W, Whelan M. Infectious syphilis in Ontario, 2009. *Gay Men's Sexual Health Summit*. 2010 Feb 17; Vancouver, BC; 2010.
- (39) Lambert, G., Minzunza, S. Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2009 (et projections 2010). Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2010. Rapport n° 39.
- (40) BC Centre for Disease Control. Annual surveillance report 2009: HIV and sexually transmitted infections. Vancouver: BC Centre for Disease Control; 2009.
- (41) Agence de la santé publique du Canada. Rapport de surveillance canadien 2004 sur les infections transmises sexuellement [Internet]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; juin 2007. [Consulté en octobre 2008]. Accès : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/07/pdf/33s1_f.pdf
- (42) Huhn GD, McIntyre AF, Broad JM, Holmes SW, Studzinski A, Rabins C, et al. Factors associated with newly diagnosed HIV among persons with concomitant sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases* 2008;35(8):731-7.
- (43) Pathela P, Braunstein SL, Schillinger JA, Shepard C, Sweeney M, Blank S. Men Who Have Sex With Men Have a 140-Fold Higher Risk for Newly Diagnosed HIV and Syphilis Compared With Heterosexual Men in New York City. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011;58(4):408-16.
- (44) Bernstein KT, Marcus JL, Nieri G, Philip SS, Klausner JD. Rectal gonorrhoea and chlamydia reinfection is associated with increased risk of HIV seroconversion. *Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2010;53(4):537-43.
- (45) Scott KC, Philip SS, Ahrens K, Kent CK, Klausner JD. High prevalence of gonococcal and chlamydial infection in men who have sex with men with newly diagnosed HIV infection: an opportunity for same-day presumptive treatment. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008;48(1):109-12.
- (46) Kim AA, Kent CK, Klausner JD. Risk factors for rectal gonococcal infection amidst resurgence in HIV transmission. *Sexually Transmitted Diseases* 2003;30(11):813-7.
- (47) Jin F, Prestage G, Imrie J, Kippax S, Donovan B, Templeton DJ, et al. Anal sexually transmitted infections and risk of HIV infection in homosexual men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010;53(1):144-9.
- (48) Garvey LJ, Roberts C, Smith A. Confirmed new HIV diagnoses in men who have sex with men after episodes of rectal gonorrhoea. *Int J STD AIDS* 2009;20(2):144.

- (49) Johnson LF, Lewis DA. The effect of genital tract infections on HIV-1 shedding in the genital tract: a systematic review and meta-analysis. *Sexually Transmitted Diseases* 2008;35(11):946-59.
- (50) Rieg G, Butler DM, Smith DM, Daar ES. Seminal plasma HIV levels in men with asymptomatic sexually transmitted infections. *Int J STD AIDS* 2010;21(3):207-8.
- (51) Eron JJ, Gilliam B, Fiscus SA, Dyer J, Cohen MS. HIV-1 shedding and chlamydial urethritis. *Journal of the American Medical Association* 1996;275(1):36.
- (52) Ronn MM, Ward H. The association between lymphogranuloma venereum and HIV among men who have sex with men: systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis* 2011;18(11):70.
- (53) Agence de la santé publique du Canada. Données inédites. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2011.
- (54) Van Der Snoek EM, Niesters HGM, Mulder PGH, Van Doornum GJJ, Osterhaus ADME, Van Der Meijden WI. Human papillomavirus infection in men who have sex with men participating in a Dutch gay-cohort study. *Sexually Transmitted Diseases* 2003;30(8):639-44.
- (55) Palefsky JM, Holly EA, Efirdc JT, Da Costa M, Jay N, Berry JM, *et al.* Anal intraepithelial neoplasia in the highly active antiretroviral therapy era among HIV-positive men who have sex with men. *AIDS* 2005;19(13):1407-14.
- (56) Palefsky J. Human papillomavirus and anal neoplasia. *Current HIV/AIDS Reports* 2008;5(2):78-85.
- (57) Kiviat NB, Critchlow CW, Holmes KK, Kuypers J, Sayer J, Dunphy C, *et al.* Association of anal dysplasia and human papillomavirus with immunosuppression and HIV infection among homosexual men. *AIDS* 1993;7(1):43-9.
- (58) Friedman HB, Saah AJ, Sherman ME, Busseniers AE, Blackwelder WC, Kaslow RA, *et al.* Human papillomavirus, anal squamous intraepithelial lesions, and human immunodeficiency virus in a cohort of gay men. *J Infect Dis* 1998;178(1):45-52.
- (59) Breese PL, Judson FN, Penley KA, Douglas J. Anal human papillomavirus infection among homosexual and bisexual men: Prevalence of type-specific infection and association with human immunodeficiency virus. *Sexually Transmitted Diseases* 1995;22(1):7-14.
- (60) Melbye M, Cote TR, Kassler L, Gail M, Biggar RJ. High incidence of anal cancer among AIDS patients. *Lancet* 1994;343(8898):636-9.
- (61) Munoz N, Castellsague X, de Gonzalez AB, Gissmann L. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine* 2006;24(S3):S1-S10.
- (62) Salit IE, Tinmouth J, Chong S, Raboud J, Diong C, Su D, *et al.* Screening for HIV-associated anal cancer: correlation of HPV genotypes, p16, and E6 transcripts with anal pathology. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 2009;18(7):1986-92.
- (63) Trussler T, Banks P, Marchand R, Robert W, Gustafson R, Hogg R, *et al.* ManCount sizes up the gaps: a sexual health survey of gay men in Vancouver. Vancouver: Vancouver Coastal Health; 2010.
- (64) Urbanus AT, van Houdt R, Van De Laar TJW, Coutinho RA. Viral hepatitis among men who have sex with men, epidemiology and public health consequences. *Euro Surveill* 2009;14(47):19421.
- (65) Bialek SR, Barry V, Bell BP, Valleroy LA, Behel S, Mackellar DA, *et al.* Seroprevalence and correlates of hepatitis A among HIV-negative American men who have sex with men. *Sex Health* 2011;8(3):343-8.
- (66) Fonquernie L, Meynard JL, Charrois A, Delamare C, Meyohas MC, Frottier J. Occurrence of acute hepatitis A in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 2000;32(2):297-9.
- (67) Gallego M, Robles M, Palacios R, Ruiz J, Nuno E, Marquez M, *et al.* Impact of Acute Hepatitis A Virus (HAV) Infection on HIV Viral Load in HIV-Infected Patients and Influence of HIV Infection on Acute HAV Infection. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care* 2011;10:40-2.

- (68) Agence de la santé publique du Canada. Rapport sommaire : infection par le virus de l'hépatite B au Canada. Ottawa : Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2011.
- (69) Leung Y, Ip Chan J, Yoshida E, Wu H, Daly PC. A cross-sectional analysis of acute hepatitis B virus reported to the Vancouver Coastal Health Authority from 2000 to 2003. *Canadian Journal of Gastroenterology* 2006;20(7):471-4.
- (70) Sherman M. Strategies for managing coinfection with hepatitis B virus and HIV. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2009;76(S3):S30-S33.
- (71) Lacombe K, Bottero J, Lemoine M, Boyd A, Girard PM. HIV/hepatitis B virus co-infection: current challenges and new strategies. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 2010;65(1):10-7.
- (72) Agence de la santé publique du Canada. Prévention de l'hépatite C : un consensus en santé publique. Relevé des maladies transmissibles au Canada 1999, vol. 25S2; juin.
- (73) Agence de la santé publique du Canada. Épidémiologie de l'infection aiguë par le virus de l'hépatite C au Canada : Résultats du Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH). Ottawa : Division de l'hémovigilance et des infections acquises en milieu de soins de santé, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2009.
- (74) Côté, P., Baril, J.G., Hébert, M.N., Klein, M., Lalonde, R., Poliquin, M., et al. La prise en charge et le traitement du virus de l'hépatite C chez des patients co-infectés par le VIH et le virus de l'hépatite C : Guide pratique pour les professionnels de la santé. *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale* 2007;18(5):293-303.
- (75) Prado KD. Sexual transmission of HCV. *Brazilian Journal of Infectious Diseases* 2007;11(5):S8-S9.
- (76) Danta M, Brown D, Bhagani S, Pybus OG, Sabin CA, Nelson M, et al. Recent epidemic of acute hepatitis C virus in HIV-positive men who have sex with men linked to high-risk sexual behaviours. *AIDS* 2007;21(8):983-91.
- (77) Turner JM, Rider AT, Imrie J, Copas AJ, Edwards SG, Dodds JP, et al. Behavioural predictors of subsequent hepatitis C diagnosis in a UK clinic sample of HIV positive men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections* 2006;82(4):298-300.
- (78) Cohen DE, Russell CJ, Golub SA, Mayer KH. Prevalence of hepatitis C virus infection among men who have sex with men at a Boston community health center and its association with markers of high-risk behavior. *AIDS Patient Care and STDs* 2006;20(8):557-64.
- (79) Rauch A, Rickenbach M, Weber R, Hirschel B, Tarr PE, Bucher HC, et al. Unsafe sex and increased incidence of hepatitis C virus infection among HIV-infected men who have sex with men: The Swiss HIV cohort study. *Clin Infect Dis* 2005;41(3):395-402.
- (80) Browne R, Asboe D, Gilleece Y, Atkins M, Mandalia S, Gazzard B, et al. Increased numbers of acute hepatitis C infections in HIV positive homosexual men; is sexual transmission feeding the increase? *Sexually Transmitted Infections* 2004;80(4):326-7.
- (81) Graham CS, Baden LR, Yu E, Mrus JM, Carnie J, Heeren T, et al. Influence of human immunodeficiency virus infection on the course of hepatitis C virus infection: A meta-analysis. *Clin Infect Dis* 2001;33(4):562-9.
- (82) Verucchi G, Calza L, Manfredi R, Chiodo F. Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis C Virus Coinfection: Epidemiology, Natural History, Therapeutic Options and Clinical Management. *Infection* 2004;32(1):33-46.
- (83) Benhamou Y, Bochet M, Di Martino V, Charlotte F, Azria F, Coutellier A, et al. Liver fibrosis progression in human immunodeficiency virus and hepatitis C virus coinfecting patients. *Hepatology* 1999;30(4):1054-8.
- (84) Côté, P., Baril, J.G., Hébert, M.N., Klein, M., Lalonde, R., Poliquin, M., et al. La prise en charge et le traitement du virus de l'hépatite C chez des patients co-infectés par le VIH et le virus de l'hépatite C : Guide pratique pour les professionnels de la santé. *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale* 2007;18(5):293-303.

- (85) Danta M, Semmo N, Fabris P, Brown D, Pybus OG, Sabin CA, *et al.* Impact of HIV on host-virus interactions during early hepatitis C virus infection. *J Infect Dis* 2008;197(11):1558-66.
- (86) Braitstein P, Yip B, Montessori V, Moore D, Montaner JSG, Hogg RS. Effect of serostatus for hepatitis C virus on mortality among antiretrovirally naive HIV-positive patients. *Canadian Medical Association Journal* 2005;173(2):160-4.
- (87) World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control 2008 – surveillance, planning, financing [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2008 [consulté en octobre 2008]. Accès : http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/en/index.html
- (88) Agence de la santé publique du Canada. La tuberculose au Canada 2009 [données inédites].
- (89) Agence de la santé publique du Canada. Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 6^e édition [Internet]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2007. [Consulté en octobre 2008]. Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tbstand07-fra.php>
- (90) US Centers for Disease Control and Prevention. Managing Drug Interactions in the Treatment of HIV-Related Tuberculosis [Internet]. Atlanta: Division of Tuberculosis Elimination, Centers for Disease Control and Prevention. 2008 May [consulté en octobre 2008]. Accès : http://www.cdc.gov/tb/TB_HIV_Drugs/rifampin_therapy.htm
- (91) Agence de la santé publique du Canada. Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. Novembre 2012.

CHAPITRE 4 – DONNÉES ACTUELLES SUR LES FACTEURS INFLUANT SUR LA RÉSILIENCE ET LA VULNÉRABILITÉ AU VIH/SIDA

4.1 INTRODUCTION

Une approche globale en matière de santé de la population doit tenir compte des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé de la population. Le présent chapitre résume les données actuellement disponibles sur les facteurs qui influencent la vulnérabilité au VIH des hommes gais, bisexuels et bispirituels et des autres HARSAH au Canada, dans l'optique des déterminants de la santé. Bien que les recherches les plus pertinentes soient axées sur la vulnérabilité de cette population au VIH/sida, la résilience est également examinée dans les domaines pour lesquels des documents disponibles la traitent.

Les déterminants de la santé examinés dans le présent chapitre sont les suivants :

- Patrimoine biologique et génétique
- Genre
- Développement de la petite enfance
- Culture
- Réseaux de soutien social
- Niveau de revenu et statut social
- Environnements sociaux et physiques
- Services de santé
- Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles

L'homophobie et l'hétérosexisme sont également examinés en tant que facteurs contribuant à la vulnérabilité des hommes gais et des autres HARSAH au VIH et au sida. Ce chapitre commence par un bref examen de l'historique des répercussions du VIH sur les hommes gais et les autres HARSAH et sur la résilience globale de cette population à la stigmatisation et la discrimination.

Comme il a été question au chapitre 1, la catégorie épidémiologique des HARSAH englobe un large éventail d'individus. Cette population forme un groupe

diversifié, caractérisé par des identités distinctes et des circonstances personnelles très différentes, dont les membres proviennent de tous les milieux ethnoculturels, socioéconomiques et démographiques. En outre, certains HARSAH s'identifient comme gais, bisexuels, bispirituels ou même hétérosexuels, alors que d'autres ne s'identifient à aucune de ces orientations.

4.2 DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Par le passé, les modèles de prévention du VIH étaient fondés sur l'hypothèse selon laquelle des décisions éclairées étaient prises sur la base des renseignements fournis pour réduire le risque d'infection. Or, on reconnaît maintenant que des facteurs socioéconomiques (appelés déterminants de la santé) influencent la vulnérabilité des personnes et des populations à l'infection au VIH. En d'autres termes, les déterminants de la santé affectent leur capacité à prendre des décisions et à appliquer concrètement des mesures de protection.

Les liens entre les déterminants de la santé et le bien-être des personnes et des communautés sont bien consignés. Néanmoins, il existe très peu de documents qui traitent du VIH/sida dans le contexte sanitaire de cette vaste population. À la place, les documents explorent le plus souvent l'association entre un déterminant social particulier et le comportement qui met une personne à risque d'infection au VIH. (1)

Certaines recherches réalisées à l'échelle internationale établissent des liens entre certains déterminants précis de la santé et la vulnérabilité ou la résilience des hommes gais et des autres HARSAH au VIH. Au Canada, les recherches équivalentes sont rares, voire inexistantes. Compte tenu du peu de recherches réalisées au Canada sur les déterminants de la santé liés à la vulnérabilité et à la résilience au VIH, la méthodologie du présent rapport a été modifiée pour inclure les études qui explorent les liens plus généraux entre l'état de santé des hommes gais et autres HARSAH et les déterminants généraux de la santé.

4.2.1 VULNÉRABILITÉ ET RÉSILIENCE

La plupart des recherches menées sur le VIH/sida chez les hommes gais et autres HARSAH sont axées principalement sur la vulnérabilité de cette population à l'infection. Herrick *et al.* (2011) décrivent la résilience au VIH/sida chez les HARSAH comme une « ressource inexploitée » dans la conception des interventions comportementales. (2) La résilience peut se décrire comme « un élément de risque atténué par des facteurs de protection pour produire un résultat positif ou un ajustement ». (3) Malgré l'intérêt grandissant de la communauté de la recherche à l'égard de la résilience comme approche de prévention du VIH chez les hommes gais, peu de recherches ont été publiées au Canada sur la résilience de cette population au VIH/sida.

Toutefois, les quelques recherches dont nous disposons laissent entendre que les hommes gais et autres HARSAH créent des liens, des communautés et des réseaux de soutien social solides et innovateurs. À partir des années 1980, les hommes gais ont également produit, au niveau communautaire, une réponse rapide et efficace au sida. Sur le plan individuel, des recherches laissent sous-entendre que les hommes gais et autres HARSAH sont nombreux à utiliser régulièrement et correctement le condom et à négocier des pratiques sexuelles plus sécuritaires. (4;5) (Pour en apprendre plus sur ce sujet, se reporter à la section 4.2.12, intitulé Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles.)

L'histoire de l'activisme des hommes gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres au Canada a eu des effets profonds sur l'environnement social dans lequel vivent aujourd'hui les hommes gais et autres HARSAH, mais également sur la réponse canadienne au VIH/sida. Les émeutes de Stonewall, qui se sont déroulées à New York, en 1969, et la décriminalisation de l'homosexualité au Canada, cette même année, ont été les catalyseurs d'une décennie marquée par l'organisation de la communauté et la défense des droits chez les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenres. (6)

Après les premiers signalements d'une nouvelle maladie mystérieuse touchant les hommes gais, d'abord aux États-Unis, en 1981, puis au Canada, en 1982, le sida a rapidement atteint le statut de crise sanitaire chez les hommes gais et est devenu le plus important enjeu au centre de l'organisation de la communauté gaie. La population masculine gaie se trouvait alors à l'épicentre de l'épidémie de sida; de 1985 (année où a débuté la

collecte de données à l'échelle nationale) à 1994, 74,7 % de tous les tests de dépistage du VIH positifs signalés au Canada étaient attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH. (7)

Lorsque la maladie est apparue, il n'existait aucun traitement efficace contre l'infection au VIH. Le décès de milliers de jeunes hommes gais des suites du sida en une courte période a eu l'effet d'un appel à l'action. Les hommes gais ont réagi à l'épidémie émergente en organisant leur communauté et en jouant un rôle clé dans l'établissement des premières organisations communautaires offrant des services de prévention, de soins et de soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida (8) partout au Canada. (6) L'épidémie de sida a mobilisé les communautés gaies comme jamais auparavant, ce qui a mené à l'établissement de réseaux communautaires, d'organismes de services liés au sida et d'organisations politiques qui ont milité avec succès pour qu'une plus grande importance soit accordée au VIH et que des ressources plus nombreuses y soient consacrées. Aujourd'hui, l'infrastructure de cette communauté existe toujours, et dans bien des cas, elle s'est élargie. La réponse à l'épidémie de sida est perçue comme un signe, et l'infrastructure communautaire qui en résulte, comme une source de résilience à l'égard du VIH.

Comprendre et canaliser la résilience aux niveaux individuel, interpersonnel et de la population pourrait contribuer à l'amélioration des programmes de prévention du VIH et des interventions dans cette population.

Sur le plan individuel et communautaire, confrontés à des heures difficiles et à des injustices sociales criantes, y compris l'homophobie, l'hétérosexisme, le racisme, le colonialisme, l'injustice à saveur économique et la discrimination fondée sur la séropositivité, les hommes gais ont déployé un extraordinaire ressort psychologique. Nous avons procédé à des analyses et mis au point des pratiques perspicaces; souvent, nous faisons appel à des formes innovatrices et constructives de résistance pour contrer les redoutables injustices auxquelles nous sommes confrontés. Nous avons et nous continuerons de jouer un rôle actif au niveau du maintien de notre santé et de notre mieux-être, y compris en ce qui concerne la prévention du VIH, sur le plan individuel, interpersonnel, culturel et structurel. (9)

4.2.2 HOMOPHOBIE ET HÉTÉROSEXISME, STIGMATISATION ET DISCRIMINATION CONNEXES

Des études ont clairement démontré l'existence de liens entre l'homophobie et les limites de notre capacité de réaction adéquate au VIH/sida. L'homophobie est un facteur de risque dans la prévention et les soins pour le VIH. Des efforts pour contrer, réduire et éliminer l'homophobie et l'hétérosexisme sont cruciaux à toute approche systémique de l'infection au VIH au Canada. (10)

Le mot *homophobie* signifie, littéralement, « peur de la similitude » ou « peur de ce qui est similaire ». (11) Ce terme est largement utilisé pour décrire les sentiments négatifs individuels, sociaux, institutionnels et internalisés à l'égard des lesbiennes, hommes gais, bisexuels, bispirituels et transgenres. (12) L'homophobie se manifeste de diverses façons, toutes susceptibles d'influencer la probabilité qu'une personne adopte des comportements présentant un risque de transmission du VIH :

Je suis heureux d'être gai, maintenant... mais au secondaire, j'essayais tellement de le cacher... j'ai même déjà battu un gars qui avait l'air gai... Je réalise maintenant que j'ai fait tout ça pour essayer de cacher le fait que je me sentais tellement différent.

— Jeune homme gai de 21 ans (13)

L'*homophobie internalisée* survient lorsque des préjugés et des biais homophobes sont intégrés au système de croyances de la personne. (12) L'homophobie internalisée peut se manifester chez les gais et les autres HARSAH, et les sentiments de honte et de crainte qu'elle suscite peuvent les amener à réprimer leur sexualité et provoquer d'intenses conflits internes. (14;15) L'homophobie internalisée peut provoquer des problèmes de santé mentale, comme l'anxiété et la dépression, et peut accroître la propension à adopter des comportements augmentant le risque d'infection au VIH.

L'*homophobie externe* survient lorsque les sentiments homophobes façonnent le comportement de la personne à l'égard de ceux qu'elle perçoit comme différents, par exemple, en encourageant l'évitement social, la violence verbale, la discrimination et, dans certains cas, la violence physique. (12) Statistique Canada rapporte que les crimes motivés par une orientation sexuelle réelle ou perçue

sont plus susceptibles d'être violents et d'entraîner des blessures corporelles que les crimes haineux motivés par la race ou la religion. (16) De même, dans le cadre d'une étude menée en 2002 chez des hommes gais et des HARSAH à Vancouver, 48 % des répondants disaient avoir été victimes de violence faite aux hommes gais au cours de leur vie. Ceux qui avaient subi ce type de violence étaient deux fois plus susceptibles d'adopter des comportements sexuels à risque que les autres. (17)

L'*homophobie institutionnalisée* désigne les pratiques et politiques discriminatoires fondées sur l'orientation sexuelle qui sont employées par les gouvernements, les entreprises, les organisations religieuses, les établissements d'enseignement et les autres institutions. (12) Les obstacles systématiques et généralisés favorisés par l'homophobie peuvent limiter l'accès des hommes gais et des autres HARSAH à l'emploi, à l'éducation, au logement (10) et à des soins de santé appropriés. (60)

L'*hétérosexisme* désigne la croyance (souvent à un niveau social ou culturel plus généralisé) que tous les humains sont ou devraient être hétérosexuels et que cette orientation sexuelle est normative et supérieure, alors que l'homosexualité est un comportement déviant, immoral, dangereux ou menaçant. (12) L'hétérosexisme peut se manifester sous forme d'opposition, de discrimination et, dans certains cas, de violence à l'égard des minorités sexuelles. (12)

Est-ce que ça ne serait pas merveilleux de marcher dans la rue avec son partenaire, main dans la main, sans se faire harceler, ou de faire les mêmes choses que les couples hétéros et être acceptés?

— Homme gai (10)

L'homophobie et l'hétérosexisme mènent souvent à une discrimination à l'égard des personnes qui s'identifient comme gaies, bisexuelles et bispirituelles. Ces comportements créent également un environnement social où les autres HARSAH sont moins susceptibles d'affirmer leur identité. L'homophobie et l'hétérosexisme ont une grande influence sur l'ensemble des déterminants de la santé des hommes gais et autres HARSAH dont il est question dans le présent chapitre, ce qui, en retour, influence la vulnérabilité au VIH. Le lien direct entre l'homophobie et le risque d'infection au VIH a été peu étudié dans la documentation canadienne. Cependant, certains documents canadiens laissent sous-entendre que l'homophobie est liée à des résultats défavorables en

matière de santé mentale, à une plus grande exclusion sociale (10;12) et à une diminution de l'accès aux services de soutien social et de santé (12;60), autant de facteurs qui augmentent la probabilité qu'une personne adopte des comportements à risque pour le VIH. (9;12)

4.2.3 LE COMING-OUT

Le *coming-out* est une période de grand bouleversement personnel, au cours de laquelle le risque d'infection au VIH s'accroît en raison des obstacles à confronter aux niveaux individuel, interpersonnel, culturel et structurel. (9)

Le *coming-out* désigne « le processus par lequel une personne gaie, lesbienne, bisexuelle ou transgenre reconnaît et confirme son orientation non hétérosexuelle et intègre cette réalité à sa vie personnelle et sociale ». (20) Ce terme est également utilisé pour décrire l'action précise qui consiste à divulguer son orientation ou son identité sexuelle. (20)

La possibilité de montrer ouvertement son orientation sexuelle a des effets importants sur la santé mentale et physique, ainsi que sur la capacité à accéder à des renseignements pertinents sur la santé (y compris de l'information sur la prévention du VIH) et à des soins adéquats. (21;93) Le *coming-out* est un déterminant clé de la santé chez les hommes gais, qui peut également avoir des effets sur divers autres déterminants de la santé, dont le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, le développement de la petite enfance, l'emploi et les conditions de travail ainsi que les services de santé. (9) Des recherches émergentes laissent supposer que le fait de pouvoir affirmer son identité dans un environnement sain et positif peut avoir des effets marqués toute la vie durant chez les jeunes hommes gais et autres HARSAH, particulièrement en ce qui a trait à la vulnérabilité et à la résilience au VIH. (21;23) Par exemple, des études sur les syndémies menées par Ron Stall, chercheur à l'université de Pittsburgh, sur un échantillon de plus de 2 000 hommes gais ayant affirmé leur identité ont abouti à la conclusion que l'interaction de multiples épidémies psychosociales chez les hommes gais (comme la violence homophobe, l'abus de substances et la maladie mentale) entraîne une augmentation du risque et du taux d'infection au VIH dans cette population. Les recherches de Stall laissent entendre que la victimisation et la violence homophobe subies à un jeune âge pourraient être une des causes profondes de ces syndémies chez les hommes gais. (22;24)

Le *coming-out* peut poser des difficultés particulières chez les hommes gais et autres HARSAH des minorités ethniques. Des recherches psychosociales menées auprès d'hommes gais et de lesbiennes faisant partie de minorités ethnoculturelles montrent que ces personnes ont l'impression d'exister dans trois communautés indépendantes et définies très rigide : leur communauté ethnique, la communauté des hommes gais et des lesbiennes et la société en général. (25) L'homophobie subie par ces personnes dans leur communauté ethnoculturelle et dans la société en général peut rendre difficile l'affirmation de l'identité comme gai ou bisexuel et l'intégration des identités sexuelles et ethniques. (25)

4.2.4 PATRIMOINE BIOLOGIQUE ET GÉNÉTIQUE

Il n'existe aucun facteur biologique ou génétique connu spécifique aux hommes gais et aux autres HARSAH qui les prédispose à l'infection au VIH.

4.2.5 GENRE

a) RÔLES SEXUELS MASCULINS

Bien qu'il n'existe pas de données canadiennes sur ce sujet, des recherches menées aux États-Unis commencent à documenter les hypothèses hétérosexistes liées aux rôles sexuels masculins et leurs répercussions sur l'homophobie, sur l'hétérosexisme et sur la vulnérabilité des hommes gais et des autres HARSAH au VIH tout au long de leur vie. (22) Des recherches s'imposent pour comprendre cette dynamique dans le contexte canadien.

b) TRANSSEXUELS QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

Le terme « *homme transgenre* » désigne un transsexuel féminin, c'est-à-dire une personne qui, biologiquement, était une femme à la naissance, mais qui s'identifie comme un homme et pourrait envisager une inversion sexuelle chirurgicale. Cette section porte sur la vulnérabilité et la résilience au VIH/sida chez les hommes transgenres qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Les femmes au Canada* de l'Agence de la santé publique du Canada présente un résumé des données canadiennes disponibles sur la vulnérabilité et la résilience des femmes transgenres à l'égard du VIH/sida.

La recherche sur le VIH chez les personnes transgenres est axée principalement sur les femmes transgenres

et expose les risques particuliers de cette population relativement à l'infection au VIH. Cependant, il existe peu de recherches sur les hommes transgenres et le risque d'infection au VIH. (26) La prévalence du VIH chez les hommes transgenres au Canada est inconnue. Toutefois, plusieurs études menées aux États-Unis dans des échantillons de petite taille révèlent que la prévalence du VIH est faible dans cette population, particulièrement par rapport aux femmes transgenres. (97;98) En outre, une étude qualitative menée en 1999 sur les personnes transgenres et le risque de VIH au Québec a montré que les hommes transgenres ne se considéraient pas à risque pour le VIH. (27) Toutefois, chez les hommes transgenres qui ont des rapports sexuels avec des hommes, cette perception pourrait être fautive, compte tenu de la prévalence et de l'incidence élevées du VIH chez les hommes gais et les autres HARSAAH au Canada. Certaines études indiquent que dans les populations transgenres de certaines régions du Canada, comme Montréal et la partie est du centre-ville de Vancouver, le taux d'infection au VIH pourrait être plus élevé que dans le reste de la population. (28) Cependant, le taux de participation à ces études est généralement beaucoup plus élevé chez les femmes transgenres que les hommes transgenres.

Certains groupes de personnes transgenres ont des taux de prévalence plus élevés que d'autres. Ces groupes sont les personnes transgenres, notamment celles qui font partie de minorités ethniques, des travailleurs du sexe et les utilisateurs de drogues injectables. (28) Selon quelques études menées aux États-Unis dans des échantillons de petite taille, les hommes transgenres sont plus susceptibles d'adopter des comportements sexuels à risque que les femmes transgenres. (99;100) Toutefois, il est difficile de faire le suivi des données épidémiologiques dans cette population puisque les rapports de dépistage du VIH des transsexuels féminins sont probablement pris en compte dans les données sur les hommes, compte tenu du fait que les hommes transgenres s'identifient et vivent comme des hommes.

Le partage d'aiguilles utilisées pour faire l'injection de testostérone peut également accroître le risque d'infection au VIH chez les hommes transgenres. Il s'agit d'une pratique courante dans cette population, en raison du nombre insuffisant d'aiguilles intramusculaires offertes dans le cadre des programmes d'échange de seringues. (27) En outre, une faible estime de soi pourrait expliquer pourquoi certains hommes n'adoptent pas de pratiques sexuelles et d'injection plus sécuritaires. (27)

Je pense qu'il est difficile de négocier le port du condom lorsque tu as de la difficulté à parler de ton propre corps.

— Homme transgenre (26)

Les personnes transgenres ont un risque élevé d'être victimes d'intimidation et de harcèlement homophobes fondés sur l'orientation sexuelle perçue (29) et de subir de l'intimidation et du harcèlement transphobe lorsque leur orientation est connue. Ils présentent donc un risque plus élevé d'exclusion sociale, de stigmatisation, de discrimination, de toxicomanie et de problèmes de santé mentale, autant de facteurs de risque d'infection au VIH. (30) Une étude nationale portant sur l'homophobie dans les écoles canadiennes a révélé que 90 % des jeunes transgenres entendaient chaque jour ou chaque semaine des commentaires transphobes de la part d'autres étudiants, alors que 23 % affirmaient avoir entendu leurs enseignants formuler ce type de commentaires. Les jeunes transgenres faisaient également état de niveaux élevés de harcèlement, notamment verbal (74 %) et physique (25 %), et une forte proportion d'étudiants transgenres disaient ne pas se sentir en sécurité à l'école (78 %). (29;94)

Pourquoi ne pas faire plus de sensibilisation? Pour éviter les situations où vous entrez dans le bureau du médecin pour la première fois en lui expliquant que vous êtes transgenre, et qu'il vous jette un regard déconcerté, l'air de dire « Ah oui! Tiens, c'est la première fois que je rencontre quelqu'un de votre espèce ».

— Personne transgenre (94)

En outre, les hommes transgenres font face à certains obstacles institutionnels limitant l'accès aux soins de santé, ce qui peut accroître le risque d'infection au VIH. En raison des pratiques administratives au sein du système de santé et des organismes de services sociaux (dont l'incapacité à identifier les personnes transgenres), les hommes transgenres peuvent avoir de la difficulté à accéder aux soins et aux services de santé, ce qui accroît le risque. (27) Par exemple, certains hommes transgenres possèdent des organes génitaux féminins et doivent subir, dans le cadre de leurs soins de santé courants, un test de Papanicolaou, qui n'est habituellement pas offert aux personnes qui semblent être de sexe masculin. (94) En outre, le manque de connaissances spécifiques sur les personnes transgenres observé chez les professionnels

de la santé peut limiter la qualité des soins reçus par les hommes transgenres, les empêchant ainsi d'accéder à des soins et à des conseils médicaux appropriés, ce qui exacerbe le risque d'infection au VIH. (30)

4.2.6 DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

Des recherches menées à l'échelle internationale ont démontré l'existence d'un lien entre les expériences de victimisation homophobe vécues à l'adolescence et l'incidence accrue des problèmes de santé mentale chez les jeunes hommes gais, lesbiennes et bisexuels, comme la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique et le suicide. (31-33) Ces recherches ont également révélé une association entre la stigmatisation homophobe et la victimisation subies par les jeunes hommes gais, lesbiennes et bisexuels et les comportements posant des risques pour la santé, dont la toxicomanie, le suicide et les pratiques sexuelles à risque (34;35), qui peuvent accroître le risque d'infection au VIH. Aucune recherche équivalente établissant un lien direct entre les expériences d'homophobie et les comportements à risque pour le VIH n'a été menée au Canada. Toutefois, les résultats de deux études canadiennes laissent entendre que les jeunes hommes gais et les autres jeunes d'orientation sexuelle diverses sont plus susceptibles que leurs pairs hétérosexuels d'être victimes de harcèlement et de victimisation. (29;36) Comme nous l'avons mentionné à la section 4.2.1, des recherches émergentes laissent entendre que le fait de pouvoir affirmer son identité dans un environnement sain et positif peut avoir des effets marqués sur le parcours de vie des jeunes hommes gais et autres HARSAH, particulièrement en ce qui a trait à la vulnérabilité et à la résilience au VIH. (21;23) Combinée aux pressions générales subies à l'adolescence, l'homophobie présente au sein des communautés, des écoles et de l'unité familiale peut avoir des répercussions importantes sur le processus d'affirmation de l'identité chez les jeunes hommes gais et bisexuels. (10)

Les résultats d'une étude nationale menée en 2008 auprès de plus de 1 700 étudiants canadiens laissent entendre que le harcèlement homophobe persiste dans cet environnement. Plus de la moitié (57,3 %) des étudiants gais, lesbiennes et bisexuels interrogés ont été harcelés verbalement en raison de leur orientation sexuelle et que 24,7 % disaient avoir été victimes de harcèlement physique pour les mêmes raisons. (29) Les trois quarts environ (76,7 %) de tous les participants

disaient avoir entendu quotidiennement des commentaires désobligeants à l'école (« C'est tellement gai », par exemple), alors que 49,4 % affirmaient avoir entendu quotidiennement des insultes homophobes précises comme « pédé » et « gouine ». (29)

Les résultats de l'enquête *Adolescent Health Survey*, menée en Colombie-Britannique, sont comparables : les adolescents gais et bisexuels sont plus susceptibles d'être victimes de discrimination que leurs pairs hétérosexuels. En 2003, 60 % des adolescents gais et 36 % des adolescents bisexuels disaient avoir été victimes de discrimination en raison de leur orientation sexuelle, ce qui constitue une augmentation par rapport à 1998. (36) Ces adolescents ont également signalé des taux de victimisation considérablement plus élevés à l'école, sous forme d'exclusion volontaire, de harcèlement verbal et d'agression physique. (36)

C'était tellement difficile de trouver des gens avec qui s'identifier... [soupir]. Tu ne savais jamais à qui faire confiance. Je veux dire, je ne pouvais pas avoir d'histoires avec des gars du secondaire parce qu'une fois en colère, ils pouvaient tout aller raconter... je ne pouvais pas me permettre ça, alors j'ai fait comme si de rien n'était et j'ai fait mes petites affaires discrètement, à l'extérieur de l'école. L'école, c'était l'école, point final. Ce qui n'était peut-être pas une mauvaise chose, finalement.

— Jeune homme gai de 21 ans (37)

a) ABUS FAIT AUX ENFANTS

Peu d'études se sont penchées sur la fréquence et les répercussions de la violence sexuelle chez les hommes gais et les autres HARSAH. (96) Cependant, certaines données confirment un lien entre les abus sexuels subis pendant l'enfance et les comportements à risque pour le VIH. (24;95;96) Selon une étude menée en Colombie-Britannique, basée sur des données du *Vanguard Project* et de la cohorte de la *Vancouver Injection Drug Users Study* (VIDUS), les HARSAH sont plus souvent victimes de violence sexuelle au cours de leur vie (28 % chez les sujets du projet Vanguard) que les autres utilisateurs de drogues injectables (15 %). (96) L'occurrence la plus élevée de violence sexuelle a été observée chez les HARSAH qui font usage de drogues injectables (54 %). (96) En outre, un lien étroit a été établi entre la survenue de violences sexuelles au cours de l'enfance et la participation au

commerce du sexe, qui peut également accroître le risque d'infection au VIH. (96)

D'autres études révèlent que les hommes qui ont été victimes de violence sexuelle pendant l'enfance ont des relations anales non protégées plus fréquentes avec des partenaires occasionnels (un facteur de risque d'infection au VIH) que les hommes qui n'ont pas subi ce type d'abus. (89) La violence subie pendant l'enfance a également été associée à d'autres comportements à risque pour le VIH, comme l'usage de drogues, les partenaires sexuels multiples, le commerce du sexe et les comportements sexuels à risque. Des entrevues réalisées au Québec auprès d'hommes gais et de bisexuels qui ont été victimes de violence sexuelle au cours de leur enfance révèlent que les problèmes de santé mentale et les difficultés relationnelles sont courants et viennent compliquer davantage la négociation de pratiques sexuelles plus sécuritaires. (38) En outre, les taux de violence pendant l'enfance sont plus élevés chez les hommes séropositifs que chez les hommes séronégatifs (96;89), ce qui laisse supposer une vulnérabilité accrue à l'infection chez les hommes qui ont subi ce type de violence.

La violence familiale dans les relations gaies a été moins étudiée que celle qui se manifeste dans les relations hétérosexuelles. Toutefois, cette violence existe et des recherches menées à l'échelle internationale laissent entendre que, tout comme la violence dans les relations hétérosexuelles, elle pourrait influencer la vulnérabilité au VIH. Deux études menées aux États-Unis laissent entendre que les hommes qui ont subi de la violence sexuelle pendant l'enfance sont plus susceptibles de poursuivre des relations où ils subissent de la violence à l'âge adulte, et que les hommes qui ont des relations anales non protégées sont plus susceptibles d'être victimes de violence familiale que les hommes qui n'ont pas ce type de relations. (89;23) Il faut prendre note que les statistiques fournies relativement aux couples gais masculins sont fort probablement sous-estimées en raison de « la réticence à signaler une activité sexuelle de quelque nature que ce soit avec un autre homme ou en raison des effets psychologiques de la violence, qui peuvent amener les participants à ne pas reconnaître leurs propres expériences ». (96)

En résumé, la violence subie par les hommes pendant leur enfance influence leur capacité à adopter des comportements préventifs à l'égard du VIH, comme des pratiques sexuelles plus sécuritaires.

4.2.7 CULTURE

a) HARSAH FAISANT PARTIE DE GROUPES RACIAUX ET ETHNOCULTURELS MINORITAIRES

Comme il s'agit également d'un système fondé sur la domination et l'oppression, le racisme suit les mêmes mécanismes que le sexisme et l'homophobie. En fait, ces systèmes d'oppression sont étroitement liés et ne fonctionnent pas en vase clos ou indépendamment les uns des autres, mais sont entremêlés, et leurs points d'intersection viennent compliquer davantage la situation des personnes qui n'entrent pas dans une seule catégorie. (101)

Les minorités ethnoculturelles et les groupes raciaux tendent à porter un double fardeau imposé par les stéréotypes raciaux, dans la communauté gaie, mais à l'extérieur également. (102) Selon les tendances observées, les hommes appartenant à des sous-groupes marginalisés sont moins susceptibles d'affirmer leur identité et de participer à des activités sociales ouvertement gaies, ce qui réduit les bienfaits attribuables au capital social et l'exposition aux messages de prévention. (103) On dispose de peu de données épidémiologiques désagrégées par groupe ethnique ou racial, en raison du fait que les identificateurs ethniques liés aux nouvelles infections par le VIH sont signalés différemment et que « la recherche regroupe normalement les HARSAH, particulièrement des Blancs, en une unité homogène, omettant ainsi l'identité culturelle et le lieu de naissance, ce qui peut entraîner une distorsion des résultats ». (103) Le manque de recherches canadiennes à cet égard met en évidence la nécessité de se pencher sur des sous-communautés précises au chapitre de la recherche, de la prévention et de l'établissement des programmes. (104;105;60)

Les jeunes ayant récemment immigré au Canada courent un risque particulièrement élevé à l'égard du VIH. Le projet *Youth Migration Project*, mené par l'université Ryerson, à Toronto, établit un lien entre les éléments suivants et la vulnérabilité au VIH :

- rejet ou peur d'être rejeté par sa famille ou sa communauté;
- isolement de sa communauté culturelle;
- conviction que sa propre famille est plus rétrograde que les familles canadiennes moyennes;

- transphobie au sein des communautés gaies et hors de ces communautés;
- manque de programmes et de ressources sur la sexualité et le VIH adaptés à la culture et offerts dans la langue parlée; et
- obstacles limitant l'accès aux services. (39)

Des études menées auprès d'HARSAH originaires de l'Asie du Sud-Est indiquent que les obstacles sociaux et culturels auxquels se heurtent les HARSAH d'origine asiatique entraînent un isolement de la communauté et une faible image de soi, en plus d'exercer des effets négatifs sur la santé sexuelle. (40) Ce phénomène est la conséquence du racisme manifesté au sein de la communauté gaie et de l'homophobie qui prévaut dans les communautés ethniques spécifiques et dans la population générale. Les tabous culturels entourant la sexualité et le manque de services de soutien social et de santé adaptés aux besoins précis des groupes ethnoculturels constituent également des obstacles de taille. (40;106;107)

« Lorsque vous êtes gai, vous touchez le fond du baril. Ajoutez à cela le sida, et vous vous retrouvez en dessous du baril... Ensuite, on vous exclut complètement. »

— Homme séropositif originaire de Trinidad (41)

Les hommes gais, bisexuels, bispirituels et autres HARSAH des communautés autochtones sont également confrontés à l'homophobie et au racisme, particulièrement dans le contexte des répercussions négatives de la colonisation, ainsi qu'en raison de multiples formes d'oppression :

Aujourd'hui, les personnes bispirituelles font face à des obstacles incroyables. Ils appartiennent à deux mondes : celui des personnes d'orientation sexuelle différente, et celui des Autochtones. Essentiellement, ils subissent de multiples oppressions. En tant que membre d'une minorité fondée sur des différences au plan sexuel, ils sont opprimés et influencés par la culture dominante qui les entoure. Dans ce contexte, il devient de plus en plus difficile de se façonner une identité saine. (42)

Selon les recherches disponibles sur les conditions des Autochtones bispirituels au Canada, cette population doit composer avec « un haut taux de chômage, la pauvreté,

des logements médiocres, l'itinérance, l'homophobie, le racisme, la discrimination à l'égard du VIH/sida et l'ostracisme de la part de la communauté autochtone ». (18) Par conséquent, cette population est plus vulnérable aux troubles de santé mentale, comme la dépression et l'anxiété, qui peuvent mener à des comportements sexuels à risque. En outre, en raison de la discrimination homophobe qu'elles subissent, les personnes bispirituelles peuvent avoir de la difficulté à accéder aux soins de santé sexuelle dont elles ont besoin, ce qui accroît le risque d'infection au VIH. (18)

Le chef et le conseil de ma réserve sont « aveugles » l'égard de la bispiritualité. Lorsqu'ils savent que vous faites partie de la communauté gaie, lesbienne, bisexuelle ou transgenre, ils vous excluent. Il leur faudrait des facilitateurs pour les renseigner à ce sujet. »

— Homme bispirituel (18)

4.2.8 RÉSEAUX DE SOUTIEN SOCIAL

La famille, les amis et le sentiment d'appartenance à une communauté donnent l'impression de faire partie de quelque chose de plus grand que soi. Le degré de satisfaction par rapport à soi-même et à la communauté, l'aptitude à résoudre des problèmes et la capacité à gérer les situations de tous les jours peuvent contribuer à un meilleur état de santé en général. La mesure dans laquelle les personnes s'investissent dans leur communauté et cultivent un sentiment d'appartenance peut influencer positivement sur leur santé physique et mentale à long terme. (43)

Les réseaux de soutien social, comme la famille, les amis et les communautés, influencent fortement la conscience de soi et l'appartenance. Pour certains hommes gais, le processus d'affirmation de l'identité et le cheminement de vie qui s'ensuit peuvent être grandement améliorés par un système de soutien social solide. Cependant, certains hommes gais peuvent également être confrontés à l'exclusion sociale de la famille et du cercle d'amis. En réponse, ils créeront alors leurs propres réseaux pour obtenir un soutien. (45)

De nombreux hommes gais et bisexuels ont créé leur propre « famille choisie », en plus de leur famille biologique ou en réponse au rejet manifesté par celle-ci.

Les familles choisies, généralement composées d'amis et d'anciens amants (avec lesquels ils n'ont pas nécessairement de rapports sexuels), offrent un soutien de type familial. (44) Bien que les comportements sexuels des hommes gais soient relativement bien compris, les moyens par lesquels les hommes gais et les autres HARSAH forment et maintiennent des liens positifs avec leurs familles, leurs partenaires amoureux et leur communauté au sens large, ainsi que les effets de ces réseaux sociaux sur la vulnérabilité ou la résilience au VIH, devront être étudiés de manière plus approfondie.

a) RELATIONS

Pour les hommes gais, une relation amoureuse peut être une source de soutien social et contribuer à améliorer la santé et le bien-être, alors que le « manque de soutien social ou l'isolement sont, à l'inverse, considérés comme des facteurs déterminants de la maladie ». (45) Chez les hommes gais séropositifs, les relations amoureuses peuvent être une source de soutien social et émotionnel qui les aide à vivre avec le VIH. (46)

L'enquête *Sex Now Survey*, menée en 2004 en Colombie-Britannique, fournit certains renseignements sur les relations amoureuses chez les hommes gais et les bisexuels. En terme de longévité, environ un tiers des relations durent moins d'un an (32,3 %), un tiers durent entre un et cinq ans (30,3 %) et un peu plus d'un tiers durent plus de cinq ans (37,4 %). En outre, une proportion plus élevée d'hommes de plus de 30 ans sont en couple (56,6 %) par rapport aux hommes plus jeunes (45,3 %). Une proportion plus élevée d'hommes célibataires appartiennent à une catégorie de revenus inférieure (71,3 %) par rapport aux hommes qui vivent en couple (58,2 %). (47)

Les partenaires multiples et les relations sexuelles non protégées sont des facteurs de risque d'infection au VIH. On a laissé entendre que « les hommes gais peuvent potentiellement tirer avantage d'un soutien accru en matière de gestion du pluralisme sexuel, planifié ou non planifié, dans le cadre de couples qui négocient des rapports sexuels anaux non protégés » (9) comme stratégie pour réduire le risque d'infection au VIH. La majorité (73 %) des hommes gais et des bisexuels en couple interrogés dans le cadre de l'enquête *Sex Now Survey* de 2006 affirmaient avoir une entente explicite avec leur partenaire concernant les activités extra-conjugales. Un quart (25 %) des hommes interrogés disaient avoir convenu d'une relation monogame avec leur partenaire. Parmi ceux qui avaient conclu une entente, 27 % affirmaient y avoir dérogé. (48)

En ce qui concerne le soutien social, environ 70 % des répondants du système *M-Track* disaient disposer d'un soutien émotionnel et social la plupart du temps, alors qu'un pourcentage légèrement moins élevé de répondants disaient obtenir de l'aide au besoin pour les tâches quotidiennes. (4)

[Mes parents] m'ont carrément dit... au moins, si tu es bisexuel, tu peux avoir des enfants, n'est-ce pas? La première chose qu'ils ont pensé, c'est « Oh, d'accord, tu es gai, donc, tu ne peux pas avoir une vie normale, tu ne peux pas faire d'études. Tous leurs espoirs ont été automatiquement anéantis. »

— Homme d'origine asiatique (102)

Les données fournies à la figure 20 laissent entendre qu'en moyenne, les hommes gais et les bisexuels reçoivent un soutien social régulier moindre que la population masculine en général.¹⁶ (49) Chez les hommes gais et les bisexuels ayant affirmé leur identité qui ont participé à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de 2007 – 2008, on a observé des niveaux inférieurs dans une mesure statistiquement significative pour diverses formes de soutien social (par exemple, avoir quelqu'un pour nous écouter, avoir quelqu'un qui nous manifeste de l'amour et de l'affection) par rapport à la population masculine dans son ensemble.¹⁷ Ces données sont compatibles avec les conclusions du sondage *Sexe au présent mené en 2006 pour la région de l'Atlantique*, qui a également révélé des niveaux inférieurs de soutien social chez les hommes gais et les autres HARSAH par rapport aux résultats pour l'ensemble de la population masculine obtenus dans le cadre de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2005. (50)

¹⁶ Données fondées sur la réponse « En tout temps ». Pour chaque variable énumérée à la figure 19, il existait diverses réponses possibles, dont les suivantes : jamais; quelquefois; la plupart du temps et en tout temps.

¹⁷ La figure 19 fournit des estimations du soutien social fondées sur une référence croisée des variables spécifiques au soutien social avec le nombre total d'hommes gais/bisexuels et la population masculine totale (y compris les hommes gais et les bisexuels) de certains territoires, tirées de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de Statistique Canada. Cet ensemble de variables est fondé sur une catégorie de réponses facultative, ce qui signifie que les données ne sont pas représentatives du Canada dans son ensemble.

FIGURE 20 : Hommes gais et bisexuels – Variables sélectionnées pour l’Ontario, l’Alberta, la Colombie-Britannique et les Territoires du Nord-Ouest, 2007 – 2008

	HOMMES GAIS ET BISEXUELS QUI ONT RÉPONDU « EN TOUT TEMPS »	TOTAL DES HOMMES QUI ONT RÉPONDU ^a « EN TOUT TEMPS »
Avoir quelqu’un qui nous écoute	62 %	68 %
Avoir quelqu’un qui nous donne des conseils en situation de crise	59 %	64 %
Avoir quelqu’un qui nous manifeste de l’amour et de l’affection	67 %	76 %
Avoir quelqu’un avec qui avoir du plaisir	65 %	72 %
Avoir quelqu’un qui nous fournit de l’information et nous aide à comprendre une situation	54 %	63 %
Avoir quelqu’un à qui nous confier	62 %	67 %
Avoir quelqu’un avec qui on se détend	56 %	67 %
Avoir quelqu’un qui nous donne des conseils	47 %	59 %
Avoir quelqu’un avec qui faire des activités pour se changer les idées	51 %	61 %
Avoir quelqu’un avec qui partager nos préoccupations et nos craintes les plus intimes	54 %	64 %
Avoir quelqu’un vers qui nous tourner pour obtenir des solutions à des problèmes personnels	55 %	63 %
Avoir quelqu’un avec qui pratiquer des activités agréables	61 %	67 %
Avoir quelqu’un qui comprend nos problèmes	50 %	62 %

Source : Référence : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007 – 2008* (49)

^a P = 0,000. La valeur p montre la signification statistique de la différence entre les estimations (p < 0,05). Une valeur de +1 signifie que la différence observée est significativement supérieure, alors qu’une valeur de -1 représente une différence significativement inférieure et une valeur de 0, l’absence de différence statistiquement significative.

Bien que les données publiées aient établi que le manque de soutien social et l’isolement de la famille et de la communauté peuvent influencer négativement la santé, d’autres recherches sont nécessaires pour comprendre les répercussions de ces données sur la vulnérabilité à l’égard du VIH chez les hommes gais et les autres HARSAH. (9;43)

b) INTERNET

L’essor connu par Internet au cours des deux dernières décennies a changé définitivement la portée des réseaux de soutien social. Alors que les systèmes de soutien social traditionnels étaient limités à l’environnement physique immédiat, on peut maintenant entrer en contact instantanément avec des gens de partout dans le monde. Pour les hommes gais et les autres HARSAH, l’expansion des réseaux sociaux apporte de nombreux avantages, mais présente également certains risques potentiels. (51)

Bien qu’Internet puisse être un moyen utile pour transmettre de l’information sur les pratiques sexuelles sans risque, ainsi que sur la transmission et la prévention

du VIH et des infections transmissibles sexuellement chez les HARSAH (109), les recherches disponibles à ce sujet se penchent principalement sur l’usage d’Internet pour la sollicitation de partenaires sexuels anonymes, occasionnels ou à long terme, et sur les risques connexes à l’égard du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement.

Selon certaines études, l’usage d’Internet pour la recherche de partenaires sexuels peut accroître d’autres comportements à risque élevé, comme de multiples partenaires sexuels et des relations sexuelles avec des partenaires sérodiscordants et, par conséquent, augmente la vulnérabilité à l’égard du VIH. (108;5)

Dans le cadre d’une revue de la documentation réalisée en 2006, on a examiné les recherches portant sur l’usage d’Internet comme outil de recherche de partenaires sexuels chez les HARSAH. Cette revue laisse sous-entendre que la plupart des recherches sont de nature quantitative et qu’il existe peu de recherches qualitatives. Elle renvoie à

une méta-analyse qui révèle qu'environ 40 % des HARSAH ont déjà recherché des partenaires sexuels en ligne et qu'environ 30 % ont déjà eu des relations sexuelles avec une personne rencontrée en ligne. (109) Les données du système M-Track de l'Agence de la santé publique du Canada présentent des résultats comparables : 39 % des répondants ont affirmé avoir recherché un partenaire sexuel sur Internet au cours des six derniers mois, alors que 57 % de ces mêmes répondants disaient le faire régulièrement (plus d'une fois par mois). (4)

La méta-analyse mentionnée précédemment laisse supposer « qu'une prévalence plus élevée de relations sexuelles anales non protégées (particulièrement entre partenaires sérodiscordants) a été observée chez les HARSAH qui recherchent des partenaires sexuels en ligne par rapport à ceux qui ne le font pas ». (109) Pourtant, d'autres études laissent entendre qu'il n'existe aucune différence sur le plan des relations anales non protégées entre les hommes qui utilisent Internet et ceux qui n'y ont pas recours. (109)

Dans une étude menée au Canada et aux États-Unis, qui recrutait 2 262 hommes ayant déjà eu des relations sexuelles avec au moins un partenaire rencontré en ligne, on a cherché à déterminer si les comportements de ces hommes avaient changé depuis qu'ils avaient commencé à rechercher des partenaires sexuels sur Internet. Soixante pour cent (60 %) des sujets ont indiqué que leurs comportements avaient changé : 51 % ont fait état d'une augmentation du nombre de partenaires sexuels, 41 %, du nombre de relations sexuelles orales, 30 %, du nombre de relations sexuelles anales, et 26 %, de l'utilisation du condom pendant les relations sexuelles anales. (52)

Quelques questions ouvertes soumises dans le cadre de l'étude précédente ont révélé qu'Internet avait produit d'autres changements chez certains de ces hommes, comme trouver des partenaires ayant des intérêts similaires, se sentir plus à l'aise d'affirmer son identité et avoir des relations sexuelles mieux protégées. (52) De même, d'autres études laissent entendre qu'Internet a contribué à combattre l'isolement social chez certains hommes qui vivent en milieu rural ou ne sont pas à l'aise de fréquenter des bars gais ou d'autres établissements ouvertement gais. Les clavardoirs étaient considérés comme un moyen privilégié pour communiquer avec des hommes gais et obtenir des renseignements sur la santé sexuelle. (109)

4.2.9 REVENU ET STATUT SOCIAL

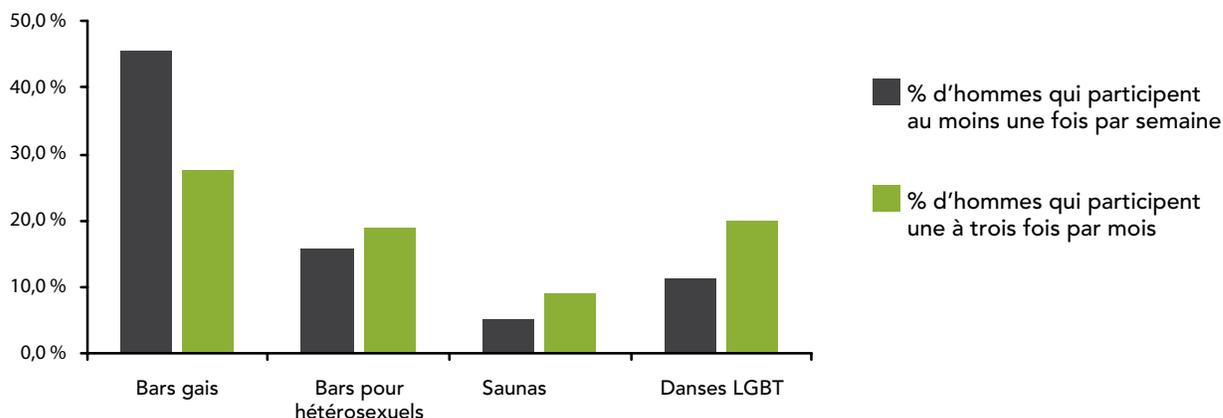
Le revenu et le statut social sont des déterminants clés de la santé chez les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles ou transgenres, puisque le niveau de scolarisation et les perspectives de carrière peuvent être affectés par les préjugés et les réactions phobiques rencontrés à l'école, dans le milieu de travail et ailleurs. (53)

Comme nous l'avons mentionné au chapitre 2, les données démographiques concernant les hommes gais et les autres HARSAH sont limitées et les données sur le revenu et le statut social ne font pas exception. Selon une étude menée en 2008, au Canada, le revenu personnel des hommes gais est 12 % moins élevé que celui des hommes hétérosexuels (54), alors que les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* à ce sujet laissent sous-entendre que le revenu des hommes gais et des bisexuels tend à être similaire à celui du reste de la population masculine. (49)

Les personnes ayant un faible revenu ou vivant dans la pauvreté sont plus susceptibles que les personnes ayant un revenu élevé d'être à risque d'infection au VIH, de contracter le VIH, de voir leur état évoluer du VIH au sida et de mourir du sida plus rapidement. (1) Un rapport indique que « les personnes vivant avec le VIH, au Canada, dont la majorité est des hommes gais, sont fréquemment réduites à la pauvreté ou à de grandes difficultés financières ». (9) Par exemple, selon les estimations d'une étude menée auprès de 5 100 hommes gais et bisexuels ayant affirmé leur identité et vivant à Vancouver, les sujets séropositifs (16 %) étaient plus susceptibles de gagner moins de 20 000 \$ par année et de ne pas occuper d'emploi à temps plein. (19) Pour obtenir de plus amples renseignements sur le revenu comme déterminant social de la santé chez les personnes vivant avec le VIH, consulter le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : personnes vivant avec le VIH/sida*.

Le statut social et les hiérarchies peuvent également influencer la perception de l'attrait que l'on exerce. Les hommes gais qui se sentent désavantagés en raison de leur âge, de leur groupe ethnique, de leur revenu ou de leur apparence physique peuvent sentir le besoin de faire des compromis lors des relations sexuelles et accepteront de ne pas utiliser de condom si celui-ci nuit à l'accomplissement de l'acte sexuel, ce qui accroît la vulnérabilité au VIH. (89;102)

FIGURE 21 : Socialisation au sein de la communauté gaie : fréquence de la participation à diverses activités sociales, Ontario, 2004



Source : (55)

4.2.10 ENVIRONNEMENTS SOCIAUX ET PHYSIQUES

Sur le plan historique, l'homophobie et l'hétérosexisme ont contribué à la création d'espaces physiques par et pour les hommes gais et les HARSAH, notamment des espaces publics où il est possible d'avoir des rapports sexuels tout en conservant un certain anonymat ou une certaine confidentialité (dont les parcs, les toilettes publiques et autres). (9)

Comme nous l'avons décrit au chapitre 2, les hommes gais et les autres HARSAH vivent dans un contexte social façonné par l'homophobie. Cette réalité a des effets importants sur les environnements sociaux et physiques habités par ces populations. À l'inverse, les environnements sociaux et physiques positifs créés par et pour les hommes gais et les autres HARSAH peuvent être considérés comme des « endroits sécuritaires » où ils peuvent créer des liens sociaux sans craindre l'homophobie ou la violence. (9) Il existe de nombreux lieux fréquentés par les hommes gais et les autres HARSAH. Bien que le volume de recherches ne reflète pas la proportion réelle des hommes gais et autres HARSAH qui fréquentent ce type d'établissement, les saunas font l'objet d'un nombre considérable de recherches comme lieu pouvant être associé à des comportements sexuels à risque. D'autres recherches s'imposent pour mieux comprendre les répercussions d'un vaste ensemble d'environnements sociaux et physiques sur la vulnérabilité et la résilience au VIH chez les hommes gais et les autres HARSAH.

L'enquête *Sex Now Survey* menée en 2006 dévoile certaines activités communes aux hommes gais et aux bisexuels. La majorité des participants (65,0 %) affirmaient passer au moins la moitié de leurs temps libres avec d'autres hommes gais. En outre, 62,0 % participaient à des activités sportives, alors que 51,0 % disaient s'impliquer fortement auprès de groupes sociaux et participer à des activités de bénévolat ou d'autres activités sociales au sein de la communauté gaie. (47) Ces données laissent entendre l'existence de réseaux sociaux ayant une attitude positive envers l'homosexualité. L'enquête *Ontario Men's Survey*, menée en 2004, a mis en lumière plusieurs lieux sociaux populaires (figure 21), dont les bars gais et, dans une moindre mesure, les danses pour les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles ou transgenres, les bars hétérosexuels et les saunas. (55)

Il est important de noter, toutefois, que les taux de participation élevés à des activités s'adressant spécifiquement aux hommes gais pourraient être particuliers aux hommes ayant affirmé leur identité comme gais ou bisexuels et que la méthodologie basée sur l'échantillonnage en fonction des lieux pourrait avoir gonflé artificiellement ces résultats par rapport aux hommes qui s'identifient autrement qu'en tant que gais (bisexuels ou autres catégories de HARSAH).

Comme le décrit la figure 22, l'enquête *Ontario Men's Study* indiquait les lieux de recherche (y compris les espaces virtuels) de partenaires à des fins sexuelles. Au cours des 12 derniers mois, les bars gais ont été les

FIGURE 22 : Socialisation au sein de la communauté gaie : lieux de recherche de partenaires sexuels mâles en Ontario, 2004

Lieux de recherche de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois :	HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES (%) N = 5 029
Bar gai	60,3
Internet	35,3
Sauna	31,4
Personne présentée par des amis	24,2
Fête privée	20,7
Soirée dansante pour hommes gais	20,3
Parc ou zone de drague	15,9
Bar pour hétérosexuels	12,5
Lignes de bavardage	12,0
Annonces personnelles	10,7

Sources utilisées par moins de 10 % des répondants : toilettes publiques, centres commerciaux, librairies/ clubs vidéo

Source : (55)

lieux les plus souvent visités (60,3 %) pour trouver un partenaire sexuel. Internet (35,3 %) et les saunas (31,4 %) sont également fortement fréquentés par les hommes qui recherchent un partenaire sexuel mâle en Ontario.

a) SAUNAS

Les saunas gais, qui figurent parmi les premiers espaces sociaux destinés à cette population, sont apparus à la fin du XIX^e siècle, dans un contexte de criminalisation des pratiques gaies et de stigmatisation de ceux qui s’y adonnaient. Au milieu du XX^e siècle, les premiers saunas exclusivement gais sont apparus afin de répondre aux besoins sociaux et sexuels propres aux hommes gais. Les saunas offraient un refuge privé, à l’abri des préjugés envers les hommes gais, et un endroit relativement sûr où rencontrer des hommes partageant les mêmes opinions pour avoir de la compagnie et à des fins sexuelles. En tant qu’espaces sociaux, les saunas ont joué un rôle important dans le développement d’une identité gaie moderne chez les hommes qui étaient attirés par d’autres hommes sur le plan sexuel et sentimental. Plus tard, ils ont servi de catalyseur au mouvement activiste communautaire, alors que les hommes gais s’organisaient pour se défendre contre les descentes de police menées dans les années 1970 et au début des années 1980. (56)

Aujourd’hui, les saunas sont généralement des espaces commerciaux conçus pour faciliter les rencontres sociales et sexuelles entre hommes. (57;110) Selon une étude portant sur les saunas en Amérique du Nord, au Canada, la plupart de ces établissements se trouvent dans les trois plus importants centres urbains : Toronto, Montréal et Vancouver. (58)

La plupart des recherches existantes traitant des répercussions des environnements sociaux et physiques sur la vulnérabilité et la résilience au VIH chez les hommes gais et les autres HARSAH sont axées sur les saunas situés dans des zones urbaines et se concentrent sur les niveaux de connaissance à l’égard du VIH, sur les caractéristiques des utilisateurs et sur les comportements sexuels. (57) Bien que les recherches menées à ce jour n’aient pas permis de déterminer si les saunas sont des lieux plus propices que d’autres aux comportements sexuels à risque pour le VIH, un modèle laisse entendre que l’anonymat relatif, la consommation d’alcool et de drogues et la communication en grande partie non verbale qui y est pratiquée peuvent constituer des obstacles aux pratiques sexuelles mieux protégées, malgré les niveaux élevés de connaissances sur la prévention et la disponibilité de méthodes de protection. (57)

Contrairement aux États-Unis, peu de saunas ont été fermés au Canada après l’apparition du sida, dans les années 1980. (58) Après l’émergence du VIH, des consultations se sont tenues dans plusieurs villes entre les agents de santé publique et les représentants des communautés gaies dans le but d’établir un équilibre entre le mandat en santé publique, qui est de prévenir la propagation de la maladie, et la capacité de la communauté à protéger ses membres au moyen de stratégies fondées sur les pairs. (57) En tant qu’espaces sociaux et sexuels connus comme des lieux fréquentés par les hommes gais et les autres HARSAH au Canada, les saunas ont été et continuent à être ciblés par les services de réduction du risque associé au VIH. Partout au Canada, les organismes de services liés au sida et les autorités municipales en matière de santé publique visitent régulièrement les saunas afin de fournir aux clients du matériel favorisant les pratiques sexuelles sûres, comme des condoms et du lubrifiant, de l’information sur la santé sexuelle, des références, des tests de dépistage anonymes du VIH et de la syphilis et même l’accès à des conseils professionnels.

Une étude qualitative restreinte portant sur 23 hommes gais ou bisexuels, tirée de l'étude *Polaris HIV Seroconversion Study*, cherchait à explorer les expériences et les perceptions à l'égard du risque de VIH associé aux saunas. Bien que les participants aient indiqué que les relations sexuelles occasionnelles et anonymes étaient courantes, ils ont décrit l'atmosphère des saunas comme « conscientisée au VIH ». Malgré tout, le niveau de risque à l'égard du VIH était considéré comme élevé malgré la disponibilité de condoms et de lubrifiant, ce qui est attribuable à la sollicitation non verbale et à la consommation de drogues et d'alcool. Les participants ont également fait état d'un sentiment de sécurité accrue en termes de stigmatisation, de discrimination et de violence comparativement à d'autres environnements comme les parcs et les bars. (57)

Des recherches laissent entendre que les hommes qui adoptent un comportement à risque élevé particulier tendent à adopter d'autres comportements de ce type, formant ainsi des regroupements d'hommes ayant un risque plus élevé de transmission du VIH. Ce sujet sera abordé plus en détail à la section 4.2.12 Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles. Toutefois, en termes d'environnements sociaux et physiques où des activités à risque élevé sont signalées, il est important de prendre note que les hommes qui recherchent des partenaires sexuels dans des environnements comme les saunas tendent également à avoir ou à rechercher des relations sexuelles dans d'autres environnements, dans des lieux publics ou par l'entremise de sites Internet, par exemple, ce qui peut accroître leur vulnérabilité au VIH. (57;72;80;111-115)

4.2.11 SERVICES DE SANTÉ

Ces profondes injustices économiques et sociales conjuguées au problème de l'homophobie mènent souvent à la dépression, à une piètre estime de soi ainsi qu'à l'adoption de comportements sexuels à risque. De plus, en raison de la discrimination qu'elles subissent, particulièrement de la discrimination homophobe, certaines personnes bispirituelles/gaies, lesbiennes, bisexuelles ou transgenres hésitent à faire appel aux organismes de santé, ce qui peut retarder le diagnostic du VIH/sida et empêcher ces personnes de recevoir de l'éducation préventive sur le VIH/sida ainsi que des services de soins, de traitement et de soutien en temps opportun. (18)

La documentation canadienne sur la santé et l'accès aux soins de santé chez les hommes gais et les autres HARSAH est peu abondante. (116;117) Toutefois, un examen de ce qui existe indique que la crainte d'une stigmatisation et d'une discrimination, le manque de confidentialité, de sensibilité et de sensibilisation, ainsi que la proximité des services, sont autant de facteurs qui influencent la qualité et la fréquence des soins reçus par les membres de ces populations.

Deux études, constituant des volets du système de surveillance amélioré M-Track de l'Agence, ont révélé que la majorité des répondants acceptaient de divulguer aux professionnels de la santé qu'ils avaient des partenaires sexuels mâles. Les résultats de l'enquête *ManCount* (volet du système M-Track pour Vancouver) ont montré que 79 % des répondants révélaient à leur médecin ou à leur infirmière qu'ils avaient des partenaires sexuels mâles. (59) De même, le cycle 2008 – 2009 de l'enquête *ARGUS* (volet du système M-Track pour Montréal) a révélé que 88,9 % des médecins consultés par les répondants connaissaient l'orientation sexuelle de leurs patients. (118) Toutefois, ces résultats ont également révélé que certains hommes gais et autres HARSAH ne discutent pas de leurs comportements sexuels avec les membres du personnel de la santé, ce qui peut réduire l'accès aux soins de santé appropriés.

Une étude sur l'accès aux soins de santé a montré que la peur de la stigmatisation et de la discrimination peut rendre les hommes gais et autres HARSAH réticents à communiquer leurs besoins en matière de santé au personnel médical. (60) Les auteurs ont aussi noté que le stress émotionnel et mental découlant de l'incapacité d'affirmer ouvertement leur orientation sexuelle et leur identité sexuelle dans le cadre de soins de santé peut entraîner un manque de soutien relatif aux problèmes de santé qui deviennent alors un mécanisme d'adaptation. Par conséquent, l'accès aux renseignements préventifs nécessaires, à un conseil et à un traitement peut être retardé, voire refusé. (119)

La vie en milieu rural, où les médecins et infirmières sont moins nombreux, peut également influencer la capacité des hommes gais et autres HARSAH à accéder aux services de santé. Par exemple, la crainte de voir sa vie privée exposée pose souvent problème dans les petites communautés, si bien que certains hommes peuvent être réticents à communiquer à leurs médecins des renseignements importants sur leur état de santé. (14;60) Les hommes gais faisant partie d'autres minorités

ethno- raciales font face à des obstacles supplémentaires dans l'accès aux soins de santé. Par conséquent, ils peuvent avoir des problèmes de santé plus nombreux qui, souvent, ne sont pas signalés et restent donc sans traitement. (14)

En outre, pour les HARSAH, il peut y avoir des différences sur le plan de l'accès à certains types services de santé sexuelle. Une étude menée auprès de jeunes hommes gais à Vancouver cherchait à déterminer à quelle fréquence les fournisseurs de soins de santé offraient des conseils sur la réduction des risques sexuels. Cent trente et un (131) hommes se sont inscrits à l'étude, desquels 66 % étaient Blancs et 12 % étaient Autochtones. Les sujets Autochtones étaient moins susceptibles de répondre qu'ils avaient reçu des conseils (26 %) que les sujets Blancs (62 %). Des séances de counselling répétées sont essentielles, tant chez les sujets séropositifs que chez les sujets séronégatifs, comme mesure de prévention du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement. (61)

En outre, les fournisseurs de soins de santé peuvent manquer de connaissances relativement aux besoins uniques des hommes gais et des autres HARSAH, dont ceux qui sont séropositifs et ceux dont les besoins en matière de soins de santé n'ont pas de lien avec le VIH. « L'état sérologique des partenaires sexuels, les perceptions du patient quant aux effets des antirétroviraux sur la transmissibilité et la lassitude face à la prévention du VIH » (120) sont autant de facteurs qui doivent être pris en compte par le fournisseur de soins de santé. La stigmatisation, la discrimination et le manque de connaissances quant aux besoins et aux réalités propres à cette population ont également été mis en lumière comme des facteurs affectant l'accès aux soins de santé chez les hommes gais et les autres HARSAH. (120)

4.2.12 HABITUDES DE VIE ET COMPÉTENCES D'ADAPTATION PERSONNELLES

Comme nous l'avons mentionné au chapitre 3, aucune diminution n'a été observée quant au nombre de nouveaux tests positifs de dépistage du VIH attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH. Même si de nombreux HARSAH disent avoir des relations sexuelles protégées en tout temps ou la plupart du temps, la transmission du VIH entre hommes gais et autres HARSAH se poursuit.

a) PRATIQUES SEXUELLES À RISQUES RÉDUITS

Des études ont montré que de nombreux hommes gais et autres HARSAH adoptent systématiquement des pratiques sexuelles à risques réduits, particulièrement avec des partenaires occasionnels. (4;5) Selon les résultats de l'enquête M-Track, plus de 60 % des participants disaient avoir utilisé un condom lors de leur dernier rapport sexuel anal, bien que moins de la moitié des sujets qui ont eu un rapport sexuel avec un partenaire occasionnel aient utilisé systématiquement le condom lors des rapports sexuels anaux actifs (47,0 %) et passifs (49,6 %). Les hommes ayant eu des rapports sexuels avec des partenaires réguliers ayant le même état sérologique qu'eux étaient aussi moins susceptibles de porter le condom de façon régulière que les hommes ayant des rapports sexuels avec des partenaires réguliers ayant un état sérologique différent. (4)

Les données de l'enquête *Sex Now Survey* laissent entendre également que les comportements à risque pour le VIH étaient principalement limités à un quart des participants. Selon cette enquête, bien que les relations sexuelles occasionnelles étaient courantes chez les participants (64 %), la majorité de ces hommes affirmaient avoir systématiquement des relations protégées (61 %), alors que 39 % faisaient état de certains comportements à risque pour le VIH. En outre, un peu plus de la moitié des hommes (52 %) ayant eu des relations anales avec un partenaire occasionnel disaient avoir utilisé systématiquement le condom. (5)

b) RELATIONS SEXUELLES ANALES NON PROTÉGÉES

Les relations sexuelles anales non protégées, plus particulièrement les relations passives, constituent le facteur de risque de séroconversion le plus courant chez les HARSAH. (67;80;111;121) Bien que la majorité des HARSAH continuent à se protéger pendant les relations sexuelles, un sous-ensemble important de cette population a des relations sexuelles anales non protégées. (5;122;123) Les relations sexuelles anales réceptives non protégées sont généralement considérées comme plus risquées que les autres pratiques sexuelles, et ce, pour plusieurs raisons :

- La muqueuse qui tapisse l'intérieur de l'anus couvre une grande superficie et est dotée d'un grand nombre de cellules immunitaires, cibles privilégiées du VIH. (62;63)
- Bien que le VIH puisse traverser la muqueuse de l'anus et pénétrer par lui-même dans la circulation sanguine, les déchirures facilitent ce transfert. Comme

la muqueuse de l'anus et du rectum est très mince et que le rectum ne produit pas de lubrifiant naturel au cours des relations sexuelles, il est particulièrement vulnérable aux déchirures. (62;63)

Comme les relations sexuelles vaginales actives, les relations sexuelles anales actives présentent également un risque élevé, bien qu'elles soient généralement moins risquées que les relations sexuelles anales passives. En effet, la muqueuse de l'urètre et le prépuce chez les hommes non circoncis comportent de nombreuses cellules immunitaires, ce qui en fait des cibles idéales pour le VIH, qui peut être présent dans les liquides du rectum ou le sang. (62;63) D'autres facteurs biologiques, comme la charge virale et la présence d'autres infections transmissibles sexuellement, peuvent causer des ulcérations ou des vésicules au niveau du pénis ou du rectum, ce qui accroît le risque de transmission du VIH. (64)

Dans la documentation, on associe un certain nombre de facteurs aux relations sexuelles anales non protégées : condoms non disponibles ou difficulté à les utiliser (ce qui englobe les troubles érectiles), (71;124;125) problèmes liés à la confiance ou dans la relation (47;118), écarts passagers (110), dépression et événements stressants et suppositions quant au niveau de risque associé aux partenaires et aux situations. (66;47;67) En outre, comme nous l'avons mentionné à la section 4.2.9 du présent rapport, intitulé Revenu et statut social, les hommes gais qui vivent un complexe d'infériorité feront parfois des compromis et accepteront des relations sexuelles sans condom de peur de perdre leur partenaire sexuel. (89;102) Les relations sexuelles non protégées et les autres pratiques à risque pour le VIH chez les hommes gais et autres HARSAH sont le résultat de l'interaction de divers facteurs environnementaux, psychosociaux et personnels. (47;65;90;108;111;113;118;126;127)

Au début, nous avons toujours des relations protégées. Puis nous avons discuté de la monogamie, et nous nous sommes tous deux sentis en confiance. Nous savions que nous pouvions faire confiance à l'autre, que si... nous avons tous deux des résultats négatifs aux tests et que nous nous faisons confiance, que nous pouvions avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à ce que quelque chose arrive, une aventure extra-conjugale, ou quelque chose du genre, une aventure hors de notre couple, après quoi il faudrait renégocier.

— Homme britannique séropositif (68)

Le *barebacking*, également appelé « sexe au naturel » ou « relation sexuelle peau à peau » (69), est un phénomène qui suscite de plus en plus d'intérêt en recherche depuis les dix dernières années. Bien que l'on relève certaines contradictions dans l'usage du terme, le *barebacking* a été défini dans la documentation comme une « une relation sexuelle anale volontaire sans condom avec une personne autre que le partenaire principal. » (70) Le *barebacking* est un phénomène socioculturel et comportemental marqué par une décision intentionnelle et consciente d'obtenir une relation sexuelle non protégée. Toutefois, certains hommes qui ont des relations sexuelles anales non protégées n'identifient pas cette pratique comme du *barebacking*. L'aspect intentionnel du *barebacking* distingue cette pratique des relations sexuelles anales non protégées dont nous avons discuté précédemment. Certains hommes pratiquent le *barebacking* dans le but d'intensifier le contact physique avec leur partenaire, même s'il s'agit d'une rencontre occasionnelle ou anonyme. (69;124;128;129) Ce type de rapport est considéré comme plus intime, naturel et agréable qu'une relation avec condom. (71)

Certains hommes qui pratiquent régulièrement le *barebacking* adhèrent à un ensemble de valeurs et de justifications particulières en matière de pratiques sexuelles, qui peuvent différer de celles des autres hommes gais et HARSAH. (72) Adam et al. ont recruté un petit groupe de 34 hommes adeptes de *barebacking* afin d'analyser cet ensemble de valeurs et de croyances. Les auteurs ont attribué ces comportements et situations à haut risque à diverses attitudes au sein de cercles distincts d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et à « un code de conduite allant de soi pour les interactions sexuelles. » Par exemple, de nombreux hommes séropositifs interrogés disaient « faire partie d'un milieu social où tout le monde connaît les règles selon lesquelles des relations sexuelles sans condom sont des situations « par défaut » qui peuvent être interrompues uniquement lorsqu'un partenaire dit avoir besoin de se protéger ». (73)

La culture du *barebacking* est parfois associée aux hommes séropositifs, qui ne forment qu'un petit sous-ensemble de la population s'adonnant à des pratiques sexuelles à risque qui contribuent à l'augmentation du nombre de relations sexuelles anales non protégées chez les hommes séropositifs. (72;89;124)

c) SANTÉ MENTALE

Les recherches semblent indiquer que les hommes gais et les bisexuels obtiennent souvent des résultats moins favorables sur le plan de la santé que les hommes hétérosexuels. (12) Plus particulièrement, on observe chez les hommes gais et les bisexuels des taux plus élevés d'anxiété, de troubles de l'humeur et d'idées suicidaires. (130) Les effets de l'homophobie, de la stigmatisation et de la discrimination ont largement contribué aux problèmes de santé mentale chez les hommes gais et les bisexuels, particulièrement chez les jeunes. (53;60;75;101;131-133) « La discrimination subie [et] l'exposition au stress imprévisible, épisodique ou quotidien résultant de la stigmatisation sociale de l'identité sont des facteurs ayant grandement contribué à la disparité observée sur le plan de la santé chez les personnes d'orientation sexuelle minoritaire. » (132)

« Lorsque j'ai une mauvaise opinion de moi-même... ou que je suis déprimé et que, vous savez, je me sens opprimé par le monde qui m'entoure. C'est que... je me mets en mode "je m'en fous". »

— Homme séropositif de 30 ans (74)

Certaines données montrent que les problèmes de santé mentale peuvent mener à des comportements sexuels à risque, comme des relations sexuelles anales non protégées (74), et peuvent également accroître la consommation de drogues. (75) Dans le cadre d'une étude particulière, on a analysé le lien entre les situations stressantes et le risque d'infection au VIH à partir d'un échantillon tiré de l'étude *Polaris HIV Seroconversion Study*. Les résultats de cette analyse révèlent que les hommes gais et les bisexuels qui vivent des situations stressantes ont un risque plus élevé d'infection au VIH. Plus particulièrement, les hommes qui faisaient état de périodes de stress élevé étaient plus nombreux à avoir des relations sexuelles anales non protégées que ceux qui ne vivaient pas ces situations. (76)

Beaucoup de hauts et de bas dans ma vie : nouveau travail, toujours en peine de la perte de mon partenaire, déménagements dans de nouvelles villes, nouvelles maisons, vente de ma maison et déménagement ici, à Toronto. Tout ça, ça fait beaucoup. Et beaucoup de bouleversements émotionnels à ce moment.

— Homme séronégatif dans la soixantaine au sujet des événements qui l'ont amené à avoir des relations sexuelles non protégées (74)

Dans le cadre de l'enquête *BC Adolescent Health Survey*, menée en 1992, 1998 et 2003 auprès d'étudiants de la 7^e à la 12^e année de toutes les régions de la Colombie-Britannique, on a déterminé qu'en général, les jeunes hommes gais et bisexuels manifestaient une détresse émotionnelle (se manifestant comme une sensation de nervosité ou de pression), de l'anxiété et des idées suicidaires plus souvent que les jeunes hommes hétérosexuels. (36) D'autres études menées à Victoria, à Vancouver et à Montréal ont également révélé que les jeunes hommes gais et bisexuels avaient une moins bonne santé mentale que les jeunes hétérosexuels. (134;135)

En outre, les résultats des trois enquêtes *BC Adolescent Health Surveys* révèlent que les taux de violence sexuelle et physique, ainsi que les tentatives de suicide, ont diminué chez les jeunes hommes gais. Toutefois, les jeunes hommes gais et bisexuels vivant en milieu rural étaient plus susceptibles d'avoir été victimes de violence physique et d'avoir tenté de se suicider au cours de la dernière année que les jeunes hommes gais et bisexuels des milieux urbains. (36)

Une analyse distincte des réponses du *Vanguard Project* (de janvier 1998 à janvier 2000) a révélé qu'un nombre élevé de répondants avaient eu une forme quelconque de relation sexuelle non consensuelle, dont l'incidence était significativement plus élevée chez les sujets ayant des problèmes de santé mentale, qui englobent l'abus d'alcool, les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les troubles de l'humeur comme la dépression, l'anxiété et les troubles bipolaires. (136)

d) CONSOMMATION DE DROGUES

La consommation de drogues avant ou pendant les relations sexuelles a été associée à des comportements sexuels plus risqués. En plus de constituer un comportement à risque pour le VIH, l'usage de drogues

injectables est le principal mode de transmission du VHC. (4) Un nombre important de recherches révèlent l'existence de « liens statistiques entre la consommation de drogues et une série de comportements considérés comme à risque élevé pour la transmission du VIH chez les hommes gais et les bisexuels ». (137)

La phase 1 de l'enquête M-Track cherchait à évaluer les profils et les tendances sur le plan de la consommation de drogues à usage récréatif chez les HARSAH au Canada. Les participants ont été interrogés sur leur consommation de drogues à usage récréatif à vie ainsi que sur leurs habitudes de consommation au cours des six mois précédents.

Environ 83 % des répondants avaient déjà consommé une ou plusieurs substances à usage récréatif (dont de l'alcool) avant ou pendant les relations sexuelles au cours des six mois précédents, alors que ce taux était de 61 % si on excluait l'alcool. Les substances les plus fréquemment consommées ont été l'alcool (74,1 %), les substances améliorant les performances sexuelles (dans le cas présent, le nitrite de pentyle [« poppers »] et le Viagra) (39,8 %) et la marijuana (38,0 %). Les autres substances consommées moins fréquemment comprenaient la cocaïne et le crack/freebase (15,9 %) ainsi que l'héroïne et les autres opioïdes (< 3,0 %). Les « autres drogues à usage récréatif » comprenaient la kétamine, l'ecstasy, la méthamphétamine en cristaux, le GHB, les drogues psychodysléptiques et les autres amphétamines, dont l'usage a été signalé chez 21,2 % des répondants. (4)

L'enquête Sex Now Survey, menée en 2006, a fourni certains chiffres sur la consommation de drogues chez les hommes gais et les bisexuels en Colombie-Britannique. Elle révèle notamment que 90 % des hommes sondés consomment de l'alcool et 52 %, de la marijuana. Les utilisateurs de méthamphétamine en cristaux, dont la consommation est considérée comme un facteur de risque élevé d'infection au VIH, étaient plus susceptibles de vivre en milieu urbain (86,9 %), particulièrement à Vancouver (69,1 %), d'être de race blanche (74,9 %), d'être âgés de moins de 45 ans (82,8 %), d'être séronégatifs (75,1 %) et d'être célibataires (55 %). (5)

La recherche conforte l'hypothèse d'un lien entre la consommation de drogues à usage récréatif et les relations sexuelles anales non protégées. (137-140) Les drogues à usage récréatif ont également été associées à la séroconversion. (80) Dans certains cas, les « drogues de clubs » comme l'ecstasy, les nitrites, la kétamine (Special K)

et les amphétamines sont consommées pour réduire les inhibitions dans un contexte social. (74;137;141)

Dans un sous-ensemble d'hommes gais et de bisexuels séropositifs de la cohorte *Polaris*, des entrevues qualitatives ont révélé que certains hommes attribuaient leur séroconversion à une altération de leur jugement causée par la consommation de drogues à usage récréatif. Les participants disaient avoir moins d'inhibitions et adopter des comportements plus irréflectifs sous l'influence de la drogue. (137) De même, dans le cadre d'une étude restreinte menée à Vancouver, certains participants ont indiqué qu'ils utilisaient des drogues de clubs comme la méthamphétamine en cristaux et l'ecstasy pour faciliter la socialisation et l'établissement de liens au sein d'un groupe. « Toutefois, contrairement à l'ecstasy, la méthamphétamine en cristaux est associée à un schéma distinct d'excitation sexuelle qui donne souvent lieu à des relations sexuelles non protégées (parfois en groupe); les hommes séropositifs sont plus susceptibles d'en faire une utilisation courante et ont dit que cette drogue crée une forte dépendance et que sa consommation est source de problème. » (141)

Je sais qu'il ne faut pas prendre de drogues, qu'il ne faut pas faire de barebacking, alors... la sensation est juste... incroyable. Je n'ai jamais eu de relations sexuelles aussi intenses... En un mot, je trouve le barebacking très érotique et la consommation de drogues suffisait pour... diminuer mon raisonnement, mes inhibitions, et me permettre d'aller de l'avant.

— Homme gai (128)

En outre, des études laissent entendre que les hommes gais et les autres HARSAH consomment certaines drogues pour améliorer leurs performances sexuelles (141), même si le lien entre ces drogues et les comportements sexuels à risque n'a pas été clairement établi. Myers et al. ont constaté que les drogues qui améliorent les performances sexuelles « entraînent une augmentation sur le plan de l'excitation sexuelle, des comportements sexuels et de la capacité à se prostituer, en plus de faciliter les rencontres sexuelles et de prolonger les expériences sexuelles ». (137) Plus particulièrement, la méthamphétamine en cristaux a été associée à une augmentation de l'activité sexuelle. (5) Toutefois, le rôle causal de cette drogue relativement aux comportements sexuels à risque, comme les partenaires sexuels multiples et les relations sexuelles anales non protégées, n'est pas bien compris. On a avancé que

certaines personnes pourraient assumer un rôle réceptif lors des relations anales afin de compenser la dysfonction érectile causée par l'usage de méthamphétamines. (77) D'autres études laissent entendre que les méthamphétamines sont consommées par des hommes enclins à adopter des comportements sexuels à risque, sans égard à la consommation de drogues ou d'alcool. (89)

e) HARSAH-UDI

Des recherches laissent entendre que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et utilisant des drogues injectables (HARSAH-UDI) présentent un risque particulièrement élevé d'être infectés par le VIH et le VHC ou de transmettre ces infections. (113;115) Chez les HARSAH-UDI, les comportements à risque liés au VIH et les autres comportements connexes, tels que le partage d'aiguilles, sont plus fréquents que chez les autres HARSAH et les autres utilisateurs de drogues injectables. (113;115)

Dans le cadre d'une étude menée à Vancouver auprès de 910 HARSAH, 12 % (106) avaient déjà fait usage de drogues injectables, alors que 88 % (804) n'en avaient jamais injecté. Chez les 106 HARSAH-UDI, 8,5 % étaient séropositifs pour le VIH, alors que ce taux était de 2,0 % (795) dans l'échantillon d'HARSAH. Une analyse multivariée de l'échantillon a révélé que les HARSAH-UDI étaient deux fois plus susceptibles d'avoir des relations sexuelles anales non protégées avec des partenaires occasionnels que les sujets de l'échantillon d'HARSAH. En outre, dans cette cohorte, les HARSAH-UDI étaient plus jeunes que les sujets de l'échantillon d'HARSAH et étaient plus susceptibles d'être Autochtones, de s'impliquer dans le travail du sexe, et d'avoir eu des relations sexuelles avec des femmes. D'autres analyses de cette cohorte ont révélé que la source la plus probable de séroconversion chez les HARSAH-UDI était les relations sexuelles anales non protégées plutôt que l'exposition au cours des injections. (138)

Il est essentiel que les programmes de prévention du VIH ciblent les HARSAH-UDI, puisque ces derniers pourraient faire le pont entre les populations à faible ou à forte prévalence pour le VIH en raison des liens qu'ils entretiennent sur le plan sexuel et des habitudes de consommation avec d'autres HARSAH, avec d'autres utilisateurs de drogues injectables et avec des femmes hétérosexuelles. (142)

f) TRAVAILLEURS DU SEXE

On dispose de peu de données sur les hommes qui évoluent dans l'industrie du sexe. Selon le *Rapport du Sous-comité de l'examen des lois sur le racolage de 2006*, 20 % des travailleurs du sexe de la rue sont des hommes ou des transgenres, et les clients des travailleurs et travailleuses du sexe sont, pour la plupart, des hommes. Hors de la rue, le travail des travailleurs du sexe se limite généralement aux établissements privés et aux clubs. (78) Selon certaines études, les travailleurs du sexe sont moins susceptibles d'être agressés par leurs clients que les femmes, mais ont un risque plus élevé d'être victimes de violence de la part de membres du public. (78)

On a demandé aux répondants de l'enquête M-Track de décrire leur participation au commerce du sexe au cours des six derniers mois; la participation était définie comme le fait d'avoir donné ou reçu de l'argent, de la drogue ou d'autres biens et services en échange de faveurs sexuelles orales ou anales avec un partenaire mâle. Dans l'ensemble, 10,2 % des répondants de l'enquête disaient avoir donné de l'argent, de la drogue ou d'autres biens et services en échange de faveurs sexuelles au cours des six mois précédant l'étude; cette proportion variait, en ordre croissant, de 3,4 % (Winnipeg) à 11,3 % (Montréal). (4) De même, 10,1 % des répondants disaient avoir reçu de l'argent, de la drogue ou d'autres biens et services en échange de faveurs sexuelles. Dans ce cas, les variations entre les sites étaient plus marquées, allant de 5,4 % (Victoria) à 36,7 % (Winnipeg). (4)

Des recherches supplémentaires s'imposent pour établir les effets du commerce du sexe sur la vulnérabilité et la résilience des hommes aux VIH.

g) STRATÉGIES DE RÉDUCTION DU RISQUE

Sérosélection

Il arrive que certains hommes séropositifs ou séronégatifs recherchent des partenaires séroconcordants dans le but de réduire le risque de transmission du VIH et d'avoir des relations sexuelles non protégées dans un contexte qui leur semble moins risqué. (120;128) De même, certains hommes choisiront d'avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes sans égard à l'état sérologique de leur partenaire, en ayant recours à des stratégies de réduction du risque selon la situation, par exemple, en utilisant le condom avec un partenaire sérodiscordant. (74;128)

Selon les auteurs de l'étude *Men, Sex and Love Web Study*, qui ont analysé un sous-échantillon de données relatives aux hommes en couple, les

couples sérodiscordants étaient significativement plus susceptibles d'utiliser systématiquement le condom lors des relations sexuelles anales. En revanche, le fait de ne pas savoir si son partenaire était séroconcordant ou sérodiscordant n'était pas associé à l'usage systématique du condom. (79)

Il voulait avoir des relations [sexuelles anales] non protégées et j'ai répondu « Tu sais, je suis séropositif et je ne veux pas attraper ce que tu as... Je sais que tu es séropositif aussi, mais ça ne change rien, parce que je pourrais attraper ce que tu as, et ça ne m'intéresse pas vraiment d'attraper ça maintenant. »

— Homme séropositif de 30 ans (143)

La sérosélection est souvent fondée sur des hypothèses plutôt que sur la divulgation explicite de l'état sérologique. (144) Par exemple, la documentation indique que certains hommes supposent du statut sérologique de leurs partenaires en fonction de leur volonté de porter un condom. (89;128) Toutefois, ces hypothèses sont souvent fondées sur des perceptions axées sur un risque élevé, qui peuvent être trompeuses et peuvent également mener à d'autres risques comme le retard dans l'application du condom et l'exposition à d'autres infections transmissibles sexuellement. (80)

Positionnement stratégique

Le positionnement stratégique est une autre stratégie de réduction du risque. Cette pratique consiste, pour l'homme séronégatif, à assumer le rôle actif lors des relations sexuelles anales avec un partenaire séropositif ou dont l'état sérologique est inconnu. Comme dans le cas de la sérosélection, cette pratique est fondée sur des hypothèses quant à l'état sérologique du partenaire plutôt que sur une divulgation explicite. Bien que le risque d'infection au VIH soit sensiblement plus faible pour le partenaire qui assume un rôle actif, les relations sexuelles anales non protégées demeurent une activité à risque élevé pour les deux partenaires. (81)

Charge virale et prévention par un traitement antirétroviral

Des études récentes menées auprès de couples hétérosexuels sérodiscordants révèlent que l'instauration d'un traitement antirétroviral aussitôt que l'un des deux partenaires reçoit un diagnostic de séropositivité pour le VIH peut réduire la charge virale plasmatique à des niveaux indétectables, ce qui atténue significativement

le risque de retransmission. (82) Toutefois, aucune étude équivalente n'a été menée chez les couples d'hommes gais sérodiscordants et les autres HARSAH.

Il arrive que certaines personnes séropositives qui suivent un traitement antirétroviral se fient au fait que leur charge virale est indétectable pour réduire le risque de transmission du VIH à leurs partenaires sexuels. (82) Des recherches montrent toutefois que le VIH peut être encore présent dans le sperme et les autres liquides corporels, et ce, même si le virus ne peut être détecté dans le sang, ce qui signifie que le risque de transmission du VIH est toujours présent. En outre, des études récentes ont également montré qu'une prophylaxie préexposition par des antirétroviraux chez les personnes séronégatives peut réduire significativement le risque de séroconversion. (145)

Prévention positive

La prévention positive est une approche qui consiste à encourager les personnes vivant avec le VIH/sida (dont les hommes gais et autres HARSAH séropositifs) à adopter des pratiques contribuant à prévenir la retransmission du VIH. La prévention positive peut se faire par des changements de comportement et par l'amélioration des aptitudes en matière de communication et de la confiance en sa capacité à prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé et à réduire les risques possibles pour ses partenaires sexuels. Ce sujet est abordé plus en détail dans le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : personnes vivant avec le VIH/sida*.

Prophylaxie post-exposition (PPE)

En cas d'exposition à risque élevé d'infection au VIH, au cours de relations sexuelles non protégées ou à la suite de la rupture d'un condom ou d'une agression sexuelle, par exemple, la prophylaxie post-exposition par des antirétroviraux peut réduire le risque de séroconversion. (84) Les recommandations varient en fonction du territoire et la décision d'offrir la prophylaxie post-exposition doit être prise de concert avec un spécialiste du VIH et conformément aux lignes directrices provinciales, territoriales ou régionales. La prophylaxie post-exposition doit être instaurée au plus tard 72 heures après l'exposition et doit se poursuivre pendant 28 jours. (85) La prophylaxie post-exposition n'est pas efficace à 100 % pour prévenir l'infection au VIH. Elle est généralement offerte dans les cas d'exposition professionnelle (par exemple, dans les cas de piqûres accidentelles sur une aiguille en milieu hospitalier). Dans le cas d'une exposition non

professionnelle, elle peut être offerte dans certains services d'urgence ou certaines cliniques de soins d'urgence, mais elle n'est pas toujours disponible. Bien que la prophylaxie post-exposition professionnelle soit généralement remboursée par le régime d'assurance de l'employeur, il est possible que la prophylaxie post-exposition reçue en raison d'une exposition non professionnelle ne soit pas remboursée par certains régimes d'assurance publics ou privés, ce qui peut en limiter l'accès, puisque les coûts d'une prophylaxie post-exposition d'une durée d'un mois peuvent s'élever à plus de 1 000 \$. Sur le plan de l'innocuité, les problèmes associés à la prophylaxie post-exposition sont, notamment, les effets indésirables possibles et leurs répercussions sur l'observance du traitement, la création d'une fausse impression de sécurité menant à des comportements à risque et une résistance possible au traitement. (84)

Optimisme à l'égard du sida et traitement antirétroviral hautement actif

À l'apparition du VIH/sida, au début des années 1980, on en savait peu sur cette maladie. Elle suscitait alors une peur immense, et pour ceux qui ont été infectés la mort semblait en être l'issue inévitable. Vingt-cinq ans plus tard, la perception à l'égard du virus a changé. Aujourd'hui, dans l'opinion générale, le VIH est considéré comme une maladie chronique, mais contrôlable, et de nombreuses personnes séropositives continuent à mener des vies actives et productives. (86) Ce changement est attribuable en grande partie aux progrès réalisés relativement aux traitements antirétroviraux, dont le traitement antirétroviral hautement actif (HAART). Malgré une diminution initiale du nombre de nouvelles infections au milieu des années 1990, la mise au point de traitements, de meilleures connaissances et une sensibilisation accrue en matière de prévention, le nombre de nouvelles infections chez les HARSAH ne diminue pas. (87)

Selon certains, un « optimisme à l'égard du sida » pourrait expliquer pourquoi les taux de transmission se maintiennent chez les hommes gais et les autres HARSAH. L'accès au traitement antirétroviral hautement actif, combiné à la présomption qu'une faible charge virale réduit le risque de transmission, ont mené à une diminution de la crainte à l'égard du sida et, par conséquent, à une multiplication des pratiques sexuelles à risque. (80;144;146;147) Toutefois, certaines données laissent sous-entendre que l'optimisme à l'égard du sida n'expliquerait qu'en partie la récente augmentation des

comportements sexuels à risque et aucune étude ne confirme le lien entre cette augmentation et le recours au traitement antirétroviral hautement actif combiné à des charges virales indétectables. (144)

Une étude portant sur un sous-échantillon des données de l'étude MAYA s'est penchée sur l'influence de la charge virale sur le degré de risque pris par les HARSAH séropositifs avec différents types de partenaires. Bien que la proportion d'HARSAH séropositifs qui n'utilisaient pas de condom variait selon l'état sérologique de leur partenaire (22,1 % n'utilisaient pas de condom avec un partenaire séronégatif régulier, alors que 44,1 % n'utilisaient pas de condom avec un partenaire régulier dont l'état sérologique était inconnu et 59,3 % n'utilisaient pas de condom avec un partenaire séropositif régulier), la charge virale n'était pas associée aux comportements à risque. (88)

En outre, dans une méta-analyse de 25 études, dont la majorité portait sur des HARSAH, aucun lien évident n'a été établi entre le traitement antirétroviral hautement actif et l'augmentation des relations sexuelles non protégées. (86) Quoi qu'il en soit, « les relations sexuelles non protégées étaient significativement plus fréquentes chez les personnes qui estimaient que le traitement antirétroviral hautement actif diminuait le risque de transmission du VIH... la méconnaissance de l'état sérologique est une raison probable pour expliquer la persistance des comportements à risque chez les HARSAH. » (86)

Divulgence de l'état sérologique

Je l'ai mentionné au bar. Je suis comme ça. Lorsque je rencontre quelqu'un et... qu'il y a de bonnes chances que nous finissions par faire quelque chose ensemble, je suis très franc avec cette personne.

— Homme franco-canadien (74)

L'efficacité de la séroselection comme stratégie de gestion du risque dépend de la divulgation aux partenaires de renseignements exacts sur l'état sérologique avant toute pratique sexuelle à risque, ce qui est parfois compliqué par la réticence de certains hommes à divulguer leur état sérologique. La honte, la peur et l'insécurité contribuent à la décision de ne pas divulguer son état sérologique pour le VIH. (89)

On a noté que la divulgation est moins courante lors de relations avec des partenaires occasionnels et plus fréquente lorsque les partenaires se connaissent mieux. (89) Une étude particulière indique que certains hommes peuvent choisir de n'avoir que de brèves rencontres sexuelles pour éviter d'avoir à révéler leur état sérologique. (89)

Une étude utilisant les données de l'enquête *Ontario Men's Survey* a conclu que la probabilité de révéler l'usage de drogues injectables à des partenaires réguliers et occasionnels était plus élevée chez les hommes qui divulguaient « toujours » ou « parfois » (par rapport à « jamais ») leur état sérologique, qui révélaient être séropositifs (par rapport à ceux qui ne connaissaient pas leur état sérologique), qui révélaient avoir eu plus de 10 partenaires, qui participaient au commerce du sexe et qui consommaient des drogues à usage récréatif. (90)

Un certain nombre de personnes vivant avec le VIH/sida au Canada, dont des hommes gais et d'autres HARSAH, ont été reconnues coupables d'infractions criminelles dans des cas où la non-divulgation de leur état sérologique positif invalidait le consentement de leur partenaire à une relation sexuelle (c'est-à-dire que le partenaire a été exposé à un risque important de lésion corporelle et n'aurait pas consenti à cette relation si la personne avait révélé son état). La divulgation, la non-divulgation et leurs implications pour les personnes vivant avec le VIH/sida sont décrites plus en détail dans le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : personnes vivant avec le VIH/sida*.

Dépistage

L'intérêt pour le dépistage du VIH est relativement élevé chez les HARSAH au Canada, y compris dans les sous-ensembles de cette population. Par exemple, la majorité des hommes qui ont pris part à la phase 1 de l'enquête M-Track disaient avoir subi un test de dépistage du VIH (86 %). En outre, une proportion importante d'hommes dont le dernier test était négatif disaient avoir subi un test de dépistage au cours des deux années précédant la participation à l'enquête (75,2 %). (4) De même, les hommes dont les comportements étaient les plus risqués étaient également associés à la probabilité la plus élevée de dépistage. (4;92;148) Le retrait non consenti du condom pendant les relations sexuelles anales et la non-divulgation de l'état sérologique positif du partenaire ont été les principales raisons invoquées pour obtenir un test de dépistage chez les HARSAH. (92)

En outre, on croit que la proportion d'hommes gais séropositifs et d'autres HARSAH qui connaissent leur état sérologique est plus élevée que dans la population générale. En 2008, on estimait que 19 % des hommes gais séropositifs et autres HARSAH au Canada ne connaissaient pas leur état sérologique, alors que ce taux était d'environ 26 % chez les personnes séropositives dans la population canadienne générale (Agence de la santé publique du Canada, estimations relatives au VIH, 2008). Ces données sont corroborées par les résultats de l'enquête M-Track. Parmi les participants à la phase 1 de l'enquête M-Track qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour effectuer un test de dépistage et qui ont répondu à un questionnaire, la prévalence du VIH était de 15 %. Chez les hommes dont l'échantillon biologique a produit un test positif pour le VIH, 19 % ne connaissaient pas leur état sérologique. (4)

4.3 RÉFÉRENCES

- (1) Martin Spigelman Research Associates. Le VIH/sida et la santé de la population : Leçons pour la coordination de l'action et des politiques. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; janvier 2002.
- (2) Herrick AL, Lim SH, Wei C, Smith H, Guadamuz T, Friedman M, et al. Resilience as an untapped resource in behavioural intervention design for gay men. *AIDS and Behavior* 2011;15(S1):25-9.
- (3) Stewart, M., Reid, G., Buckles, M.A., Edgar, W., Mangham, C., Tilley, N., et al. Enquête sur le ressort psychologique des communautés. Ottawa : Santé Canada; 1999.
- (4) Agence de la santé publique du Canada. M-track : Surveillance améliorée de l'infection au VIH, des infections transmissibles sexuellement et par le sang et des comportements à risque associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada. Rapport de la phase 1. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada; 2011.
- (5) Trussler T, Marchand R, Gilbert M. Sex Now, Numbers Rising: Challenges for Gay Men's Health. Report. Vancouver, BC: Community-Based Research Centre; 2006.

- (6) Warner T. *Never going back: a history of queer activism in Canada*. Toronto: University of Toronto Press; 2002.
- (7) Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1999*. Ottawa : Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie; 2000.
- (8) Rayside DM, Lindquist EA. AIDS activism and the state in Canada. *Studies in Political Economy* 1992;39:37-76.
- (9) Ryan, B., Chervin, M. *Valorisation des vies des hommes gais : donner un second souffle à la prévention du VIH dans le contexte de notre santé et de notre mieux-être*. Ottawa : Stratégie canadienne sur le VIH/sida, Santé Canada; 2000.
- (10) Ryan, B. *Nouveau regard sur l'homophobie et l'hétérosexisme au Canada*. Société canadienne du sida; 2003.
- (11) Herek GM. Beyond "Homophobia": Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century. *Journal of National Sexuality Resource Centre* 2004 Apr;1(2):6-24.
- (12) Banks C. *The Cost of Homophobia: Literature Review on the Human Impact of Homophobia on Canada*. Saskatchewan: Community-University Institute for Social Research, University of Saskatchewan; 2003.
- (13) Jackson T. *A Qualitative Study: Reflections on being a LGB Adolescent in Rural High School Setting*. Ann Arbor, Michigan: Capella University; 2009.
- (14) Canadian AIDS Society. *Gay Men's Health Fact Sheet Series: Gay Men and Health*. 2006.
- (15) Aguinaldo J. *Homophobia is Killing us: Constructing Gay Oppression as a Determinant of Health*. University of Ottawa. 2005.
- (16) Dauvergne, M., Brennan, S. *Les crimes haineux déclarés par la police au Canada, 2009*. 2010. Ottawa : Statistique Canada.
- (17) Trussler T. Frustrated desire, HIV prevention, and gay culture. *Focus* 2002 Jun;17(7):1-5.
- (18) Zoccole A, Ristock J, Barlow K, Seto J. *Addressing homophobia in relation to HIV/AIDS in aboriginal communities: Final report of the environment scan 2004-05*. 2006. Canadian Aboriginal AIDS Network (CAAN).
- (19) Low Beer S, Bartholomew K, Weber AE, Chan K, Landolt M, Oram D, et al. A demographic and health profile of gay and bisexual men in a large Canadian urban setting. *AIDS Care* 2002 Feb;14(1):111-5.
- (20) Egale Canada. *Terms and concepts*. Egale Canada. 2011. Toronto, Egale Canada.
- (21) Canadian AIDS Society. *Gay Men's Health Fact Sheet Series: Coming Out*. 2006.
- (22) Stall R. *On Syndemics and Strengths among Gay Men*. Graduate School of Public Health UoP, editor. 2010.
- (23) Stall R, Mills TC, Williamson J, Hart T, Greenwood G, Paul J, et al. Association of Co-Occurring Psychosocial Health Problems and Increased Vulnerability to HIV/AIDS among Urban Men Who Have Sex with Men. *American Journal of Public Health* 2003;93(6):939-42.
- (24) Stall R, Friedman M, Catania JA. Interacting epidemics and gay men's health: a theory of syndemic production among urban gay men. In: Wolitski RJ, Stall R, Valdiserri RO, editors. *Unequal opportunity: health disparities affecting gay and bisexual men in the United States*. New York: Oxford University Press; 2008. p. 251-74.
- (25) Morales ES. Ethnic minority families and minority gays and lesbians. *Marriage and Family Review* 1989;14(3-4):217-39.
- (26) Adams A, Lundie M, Marshall Z, Pires R, Scanlon K, Scheim AIM, et al. *Getting primed: informing HIV prevention with gay/bi/queer trans men in Ontario*. Report. 2008. Report No.: .
- (27) Namaste VK. HIV/AIDS and female to male transsexuals and transvestites: results from a needs assessment in Québec. *International Journal of Transgenderism* 1999;3(1-2).
- (28) Namaste V. *Trans' and HIV*. 2010.

- (29) Taylor C, Peter T, Schachter K, Paquin S, Beldom S, Gross Z, *et al.* Youth Speak Up about Homophobia and Transphobia: The First National Climate Survey on Homophobia in Canadian Schools. Phase One Report. 2008.
- (30) OHTN Rapid Response Service: Rapid Review. Transgender Men's Sexual Health and HIV Risk. [33]. 2010. Ontario HIV Treatment Network.
- (31) Hershberger SL, D'Augelli AR. The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Developmental Psychology* 1995;31(1):65-74.
- (32) Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry* 2011;56(10):876-80.
- (33) D'Augelli AR, Pilkington NW, Hershberger SL. Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay, and bisexual youths in high school. *School Psychology Quarterly* 2002;17(2):148-67.
- (34) Bontempo DE, D'Augelli AR. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *Journal of Adolescent Health* 2002;30(5):365-74.
- (35) Wright ER, Perry BL. Sexual identity distress, social support, and the health of gay, lesbian, and bisexual youth. *Journal of Homosexuality* 2006;51(1):81-110.
- (36) Saewyc E, Poon C, Wang N, Homma Y, Smith A. Not yet equal: the health of lesbian, gay and bisexual youth in BC. Vancouver B.C.: McCreary Centre Society; 2007.
- (37) Jackson T. A Qualitative Study: Reflections on being a LGB Adolescent in Rural High School Settings. Ann Arbor, Michigan: Capella University; 2009.
- (38) Dorais M. Don't Tell: The Sexual Abuse of Boys. Montreal: McGill-Queen's University Press; 2002.
- (39) Home away from Home Fact Sheets. 2009. AIDS Committee of Toronto.
- (40) Chihara S. Voices on their lives as Asian men who have sex with men (MSM) in Vancouver, Canada. XVI International AIDS Conference: Abstract no. TUPE0636. 2006.
- (41) Lawson E, Gardezi F, Husband W, Calzavara L, Myers T, Tharao WE. HIV/AIDS stigma, denial, fear and discrimination: experiences and responses of people from African and Caribbean communities in Toronto. Toronto: The African and Caribbean Council on HIV/AIDS in Ontario (ACCHO) and the HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, University of Toronto; 2006.
- (42) Meyer-Cook F, Labelle D. Namaji: Two-spirit Organising in Montreal, Canada. *Journal of Gay and Lesbian Social Services* 2004;16(1):29-51.
- (43) Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada : S'attaquer aux inégalités en santé. 2008.
- (44) McCann M. Should Ontario queers embrace Family Day? Are queers reflected in province's newest holiday? XTRA! Canada's Gay and Lesbian News 2008.
- (45) Ryan, B., Chervin, M. Mise en situation de la santé des hommes gais dans la trame de la santé des populations : un document de travail. Ottawa : Stratégie canadienne sur le VIH/sida, Santé Canada; 2000.
- (46) Haas SM. Social support as relationship maintenance in gay male couples coping with HIV or AIDS. *Journal of Social and Personal Relationships* 2002;19(1):87-111.
- (47) Trussler T, Gilbert M, Marchand R, Moulton G, Ogilvie G, Rekart M. Pressured Into It: Social Influences On HIV Risk Among British Columbia's Gay Men. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 17[Suppl A], 58A. 2006.
- (48) Community-Based Research Centre. The Sex Now index 2006. Vancouver: Community-Based Research Centre (CBRC); 2008.
- (49) Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007 – 2008. 2008.
- (50) Westhaver R. Sex now Atlantic regional report 2006 – 2007. Halifax: AIDS Coalition of Nova Scotia; 2007.
- (51) Engler K, Frigault LR, Leobon A, Levy JJ. The sexual superhighway revisited: a qualitative analysis of gay men's perceived repercussions of connecting in cyberspace. *Journal of Gay and Lesbian Social Services* 2005;18(2):3-37.

- (52) Lombardo A. Men who have Sex with Men and Internet Sex Seeking: Gaps in Understanding and Directions for Research. 2006 OHTN Research Conference Program. 2006.
- (53) Mule NJ, Ross LE, Deeprose B, Jackson BE, Daley A, Travers A, et al. Promoting LGBT health and wellbeing through inclusive policy development. *Intern J Equity Health* 2009;8:18.
- (54) Carpenter CS. Sexual orientation, work, and income in Canada. *Canadian Journal of Economics* 2008;41(4):1239-61.
- (55) Myers T, Allman D, Calzavara L, Maxwell J, Remis R., Swantee C. Ontario Men's Survey, Final Report. Toronto: University of Toronto; 2004.
- (56) Bérubé A. The history of gay bathhouses. In: Colter EG, Hoffman W, Pendleton E, Redick A, Serlin D, editors. *Policing public sex: queer politics and the future of AIDS activism*. Boston: South End Press; 1996. p. 187-220.
- (57) Haubrich D, Ryder K, Medved W, Calzavara L, Myers T. Gay and bisexual men's experience of bathhouse culture and sex: 'looking for love in all the wrong places'. *Culture Health and Sexuality* 2004;6(1):19-29.
- (58) Woods WJ, Tracy D, Binson D. Number and Distribution of Gay Bathhouses in the United States and Canada. *Journal of Homosexuality* 2003;44(3/4):55-70.
- (59) Kanters S, Michelow W, Gilbert M. Survey and dried blood spot results, Vancouver site, M-Track surveillance system. Vancouver: BC Centre for Excellence in HIV/AIDS and the Vancouver Site M-Track Study Team; 2011.
- (60) Ryan, B., Brotman, S., Rowe, B. Accès aux soins de santé : réflexions sur la santé et le bien-être des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et bispirituelles du Canada. In: Santé Canada (éd.) « Certaines circonstances » : Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées. Ottawa : Santé Canada; 2001. p. 159-178.
- (61) Miller ML, Lampinen TM, Chan KJ, Schilder AJ, Schechter MT, Hogg RS. Sexual risk reduction counseling of young Canadian gay men by their health care providers. The XV International AIDS Conference: Abstract no.D12856. 2004.
- (62) Association canadienne de santé publique. Est-ce que le sexe anal est à risque? 2011.
- (63) Wilton, J. De l'exposition à l'infection : la biologie de la transmission du VIH. Point de mire sur la prévention : Pleins feux sur les programmes et la recherche no 4. 2011. CATIE.
- (64) Sheth, P., Thorndycraft, B. Les femmes et la biologie de la transmission du VIH. 2009. CATIE.
- (65) Lampinen TM, Mattheis K, Chan K, Hogg RS. Nitrite inhalant use among young gay and bisexual men in Vancouver during a period of increasing HIV incidence. *BMC Public Health* 2007;7(35).
- (66) Lambert G. Sexual risk behaviours among men having sex with men (MSM) in Montreal: results from the ARGUS 2005 Survey. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 17.2006.
- (67) Lavoie E, Alary M, Remis RS, Otis J, Vincelette J, Turmel B, et al. Determinants of HIV seroconversion among men who have sex with men living in a low HIV incidence population in the era of highly active antiretroviral therapies. *Sexually Transmitted Diseases* 2008;35(1):25-9.
- (68) Adam B, Husband W, Murray J, Maxwell J. *Renewing HIV Prevention for Gay & Bisexual Men*. Windsor, Ontario: University of Windsor; 2002.
- (69) Holmes D, Warner D. The anatomy of a forbidden desire: men, penetration and semen exchange. *Nursing Inquiry* 2005;12(1):10-20.
- (70) Mansergh G, Marks G, Colfax GN, Guzman R, Rader M, Buchbinder S. 'Barebacking' in a diverse sample of men who have sex with men. *AIDS* 2002;16(4):653-9.
- (71) Adam B, Husbands W, Murray J, Maxwell J. Gay and Bisexual Men who have Unprotected Sex Most or All of the Time. 2006 OHTN Research Conference Program. 2006.
- (72) Adam BD, Husbands W, Murray J, Maxwell J. Circuits, networks, and HIV risk management. *AIDS Education and Prevention* 2008;20(5):420-34.
- (73) Adam BD, Husbands W, Murray J, Maxwell J. Silence, assent and HIV risk. *Culture, Health and Sexuality* 2008;10(8):759-72.

- (74) Adam BD, Husbands W, Murray J, Maxwell J. AIDS Optimism, Condom Fatigue, or Self-Esteem? Explaining Unsafe Sex Among Gay and Bisexual Men. *Journal of Sex Research* 2005;42(3):238-48.
- (75) Nakamura N, Zea MC. Experiences of homonegativity and sexual risk behaviour in a sample of Latino gay and bisexual men. *Culture Health and Sexuality* 2010 Jan 1;12(1):73-85.
- (76) Calzavara L, Burchell A, Myers T, Remis RS, Johns A, Polaris Study Team. Stressful Life Events and Unprotected Anal Intercourse among MSM in the POLARIS Cohort. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 20[Suppl B], 67B. 2009.
- (77) Halkitis PN, Zade DD, Shrem M, Marmor M. Beliefs about HIV noninfection and risky sexual behavior among MSM. *AIDS Education and Prevention* 2004;16(5):448-58.
- (78) Chambre des communes Canada. Rapport du Sous-comité de l'examen des lois sur le racolage. 2006.
- (79) Lebouché B, Blais M. Sexual HIV-risk reduction strategies based on serostatus knowledge among Canadian MSM couples. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 19[Suppl A], 27A. 2008.
- (80) Allman D, Xu K, Myers T, Aguinaldo J, Calzavara L, Maxwell J, et al. Delayed application of condoms with safer and unsafe sex: Factors associated with HIV risk in a community sample of gay and bisexual men. *AIDS Care – Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV* 2009;21(6):775-84.
- (81) Brett A. "Guys on top don't get HIV... right?". MacLachlan D, Maxwell J, McEwan O, editors. *The Sex You Want*. 8-11-2011. Toronto, *The Sex You Want*. 12-20-2011.
- (82) Wilton, J. Les personnes vivant avec le VIH sont-elles moins susceptibles de transmettre le VIH si elles suivent une thérapie? Étude de l'utilisation du traitement en tant que prévention. CATIE, juillet 2011 [consulté le 20 décembre 2011]; Webinaire 5. Accès : <http://www.catie.ca/sites/default/files/treatmentasprevention-fre.pdf>
- (83) Baeten JM, Celum C. Antiretroviral pre-exposure prophylaxis for HIV-1 prevention among heterosexual African men and women: the Partners PrEP Study. International AIDS Society. 2011.
- (84) Wilton, J. La prophylaxie post-exposition (PPE). Toronto : CATIE; 2011.
- (85) Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada [Internet]. Accès : http://publications.gc.ca/collections/collection_2008/phac-aspc/HP40-1-2008F.pdf [consulté en octobre 2008]; 2008.
- (86) Jaffe HW, Valdiserri RO, De Cock KM. The reemerging HIV/AIDS epidemic in men who have sex with men. *Journal of the American Medical Association* 28 Nov 2007;298(20):2412-2414.
- (87) Remis RS, Liu J, Swantee C, Fisher M, Palmer RW. Trends in HIV Incidence Among Men who Have Sex with Men in Ontario: Update From the Laboratory Enhancement Study (LES). *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 18[Suppl B], 41B. 2007.
- (88) Lavoie R, Otis J, Godin G. Sexual risk-taking and level of viral load among Montreal MSM: is there any link? *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 18[Suppl B], 42 B. 2007.
- (89) Adam BD. Ontario Gay Men's HIV Prevention Strategy Gay, Bi, MSM Situation Report. AIDS Bureau, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care 2006 [consulté en juillet 2010]; Accès : http://www.ohtn.on.ca/pdf/ethnoracial_MSM/ont_gay_prev_strat.pdf
- (90) Xu K, Myers T, Allman D, Calzavara L. The Prevalence And Factors Associated With Having Unsafe Sex With Both Regular And Casual Sex Partners Among Men Who Have Sex With Men (MSM) In Ontario. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 19[Suppl A], 80A. 2008.
- (91) Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie du VIH/sida. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; juillet 2010.

- (92) Lambert G, Cox J, Tremblay F, Tremblay C, Alary M, Lavoie R, *et al.* Recent HIV Testing Behaviour Among Men Having Sex With Men (MSM) In Montreal: Results From The ARGUS 2005 Survey. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 17[Suppl A], 45A. 2006.
- (93) Brotman S, Ryan B, Jalbert Y, Rowe B. The Impact of Coming Out on Health and Health Care Access: The Experiences of Gay, Lesbian, Bisexual and Two-Spirit People. *Journal of Health and Social Policy* 15(1). 2002.
- (94) Bauer G, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hohenadel K, Boyce M. "I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives": How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *Journal of the Association of Nurses in Health Care* 20(5). 2009.
- (95) Saewyc E, Skay C, Richens K, Reis E, Poon C, Murphy A. Sexual Orientation, Sexual Abuse and HIV-Risk Behaviours Among Adolescents in the Pacific Northwest. *American Journal of Public Health* 96. 2006.
- (96) Braitstein P, Asselin J, Schilder A, Miller M, Laliberté N, Schchter M, *et al.* Sexual Violence among two populations of men at high risk of HIV infection. *AIDS Care* 18(7). 2006.
- (97) Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, Mckleroy VS, Neumann MS, Crepez N. Estimating HIV Prevalence and Risk Behaviors of Transgender Persons in the United States: A Systematic Review. *AIDS Behav* 2008;12(1):1-17.
- (98) Sevelius J. "There's No Pamphlet for the Kind of Sex I Have": HIV-Related Risk Factors and Protective Behaviors Among Transgender Men Who Have Sex With Nontransgender Men. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2009;20(5):398-410.
- (99) Kenagy GP, Hsieh CM, Kennedy G. The risk less known: Female-to-male transgender persons' vulnerability to HIV infection. *AIDS Care – Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/ HIV* 2005;17(2):195-207.
- (100) Kenagy GP, Bostwick WB. Health and social service needs of transgender people in Chicago. *International Journal of Transgenderism* 2005;8(2-3):57-66.
- (101) Meininger E, Saewyc E, Clark T, Skay C, Poon C, Robinson E, *et al.* Enacted stigma and HIV risk behaviors in sexual minority youth of European heritage across three countries. *Journal of Adolescent Health* 2007 Feb;40(2):S27.
- (102) Poon K, Ho T. A qualitative analysis of cultural and social vulnerabilities to HIV infection among gay, lesbian, and bisexual Asian youth. *Journal of Gay and Lesbian Social Services* 2002;14(3):43-78.
- (103) George C, Alary M, Hogg RS, Otis J, Remis RS, Mâsse B, *et al.* HIV and ethnicity in Canada: Is the HIV risk-taking behaviour of young foreign-born MSM similar to Canadian born MSM? *AIDS Care – Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/ HIV* 2007;19(1):9-16.
- (104) Hart TA, Blanco RM, Williams T. Research on HIV Sexual Risk Behaviour Among MSM From Ethnoracial Communities: A Synthesis of the Literature. *Men who have sex with men: A situation report.* Toronto: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care; 2006.
- (105) Brotman S, Baradran A, Ryan B, Lee E. The Colour of Queer Health Care: Experiences of Multiple Oppression in the Lives of Queer People of Colour in Canada. In: Brotman S, Joseph J Levy, editors. *Intersections cultures, sexualités et genres.* Montreal: Presses de L'Université du Québec; 2006.
- (106) Paras JP, Opal S, Ali F, Chikermane V, Egbert D, Khan R, *et al.* Innovative Strategies in Reaching Out to South Asian MSM & Men Who Do Not Identify as Gay or Queer. *Alliance for South Asian AIDS Prevention.* 2006.
- (107) Heung F. Over a cup of bubble tea: HIV prevention to queer east and southeast Asian youth in Toronto through creating safe social spaces and developing peer support. Poster Exhibition: The XV International AIDS Conference: Abstract no.ThPeE8173. 2004.
- (108) Ogilvie G, Taylor D, Trussler T, Marchand R, Gilbert M, Moniruzzaman A, *et al.* Seeking Sexual Partners On The Internet: A Marker For Risky Sexual Behaviour In MSM. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 17[Suppl A], 44A. 2006.

- (109) Lombardo A. Sex and Cyberspace: The Internet in the Sexual Lives of Men Who Have Sex With Men. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto (PhD. Thesis). 2009.
- (110) Gastaldo D, Holmes D, O'Byrne P. Setting the space for sex: Architecture, desire and health issues in gay bathhouses. *International Journal of Nursing Studies* 2005;44:273-84.
- (111) Taleski SJ, Myers T, Remis RS, Husbands W, Allman D, Liu J, *et al.* Unprotected Anal Intercourse (UAI) with Casual Sex Partners Clusters with Other Risk Behaviours among Men who Have Sex with Men (MSM): Results from the Lambda Study. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 20[Suppl B], 71B. 2009.
- (112) Taleski SJ, Myers T, Remis RS, Husbands W, Allman D, Liu J, *et al.* Delayed Condom Application during Receptive Anal Intercourse (DCA-R) among Men who have Sex with Men (MSM): Results from the Lambda Study. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 20[Suppl B], 72B. 2009.
- (113) Marshall BDL, Wood E, Li K, Kerr T. Elevated syringe borrowing among men who have sex with men: A prospective study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;46(2):248-52.
- (114) Le DH, Ho P, Poon M, Browne G, Sokolowski R, Sutdhibhasip N, *et al.* Characteristics of Asian Bathhouse Users. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 20[Suppl B], 107B. 2009.
- (115) McGuire M, Archibald CP, Fyfe M, Hennink M, Leclerc P, Millson P, *et al.* HIV risk profiles among MSM-IDU and MFSP-IDU: Results from a national enhanced HIV surveillance system. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 20[Suppl B], 38B. 2009.
- (116) Brotman S, Ryan B., Jalbert Y, Rowe B. Reclaiming Space-Regaining Health: The Health Care Experiences of Two-spirit People in Canada. *Journal of Gay and Lesbian Social Services* 2002;14(1):67-87
- (117) Zoccole A, Myers T, Day L. A Study Comparing Aboriginal Two Spirit Men Who Utilize AIDS Service Organizations. Toronto, Ontario: 2 Spirited People of the 1st Nations; 2006.
- (118) Lambert G, Cox J, Hottes TS, Tremblay C, Frigault LR, Alary M, *et al.* Correlates of Unprotected Anal Sex at Last Sexual Episode: Analysis from a Surveillance Study of Men who have Sex with Men in Montreal. *AIDS Behav.* [sous presse] 2009.
- (119) Brotman S, Ryan B, Jalbert Y, Rowe, B. (2002). The Impact of Coming Out on Health and Health Care Access: The Experiences of Gay, Lesbian, Bisexual and Two-spirited People. *Journal of Health and Social Policy* 15(1):1-29.
- (120) Cox J, Beauchemin J, Allard R. HIV status of sexual partners is more important than antiretroviral treatment related perceptions for risk taking by HIV positive MSM in Montreal, Canada. *Sex Transm Infect* 2004 Dec;80(6):518-23.
- (121) Blais M, Raymond S, Martin N, Morin E. Causal Heterogeneity in HIV-Risk Behaviors among Men who have Sex with Men (MSM): A Qualitative Study. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 20[Suppl B], 92B. 2009.
- (122) Godin G, Otis J, Naccache H. Always using condoms with partners of negative or unknown HIV status among sexually active MSM living with HIV: a prospective study. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 19 [Suppl A], 28A. 2008.
- (123) George C. MaBwana Black Men's Study: HIV testing among Black men who have sex with men (BMSM) in Ontario. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 20[Suppl B], 69B. 2009.
- (124) Shuper PA, Fisher WA. The Role of Sexual Arousal and Sexual Partner Characteristics in HIV+ MSM's Intentions to Engage in Unprotected Sexual Intercourse. *Health Psychology* 2008;27(4):445-54.
- (125) Allman D, Myers T, Calzavara L, Remis R, Maxwell J, Travers R. Effects of penile modifications, penile dimensions and condom use skill on condom breakage and slippage. Poster Exhibition: The XV International AIDS Conference: Abstract no. ThPeC7405. 2004.

- (126) Tremblay F, Cox J, Otis J, Lambert G, Blais M, Frigault LR, *et al.* Different Patterns of Substance Use Means Different HIV Risk Behaviours: Using Latent Class Analysis (LCA) to Understand Substance Use and Sexual Risk Behaviours Among Men Who Have Sex With Men (MSM) in Montreal. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 18[Suppl B], 41B. 2007.
- (127) Haubrich D, Ryder K, Calla D, Calzavara L, Myers T. Self-Reported HIV Sexual Risk Events Among Men Who Have Sex With Men Enrolled In The Polaris HIV Seroconversion Study. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 17 [Suppl A], 59A. 2006.
- (128) Gastaldo D, Holmes D, Lombardo A, O'Byrne P. Unprotected sex among men who have sex with men in Canada: Exploring rationales and expanding HIV prevention. *Critical Public Health* 2009;19(3-4):399-416.
- (129) Graydon M. Don't bother to wrap it: online Giftgiver and Bugchaser newsgroups, the social impact of gift exchanges and the 'carnavalesque'. *Cult Health Sex* 2007 May;9(3):277-92.
- (130) Tjepkema, M. Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada. *Rapports sur la santé. Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé*; 2008;19(1):53-64.
- (131) Igartua KJ, Gill K, Montoro R. Internalized homophobia: A factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Can J Community Ment Health* 2003;22(2):15-30.
- (132) Ross LE, Dobinson C, Eady A. Perceived determinants of mental health for bisexual people: A qualitative examination. *Am J Public Health* 2010;100(3):496-502.
- (133) Burchell AN, Calzavara LM, Myers T, Remis RS, Raboud J, Corey P, *et al.* Stress and increased HIV infection risk among gay and bisexual men. *AIDS* 2010;24(11):1757-64.
- (134) Zhao Y, Montoro R, Igartua K, Thombs BD. Suicidal Ideation and Attempt Among Adolescents Reporting "Unsure" Sexual Identity or Heterosexual Identity Plus Same-Sex Attraction or Behavior: Forgotten Groups? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(2):104-13.
- (135) Lampinen TM, McGhee D, Martin I. Increased risk of "club" drug use among gay and bisexual high school students in British Columbia. *Journal of Adolescent Health* 2006;38(4):458-61.
- (136) Ratner PA, Johnson JL, Shoveller JA, Chan K, Martindale SL, Schilder AJ, *et al.* Non-consensual sex experienced by men who have sex with men: Prevalence and association with mental health. *Patient Educ Couns* 2003;49(1):67-74.
- (137) Aguinaldo JP, Myers T, Ryder K, Haubrich DJ, Calzavara L. Accounts of HIV seroconversion among substance-using gay and bisexual men. *Qualitative Health Research* 2009;19(10):1395-406.
- (138) O'Connell JM, Lampinen TM, Weber AE, Chan K, Miller ML, Schechter MT, *et al.* Sexual risk profile of young men in Vancouver, British Columbia, who have sex with men and inject drugs. *AIDS Behav* 2004 Mar;8(1):17-23.
- (139) Husband W, Lau C, Murray J, Sutdhibhasilp N, Maharaj R, Cedano J, *et al.* Party Drugs in Toronto's Gay Dance Club Scene: Issues for HIV Prevention for Gay Men. Toronto: AIDS Committee of Toronto; 2004.
- (140) Rusch M, Lampinen TM, Schilder A, Hogg RS. Unprotected anal intercourse associated with recreational drug use among young men who have sex with men depends on partner type and intercourse role. *Sex Transm Dis* 2004 Aug;31(8):492-8.
- (141) Schilder AJ, Lampinen TM, Miller ML, Hogg RS. Crystal methamphetamine and ecstasy differ in relation to unsafe sex among young gay men. *Can J Public Health* 2005 Sep;96(5):340-3.
- (142) Kral AH, Lorvick J, Ciccarone D, Wenger L, Gee L, Martinez A, *et al.* HIV prevalence and risk behaviors among men who have sex with men and inject drugs in San Francisco. *Journal of Urban Health* 2005;82(SUPPL. 1):i43-i50.
- (143) Adam BD, Husband W, Murray J, Maxwell J. Risk construction in the reinfection discourses of HIV-positive men. *Health Risk and Society* 2005 Mar;7(1):63-71.

- (144) Elford J. Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy. *Curr Opin Infect Dis* 2006 Feb;19(1):26-32.
- (145) Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, *et al.* Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N. Engl J. Med.* 2010 Dec 30;363(27):2587-99.
- (146) Hart TA, James CA, Hagan CMP, Boucher E. HIV Optimism and High-Risk Sexual Behavior in Two Cohorts of Men Who Have Sex With Men. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2010;21(5):439-43.
- (147) International-Collaboration-on-HIV-Optimism. HIV treatments optimism among gay men: an international perspective. *JAIDS, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2003;32(5):545-50.
- (148) Ferlatte O, Gilbert M, Trussler T, Marchand R, Ogilvie G, Taylor D. Predictors Of Recent HIV Testing In Men Who Have Sex With Men (MSM) In The Province Of British Columbia. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 19[Suppl A], 99A. 2008.

CHAPITRE 5 – RECHERCHE ACTUELLE SUR LE VIH/SIDA CHEZ LES HOMMES GAIS, BISEXUELS, BISPIRITUELS ET AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES

Le présent chapitre donne un aperçu des projets de recherche portant sur le VIH/sida chez les hommes gais, bisexuels, bispirituels et ayant des relations sexuelles avec des hommes au Canada qui étaient en cours entre 2006 et 2011 ou qui sont en cours d'élaboration à la fin de cette période. Une analyse de la recherche sur des populations particulières d'hommes gais et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) ainsi que sur les déterminants de la santé liés à la vulnérabilité et à la résilience au VIH est fournie. Des domaines possibles de recherches futures sont décrits brièvement dans la conclusion du chapitre.

5.1 MÉTHODOLOGIE

L'information communiquée dans ce chapitre a été recueillie auprès d'organismes nationaux et provinciaux sélectionnés qui financent la recherche sur le VIH/sida ou en effectuent un suivi. Les bailleurs de fonds nationaux comprennent les suivants : Association canadienne de recherche sur le VIH (CAHR), Fondation canadienne de recherche sur le SIDA (CANFAR), Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). Certains renseignements ont également été recueillis auprès du Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN), du *Fonds de recherche du Québec -- Société et culture* (FQRSC), de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé et du Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique.

Des projets de recherche ont été sélectionnés afin de les inclure dans ce chapitre parce qu'ils remplissaient les critères suivants : axés sur le VIH/sida, menés au Canada; concernent les hommes gais, bisexuels, bispirituels ou d'autres HARSAH; étaient en cours entre 2006 et 2011. D'autres projets liés à la capacité de la recherche communautaire, à la diffusion des résultats et au transfert des connaissances ont aussi été compris dans le cas

où des fonds ont été sollicités pour l'organisation de réunions, d'ateliers et de conférences sur des questions liées au VIH/sida chez les hommes gais et d'autres HARSAH, ou dans le cas où l'objectif était d'utiliser les résultats de la recherche pour guider l'élaboration de programmes ou de politiques.

Il est présumé que la recherche achevée avant 2006 aurait été publiée et, par conséquent, comprise dans la littérature didactique et la littérature grise déjà examinées dans les chapitres précédents du présent rapport. Étant donné le décalage entre la réalisation de la recherche et la publication de celle-ci, il se peut que certains documents ne soient pas compris dans l'une ou l'autre des sections. De plus, la recherche financée par le secteur privé ne fait pas partie du rapport.

Les critères d'exclusion pour le présent chapitre sont les suivants :

- (1) La recherche liée à la science fondamentale, à la microbiologie ou à la médecine clinique a été exclue.
- (2) La recherche découlant d'études internationales menées à l'étranger par des chercheurs canadiens a été exclue, sauf dans le cas où la nature de l'étude offrait un éclairage additionnel à l'égard de l'expérience vécue d'hommes gais et d'autres HARSAH au Canada.

Un code a été attribué aux projets selon les thèmes liés au VIH émanant des résumés. Ces thèmes ont été établis à partir des buts et des objectifs indiqués dans les résumés.

Un total de 48 projets de recherche actuelle remplissaient les critères décrits ci-dessus. Dans le présent chapitre, les projets sont identifiés à l'aide d'un code (p. ex. R1) correspondant à la description du projet contenue dans l'annexe B.

5.1.1 LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE

Une des limites de la stratégie de sélection est que certains projets sont subventionnés par plus d'un organisme ou reçoivent plus d'une subvention du même organisme dans une différente année. Réciproquement, des fonds ont été offerts pour financer le salaire des chercheurs, les bourses aux étudiants, le transfert des connaissances ou les coûts d'exploitation. Par conséquent, la même source de financement peut être utilisée pour subventionner plus d'un projet sur plusieurs années successives, où un seul projet est indiqué dans la demande présentée à la source de financement. Même si des efforts ont été déployés en vue d'élaborer une liste exhaustive des projets de recherche canadiens actuels sur le VIH/sida chez les hommes gais et d'autres HARSAH, il se peut que des activités de recherche pertinentes aient été omises ou répétées inutilement dans le cadre de différents titres de projets.

Une deuxième limite du processus de sélection est qu'il n'y avait pas de résumés et de descriptions entières pour tous les projets. Dans certains cas, les hommes gais et les autres HARSAH n'ont pas été définis dans les données sommaires du projet comme une population étudiée, et les sous-populations et domaines prioritaires traités dans le présent chapitre n'ont également pas été mentionnés et ont donc été exclus. Les projets comportant un résumé n'ont été inclus dans le chapitre que si les termes de recherche avaient été utilisés dans le titre ou notés en tant que mots clés du projet. Certaines descriptions de projet nécessitaient des précisions et il a fallu communiquer avec les chercheurs principaux lorsque cela était possible afin de déterminer si leurs projets portaient particulièrement sur les hommes gais et autres HARSAH au Canada. Dans le cas où il n'a pas été possible de rejoindre les chercheurs, un code a été attribué à ces projets selon les thèmes découlant du titre. Bref, il se peut que certains projets ayant trait aux hommes gais et à d'autres HARSAH n'aient pas été révélés dans le cadre du processus de recherche en raison des limites des stratégies de recherche, des critères d'exclusion et de la portée du présent rapport.

5.2 ANALYSE

La présente section fournit une analyse de la recherche actuelle selon la répartition géographique, les thèmes majeurs, les sous-populations particulières ainsi que la vulnérabilité et la résilience au VIH. Les projets liés à

la capacité de la recherche communautaire, à la diffusion des résultats et au transfert des connaissances sont également examinés.

5.2.1 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES PROJETS DE RECHERCHE

Comme il a été mentionné au chapitre 2, les données démographiques disponibles tendent à indiquer que la majorité des hommes gais et des autres HARSAH se trouvent en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique. Comme on peut s'y attendre, plus des trois quarts des projets (38 sur 48) sélectionnés aux fins de l'étude portent sur le VIH chez les hommes gais et autres HARSAH dans ces provinces. Parmi les 48 projets choisis, 18 traitent des hommes gais et d'autres HARSAH en Ontario [R1, R2, R5, R11, R12, R13, R15, R21, R23, R26, R27, R28a/b, R37, R39, R40, R42, R45, R47], y compris ceux qui vivent à Toronto, à Ottawa, à London et à Kingston. Treize autres projets sont axés sur les hommes gais et autres HARSAH au Québec, principalement à Montréal [R3, R14, R15, R17, R18, R20, R31, R32, R33, R42, R43, R44, R47]. Sept autres projets concernent les hommes gais et autres HARSAH en Colombie-Britannique [R4, R8, R10, R19, R22, R25, R48]. De plus, l'un des projets porte essentiellement sur les hommes gais et autres HARSAH au Manitoba, plus précisément ceux qui habitent à Winnipeg [R30]. Deux des projets qui restent sont de portée nationale [R6, R29]. Même si l'information sur la priorité géographique des dix autres projets n'était pas disponible, sept d'entre eux ont été menés par des universités ou organismes de l'Ontario [R9, R16, R24, R35, R36, R41, R46], deux en Colombie-Britannique [R7, R38] et un au Québec [R34].

5.2.2 PROJETS DE RECHERCHE SUR LA PRÉVENTION, LES SOINS, LES TRAITEMENTS ET LA SANTÉ MENTALE

L'accès aux soins, les stratégies de traitement, la prévention et la santé mentale sont des thèmes majeurs qui ont émané des projets examinés.

a) PRÉVENTION

Étant donné que la catégorie d'exposition des HARSAH représente toujours la proportion la plus importante des nouveaux cas de VIH au Canada, les programmes de prévention constituent un élément clé dans la lutte contre le VIH/sida chez les hommes gais et autres HARSAH. Trente-deux des 48 projets de recherche sélectionnés portent principalement sur la prévention du VIH chez les

hommes gais et autres HARSAH [R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8, R10, R12, R13, R14, R15, R16, R17, R18, R19, R20, R21, R22, R24, R25, R28a/b, R31, R32, R33, R34, R37, R43, R44, R46, R47, R48].

Les projets comprennent ceux qui sont axés sur la vulnérabilité à l'infection au VIH à cause de facteurs psychosociaux, sociocognitifs et comportementaux [R1, R7, R15, R19, R21, R22, R25, R31, R37, R47]. Certains projets portent essentiellement sur la prévention de la transmission du VIH en abordant les relations anales non protégées [R47], la virologie du VIH dans le sperme [R13], les réseaux sexuels [R8] et la préparation vaccinale [R48]. De nombreux projets traitent de la prévention secondaire en examinant les tests de dépistage du VIH [R3, R10, R14, R20, R33, R44, R46], le dépistage du cancer anal [R2] et les co-infections [R2, R11]. D'autres projets traitent de la prévention du VIH par l'intermédiaire de programmes de prévention [R1, R12, R16, R32, R33, R34], de nouvelles méthodologies dans la recherche en prévention du VIH [R4], des effets de l'amélioration de l'accès au traitement antirétroviral hautement actif (HAART) chez les hommes en Colombie-Britannique [R19, R22] et de l'analyse des messages de promotion de la santé dans le cas du VIH [R24].

La plupart des projets de recherche choisis abordent la prévention du VIH dans les contextes de la vulnérabilité et de la transmission. L'un des projets s'est penché sur les points de vue des HARSAH sur les vaccins anti-VIH éventuels [R48]. Aucun des projets sélectionnés dans cette section n'a examiné les nouvelles technologies de prévention telles que la prophylaxie post-exposition (traitement PPE), la prophylaxie préexposition et les microbicides rectaux.

b) ACCÈS AUX SOINS ET AUX TRAITEMENTS

L'accès aux soins de santé est un déterminant de la santé important. Comme il a été décrit au chapitre 4, il est moins probable que les besoins en santé des hommes gais et d'autres HARSAH soient satisfaits comparativement aux hétérosexuels. Parmi les 48 projets sélectionnés, neuf traitent de l'accès aux soins [R5, R6, R9, R10, R19, R23, R25, R35, R45] et trois concernent les traitements [R2, R19, R22]. La plupart de ces projets étudient l'accès et le recours aux services de soins de santé [R5, R9, R10, R19, R23, R25, R35, R45], y compris les obstacles à l'accès aux tests de dépistage du VIH [R5, R10, R25]. Quatre projets abordent la question de l'accès aux services de soins de santé dans les contextes de l'homophobie, de la discrimination et de l'exclusion sociale [R5, R9, R23, R45].

Un projet traite des obstacles à l'accès aux soins de santé chez les hommes gais et autres HARSAH au sein des communautés de l'Afrique et des Caraïbes [R9]. Un autre examine les stratégies de suivi auprès des partenaires d'hommes infectés par VIH [R10]. Quatre projets se penchent sur les grappes de cas d'infection au VIH dans les contextes de la surveillance épidémiologique [R17], des traitements [R43] et des effets de l'amélioration de l'accès au traitement antirétroviral hautement actif en Colombie-Britannique pour les hommes gais et autres HARSAH aux prises avec le VIH dans la province [R19, R22].

c) SANTÉ MENTALE

La santé mentale est un déterminant important de la vulnérabilité au VIH chez les hommes gais et autres HARSAH. Comme il a été mentionné au chapitre 4, les données semblent indiquer que les résultats sur le plan de la santé mentale fournis par les hommes gais et autres HARSAH sont généralement inférieurs à ceux de la population générale. Cinq des 48 projets de recherche choisis examinent la santé mentale chez les hommes gais et autres HARSAH [R5, R35, R37, R40, R41]. Un de ces projets se penche sur le bien-être émotionnel des jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres [R40]. Un autre projet comprend l'examen de l'accès aux services de santé mentale, ainsi qu'à d'autres services de soins de santé, chez les hommes gais, bisexuels et autres HARSAH dans le sud-ouest de l'Ontario [R5]. Un autre projet traite des problèmes de santé mentale particuliers chez les hommes gais et autres HARSAH tels que l'anxiété, les changements d'humeur ainsi que la consommation d'alcool et de drogues en tant que précurseurs de comportements à risque associés à la transmission du VIH [R37]. Deux des résumés de projet ne mettent pas un accent sur la santé mentale : un est axé sur les problèmes sociaux et structurels ayant un effet sur le bien-être [R41], et l'autre aborde le bien-être des personnes transgenres et leur accès aux soins de santé [R35].

5.2.3 PROJETS DE RECHERCHE SUR DES POPULATIONS PARTICULIÈRES

Parmi les 48 projets sélectionnés, 24 étaient axés sur les hommes gais et autres HARSAH qui sont également membres d'autres populations ou groupes vulnérables. Les populations particulières étudiées comprennent les hommes gais et autres HARSAH aux prises avec le VIH/sida [R2, R9, R10, R11, R13, R15, R16, R19, R22, R24, R37, R39, R43, R48], les hommes gais et autres HARSAH qui consomment des drogues [R30, R42, R48], les HARSAH

qui vivent dans des pays où le VIH est endémique [R9, R11, R21, R27], les jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres qui sont des nouveaux arrivants au Canada (40) et les hommes transgenres [R12, R35, R36, R40, R45]. L'un des projets portait sur l'utilisation du condom, les tests de dépistage du VIH et les comportements à risque chez les femmes et les hommes bispirituels des Premières nations [R46]. Aucun des projets choisis ne traitait du VIH/sida chez les hommes gais et autres HARSAH incarcérés.

a) UTILISATEURS DE DROGUES

Comme il a été mentionné au chapitre 3, les hommes gais et autres HARSAH qui utilisent des drogues par injection sont particulièrement vulnérables à l'infection au VIH. La recherche dans ce domaine est importante pour adapter les efforts d'intervention en vue d'aborder les comportements à risque chez les hommes gais et autres HARSAH qui utilisent des drogues par injection. Parmi les 17 projets qui sont axés sur des populations particulières, trois portent sur l'utilisation de drogues chez les HARSAH [R30, R42, R48]. Deux de ces trois projets ont examiné plus précisément l'utilisation de drogues par injection. Le premier projet a recueilli des données démographiques sur l'utilisation de drogues par injection et la participation au commerce du sexe dans le cadre d'une étude de surveillance [R30], et le deuxième a recueilli des données sur l'utilisation de drogues par injection pour guider une étude sur un vaccin anti-VIH [R48]. Le troisième projet constitue une étude qualitative sur l'utilisation de drogues dans le contexte des *circuit parties* d'hommes gais [R42]. Un autre projet vise à comprendre les motivations des hommes gais et d'autres HARSAH dans le contexte de l'utilisation de drogues [R22].

b) JEUNES

Comme il a été mentionné au chapitre 4, les jeunes hommes gais, bisexuels, transgenres et bispirituels sont l'une des populations principales vulnérables à l'infection au VIH. La recherche sur ce groupe est donc importante, car ces jeunes font face à des défis qui diffèrent de ceux des jeunes hétérosexuels; il est plus probable qu'ils adoptent des comportements sexuels à risque. Parmi les projets de recherche sélectionnés portant sur des populations particulières, seul un est axé sur les jeunes [R40]. Ce projet traite de la vulnérabilité des jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres qui viennent d'arriver au Canada.

Étant donné que les jeunes passent la majorité de leur temps à l'école, les projets axés sur l'intimidation homophobe dans le milieu scolaire et ses répercussions

sur la vulnérabilité au VIH pourraient permettre de guider l'élaboration de politiques et de programmes scolaires appropriés à l'intention des jeunes hommes gais, bisexuels, transgenres et bispirituels.

c) BISPIRITUELS, GAIS, BISEXUELS ET AUTRES HARSAH AUTOCHTONES

La catégorie d'exposition des HARSAH constitue la troisième voie en importance de transmission du VIH chez les hommes autochtones après l'exposition associée à l'utilisation de drogues par injection et à l'exposition hétérosexuelle. La recherche sur ce groupe est importante puisque les hommes autochtones bispirituels, gais et bisexuels font face à différents facteurs qui les rendent plus vulnérables à l'infection au VIH et qui sont propres aux Autochtones (p. ex. séquelles de la colonisation et des pensionnats). Seul un des projets de recherche choisis traite de cette population. Ce projet examine les comportements et les attitudes des femmes et des hommes bispirituels des Premières nations à l'égard des tests de dépistage du VIH, de la sérologie VIH et de l'utilisation du condom ainsi que d'autres comportements à risque associés au VIH [R46].

d) HOMMES GAIS ET AUTRES HARSAH PROVENANT DE PAYS OÙ LE VIH EST ENDÉMIQUE : HOMMES NOIRS DE DESCENDANCE AFRICAINE ET CARIBÉENNE VIVANT AU CANADA

La deuxième proportion la plus importante des résultats positifs au test du VIH chez la population de race noire concernait la catégorie d'exposition des HARSAH. Il est important d'examiner les cas de VIH chez les hommes de race noire, car les hommes gais et autres HARSAH de l'Afrique et des Caraïbes font face à de multiples obstacles tels que le racisme, l'homophobie et habituellement un statut socioéconomique inférieur, ce qui peut accroître leur vulnérabilité à l'infection au VIH. Une analyse des projets de recherche actuels axés sur des populations particulières a permis de cerner quatre projets qui traitent de problèmes liés à l'infection au VIH chez cette population [R9, R11, R21, R27]. Un de ces projets traite des comportements à risque des hommes de race noire ayant des relations sexuelles avec des hommes [R21], et un autre projet se penche sur le rôle des co-infections dans le cas de l'infection au VIH au sein de ce groupe [R11]. Les deux autres projets visent à renforcer la capacité de la communauté ethnoraciale à lutter contre le VIH/sida. L'un d'entre eux est axé sur l'amélioration de la capacité des membres de la

communauté africaine-caribéenne qui sont séropositifs à entreprendre la recherche [R9], tandis que l'autre, bien qu'il ne vise pas les populations africaine et caribéenne, est centré sur l'amélioration de la capacité du secteur pour le VIH à lutter contre cette infection chez la minorité ethnoraciale des HARSAH [R27]. De la recherche supplémentaire portant sur la vulnérabilité et la résilience de ce groupe au VIH contribuerait à l'établissement de mesures d'intervention appropriées.

e) HOMMES GAIS ET AUTRES HARSAH VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Le chapitre 3 décrit comment la catégorie d'exposition des HARSAH représente presque la moitié des nouveaux cas d'infection en 2008 ainsi que plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH/sida au Canada. Parmi les projets qui sont centrés sur des populations particulières, 14 traitent des hommes gais et d'autres HARSAH vivant avec le VIH/sida [R2, R9, R10, R11, R13, R15, R16, R19, R22, R24, R37, R39, R43, R48], la plupart de ces projets se penchant sur la prévention du VIH (11) ou la prestation de services. (3) Les projets axés sur la prévention de la transmission du VIH comprennent les suivants : un projet abordant les hommes gais et autres HARSAH vivant avec le VIH/sida dans le contexte de la première grappe de cas d'infection au VIH [R43]; un autre examinant le lien entre les comportements à risque et le réseautage social [R15]; un autre projet examinant l'effet de l'amélioration de l'accès à la thérapie antirétrovirale sur le nombre de nouveaux cas d'infection au VIH chez les hommes gais et autres HARSAH [R19]; un projet portant sur la transmission physique du VIH [R13]; un projet traitant du rôle des co-infections en ce qui concerne la transmission et la progression du VIH [R11]; un autre se penchant sur les HARSAH vivant avec le VIH/sida en vue de guider une étude sur la préparation vaccinale [R48]. Outre l'accent mis sur la prévention, trois projets visent également à éclairer la prestation de services, y compris un projet qui aborde les obstacles aux services de santé et aux services sociaux [R9], un qui se penche sur les pratiques exemplaires en matière de suivi auprès des partenaires sexuels des personnes infectées par le VIH [R10] et un autre qui examine la santé mentale des personnes vivant avec le VIH ou de celles qui sont à risque [R37]. Deux projets sont centrés sur la prévention de la progression du VIH/sida chez les personnes déjà aux prises avec l'infection ou la maladie [R2, R11].

f) HOMMES GAIS ET AUTRES HARSAH INCARCÉRÉS

Au moment du présent examen, aucun des projets de recherche sélectionnés s'inscrivant dans le cadre de ce rapport n'examinait l'infection au VIH chez les hommes gais et autres HARSAH détenus dans des prisons provinciales/territoriales ou fédérales canadiennes. Il y a plusieurs raisons pour lesquelles il peut être difficile d'évaluer les personnes incarcérées à des fins de recherche, notamment les suivantes : difficultés à obtenir l'approbation éthique de la recherche, obtention de l'appui des responsables de l'administration pénitentiaire et du personnel, perte des répondants au fil du temps. Outre ces difficultés, les facteurs spécifiques aux populations influant sur les hommes gais et autres HARSAH (p. ex. stigmatisation, discrimination et homophobie) peuvent également empêcher certains hommes gais et autres HARSAH incarcérés de participer à de telles études.

Le Service correctionnel du Canada (SCC) mène régulièrement une recherche auprès des personnes détenues dans des prisons fédérales. Récemment, le Sondage national auprès des détenus sur les maladies infectieuses et les comportements à risque comportait des questions concernant les comportements des personnes du même sexe dans les prisons. Malheureusement, trop peu de données ont été recueillies dans le cadre de ce sondage pour déterminer précisément les besoins des hommes gais et des autres HARSAH incarcérés.

g) TRANSEXUELS QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

Les hommes transgenres et transsexuels sont une population unique dont certains se déclarent gais ou bisexuels et d'autres se déclarent des hommes et ayant des relations sexuelles avec des hommes. Bien que la prévalence et l'incidence du VIH chez les hommes transgenres ne soient pas bien comprises, les données préliminaires semblent indiquer une possibilité de vulnérabilité importante à l'infection au VIH étant donné les taux élevés de pauvreté, de marginalisation et de discrimination transphobe. Il est donc nécessaire d'accroître la compréhension de la vulnérabilité et de la résilience au VIH des hommes transgenres. Parmi les quatre projets choisis dans cette section, trois sont axés sur les communautés de transgenres dans l'ensemble [R35, R40, R45] et l'autre vise les hommes transgenres précisément [R36]. Ces projets examinent les expériences d'hommes transgenres dans le contexte du VIH/sida [R36], le manque d'accès aux services de

santé chez les personnes transgenres [R35], l'effet de l'exclusion sociale (y compris la transphobie) sur l'infection au VIH chez les jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres nouveaux arrivants [R40], et l'incidence de la marginalisation sociale sur la vulnérabilité au VIH chez les personnes transgenres [R45].

5.2.4 CO-INFECTIONS ET COMORBIDITÉS

Comme il a été mentionné au chapitre 3, les co-infections représentent un fardeau sanitaire important pour les HARSAH. La recherche dans ce domaine est importante puisque les co-infections augmentent la probabilité de transmission, d'acquisition et de progression du VIH. Deux projets de recherche traitent de la co-infection [R11] et de la comorbidité [R2] chez les hommes séropositifs. Le projet R11 porte sur le rôle des co-infections telles que l'herpès génital, le papillomavirus et la gonorrhée dans la transmission, l'acquisition et la progression du VIH. Le projet R2 se penche sur les techniques de dépistage du cancer anal chez les HARSAH séropositifs. Il est essentiel de comprendre le lien entre le VIH/sida et d'autres infections afin de mettre au point des approches exhaustives visant à lutter contre les co-infections.

5.2.5 RÉSILIENCE ET VULNÉRABILITÉ AU VIH

Comme il est précisé au chapitre 4, divers déterminants socioéconomiques de la santé influent sur la vulnérabilité et la résilience des hommes gais et d'autres HARSAH au VIH/sida. Parmi les 48 projets sélectionnés, 32 concernent les déterminants de la santé qui ont une incidence sur la vulnérabilité au VIH [R1, R5, R6, R7, R8, R9, R14, R15, R17, R18, R19, R20, R21, R22, R23, R24, R26, R29, R30, R31, R32, R34, R35, R37, R39, R40, R41, R42, R43, R46, R47, R48]. Les déterminants de la santé précisés dans la présente section comprennent l'homophobie ainsi que la stigmatisation et la discrimination connexes, la santé mentale, le niveau de revenu et le statut social, les habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles, la culture, les environnements sociaux et physiques, et les réseaux sociaux.

a) HOMOPHOBIE, STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

L'homophobie ainsi que la stigmatisation et la discrimination connexes constituent des facteurs sous-jacents qui accroissent la vulnérabilité au VIH/sida chez les hommes gais et autres HARSAH. La compréhension de l'effet de l'homophobie sur la vulnérabilité au VIH est essentielle afin de pouvoir améliorer la prestation

de services et de concevoir des mesures d'intervention appropriées. Dix projets traitent de l'homophobie, de la stigmatisation et de la discrimination [R5, R6, R9, R15, R23, R24, R26, R34, R40, R45]. Deux de ces projets visent à accroître la capacité des intervenants clés ainsi que de la communauté d'hommes gais et d'autres HARSAH à examiner les questions de l'homophobie, de la transphobie, de la stigmatisation et de la discrimination [R9, R23]. L'un de ces deux projets est devenu ultérieurement une étude de recherche abordant l'homophobie et l'exclusion sociale [R5]. Un projet porte sur les besoins et les points de vue des jeunes en ce qui concerne l'homophobie et la transphobie, ainsi que leurs effets sur la vulnérabilité au VIH [R40]. Un projet aborde les perceptions personnelles de la stigmatisation autour des hommes qui organisent des contacts sexuels par Internet [R15]. Un autre projet examine le lien entre la stigmatisation et la marginalisation sociale des communautés de personnes transgenres [R45]. Un projet se penche sur les expériences liées à l'hétérosexisme et à l'homophobie chez les hommes gais et bisexuels en tant que déterminant de la vulnérabilité au VIH et de la santé élargie [R26]. Il est primordial d'avoir une compréhension accrue de l'incidence de l'homophobie, de l'hétérosexisme ainsi que de la stigmatisation et de la discrimination connexes sur la vulnérabilité au VIH afin de pouvoir lutter efficacement contre le VIH/sida chez les hommes gais et autres HARSAH à long terme.

b) CULTURE

Comme il a été mentionné au chapitre 4, la culture influe sur la résilience et la vulnérabilité à l'infection au VIH. La compréhension des contextes culturels des hommes gais et d'autres HARSAH pourrait offrir un éclairage quant aux façons dont les comportements à risque sont influencés par les normes et valeurs culturelles, qui pourraient à leur tour être utilisées dans le développement de stratégies de prévention du VIH adaptées à la culture.

Six projets examinent les communautés ethnoculturelles d'HARSAH [R9, R21, R25, R27, R40, R46]. Deux de ces projets visent à renforcer la capacité de recherche sur les hommes gais et autres HARSAH de minorités ethnoculturelles [R9, R27]. L'un d'eux a pour but de guider le développement d'activités de prévention ciblées [R21], et l'autre est axé sur les jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres nouveaux arrivants [R40], les HARSAH canadiens d'origine asiatique [R25] et les femmes et les hommes bispirituels des Premières nations [R46].

Quatre des projets choisis portent sur les sous-cultures uniques chez les hommes gais et bisexuels, et la façon dont la vulnérabilité et la résilience au VIH des membres de ces communautés sont touchées [R15, R39, R42, R47]. Tous les projets traitent de la culture par l'intermédiaire de l'examen des aspects socioculturels des différentes pratiques sexuelles à risque : saunas [R47], les *circuit parties* [R42] et les sites Internet de rencontre [R13, R39].

Étant donné l'importance de la connexité de la culture à la résilience au VIH dans d'autres populations clés telles que les Autochtones, une compréhension accrue des rôles joués par la culture (y compris les cultures spécifiques aux communautés d'hommes gais et bisexuels) dans la vulnérabilité et la résilience au VIH permettrait de guider les vastes efforts en vue de lutter contre le VIH chez les hommes gais et autres HARSAH.

c) RÉSEAUX DE SOUTIEN SOCIAL

Comme il a été mentionné au chapitre 4, le soutien offert par les membres de la famille, les amis et les communautés est associé à un état de santé supérieur. L'utilisation de l'Internet par les hommes gais et autres HARSAH pour aller chercher du soutien a également augmenté. Parmi les projets sélectionnés, un examine l'Internet en tant qu'outil d'intervention [R18] et deux autres l'examinent comme un moyen pour organiser des rencontres sexuelles [R13, R39]. Cependant, au moment du présent examen, aucun des projets de recherche actuels sélectionnés n'abordait les principaux réseaux de soutien social (p. ex. membres de la famille, amis, partenaires de vie, partenaires sexuels occasionnels et membres de famille choisie) comme des facteurs de risque ou de protection dans la vulnérabilité et la résilience au VIH.

d) NIVEAU DE REVENU ET STATUT SOCIAL

Le chapitre 4 explique plus en détail comment le niveau de revenu et le statut social constituent des déterminants clés de la santé en ce qui concerne les hommes gais et autres HARSAH, comme ils le sont dans le cas de la population élargie. Trois projets se penchent sur les questions sociales, y compris le revenu, l'instabilité sur le plan du logement et le sans-abrisme, en tant que facteurs influant sur la vulnérabilité au VIH chez les hommes gais et autres HARSAH [R9, R41, R45]. Parmi ces projets, un vise à accroître la capacité de la communauté à entreprendre la recherche sur l'instabilité quant au logement chez les communautés africaines et caribéennes [R9], tandis qu'un autre vise à accroître la capacité de recherche sur les

facteurs comme l'emploi, le revenu et l'instabilité sur le plan du logement qui influencent la vulnérabilité au VIH chez les communautés de transgenres [R45].

e) ENVIRONNEMENTS SOCIAUX ET PHYSIQUES

Les environnements sociaux et physiques dans lesquels habitent les hommes gais et autres HARSAH ont un effet sur leur santé. Comme il a été mentionné au chapitre 4, les environnements physiques et sociaux tels que les saunas et les *circuit parties* ont été associés à une fréquence plus élevée des comportements à risque, ce qui fait ressortir la nécessité d'aborder les environnements sociaux et physiques ainsi que leur lien à la vulnérabilité et à la résilience au VIH. Parmi les projets choisis, un traite des *circuit parties* [R42] et l'autre des saunas [R47] en tant qu'environnements physiques en lien avec les comportements à risque associés au VIH. Aucune recherche actuelle ne portait sur d'autres environnements physiques et sociaux tels que les écoles, les quartiers gais, les parcs et les régions rurales en tant que lieux influant sur la vulnérabilité et la résilience au VIH.

f) HABITUDES DE VIE ET COMPÉTENCES D'ADAPTATION PERSONNELLES

Les relations sexuelles anales non protégées et les partenaires sexuels multiples sont des facteurs de risque clés de transmission du VIH. Parmi les 48 projets sélectionnés, 20 examinent les comportements sexuels en tant que facteurs de risque d'infection au VIH [R1, R7, R14, R15, R18, R19, R21, R22, R29, R30, R31, R32, R34, R37, R39, R42, R43, R46, R47, R48].

Plus de la moitié de ces projets traitent des comportements à risque chez les hommes gais et autres HARSAH en vue de guider le développement de programmes de prévention du VIH. Deux projets abordent les comportements à risque dans le contexte des environnements sociaux et physiques : un examine les *circuit parties*, l'utilisation de méthamphétamine en cristaux et les pratiques sexuelles à risque dans une perspective ethnographique [R42] et l'autre examine le *barebacking* dans le cas des saunas [R47]. Deux autres projets abordent les comportements à risque dans le contexte des réseaux sociaux, plus particulièrement l'utilisation de l'Internet par les hommes gais pour organiser des contacts sexuels [R15, R39]. Un projet traite de la relation entre la santé mentale et les comportements sexuels à risque [R37]. Deux projets comprennent la collecte de données épidémiologiques sur la prévalence du VIH et des infections transmissibles sexuellement (ITS)

chez les hommes gais et autres HARSAH de même que de renseignements sur les comportements à risque [R14, R30]. Deux projets portent sur les effets possibles de l'accès amélioré au traitement antirétroviral hautement actif chez les hommes gais et autres HARSAH aux prises avec le VIH en Colombie-Britannique [R19, R22].

5.2.6 CAPACITÉ DE LA RECHERCHE COMMUNAUTAIRE, DIFFUSION DES RÉSULTATS ET TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Parmi les 48 projets sélectionnés, 19 visaient à renforcer la capacité en matière de recherche ou de programmes concernant le VIH ou à appuyer le transfert des connaissances et l'élaboration de politiques [R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R15, R18, R26, R27, R28a/b, R31, R32, R44].

Cinq projets sont axés sur l'accroissement de la capacité de recherche sur la prévention du VIH [R4, R6, R8, R9, R27]. Parmi ces projets, deux visent à accroître la capacité relative aux facteurs influant sur la vulnérabilité du VIH tels que la stigmatisation, la discrimination, l'accès aux soins de santé et l'instabilité quant au logement et au revenu [R6, R9]. Deux projets cherchent à renforcer la capacité de recherche ou d'intervention en matière de VIH chez les hommes gais et autres HARSAH de minorités ethnoraciales [R9, R27]. Deux projets ont pour but de créer de nouveaux outils de sondage aux fins de la recherche sur la prévention du VIH [R4, R8]. Toutefois, aucun des projets ne traite du développement de la capacité de recherche dans le cas d'autres sous-populations particulières d'hommes gais et d'autres HARSAH comme ceux incarcérés ou faisant partie des communautés autochtones.

De nombreux projets cherchent à utiliser les résultats de recherche en vue de guider l'élaboration de politiques, de programmes ou de mesures d'intervention en matière de VIH/sida [R1, R2, R3, R7, R10, R11, R15, R18, R26]. Sept de ces projets visent à offrir des stratégies de prévention de transmission du VIH [R1, R2, R3, R7, R10, R15, R18], y compris les projets qui concernent la compréhension des comportements à risque associés au VIH et des comportements à l'égard du dépistage du VIH [R7, R10, R15], évaluent les mesures d'intervention pour la prévention et le dépistage du VIH [R1, R3, R18], guident les programmes de dépistage du cancer anal [R2] et portent sur l'amélioration de la recherche [R8].

5.3 DOMAINES DE RECHERCHES FUTURES

Bien que la liste suivante ne soit pas exhaustive, le présent rapport a révélé un certain nombre d'écarts des savoirs ayant trait au VIH/sida chez les hommes gais, bisexuels, bispirituels et autres HARSAH qui requièrent une étude plus poussée. Ces écarts des savoirs ont été décelés par l'intermédiaire d'une analyse des chapitres 2, 3 et 4 du présent rapport ainsi qu'avec l'aide du groupe de travail national d'experts responsable du rapport. Les domaines de recherches futures comprennent les suivants :

5.3.1 VULNÉRABILITÉ, RÉSILIENCE ET DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

- Facteurs qui favorisent la résilience au VIH chez les hommes gais et autres HARSAH
- Effets de l'homophobie, de l'hétérosexisme ainsi que de la stigmatisation et de la discrimination connexes sur la vulnérabilité et la résilience au VIH des hommes gais et autres HARSAH
- Effets de l'intimidation homophobe sur la vulnérabilité et la résilience au VIH au cours de la vie de jeunes hommes gais et autres jeunes HARSAH
- Façons dont les environnements physiques et sociaux (p. ex. régions rurales, écoles et quartiers gais) influent sur la vulnérabilité et la résilience au VIH
- Effet des réseaux de soutien social tels que les membres de la famille (biologique et choisie), les amis, les partenaires de vie, les partenaires sexuels occasionnels et les communautés élargies en tant que facteurs de risque et de protection liés à l'infection au VIH chez les hommes gais et autres HARSAH
- Effet de l'Internet, y compris les réseaux sociaux, les clavardoirs, d'autres réseaux de soutien social et les sites Internet promotionnels de la santé en matière de sexualité en tant que réseaux de soutien social, sur la résilience au VIH chez les hommes gais et autres HARSAH
- Recherche canadienne portant sur le concept syndémique, qui désigne de multiples épidémies interdépendantes dans les communautés d'hommes gais et bisexuels (1)

5.3.2 SOUS-POPULATIONS

- Données démographiques, épidémiologie du VIH et des co-infections, et facteurs influant sur la vulnérabilité et la résilience au VIH des hommes gais et autres HARSAH :
 - hommes gais plus âgés
 - hommes gais de minorités ethnoculturelles, y compris les bispirituels, gais, bisexuels et autres HARSAH autochtones
 - hommes gais vivant dans des régions rurales
 - hommes gais et autres HARSAH incarcérés
 - hommes gais et autres HARSAH s'adonnant au commerce du sexe
 - HARSAH qui ne se déclarent pas gais ni bisexuels
- Données démographiques, épidémiologie du VIH et des co-infections, comportements à risque et facteurs influant sur la vulnérabilité et la résilience au VIH des hommes transgenres ayant des relations sexuelles avec des hommes, y compris les facteurs suivants :
 - effet de la transphobie et des comportements liés au sexe sur la vulnérabilité et la résilience au VIH
 - risque d'infection au VIH associé aux chirurgies pour changement de sexe (femme à homme)
 - accès aux soins de santé et aux services de soutien appropriés pour les hommes transgenres
- Sous-communautés uniques d'hommes gais et d'autres HARSAH (communautés de cuir, de *kink*, d'ours et de nouveaux arrivés) et les effets de l'identification à ces communautés sur la vulnérabilité et la résilience au VIH

5.3.3 PRÉVENTION DU VIH, SOINS DE SANTÉ, TRAITEMENTS, SOUTIEN ET CO-INFECTIONS

- Résultats pour la santé du recours à long terme au traitement antirétroviral hautement actif chez les hommes gais et autres HARSAH
- Savoir-faire culturel des professionnels de la santé qui prodiguent des soins aux hommes gais et à d'autres HARSAH
- Façon d'intégrer de nouvelles technologies de prévention telles que la prophylaxie post-exposition (traitement PPE), la prophylaxie préexposition et les microbicides rectaux (lorsqu'ils seront disponibles) dans la trousse d'outils globale de prévention du VIH à l'intention des hommes gais et autres HARSAH

- Co-infections au VIH, particulièrement le virus de l'hépatite C, et comorbidité (p. ex. cancer anal et tuberculose) ainsi que les difficultés causées par les problèmes de santé multiples des hommes gais et d'autres HARSAH aux prises avec le VIH/sida

5.3.4 SANTÉ DES HOMMES GAIS

Le groupe de travail national d'experts responsable du rapport a souligné le besoin de poursuivre la recherche sur la santé des hommes gais, à la fois dans le contexte de prévention du VIH, des soins de santé, des traitements et du soutien, ainsi que la recherche sur la santé des hommes gais qui n'est pas précisément liée à la vulnérabilité et à la résilience au VIH. L'écart des savoirs en question comprend ce qui suit :

- Compréhension de l'effet d'une approche holistique plus vaste à la santé des hommes gais sur la vulnérabilité et la résilience au VIH, la prévention, les soins de santé, les traitements et le soutien
- Compréhension de l'effet des services de soins de santé adaptés aux hommes gais
- Examen des liens entre une approche holistique plus vaste à la santé des hommes gais et la prise en main du concept syndémique (1)

5.4 RÉFÉRENCE

- (1) Stall R, Friedman M, Catania JA. Interacting epidemics and gay men's health: a theory of syndemic production among urban gay men. In: Wolitski RJ, Stall R, Valdiserri RO, editors. Unequal opportunity: health disparities affecting gay and bisexual men in the United States. New York: Oxford University Press; 2008. p. 251-74.

CHAPITRE 6 – MESURES ACTUELLES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA CHEZ LES HOMMES GAIS, BISEXUELS, BISPIRITUELS ET AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES

Ce chapitre offre un aperçu des stratégies, coalitions, réseaux, organismes et programmes de lutte contre le VIH/sida chez les hommes gais, bisexuels ou bispirituels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) au Canada. Le chapitre se consacre entièrement aux stratégies, coalitions, réseaux, organismes et projets abordant de façon spécifique la question du VIH/sida chez les hommes gais et les autres HARSAH. Le présent rapport ne cherche pas à analyser les interventions en lien avec les divers déterminants de la santé et de leurs répercussions sur les hommes gais et les autres HARSAH. Toutefois, le chapitre 4 présente un examen complet des déterminants de la santé ayant une incidence sur la vulnérabilité et la résilience des hommes gais et des autres HARSAH par rapport au VIH/sida.

6.1 MÉTHODOLOGIE

Pour recueillir de l'information sur les projets, coalitions, comités, plans et initiatives stratégiques en place de 2006 à 2010 et abordant de façon spécifique la question du VIH, des modèles de cueillette d'information ont été distribués aux représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux par l'entremise du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida et des consultants des programmes d'action communautaire nationaux et régionaux sur le VIH/sida de l'Agence de la santé publique du Canada. Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre 2, les hommes gais et les autres HARSAH sont plus nombreux à Toronto, à Vancouver et à Montréal que dans les autres villes canadiennes. Par conséquent, les projets financés par l'AIDS Prevention Community Investment Program (programme d'investissement communautaire pour la prévention du sida) du Bureau de santé publique de Toronto, par les régies régionales de la santé dans la

région de Vancouver et par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ont également été inclus dans l'analyse. Les organismes du secteur privé n'ont pas été inclus dans le processus de cueillette d'information. Malgré les efforts déployés pour répertorier le plus grand nombre de projets possible, il va sans dire que nous n'avons pas pu répertorier dans ce chapitre tous les projets axés sur la lutte contre le VIH chez les hommes gais et les autres HARSAH au Canada.

Les projets, coalitions, initiatives stratégiques, comités et plans sélectionnés pour figurer dans ce chapitre devaient :

- être axés sur le VIH/sida;
- exister depuis 2006;
- viser de façon spécifique les hommes gais et les autres HARSAH.

Les stratégies d'intervention ne présentant pas de description ou de population cible précises dans le modèle de cueillette d'information devaient être examinées plus avant pour être incluses dans l'analyse. Dans la mesure du possible, le site Internet de l'organisme à l'origine de chaque projet a été passé en revue afin de déterminer et d'analyser le type de services offerts et la sous-population (le cas échéant) visée par le projet parmi les hommes gais et les autres communautés d'HARSAH (p. ex. bispirituels, hommes gais et autres HARSAH vivant avec le VIH/sida, jeunes gais, bisexuels, transgenres ou en questionnement, hommes gais et autres HARSAH issus de pays où le VIH est endémique, hommes transgenres).

Par souci de concision, ces projets, coalitions, comités, plans et initiatives stratégiques seront désignés par le terme « stratégies d'intervention » tout au long du chapitre.

6.1.1 LES HOMMES GAIS ET LES AUTRES HARSAH EN TANT QUE PARTIE INTÉGRANTE DE LA STRATÉGIE D'INTERVENTION GÉNÉRALE

Les hommes gais et les autres HARSAH sont inclus dans un certain nombre de ces stratégies générales de grande envergure de lutte contre le VIH-sida au Canada. Toutefois, ces stratégies d'intervention n'ont pas été analysées dans ce chapitre puisqu'elles ne concernent pas de façon spécifique les hommes gais et les autres HARSAH.

On voit également se dessiner un mouvement, au Canada, qui tend vers une approche holistique de la santé des hommes gais et bisexuels. Cette approche, toutefois, n'est pas exclusivement axée sur le VIH/sida. (1) Ce virage met en lumière les problèmes de santé très importants auxquels font face les hommes gais et bisexuels, de même que les populations lesbiennes, gaies, bisexuelles, bispirituelles et homosexuelles. Ces problèmes, en effet, ne se limitent pas qu'au VIH/sida. Par ailleurs, ce même virage reflète une approche de la prévention du VIH qui situe la vulnérabilité et la résistance au VIH dans le contexte élargi des habitudes de vie de ces personnes. (2) Bien qu'un examen approfondi de cette approche holistique dépasse le propos de ce rapport, il est important de reconnaître qu'elle fait partie du paysage canadien de la recherche, des politiques et des pratiques en matière de santé des hommes gais et bisexuels.

6.1.2 LES HOMMES GAIS ET LES AUTRES HARSAH EN TANT QUE PARTIE INTÉGRANTE D'UNE COMMUNAUTÉ OU D'UN GROUPE

Certains organismes proposent des projets qui s'adressent aux hommes gais et aux autres HARSAH en tant que partie intégrante d'un groupe cible au sein de quelques-uns des organismes axés sur la communauté ou sur la culture. Certaines de ces stratégies d'intervention mettent l'accent sur la communauté dans son ensemble ou sur un sous-groupe de cette communauté, tout en appuyant les activités s'adressant de façon spécifique aux hommes gais et aux autres HARSAH; par conséquent, ces stratégies ont été intégrées dans l'analyse.

6.1.3 LES HOMMES GAIS ET LES AUTRES HARSAH EN TANT QUE CATÉGORIES AUTONOMES

Des organismes canadiens luttant contre le VIH/sida ont répondu aux besoins des hommes gais et des autres HARSAH en élaborant des stratégies d'intervention axées sur des populations distinctes. Ces stratégies ont été intégrées dans l'analyse en tant que stratégies ciblant uniquement les hommes gais et les autres HARSAH, qui se classaient parmi les projets ou organismes autonomes.

6.1.4 LIMITES

Il est important de noter que cette méthodologie comporte certaines limites pour ce chapitre. Premièrement, il se peut que certaines initiatives, certains projets ou certains programmes (par exemple, des projets axés sur les services de soins de santé et les services sociaux offerts dans chaque province et territoire) n'aient pas été sélectionnés par l'entremise de la méthodologie de cueillette d'information utilisée dans ce rapport. De plus, certaines régions régionales de la santé du Québec, qui gèrent les programmes communautaires locaux, n'ont pas été en mesure de nous fournir les données nécessaires.

Deuxièmement, comme nous l'avons mentionné dans les sections 6.1.1 à 6.1.3, cette étude ne comprend que les initiatives stratégiques, projets, coalitions, réseaux, comités et plans conçus spécialement pour les hommes gais et les autres HARSAH, que ce soit de façon exclusive ou en tant que partie intégrante d'un groupe plus large. Les stratégies d'intervention s'adressant à la population en général ou à toute autre population distincte ont été exclues de l'analyse. Par conséquent, les projets analysés ne représentent pas la liste complète des projets abordant le problème du VIH/sida chez les hommes gais et les autres HARSAH faisant partie d'un groupe géographique ou d'un groupe de la population plus large.

Troisièmement, l'utilisation des sites Internet comme source d'information présente des limites en raison des incohérences dans les mises à jour, qui peuvent être attribuables à l'inclusion de services qui ne sont plus offerts et à l'exclusion de services qui sont offerts.

6.2 STRATÉGIES AXÉES SUR LES POPULATIONS DISTINCTES

Cette section offre un aperçu des stratégies existantes de lutte contre le VIH/sida axées sur les hommes gais et les autres HARSAH, à l'échelle nationale, provinciale et territoriale. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 3, la catégorie d'exposition des HARSAH affichait toujours, en 2009, le taux le plus élevé de résultats positifs au dépistage du VIH au Canada. Par conséquent, les stratégies d'intervention ciblant les hommes gais et les autres HARSAH constituent une priorité pour un grand nombre de gouvernements et d'organismes à l'échelle nationale, provinciale et territoriale dans l'ensemble du Canada.

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

L'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* inclut les hommes gais et les autres HARSAH dans les huit principales populations à risque ou touchées de façon disproportionnée par le VIH/sida. (3) L'*Initiative fédérale* a été élaborée en tant que réponse du gouvernement du Canada à la stratégie intitulée *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida*. (4) Le document *Au premier plan*, préparé par des intervenants, trace les grandes lignes d'une approche nationale coordonnée de lutte contre le VIH/sida au Canada. Il souligne l'importance de la participation communautaire à la stratégie d'intervention et la nécessité d'offrir des services et des programmes adaptés aux différentes cultures, aux différents groupes d'âge et aux hommes ou aux femmes.

La *Stratégie Autochtone sur le VIH/sida au Canada II : pour les Premières nations, les Inuit et les Métis de 2009 à 2014* du Réseau canadien autochtone du sida inclut les personnes bispirituelles (gais, lesbiennes, bisexuels, intersexuels) dans les divers groupes touchés par le VIH/sida au sein de la population autochtone. (5)

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

Actuellement, le Québec constitue la seule province où une stratégie de lutte contre le VIH/sida axée sur les hommes gais et les autres HARSAH a été répertoriée. Le *Cadre de référence pour la prévention de la transmission de l'infection au VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) touchant les HARSAH* a été élaboré au Québec en 1999 et fait actuellement l'objet d'un examen.

Par ailleurs, les provinces suivantes disposent de stratégies indiquant que les hommes gais et les autres HARSAH constituent des groupes de la population particulièrement touchés par le VIH/sida : Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique (voir l'annexe B). Certaines de ces stratégies tracent les grandes lignes des activités spécifiques axées sur les hommes gais et les autres HARSAH en tant que groupes de la population particulièrement touchés par le VIH/sida.

6.3 RÉSEAUX, COALITIONS ET ORGANISMES CONSULTATIFS AXÉS SUR LES POPULATIONS DISTINCTES

Cette section offre un aperçu des réseaux, coalitions et organismes consultatifs provinciaux en place liés au VIH/sida et axés sur les hommes gais et les autres HARSAH. Aucun organisme de ce type n'a été identifié à l'échelle nationale ou territoriale. Ces réseaux, coalitions et organismes consultatifs organisent diverses activités (par exemple, services de consultation, d'assistance juridique et de recherche).

Au Québec, l'organisme COCQ-sida a mis sur pied plusieurs comités, dont un qui est axé sur les hommes gais et les autres HARSAH. Ces comités répertorient tous les projets de formation et de transfert des connaissances, ainsi que les différents outils d'intervention et de communication. COCQ-sida constitue le réseau québécois des organismes offrant des services liés au sida.

En Ontario, l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais est une coalition d'hommes gais et de

leurs alliés, notamment des représentants d'organismes communautaires de services liés au sida et des bureaux de santé publique, des chercheurs sur le VIH, des décideurs, des personnes infectées par le VIH et d'autres personnes intéressées. L'Alliance a pour mission de promouvoir une stratégie d'intervention systémique, éclairée, uniforme, efficace et fondée sur des preuves pour répondre aux besoins en matière de santé sexuelle des différentes communautés gaies, bisexuelles et bispirituelles et des autres HARSAH. Elle vise à réduire la propagation du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et à améliorer la santé et le bien-être généraux des hommes gais, bisexuels, bispirituels et des autres HARSAH. L'Alliance est située dans les bureaux de l'Ontario AIDS Network, où travaille le personnel de base. Un soutien supplémentaire en ressources humaines est disponible au besoin. L'Alliance produit un plan stratégique pour contribuer à la planification en cours des services de santé sexuelle pour les hommes gais et les HARSAH. Parmi les autres activités en cours, nommons le sommet annuel provincial sur la santé sexuelle, les campagnes provinciales, ainsi que la production et la diffusion d'outils, de ressources et de guides des pratiques exemplaires à l'usage du personnel de première ligne œuvrant auprès des hommes gais et des autres HARSAH. L'Alliance participe également à des recherches axées sur la communauté. L'Alliance a mis sur pied un organisme consultatif provincial qui organise des rencontres chaque trimestre, et plusieurs groupes de travail y sont également rattachés :

- Le *Gay/Bi/Queer Trans Men's Working Group* (groupe de travail sur les hommes gais, bisexuels, homosexuels et transgenres) est composé d'hommes transgenres et non transgenres (autant chez les membres de la communauté que chez les prestataires de services) qui vivent et travaillent en Ontario. Le groupe a pour objectif de sensibiliser les gens et de partager des connaissances au sujet la santé sexuelle des hommes transgenres.
- Le *Poz Prevention Working Group* (groupe de travail sur la prévention Poz) entreprend des travaux au besoin et fournit des rétroactions sur des événements, des publications, des campagnes et d'autres projets entrepris par l'Alliance.
- Des groupes de travail chargés d'effectuer des tâches précises et d'une durée limitée, notamment le groupe de travail pour les campagnes et le comité de planification du sommet de l'Alliance.

De plus, le Bureau de lutte contre le sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario coordonne une série de processus d'élaboration des politiques pour contrer le problème du VIH et les autres problèmes de santé sexuelle touchant les hommes gais (campagne de dépistage pour les hommes gais, travaux pour faire avancer le dépistage de la dysplasie anale et du cancer anal, travaux pour lutter contre la syphilis chez les hommes gais dans la province, etc.).

Le Manitoba dispose également d'une coalition des gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres et bispirituels composée d'un certain nombre d'organismes communautaires possédant une vaste expérience de travail auprès des hommes gais, bisexuels, bispirituels et des autres HARSAH. La coalition a récemment reçu du financement pour mettre sur pied des ressources éducatives visant à diffuser plus largement le message général de prévention contre le VIH et les autres infections transmises sexuellement et à sensibiliser les gens à ces maladies.

En Colombie-Britannique, un sommet annuel sur la santé des hommes gais est organisé par le Centre de recherche communautaire de Vancouver. Ce sommet rassemble des membres de la communauté, des chercheurs et des représentants de tous les paliers du gouvernement à l'échelle provinciale et nationale dans le but d'améliorer l'état de santé et le bien-être des hommes gais.

6.4 ANALYSE DES PROGRAMMES

Cette section offre un aperçu des projets actuels de lutte contre le VIH/sida chez les hommes gais et les autres HARSAH. Le principal objectif du processus de cueillette de données était de répertorier les projets d'une durée limitée liés à la lutte contre le VIH/sida chez les hommes gais et les autres HARSAH au Canada. Les projets répertoriés dans cette section étaient actifs entre 2006 et 2010. Une liste des projets et de leurs organismes respectifs est disponible à l'annexe B. Il est important de noter que cette analyse n'inclut pas les programmes de lutte contre le VIH/sida qui ont été intégrés aux activités régulières de prestation de services sociaux et de services de soins de santé à l'échelle provinciale et territoriale. De plus, en raison de la nature limitée dans le temps des projets et de l'intervalle de temps entre la rédaction et la publication de ce rapport, il se peut que certains projets ne soient plus actifs.

Les projets répertoriés dans cette section sont analysés en fonction du type d'organisme venant en aide aux hommes gais et aux autres HARSAH, de la distribution géographique et des sous-populations d'hommes gais et des autres HARSAH.

6.4.1 DISTRIBUTION DES ORGANISMES OFFRANT DES PROGRAMMES OU DES SERVICES AXÉS SUR LES HOMMES GAIS ET LES AUTRES HARSAH

En tout, 67 organismes participent à des projets liés au VIH/sida visant les hommes gais et les autres HARSAH. La figure 23 illustre la distribution de ces organismes par type d'organismes (p. ex. organismes offrant des services liés au sida, organismes offrant des services liés au sida et œuvrant auprès de populations distinctes comme les groupes ethnoculturels, organismes offrant des services aux hommes gais et aux autres HARSAH de façon spécifique, organismes œuvrant auprès des populations gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres ou en questionnement, et organismes gouvernementaux, de santé communautaire ou de services sociaux). Parmi les organismes répertoriés visant les hommes gais ou les autres HARSAH, la majorité (59 %) étaient des organismes offrant des services liés au sida. Douze pour cent (12 %) représentaient des organismes de services liés au sida offrant des services aux populations distinctes comme des groupes ethnoculturels particuliers. Quinze pour cent (15 %) des organismes représentaient des organismes de santé communautaire, de services sociaux et gouvernementaux (par exemple, santé publique). Neuf pour cent (9 %) des organismes répertoriés ciblaient les hommes gais et les autres HARSAH de façon exclusive, et 4 % de plus œuvraient auprès de la population gaie, lesbienne, bisexuelle, transgenre ou en questionnement de façon plus générale.

6.4.2 DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DES PROJETS AXÉS SUR LES HOMMES GAIS ET LES AUTRES HARSAH

Au total, 135 projets offrant des programmes et des services liés au VIH/sida ont été répertoriés au Canada. La figure 24 illustre la distribution des projets axés sur les hommes gais et les autres HARSAH par province. De toutes les provinces, l'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique présentaient le plus grand nombre de projets liés au VIH/sida ciblant les hommes gais et les autres HARSAH, avec environ 86 % des projets répertoriés. Par ailleurs, 8 % de ces projets étaient offerts aux hommes gais et aux autres

HARSAH vivant dans les provinces de l'Atlantique, surtout à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick. Aucun projet s'adressant de façon spécifique aux hommes gais et aux autres HARSAH vivant au Manitoba ou dans le nord du Canada (Yukon, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut) n'a été répertorié.

FIGURE 23 : Distribution des organismes impliqués dans la lutte contre le VIH/sida chez les hommes gais et les autres HARSAH, par type d'organismes (n = 67)

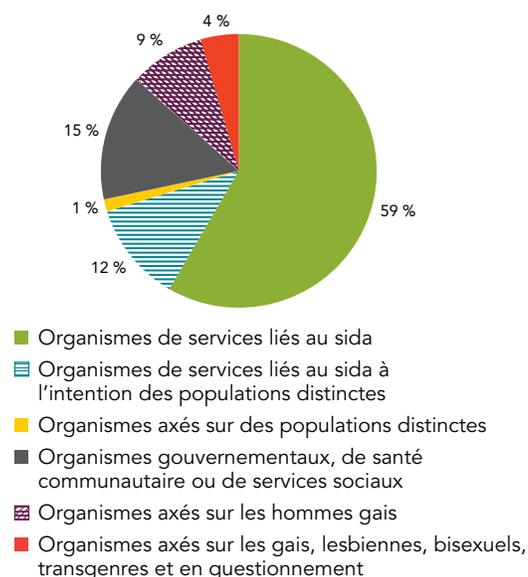
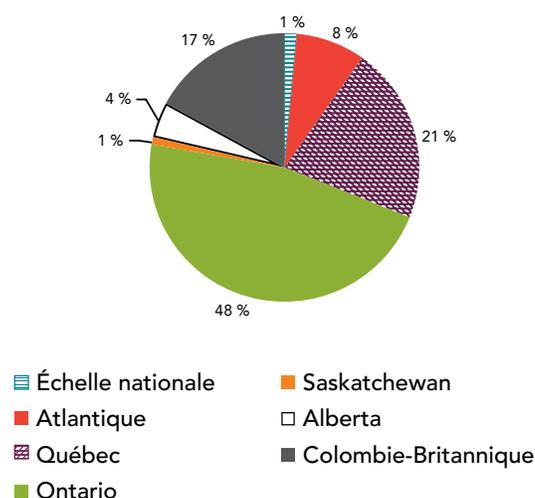


FIGURE 24 : Distribution des projets axés sur les hommes gais et les autres HARSAH, par province (n = 135)



Remarque : Aucun projet n'a été répertorié au Manitoba ou dans le nord du Canada (Yukon, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut).

FIGURE 25 : Projets s'adressant aux hommes gais et aux autres HARSAH, par sujet

SUJET	NOMBRE DE PROJETS	NUMÉRO DU PROJET
Éducation et information	53	G3, G4, G6, G8-G10, G12, G16, G17, G21, G22, G24, G27, G28, G30-G34, G36, G40, G44, G46, G49, G52, G54, G57, G59, G60, G62, G71-G73, G75, G77, G81-G83, G88, G91, G93, G95, G96, G97, G101, G105, G106, G109, G111, G125, G128, G129, G135
Services de soutien	43	G5, G7, G11, G17, G18, G24, G25, G29, G34, G35, G43, G49, G50, G53, G54, G56, G61, G65, G67-G71, G73, G74, G76, G80, G81, G88, G90, G92, G100, G103, G110, G112, G113, G115, G116, G128-G130, G132, G133, G135
Sensibilisation	26	G14, G15, G19, G23, G40-G42, G48, G51, G55, G58, G61, G63-G65, G75, G78, G89, G98, G99, G107, G114, G117, G119, G129, G131
Services cliniques ou services d'orientation vers des soins de santé, des traitements et du soutien	22	G13, G15, G23, G29, G34, G36, G37, G75, G86, G89-G91, G97, G104, G112, G114, G118-G120, G128, G131, G134
Offre de ressources	17	
Formations pour les prestataires de services ou les pairs	9	G20, G45, G46, G66, G83, G97, G103, G124, G126
Développement ou partage de connaissances	6	G1, G2, G38, G108, G121, G123
Élaboration de ressources ou de guides	4	G79, G84, G85, G94

6.4.3 PROJETS S'ADRESSANT AUX HOMMES GAIS ET AUX AUTRES HARSAH

Au total, 135 projets ont été répertoriés par l'entremise du processus de cueillette d'information décrit à la section 6.1 (annexe B). Il est important de noter que les projets de lutte contre le VIH/sida intégrant les hommes gais et les autres HARSAH au même titre que d'autres populations vulnérables (p. ex. utilisateurs de drogues injectables, autochtones, personnes issues de pays où le VIH est endémique, femmes, jeunes à risque et population carcérale) n'ont pas été inclus dans cette analyse puisqu'ils ne concernaient pas exclusivement les hommes gais et les autres HARSAH.

Parmi les projets répertoriés, 53 (39 %) offraient de l'information lors d'ateliers et de séances d'information. Parmi les sujets abordés lors de ces séances et ateliers, nommons la prévention du VIH, la santé des hommes gais, l'orientation sexuelle et l'homophobie. Dix-sept autres projets (13 %) offraient des ressources sur papier, notamment des brochures et des dépliants d'information, de même que des ressources visant à prévenir l'infection au VIH (par exemple, des condoms). Six projets impliquaient le développement et le partage de connaissances en lien avec les hommes gais et les autres HARSAH et le VIH (conférences, création de réseaux

et recherche). Quatre autres projets mettaient l'accent sur la création de ressources ou de guides destinés aux hommes gais ou aux autres HARSAH, ou encore aux prestataires de services. Les guides couvraient des sujets tels que les questions juridiques liées aux hommes gais et aux autres HARSAH vivant avec le VIH/sida et les services de santé sexuelle offerts aux hommes gais et aux autres HARSAH. On y offrait également de l'information sur l'affirmation de son identité à l'intention des jeunes Noirs, gais, bisexuels et transgenres, des jeunes Noires lesbiennes et de leur famille.

Une proportion importante des projets répertoriés (44 projets, ou 33 %) prenaient la forme de services de soutien et comprenaient des groupes de soutien, un soutien par les pairs, des services de consultation individuelle, des séances libres et des activités sociales. Dix-neuf pour cent (19 %) des projets (26 projets) proposaient des activités de sensibilisation dans des lieux physiques (bars, boîtes de nuit, saunas, espaces publics, etc.). Neuf projets (7 %) comprenaient des formations destinées aux prestataires de services ou aux pairs offrant des services de prévention, de soins de santé et de soutien aux hommes gais et aux autres HARSAH séropositifs ou à risque. Vingt-deux projets (16 %) concernaient les services cliniques et les services

d'orientation liés au dépistage du VIH, aux traitements offerts, aux services de consultation et aux autres services ou autres formes de soutien.

6.4.4 LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA CHEZ LES POPULATIONS DISTINCTES AU SEIN DES COMMUNAUTÉS D'HOMMES GAIS ET AUTRES HARSAH

Cette section offre un aperçu des projets consacrés aux hommes gais et aux autres HARSAH qui font également partie d'autres groupes ou populations vulnérables. Même si la majorité des projets (61 %) étaient consacrés à la population d'hommes gais et autres HARSAH dans son ensemble, plus du tiers (39 %) étaient axés sur des sous-populations distinctes d'hommes gais et d'autres HARSAH. Ces sous-populations englobent les hommes autochtones (section 6.4.4.1), les hommes faisant partie de groupes ethnoculturels, y compris ceux issus de pays où le VIH est endémique (section 6.4.4.2), les jeunes d'orientations sexuelles diverses (section 6.4.4.3), les hommes gais et les autres HARSAH vivant avec le VIH/sida (section 6.4.4.4) et les hommes transgenres (section 6.4.4.5). Les autres sous-populations d'hommes gais et d'autres HARSAH répertoriés comprenaient les handicapés (section 6.4.4.6), les travailleurs du sexe (section 6.4.4.7) et les toxicomanes (section 6.4.4.8).

a) HOMMES BISPIRITUELS, GAIS, BISEXUELS ET AUTRES HARSAH AUTOCHTONES

Parmi les projets répertoriés, deux étaient consacrés spécifiquement aux hommes bispirituels, gais, bisexuels ou aux autres HARSAH autochtones. Ces deux projets étaient gérés par l'organisme 2-Spirited People of the 1st Nations, dont les bureaux sont situés à Toronto. Ces projets offraient des services de prévention du VIH, y compris de l'information et des services de consultation au sujet de la période précédant le dépistage du VIH et de celle suivant le dépistage [G43, G44].

b) HOMMES GAIS ET AUTRES HARSAH APPARTENANT À UNE MINORITÉ ETHNIQUE

Au total, 13 projets consacrés aux hommes gais et aux autres HARSAH appartenant à une minorité ethnique ont été répertoriés, et tous étaient basés en Ontario. Parmi ces projets, plus de la moitié étaient consacrés aux hommes gais et aux autres HARSAH de la population noire, africaine et caribéenne [G47, G48, G77-G82], tandis que l'autre moitié visait les hommes gais et les autres HARSAH de la population sud-asiatique [G73, G74],

asiatique [G75, G76] et hispanophone [G83]. La plupart de ces projets impliquaient des activités d'éducation et d'information (7 projets), ainsi que les services de soutien (6 projets).

c) JEUNES D'ORIENTATIONS SEXUELLES DIVERSES

Dix-neuf projets consacrés aux jeunes d'orientations sexuelles diverses ont été répertoriés. La majorité de ces projets offraient des services aux jeunes par l'entremise d'activités éducatives et d'activités de sensibilisation, par exemple des ateliers et des séances de sensibilisation [G4, G12, G17, G28, G32, G46, G95, G96, G129, G135] et des groupes de soutien [G17, G50, G56, G76, G80, G100, G129, G135]. Parmi les autres stratégies d'intervention axées sur les jeunes, nommons les activités de sensibilisation [G129], les formations destinées aux jeunes hommes gais en vue d'en faire des références en matière de santé sexuelle au sein de leur communauté [G66] et l'élaboration d'une publication contenant de l'information sur l'affirmation de son identité destinée aux jeunes Noirs d'orientations sexuelles diverses et à leurs parents [G79]. Un des projets avait comme objectif précis de mettre sur pied un forum en ligne destiné aux jeunes hommes gais [G1].

d) HOMMES GAIS ET AUTRES HARSAH VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Douze projets consacrés aux hommes gais et aux autres HARSAH vivant avec le VIH/sida ont été répertoriés. La plupart (soit 9 projets) offraient un soutien social sous la forme d'activités (groupes de soutien, soutien par les pairs, services de consultation individuelle, séances libres et activités sociales) [G25, G61, G68, G69, G70, G71, G103, G115, G130]. L'un de ces projets se consacrait spécifiquement aux hommes gais et aux autres HARSAH de langue portugaise vivant avec le VIH/sida, par l'entremise d'initiatives de développement communautaire [G61]. Deux projets impliquaient la production de documents sur des questions juridiques pour les hommes gais, comme la divulgation de la séropositivité [G84, G94]. L'un des projets prenait la forme d'un programme sur la prévention positive, comprenant de l'information sur la transmission du VIH et sur les stratégies de réduction des risques, et sur la façon d'accéder aux services et au soutien [G71].

e) COMMUNAUTÉS TRANSGENRES

Même si aucun des projets répertoriés ne s'adressait aux hommes transgenres de façon exclusive, huit projets répondant aux besoins des communautés transgenres en général ont été répertoriés. La plupart de ces projets offraient un soutien et des activités de sensibilisation destinés aux gens transgenres, par exemple le programme de coalition sur le sida de Cap-Breton (*Sydney Transgender Access, Resource and Support [S.T.A.R.S.]*) [G5], C.A.C.T.U.S Montréal [G20], l'organisme AIDS Network Outreach and Support Society (ANKORS) [G113], le programme *BOYS R Us* de l'organisme AIDS Vancouver [G114] et le programme *Hustle: Men on the Move* de l'organisme PEERS Vancouver [G129]. Par ailleurs, l'organisme 519 Church Street Community Centre de Toronto a produit une brochure sur les ressources en santé sexuelle (*Getting Primed*) destinée aux hommes transgenres et à leurs partenaires [G45].

f) HOMMES GAIS ET AUTRES HARSAH HANDICAPÉS

Deux projets s'adressant aux hommes gais et aux autres HARSAH handicapés ont été répertoriés. L'un de ces projets offre de l'information au sujet du VIH et des infections transmises sexuellement aux jeunes gais, bisexuels, et transgenres présentant une déficience intellectuelle [G95]. L'autre projet offre de l'information sur la prévention et sur la santé sexuelle aux hommes gais et aux autres HARSAH présentant une déficience auditive [G22].

g) HOMMES GAIS ET AUTRES HARSAH TRAVAILLEURS DU SEXE

Quatre projets consacrés aux hommes gais et aux autres HARSAH travaillant ou ayant déjà travaillé dans l'industrie du sexe ont été répertoriés. Ces quatre projets offrent différents services (sensibilisation, prévention et éducation, soutien et services d'orientation) aux hommes transgenres travaillant ou ayant déjà travaillé dans l'industrie du sexe à Montréal [G19, G34] et à Vancouver [G114, G129].

h) HOMMES GAIS ET AUTRES HARSAH TOXICOMANES

Deux des projets répertoriés s'adressaient aux hommes gais et aux autres HARSAH toxicomanes. Le projet SPUNK! [G67], à Toronto, se sert de la technique d'entrevue motivationnelle et des interventions de groupe pour soutenir les hommes gais toxicomanes afin de les inciter à changer leurs habitudes de consommation et à adopter des pratiques sexuelles plus sécuritaires. Le projet VAMP (Vancouver Addictions Matrix Program)

[G133], à Vancouver, est un programme de soutien destiné aux hommes gais surmontant leur dépendance à la méthamphétamine.

6.5 RÉFÉRENCES

- (1) Mule NJ, Ryan B, Jackson E. Challenges and opportunities: bridging HIV/AIDS with broader LGBTQ health and wellbeing. Inédit 2011.
- (2) Tooley, L. Recentrer notre approche de la santé et de la prévention du VIH chez les hommes gais et bisexuels. Point de mire sur la prévention : Pleins feux sur les programmes et la recherche [Internet]. 2011. Accès : <http://www.catie.ca/fr/pdm/automne-2011/recentrer-notre-approche-sante-prevention-vih-chez-les-hommes-gais-bisexuels>
- (3) Agence de la santé publique du Canada. L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada : Renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/sida [Internet]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2004. [Consulté en janvier 2009]. Accès : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/fa-if/pdf/fed_init_f.pdf
- (4) Association canadienne de santé publique. Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005 – 2010) [Internet]. Ottawa : Association canadienne de santé publique. Octobre 2005 [consulté en mai 2008]. Accès : http://www.premierplan.ca/pdf/au_premier_plan.pdf
- (5) Réseau canadien autochtone du sida. Stratégie autochtone sur le VIH/sida au Canada II pour les Premières nations, les Inuit et les Métis de 2009 à 2014 [Internet]. Ottawa : Réseau canadien autochtone du sida. Mars 2009. Accès : <http://caan.netfirms.com/wp-content/uploads/2012/05/ASHAC-French.pdf>

CHAPITRE 7 – CONCLUSION

Les hommes gais, bisexuels, bispirituels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HARSAH) constituent un segment particulier de l'épidémie de VIH/sida au Canada. Au moyen du présent rapport, l'Agence de santé publique du Canada tente pour la première fois de regrouper des données de diverses sources dans un seul document afin de mieux comprendre les répercussions du VIH/sida sur les gais et autres HARSAH. Ce rapport d'étape ne dresse pas une liste exhaustive des lacunes des programmes, politiques et recherches et ne propose pas de solutions visant à résoudre les problèmes existants. Cependant, on s'attend à ce que les données présentées dans ce rapport permettent de guider les gouvernements, organisations non gouvernementales, responsables de la santé publique, chercheurs, communautés et autres intervenants dans l'élaboration de politiques et de programmes relatifs au VIH/sida et aux problèmes liés aux déterminants de la santé chez les gais et autres HARSAH.

Selon les données de surveillance, les gais et autres HARSAH continuent d'être le segment de la population le plus touché par le VIH/sida au Canada. La compréhension des répercussions réelles du VIH sur cette population et sur des sous-populations précises telles que les minorités ethnoculturelles, les bispirituels et d'autres HARSAH autochtones, par rapport à d'autres populations à risque, demeure un défi en raison du manque de données démographiques documentées sur les gais et autres HARSAH, données requises afin d'établir la prévalence chez cette population. Ce rapport confirme que le VIH/sida parmi les gais, bisexuels, bispirituels et les autres HARSAH est étroitement lié à divers facteurs et déterminants de la santé, lesquels influencent la vulnérabilité de cette population au VIH/sida. Les recherches décrites dans le présent rapport révèlent que l'homophobie, l'hétérosexisme, la stigmatisation et la discrimination sont les principaux facteurs qui influent grandement sur tous les autres déterminants de la santé chez les gais et autres HARSAH et, finalement, sur la vulnérabilité de ces derniers au risque d'infection au VIH. L'homophobie, en particulier, est liée à des résultats inférieurs en matière de santé mentale chez les gais et autres HARSAH, qui présentent par contre un plus haut taux de comportements sexuels à risque, par exemple les relations sexuelles anales non protégées.

D'autres déterminants importants de la vulnérabilité des gais et autres HARSAH sont la capacité, plus particulièrement chez les jeunes, de pouvoir affirmer leur identité et leur orientation sexuelle en toute sécurité, sans porter atteinte à leurs réseaux de soutien social; les multiples de sources de marginalisation des hommes gais et autres HARSAH de minorités ethnoculturelles; l'accès réduit aux réseaux de soutien social et l'accès réduit à des services de santé sécuritaires et proactifs, en raison d'un manque de sensibilisation aux problèmes de santé uniques aux gais et aux autres HARSAH, d'une part, et de l'homophobie perçue et réelle dans les systèmes de santé, d'autre part.

En matière des habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles, les gais et autres HARSAH se démarquent positivement, en ce sens qu'ils affichent les plus hauts taux de dépistage du VIH et que la majorité d'entre eux s'efforcent de se protéger des risques d'infection au VIH, notamment en utilisant constamment et adéquatement des condoms. Par contre, la consommation de drogues, l'insouciance par rapport au sida et l'influence des environnements sociaux et physiques sur le processus décisionnel pendant des rencontres sexuelles peuvent contribuer au risque de VIH chez cette population. Un petit nombre d'hommes membres de certains réseaux sexuels adoptent régulièrement de multiples comportements à haut risque, par exemple le *barebacking* et la consommation de drogues.

Les sources de résilience des gais et autres HARSAH au VIH comprennent la capacité d'affirmer leur identité de façon sécuritaire et dans un contexte de soutien social, l'accès à des réseaux de soutien social (amis, partenaires sexuels et amoureux, membres de leur famille réelle et « choisie » et communautés gaies au sens large) et l'activisme des gais, y compris la réponse rapide et efficace de la communauté gaie au VIH/sida.

Bien que le lien entre la vulnérabilité au VIH de cette population et ses pratiques sexuelles soit bien connu, la vulnérabilité liée à d'autres facteurs socioéconomiques est beaucoup moins documentée. D'autres recherches canadiennes sont nécessaires afin de bien comprendre certains facteurs, dont les réseaux de soutien social, le développement de la petite enfance (y compris l'incidence du harcèlement homophobe) et les environnements physiques et sociaux autres que

les saunas. Parmi les sous-populations dont la vulnérabilité et la résilience au VIH sont mal comprises, mentionnons les HARSAH des minorités ethnoculturelles, les transgenres ayant des relations sexuelles avec des hommes, les gais et autres HARSAH âgés, les gais et autres HARSAH des régions rurales et éloignées ainsi que les gais et autres HARSAH participant au commerce du sexe. Tout comme pour les autres populations clés, la résilience au VIH chez les gais et autres HARSAH est mal comprise. D'autres recherches s'imposent pour mieux comprendre et exploiter les sources de résilience chez ces populations.

La réponse des gais, bisexuels, bispirituels et autres HARSAH au VIH/sida fait appel à un éventail d'organisations, de communautés et de gouvernements, qui ont constitué des réseaux à l'échelle du pays et favorisé l'échange de connaissances et la mise en œuvre d'approches adaptées à la culture en matière de VIH/sida. Il est important de faciliter et d'encourager l'échange sur les pratiques exemplaires entre les secteurs et territoires, l'accroissement des partenariats entre un plus grand nombre de parties intéressées et une meilleure utilisation des données lors de l'élaboration de stratégies et d'interventions.

Depuis l'apparition du VIH/sida au Canada, les parties intéressées à l'éradication du VIH/sida chez les gais, bisexuels, bispirituels et autres HARSAH font montre d'une volonté et d'un leadership collectifs substantiels. Le dévouement indéfectible à l'accroissement de la sensibilisation au VIH/sida et à la lutte à l'homophobie, à l'hétérosexisme, à la stigmatisation et à la discrimination a contribué à une meilleure prévention, à l'amélioration des soins et des traitements et à un soutien accru aux gais et autres HARSAH exposés au risque d'infection au VIH ou vivant avec le VIH. Le présent rapport reconnaît le rôle clé des parties intéressées, souligne leurs réussites et met en évidence l'engagement continu des gouvernements, des parties intéressées et des communautés à l'éradication du VIH/sida chez les gais, bisexuels, bispirituels et autres HARSAH.

ANNEXE A – TERMES DE RECHERCHE

Prière de noter que les mots suivis d'un signe de dollar (\$) sont des termes de recherche qui peuvent avoir plusieurs terminaisons.

1) Ovid MEDLINE In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE Daily et Ovid MEDLINE (de 1946 à aujourd'hui)

#	RECHERCHES	RÉSULTATS
1	exp Homosexuality, Male/	6 542
2	(msm or mesm or (men adj3 sex adj3 men) or (homme\$ adj3 sex\$ adj3 homme\$)).tw.	5 285
3	(gaybourhood\$ or gay neighbourhood\$).tw.	1
4	or/1-3	9 773
5	exp transvestism/	525
6	(sexual minorit\$ or gay\$ or bisexual\$ or homosex\$ or transvest\$ or same sex or same gender or sgl or down low or closet\$ or 2-spirit\$ or twospirit\$ or gai or gais or bi spirit\$ or bispirt\$).tw.	20 811
7	Prostitution/	4 501
8	exp Condoms/	6 176
9	exp Safe sex/	1 647
10	(commercial sex or sex trade or sex work\$ or survival sex or prostitut\$).tw.	5 956
11	((money or drug\$ or pay or pays or paid) adj2 sex\$).tw.	2 300
12	((anal\$ or oral\$) adj2 (sex\$ or intercourse or receptive)).tw.	6 257
13	((risk\$ or unprotected or protected or unsafe or safe) adj2 sex\$).tw.	10 271
14	(serosort\$ or serodiscord\$).tw.	365
15	(condom\$ or bareback\$ or bare back\$).tw.	12 348
16	or/5-15	50 089
17	limit 16 to male	33 221
18	exp Men/	3 529
19	(man or men or male or males or boy\$ or homme\$ or garçon\$ or masculin\$).tw.	1 111 694
20	16 and (18 or 19)	23 563
21	17 or 20	36 649
22	4 or 21	40 877
23	(transgender\$ or trans?ex\$ or intersex\$ or lgbt? or glbt?).tw.	4 238
24	(queer\$ or transgenre\$ or travesti or transvest\$ or (gender adj2 identit\$)).tw.	1 754
25	(trans adj5 (sex\$ or gender\$ or male\$ or female\$)).tw.	258
26	Transsexualism/	2 461
27	or/23-26	6 339
28	22 or 27	46 106
29	exp Canada/	101 466
30	(canad\$ or toronto\$ or montreal\$ or vancouver\$ or ottawa\$ or british columbia\$ or alberta\$ or saskatchewan\$ or manitoba\$ or ontari\$ or quebec\$ or new brunswick\$ or nova scotia\$ or newfoundland\$ or labrador\$ or prince edward island\$ or pei or yukon\$ or nwt or northwest territor\$ or nunavut\$ or halifax\$ or haligonian\$ or winnipeg\$ or regina\$ or edmonton\$ or calgary\$ or saskatoon\$ or ile du prince edouard\$ or nouveau brunswick\$ or colombie britannique\$ or terre neuve\$ or territoires du nord ouest\$ or nouvelle ecosse\$ or nflid).tw.	99 295
31	or/29-30	149 584
32	limit 31 to yr=2010-current	9 832
33	28 and 32	75

2) **Global Health** (de 1973 à février 2011) **et PsycINFO** (de 1987 à la deuxième semaine de mars 2011)

#	RECHERCHES	RÉSULTATS
1	(msm or mesm or (men adj3 sex adj3 men) or (homme\$ adj3 sex\$ adj3 homme\$)).tw.	5 322
2	(gaybourhood\$ or gay neighbourhood\$).tw.	1
3	or/1-2	5 322
4	(glbt\$ or lgbt\$ or gay\$ or bisexual\$ or homosex\$ or transvest\$ or same sex or same gender or sgl or down low or closet\$ or 2-spirit\$ or twospirit\$ or gai or gais or bi spirit\$ or bispirt\$).tw.	30 256
5	(commercial sex or sex trade or sex work\$ or survival sex or prostitut\$).tw.	6 338
6	((money or drug\$ or pay or pays or paid) adj2 sex\$).tw.	2 741
7	((anal\$ or oral\$) adj2 (sex\$ or intercourse or receptive)).tw.	5 257
8	((risk\$ or unprotected or protected or unsafe or safe) adj2 sex\$).tw.	13 317
9	(serosort\$ or serodiscord\$).tw.	402
10	(condom\$ or bareback\$ or bare back\$).tw.	11 358
11	or/4-10	54 885
12	limit 11 to male [Limit not valid in Global Health; records were retained]	35 436
13	(man or men or male or males or boy\$ or homme\$ or garçon\$ or masculin\$).tw.	1 282 852
14	11 and 13	35 360
15	12 or 14	42 498
16	3 or 15	44 117
17	(transgender\$ or trans?ex\$ or intersex\$ or lgbt? or glbt? or sexual minorit\$).tw.	4 310
18	(queer\$ or transgenre\$ or travesti or transvest\$ or (gender adj2 identit\$)).tw.	5 455
19	(trans adj15 (sex\$ or gender\$ or male\$ or female\$)).tw.	386
20	or/17-19	8 977
21	16 or 20	50 663
22	(canad\$ or toronto\$ or montreal\$ or vancouver\$ or ottawa\$ or british columbia\$ or alberta\$ or saskatchewan\$ or manitoba\$ or ontari\$ or quebec\$ or new brunswick\$ or nova scotia\$ or newfoundland\$ or labrador\$ or prince edward island\$ or pei or yukon\$ or nwt or northwest territor\$ or nunavut\$ or halifax\$ or haligonian\$ or winnipeg\$ or regina\$ or edmonton\$ or calgary\$ or saskatoon\$ or ile du prince edouard\$ or nouveau brunswick\$ or colombie britannique\$ or terre neuve\$ or territoires du nord ouest\$ or nouvelle ecosse\$ or nfld).tw.	55 282
23	limit 22 to yr="2010-Current"	4 683
24	21 and 23	108

3) **EMBASE** (de 1996 à la dixième semaine de 2011)

#	RECHERCHES	RÉSULTATS
1	exp Male Homosexual/	2 389
2	(msm or mesm or (men adj3 sex adj3 men) or (homme\$ adj3 sex\$ adj3 homme\$)).tw.	5 421
3	(gaybourhood\$ or gay neighbourhood\$).tw.	0
4	or/1-3	6 530
5	exp transvestism/	201
6	exp Bisexuality/	2 265
7	(sexual minorit\$ or gay\$ or bisexual\$ or homosex\$ or transvest\$ or same sex or same gender or sgl or down low or closet\$ or 2-spirit\$ or twospirit\$ or gai or gais or bi spirit\$ or bispirit\$).tw.	11 877
8	exp Prostitution/	3 523
9	exp Safe Sex/	2 271
10	exp Condoms/	9 386
11	(commercial sex or sex trade or sex work\$ or survival sex or prostitut\$).tw.	3 898
12	((money or drug\$ or pay or pays or paid) adj2 sex\$).tw.	1 923
13	((anal\$ or oral\$) adj2 (sex\$ or intercourse or receptive)).tw.	5 455
14	((risk\$ or unprotected or protected or unsafe or safe) adj2 sex\$).tw.	9 574
15	(serosort\$ or serodiscord\$).tw.	403
16	(condom\$ or bareback\$ or bare back\$).tw.	8 913
17	or/5-16	37 693
18	limit 17 to male	21 549
19	exp Men/	2 980 556
20	(man or men or male or males or boy\$ or homme\$ or garçon\$ or masculin\$).tw.	847 772
21	17 and (19 or 20)	24 815
22	18 or 21	24 815
23	4 or 22	28 180
24	(transgender\$ or trans?ex\$ or intersex\$ or lgbt? or glbt?).tw.	2 870
25	(queer\$ or transgenre\$ or travesti or transvest\$ or (gender adj2 identit\$)).tw.	1 342
26	(trans adj5 (sex\$ or gender\$ or male\$ or female\$)).tw.	200
27	exp Transsexualism/	1 728
28	or/24-27	4 378
29	23 or 28	31 809
30	exp Canada/	61 138
31	(canad\$ or toronto\$ or montreal\$ or vancouver\$ or ottawa\$ or british columbia\$ or alberta\$ or saskatchewan\$ or manitoba\$ or ontari\$ or quebec\$ or new brunswick\$ or nova scotia\$ or newfoundland\$ or labrador\$ or prince edward island\$ or pei or yukon\$ or nwt or northwest territor\$ or nunavut\$ or halifax\$ or haligonian\$ or winnipeg\$ or regina\$ or edmonton\$ or calgary\$ or saskatoon\$ or ile du prince edouard\$ or nouveau brunswick\$ or colombie britannique\$ or terre neuve\$ or territoires du nord ouest\$ or nouvelle ecosse\$ or nfld).tw.	85 413
32	or/30-31	105 888
33	29 and 30	545
34	limit 33 to yr="2010-Current"	71

4) Scopus

(((TITLE-ABS-KEY(msm OR mesm OR (men W/3 sex
 W/3 men) OR (homme* W/3 sex* W/3 homme*)))
 OR (TITLE-ABS-KEY(gaybourhood* OR (gay W/2
 neighbourhood*))) OR (((TITLE-ABS-KEY(glbt* OR lgbt*
 OR gay* OR bisexual* OR homosex* OR transvest* OR
 (same W/1 sex) OR (same W/1 gender) OR sgl OR (down
 W/1 low) OR closet* OR 2-spirit* OR twospirit* OR gai
 OR gais OR (bi W/1 spirit*) OR bispirit*)) OR (TITLE-
 ABS-KEY((commercial W/1 sex) OR (sex W/1 trade) OR
 (sex W/1 work*) OR (survival W/1 sex) OR prostitut*))
 OR (TITLE-ABS-KEY((money W/2 sex*) OR (drug* W/2
 sex*) OR (pay W/2 sex*) OR (pays W/2 sex*) OR (paid
 W/2 sex*))) OR (TITLE-ABS-KEY((anal* W/2 sex*) OR
 (anal* W/2 intercourse) OR (anal* W/2 receptive) OR
 (oral* W/2 sex*) OR (oral* W/2 intercourse) OR (oral*
 W/2 receptive))) OR (TITLE-ABS-KEY((risk* W/2 sex*)
 OR (unprotected W/2 sex*) OR (protected W/2 sex*)
 OR (unsafe W/2 sex*) OR (safe W/2 sex*))) OR (TITLE-
 ABS-KEY(serosort* OR serodiscord*)) OR (TITLE-ABS-
 KEY(condom* OR bareback* OR (bare W/1 back*)))
 AND (TITLE-ABS-KEY(man OR men OR male OR males
 OR boy* OR homme* OR garçon* OR masculin*)))
 OR ((TITLE-ABS-KEY(transgender* OR trans*ex* OR
 intersex* OR lgbt* OR glbt* OR (sexual W/1 minorit*)))
 OR (TITLE-ABS-KEY(queer* OR transgenre* OR travesti
 OR transvest* OR (gender W/2 identit*))) OR (TITLE-
 ABS-KEY((sex* W/15 trans) OR (gender* W/15 trans)
 OR (male* W/15 trans) OR (female* W/15 trans)))) AND
 (TITLE-ABS-KEY(canad* OR toronto* OR montreal* OR
 vancouver* OR ottawa* OR (british W/2 columbia*) OR
 alberta* OR saskatchewan* OR manitoba* OR ontari*
 OR quebec* OR (new W/2 brunswick*) OR (nova W/2
 scotia*) OR newfoundland* OR labrador* OR (prince
 W/2 edward W/2 island*) OR pei OR yukon* OR nwt OR
 (northwest W/2 territor*) OR nunavut* OR halifax* OR
 haligonian* OR winnipeg* OR regina* OR edmonton*
 OR calgary* OR saskatoon* OR (ile W/3 prince W/3
 edouard*) OR (nouveau W/2 brunswick*) OR (colombie
 W/2 britannique*) OR (terre W/2 neuve*) OR (territoires
 W/3 nord W/3 ouest*) OR (nouvelle W/2 ecosse*)
 OR nfld)) AND (LIMIT-TO(PUBYEAR, 2011) OR LIMIT-
 TO(PUBYEAR, 2010))

ANNEXE B – RECHERCHE ACTUELLE SUR LE VIH/SIDA PARMIS LES HOMMES GAIS, BISEXUELS, BISPIRITUELS ET AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES AU CANADA

Projet R1 :

A small-group intervention to reduce HIV sexual transmission risk behaviour among HIV-positive men who have sex with men

Chercheur principal : Trevor A. Hart, Université Ryerson

Cochercheur principal : Barry D. Adam

Cochercheurs : Herbert Co; David E. Hoe; Robert C. Leahy; Mona R. Loutfy; Robert A. Mackay; Eleanor Maticka-Tyndale; John D. Maxwell; James R. Murray

Résumé : Le principal objectif de ce projet consiste à élaborer et à mettre en œuvre un programme de prévention du VIH s'adressant aux hommes gais et bisexuels séropositifs dans le cadre d'une recherche communautaire sur la santé sexuelle, puis d'en fournir l'évaluation. La collaboration entre le groupe de travail de prévention Poz et les chercheurs survient à un moment où le taux du VIH a commencé à grimper parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) et où celui des relations sexuelles non protégées augmente parmi les hommes séropositifs. Dans le cadre du projet, nous nous appuyerons sur des programmes de prévention du VIH fondés sur des éléments probants publiés dans des comptes rendus de recherche, sur des consultations auprès des principaux praticiens et des chargés de développement de programmes de prévention s'adressant à des hommes séropositifs partout en Amérique du Nord, et nous prendrons contact avec des hommes de la communauté afin de trouver le genre de programme qu'ils considéreraient stimulant et efficace. Une série d'ateliers à petite échelle sera organisée pour quatre groupes d'une douzaine d'hommes ayant une expérience récente de relations sexuelles non protégées. Les participants seront par la suite suivis pour déterminer dans quelle mesure la démarche aura eu une incidence

durable sur le comportement à risque. Les conclusions de cette étude fourniront la base d'une intervention ultérieure efficace, fondée sur des données probantes, à plus grande échelle.

Dates : Avril 2009 à mars 2011

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Subvention de fonctionnement

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

Thèmes : personnes vivant avec le VIH/sida; prévention; comportement sexuel; transfert de connaissances

Projet R2 :**Anal cancer screening in HIV: progression and transmission**

Chercheuse principale : Jill M. Tinmouth, Réseau universitaire de santé (Toronto)

Résumé : Le cancer de l'anus se manifeste à des taux beaucoup plus élevés chez les hommes infectés par le VIH qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). Le cancer de l'anus et du col de l'utérus sont tous deux causés par le virus du papillome humain (VPH) transmissible sexuellement, donc des conditions qui peuvent se transmettre aux partenaires sexuels. Le test Pap (par frottis anal) peut servir au dépistage d'excroissances précancéreuses dans l'anus. Si le test est positif, on passera alors à un examen à haute puissance pour déceler les excroissances précancéreuses qui peuvent être éliminées par traitement au laser. Notre équipe a utilisé les tests du VPH, des tests Pap et des examens à haute puissance du canal anal afin de déceler des changements à l'état précancéreux dans un grand groupe d'hommes infectés par le VIH ayant des relations sexuelles avec des hommes. Nous avons constaté que le test Pap était moyennement exact et qu'un quart de notre groupe présentait des excroissances précancéreuses avancées. Ces constats sont importants, certes, mais nous avons besoin d'en savoir davantage avant qu'un programme de dépistage soit instauré. Dans le cadre du projet actuel, nous comptons évaluer comment les excroissances précancéreuses auront évolué sur une période de quatre ans dans le groupe initial d'hommes infectés par le VIH ayant participé à notre étude. Les partenaires sexuels de nos participants initiaux à l'étude seront également examinés afin de savoir s'ils présentent les mêmes types de VPH. Ces recherches nous aideront à déterminer : a) à quelle fréquence les hommes infectés par le VIH doivent être réexaminés pour détecter des signes précancéreux avancés, b) dans quelle mesure leurs traitements antérieurs ont été efficaces et c) si leurs partenaires courent un risque de présenter des conditions similaires. Les résultats obtenus aideront à concevoir des programmes de dépistage du cancer anal.

Dates : Juillet 2010 à juin 2015

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse nouveau chercheur – Annonce de priorités : recherche biomédicale/clinique sur le VIH/sida

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

Thèmes : recherche biomédicale/clinique, traitement, prévention, co-infections, transfert de connaissances

Projet R3 :**Analyse de l'implantation d'une intervention communautaire de dépistage rapide du VIH offerte aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) dans la région de Montréal**

Chercheuse principale : Joanne Otis, Université du Québec à Montréal

Cochercheur principal : Robert Rousseau

Cochercheurs : Martin Blais; John Cox; Gilbert Emond; Ghayas Fadel; Gaston Godin; Thomas A. Haig; Gilles Lambert; Mark A. Wainberg

Résumé : Des données récentes indiquent que parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) qui sont séropositifs au VIH, un nombre important ignore leur statut sérologique. L'ignorance de ce statut révèle que des HARSAH sont peu ou pas rejoints par l'offre de dépistage actuelle. En réponse à ces préoccupations, des chercheurs universitaires et communautaires ont développé le projet SPOT, une intervention novatrice de dépistage rapide du VIH offerte par des intervenants communautaires qui prodiguent les conseils pré et post-test selon les principes de l'entretien motivationnel et en fonction du profil du participant. Le but de l'étude est donc de rendre compte de la trajectoire d'appropriation de SPOT par le milieu communautaire en décrivant la mise en œuvre de l'intervention et en documentant, selon le point de vue des divers acteurs impliqués, intervenants communautaires, infirmiers et usagers, les facteurs contextuels de tous ordres modulant l'implantation. Cette analyse d'implantation permettra de mettre en relief les difficultés qu'ils rencontrent, les opportunités dont ils profitent et les stratégies qu'ils développent pour réduire les obstacles et ajuster l'intervention. Une recherche participative de nature évaluative et formative, d'une durée de trois ans, est envisagée. Elle correspond à une étude de cas à niveaux d'analyse imbriqués. Plusieurs méthodologies de collecte de données sont prévues : journaux de bord (coordonnatrice et intervenants), entretiens semi-dirigés auprès des intervenants et usagers, questionnaires de satisfaction des usagers (n = 4000), groupes d'appréciation partagée. En lien avec l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida, ce projet participatif renforce les capacités des groupes communautaires et générera des données probantes utiles à d'autres organismes de première ligne (communautaires et autres) qui voudront implanter des activités de dépistage rapide du VIH.

Dates : Avril 2009 à mars 2012

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Subvention de fonctionnement

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

Thème : accès aux services

Projet R4 :

Asking the right questions: a capacity building workshop to increase methodological understanding of community-based prevention research with MSM

Chercheur principal : Glen Moulton

Cochercheurs : Phillip G. Banks et Rick Marchand

Résumé : Parmi les éducateurs et les chercheurs communautaires en prévention, un consensus se dégage autour du fait qu'une approche différente de celle des messages sur le condom et les pratiques sexuelles sécuritaires doit être adoptée en matière de prévention du VIH chez les hommes gais. Les tendances actuelles dans la recherche en Colombie-Britannique indiquent que les comportements sexuels à risque sont en croissance dans tous les groupes d'âge, mais particulièrement parmi les jeunes hommes gais. La fréquence du dépistage est en déclin et le nombre de personnes à n'avoir jamais subi de test est en hausse. La rencontre d'hommes par l'entremise d'Internet a beaucoup augmenté, entraînant un déclin de la participation communautaire. Les initiatives de promotion de la santé peuvent réussir dans la prévention du VIH si elles se concentrent sur les vulnérabilités qui sous-tendent le comportement à risque. Cet atelier de renforcement de capacité est nécessaire pour soutenir un processus pour élaborer les bonnes questions à poser menant à une stratégie fondée sur des éléments probants, dans le but de réduire la transmission du VIH et d'améliorer les résultats sur la santé. L'initiative permettrait d'accroître la capacité de la recherche communautaire dans le cadre de la création d'une nouvelle organisation de santé communautaire pour les hommes gais en Colombie-Britannique mandatée pour faire la prévention du VIH; l'initiative permettrait également de fournir une orientation pour mieux comprendre les déterminants qui influent sur leur santé. Elle permettrait d'établir de nouveaux partenariats,

d'élaborer des outils d'enquête, des stratégies de recrutement et des activités de communication. L'atelier réunira des chercheurs en prévention, du milieu universitaire et d'autres milieux, ainsi que des représentants en santé communautaire et publique pour réfléchir au contexte changeant de la prévention du VIH chez les HARSAH, pour réaffirmer les pratiques en recherche communautaire et concevoir de nouvelles orientations au titre de la recherche-sondage sur la santé sexuelle, dans le but de planifier une promotion de la santé fondée sur des éléments probants à l'égard du VIH.

Dates : Novembre 2008 à octobre 2009

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Atelier de renforcement des capacités

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

Thèmes : prévention, déterminants sociaux, renforcement de capacité

Projet R5 :

Attitudes and stigma: A community-based approach to understanding the social determinants of health with respect to HIV in MSM of London, Ontario

Chercheur principal : Todd A. Coleman, Université de Western Ontario

Résumé : Le comté de Middlesex, où est située la plus grande ville du sud-ouest de l'Ontario et la quatrième en importance dans cette province, détient le plus haut taux d'incidence du VIH à l'échelle provinciale, après Toronto et Ottawa. Les raisons d'un taux d'incidence plus élevé du VIH parmi les hommes gais, les bisexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en Ontario ne sont pas claires. En 2006, l'AIDS Committee of London (ACOL) tenait le forum sur la santé des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres, bispirituelles et en questionnement sur l'orientation sexuelle, d'où sont ressortis les trois grands thèmes suivants : l'homophobie (interne et externe), l'isolement ou l'exclusion sociale et la communication. Dans les communautés où sévit le VIH, l'interaction de ces facteurs pourrait avoir une influence importante sur la présence du virus dans le groupe.

Objectifs : 1) Déterminer, explorer et décrire les thèmes sur l'homophobie et le soutien social lié au VIH et à l'accès aux soins de santé. 2) Mesurer la prévalence des personnes autodéclarant leur séropositivité, du risque lié au VIH et des comportements à l'égard du dépistage du VIH. 3) Décrire les comportements des hommes gais, bisexuels et ayant des relations sexuelles avec des hommes à l'égard de leur recours aux soins de santé, y compris les personnes vivant avec le VIH/sida. 4) Déterminer si l'exclusion sociale, l'homophobie (interne et externe), la communication (dans la communauté, avec les fournisseurs de soins de santé) affectent de manière importante le recours aux soins de la santé (soins liés au VIH, le dépistage, les services de santé mentale et de médecine familiale). 5) Vérifier la distorsion dans les échantillons obtenus par des méthodologies d'échantillonnage déterminé selon les répondants par rapport aux méthodologies conventionnelles d'échantillonnage selon le lieu et selon l'espace-temps.

Méthodologies : Des entrevues avec 15 hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et avec 5 fournisseurs de services permettront de déterminer de nouveaux thèmes et d'élaborer sur ceux qui sont ressortis lors du forum

sur la santé des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres, bispirituelles et en questionnement. Le résultat des entrevues sera à la base d'une enquête en ligne, utilisant la méthodologie d'échantillonnage selon les répondants, auprès de 400 hommes gais, bisexuels et ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Pertinence : Les communautés d'hommes gais, bisexuels et ayant des relations sexuelles avec des hommes travailleront à améliorer la santé et l'accès aux services en la matière, ainsi qu'à comprendre comment l'interaction de l'exclusion sociale, de l'homophobie et de la communication peut avoir un effet sur le comportement à risque associé au VIH, sur le dépistage du virus, de même que sur le recours aux soins de santé et aux traitements des personnes vivant avec le VIH/sida. Les groupes participant à la promotion de la santé et au traitement dans la communauté des hommes gais, bisexuels et ayant des relations sexuelles avec des hommes, tout comme dans d'autres communautés aux prises avec de semblables défis, tireront également avantage de cette recherche.

Dates : Mai 2008 à août 2009

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse à la maîtrise – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida : volet général

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

Thèmes : accès aux services, homophobie, stigmatisation et discrimination, santé mentale

Projet R6 :

Beyond behaviour: a national deliberative dialogue on research and programming in gay men's health

Chercheur principal : Ed Jackson, CATIE

Résumé : Nous aimerions être pris en considération dans le cadre d'un financement sous l'Initiative de recherche sur le VIH/sida. Il existe un urgent besoin de développer et d'échanger des connaissances sur la prévention du VIH dans le contexte de la santé des hommes gais. On peut y parvenir au moyen d'un dialogue sur la recherche, la prévention et les programmes en matière de VIH pour les hommes gais entre des représentants de la communauté, des chercheurs et des responsables de l'élaboration des politiques. Un dialogue délibératif constitue une occasion pour les intervenants de déterminer les lacunes dans la recherche et dans les programmes de prévention du VIH, de mettre en relief des secteurs de collaboration entre les chercheurs et ceux à qui sert la recherche, d'atteindre un consensus sur les priorités de la recherche ainsi que de déterminer les grands besoins en matière de transfert et d'échange de connaissances. Pour préparer cet événement, un document, fondé sur le rapport de situation de l'Agence de la santé publique du Canada sur les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) et sur d'autres recherches, sera rédigé afin de souligner les orientations et les lacunes actuelles de la recherche et des programmes en plus de proposer des orientations stratégiques pour l'avenir. Une rencontre satellite, dans le cadre du Symposium national de perfectionnement des compétences de la Société canadienne du sida 2010, sera coprésidée par Barry Adam et Ed Jackson. Elle regroupera des intervenants dans des programmes de planification, dans l'élaboration de politiques et dans la recherche axée sur les hommes gais. Cette initiative fait appel à un groupe d'experts ayant un rôle de catalyseur présentant un aperçu de la prévention du VIH et des programmes de santé sexuelle s'adressant à ces hommes, des initiatives de recherche au Canada auprès de différentes populations d'hommes gais et de la recherche liée au stigmatisme, à la discrimination et à l'accès aux services de santé. Comme point de mire de la journée, une discussion sera facilitée sur des questions stratégiques concernant les programmes et la recherche sur la santé des hommes gais. Les activités liées au transfert et à l'échange de connaissances auxquels nous aurons recours pour diffuser les résultats de l'initiative comprennent la rédaction d'un document consensuel, en plus des documents de fond et des présentations de la

réunion; tous seront accessibles sur le site Web de CATIE et largement diffusés. Ce document consensuel servira de catalyseur lors de futures rencontres et de guide à l'établissement des priorités en matière de recherche, de programmes et d'élaboration de politiques. La collaboration entre les planificateurs de programmes et les chercheurs sera encouragée à être poursuivie et favorisée afin de jeter la base de nouveaux modèles de programmes prometteurs.

Dates : Septembre 2009 à août 2010

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Subventions de planification – Annonce de priorités : maladies infectieuses et immunitaires

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

Thèmes : prévention, accès aux services, homophobie, stigmatisme et discrimination, renforcement de capacité

Projet R7 :

**Bringing risk prevention models into the bedroom:
Sex appraisals, coping and their roles in condom
use consistency**

Chercheur principal : Eli Puterman, Université de Colombie-Britannique

Résumé : La transmission du VIH demeure une menace au Canada et partout dans le monde. Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) représentent 41 % de tous les nouveaux cas de VIH au pays et continuent d'en constituer la plus grande proportion. Cependant, de récentes tendances indiquent que près de 30 % des nouveaux cas de VIH surviennent chez les hétérosexuels à la suite d'un contact sexuel. Si, d'une part, les nouveaux médicaments contre le VIH ont donné de l'espoir aux patients, ils ont, d'autre part, contribué à réduire la perception du risque que le virus présente. En fait, les nouveaux cas d'infection au VIH ont augmenté de 17 % en 2002 par rapport à 2000. Eli Puterman travaille à développer un nouveau modèle visant à prédire et à comprendre les pratiques sexuelles de deux groupes à risque : les hétérosexuels ayant plusieurs partenaires et les HARSAH. Bien que les modèles de prévention du VIH permettent de prédire l'intention d'utiliser le condom, ils ne peuvent cependant pas prédire aussi bien s'il sera utilisé dans la pratique, car ils ne tiennent pas compte du caractère unique de chaque rencontre sexuelle. Pour cette raison, Eli enquête sur la façon dont les personnes évaluent le risque du VIH dans différentes situations sexuelles au fil du temps et comment elles y réagissent. Cette recherche pourrait déboucher sur un nouveau modèle de stratégies de prévention du VIH au Canada et dans d'autres pays développés.

Dates : 2005 à mai 2008

Bailleur de fonds : Michael Smith Foundation for Health Research – 2005 Research Trainee Award, Senior Graduate Studentship (en anglais)

Source : http://www.msfnr.org/who_we_fund/archive/2005/EliPuterman

Thèmes : prévention, comportement sexuel

Projet R8 :

**Building capacity to improve sampling and data
collection methods for HIV prevention research with
gay men**

Chercheur principal : Glen Moulton, Community-Based Research Centre (Vancouver)

Résumé : Les hommes gais continuent de représenter la population prioritaire dans la recherche et les interventions en matière de VIH en Colombie-Britannique et au Canada. Dans cette province, 40 % des personnes infectées par le VIH en 2004 étaient des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). Un réseau de groupes de santé communautaire et publique de Colombie-Britannique a mené un sondage à l'échelle provinciale, auprès d'hommes gais lors d'événements de fierté gaie, entre 2002 et 2004. Les constats tirés de ce sondage, intitulé *Sexe au présent*, ont permis de guider des campagnes de marketing et des programmes de prévention. Notre proposition consiste à organiser un atelier de renforcement de la capacité de recherche, afin d'améliorer et d'étendre nos méthodologies d'échantillonnage et de collecte de données au sondage *Sexe au présent*. Tant les méthodologies d'échantillonnage de proximité que celles au jugé seront étudiées. Nous mettrons l'accent sur la manière de rejoindre les hommes gais en orientant la recherche sur les événements, sur Internet et par l'entremise des réseaux sociaux.

Dates : Avril 2006 à mars 2007

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Atelier de renforcement des capacités

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

Thèmes : prévention, environnements social et physique, réseaux sexuels, renforcement de capacité

Projet R9 :

Building partnerships and increasing community capacity for conducting HIV/AIDS, health and housing instability research in African and Caribbean communities in Canada

Chercheurs principaux : Clemon George et Saara Greene, Fife House (Toronto)

Chercheurs associés : Steve Byers; David C. Este; Josephine B. Etowa; Jacqueline C. Gahagan; Winston C. Husbands; Stephen W. Hwang; Randy Jackson; Jay Koornstra; Erica S. Lawson; Jessica F. Leech; Laverne E. Monette; Sean B. Rourke; Ruthann Tucker et Catherine A. Worthington

Résumé : Le partenariat proposé ici vise à bâtir des relations solides et durables parmi les chercheurs universitaires et communautaires, les fournisseurs de services de santé et sociaux ainsi que les membres des collectivités ayant un intérêt commun envers la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH/sida dans les collectivités africaines et caribéennes au Canada. Ce partenariat parviendra à renforcer la capacité de recherche de nos partenaires communautaires, des chercheurs dans les comités consultatifs et des chercheurs pairs des collectivités africaines et caribéennes. Nous visons également établir des partenariats qui reflètent un engagement commun envers la recherche appliquée et l'accroissement de la capacité de recherche parmi les membres des communautés africaine et caribéenne séropositifs au Canada. À cette fin, le projet mènera à l'élaboration d'un plan et d'une proposition de recherche dans le domaine du VIH/sida, de l'instabilité de la santé et du logement dans les collectivités africaines et caribéennes au Canada. Le partenariat nous permettra de mettre en lumière l'expérience et les besoins en matière de logement de ces communautés, en plus de traiter de préoccupations précises, notamment : le taux élevé d'instabilité en matière de logement, le stigmatisme et la discrimination raciale ainsi que les obstacles auxquels font face les personnes vivant avec le VIH/sida dans les services de santé et sociaux et qui n'ont pas accès à un logement adapté à leur situation ou stable. De plus, le partenariat de recherche soutiendra un processus visant à repérer les groupes dans de plus grandes communautés africaines et caribéennes qui sont le plus à risque d'être sans abri ou dans une situation de logement instable.

Dates : Avril 2008 à mars 2009

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention catalyseur – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida : volet général

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

Thèmes : personnes originaires de pays où le VIH est endémique, personnes vivant avec le VIH/sida, accès aux services, déterminants sociaux en matière de santé, stigmatisme et discrimination, renforcement de capacité

Projet R10 :

CIHR team in the study of acute HIV infection in gay men

Chercheur principal : Michael Rekart, Université de Colombie-Britannique

Cochercheurs principaux : Babak Pourbohloul et Eric Roth

Cochercheurs : Daniel Coombs, Benedikt Fischer, Mel Krajden, Gilbert Mark, Gina Ogilvie, Valencia Remple et Terrence Trussler

Résumé : Les personnes nouvellement infectées par le VIH se trouvent dans la phase la plus contagieuse, mais, pour la plupart, elles ignorent leur état sérologique à ce stade. Cette situation est due au fait que les tests de dépistage de routine ne permettent pas de détecter l'infection dans sa phase du début. Heureusement, de nouvelles méthodologies d'analyse en laboratoire peuvent maintenant détecter l'infection au VIH beaucoup plus tôt, ce qui permet d'offrir des programmes aux personnes nouvellement infectées, notamment du soutien pour prévenir la transmission du VIH à d'autres personnes. Une nouvelle équipe de chercheurs passionnés a été formée pour travailler avec la communauté gaie en Colombie-Britannique afin de renforcer les programmes de prévention s'adressant aux personnes nouvellement infectées par le VIH. Cette équipe est composée de chercheurs dans le domaine des sciences biomédicales, de la santé publique et des sciences sociales ainsi que de chercheurs de la communauté même. Dans le cadre de ce programme, nous étudierons la compréhension du dépistage du VIH par les hommes gais, leurs motivations et leurs difficultés pour se soumettre à un test de dépistage du VIH, ainsi que les répercussions sur leurs pratiques de dépistage des nouvelles technologies permettant de déceler les personnes très contagieuses. Ces renseignements seront utilisés pour concevoir des messages visant à encourager les hommes gais de Colombie-Britannique à effectuer un test de dépistage du VIH. Les personnes recevant un diagnostic de nouvelle infection au VIH se verront offrir des programmes de prévention améliorés, conçus en collaboration avec des organisations de la communauté gaie et des experts en prévention. En outre, ils seront interviewés afin de mieux comprendre leurs besoins afin d'y adapter les programmes de prévention. L'un des aspects importants du projet consistera à trouver le moyen le plus efficace de rejoindre leurs partenaires sexuels afin d'offrir à ces derniers l'accès aux programmes de prévention et de suivi aussi rapidement que possible. Un élément

clé de la recherche résidera dans l'évaluation de ces nouveaux programmes afin de continuer de les améliorer. Les résultats de ce programme de recherche seront également utilisés pour promouvoir des programmes similaires destinés aux personnes nouvellement infectées par le VIH dans d'autres communautés en Colombie-Britannique et au Canada.

Dates : Octobre 2007 à septembre 2012

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Subventions aux équipes émergentes – VIH/sida

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

Thèmes : biomédical/clinique, prévention, dépistage, accès à des services

Projet R11 :

CIHR team in HIV and co-infections

Chercheur principal : Rupert Kaul, Université de Toronto

Cochercheurs principaux : Scott D. Gray-Owen; Charu Kaushic; Kelly S. Macdonald; Mario A. Ostrowski et Robert S. Remis

Cochercheuses : Mona R Loutfy et Wangari E. Tharao

Résumé : Les taux d'infection par le VIH, d'évolution et de transmission secondaire sont d'une variabilité extraordinaire. Nous avançons l'hypothèse que les co-infections courantes constituent des médiateurs critiques d'une telle variabilité et qu'ils peuvent, en partie, expliquer la différence des taux de VIH dans différentes communautés. Des interventions ciblant ces co-infections permettront de fournir de nouvelles stratégies pour prévenir l'évolution et la transmission du VIH. Nous présenterons le rôle de co-infections sélectionnées dans trois situations critiques : 1) l'accroissement de l'infection au VIH, par des changements de sensibilité génitale, 2) l'évolution accélérée de la maladie, par l'augmentation de la charge virale et la détérioration de l'immunité de l'hôte et 3) l'augmentation de la transmission secondaire aux partenaires. L'accent de la recherche sera mis sur plusieurs co-infections, mais particulièrement l'herpès génital, le virus du papillome humain et la gonorrhée. Le travail sera accompli en étroite collaboration avec deux communautés gravement touchées par le VIH à Toronto : les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) et la communauté africaine-caribéenne. Trois

types de projets sont proposés. D'abord, nous allons mesurer les taux de ces co-infections dans les communautés touchées par le VIH, ensuite, nous allons faire des expériences, en laboratoire et avec des participants, afin de comprendre comment ces co-infections peuvent influencer sur le VIH et, enfin, nous allons élaborer des mesures d'intervention, dans l'espoir qu'elles fournissent de nouvelles stratégies visant à prévenir la transmission du VIH et de la maladie. La publication des résultats dans les communautés participantes et les fournisseurs de soins, de manière concrète, constitue un objectif clé durant tout ce processus.

Dates : Octobre 2007 à septembre 2012

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Subventions aux équipes émergentes – VIH/sida

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

Thèmes : coinfections, prévention, personnes originaires de pays où le VIH est endémique

Projet R12 :

Community-based prevention strategy to reduce vulnerability to HIV in LGTB communities

Chercheuse principale : Beatriz E. Alvarado, Queen's University

Cochercheurs : Barry D. Adam; Gerardo Betancourt; Stevenson Ferbus; Jaime Galindo et Jorge L. Martinez

Résumé : Nous demandons du financement afin de tenir deux ateliers, dont les principaux objectifs sont de planifier un projet communautaire de prévention visant à réduire la vulnérabilité des personnes lesbiennes, gaies, transsexuelles et bisexuelles au sein des populations d'origine latino-américaine au Canada (Toronto) et en Colombie (Cali et Pereira). Les objectifs précis de ce projet sont les suivants : 1) déterminer les principales activités de recherche communautaire et les projets éducatifs faisant l'objet d'une réussite à l'égard des groupes de personnes lesbiennes, gaies, transsexuelles et bisexuelles dans les communautés latino-américaines et autres au Canada et, fondés sur cette expérience, 2) planifier un projet communautaire qui permettra de mettre en œuvre de nouvelles stratégies de prévention au Canada (Toronto) et en Colombie (Cali et Pereira), dans le but de réduire la vulnérabilité des groupes de

personnes lesbiennes, gaies, transsexuelles et bisexuelles dans ces deux populations. Ces ateliers regrouperont des organismes communautaires œuvrant auprès des populations d'origine latino-américaine en Ontario, deux organisations non gouvernementales en Colombie, œuvrant dans la prévention du VIH/sida et dans les soins aux personnes qui en sont atteintes dans deux villes colombiennes (Cali et Pereira), et de chercheurs universitaires de l'Ontario, du Canada et de la Colombie. L'un des deux ateliers se tiendra à Toronto, où nous définirons : 1) les besoins à traiter dans les projets de prévention, 2) les grandes théories et stratégies en matière d'éducation et de promotion qui auront démontré leur efficacité dans les groupes de personnes lesbiennes, gaies, transsexuelles et bisexuelles, 3) les meilleures façons d'aborder ces groupes et 4) les étapes importantes pour élaborer un projet communautaire de prévention. L'autre atelier se tiendra à Cali, en Colombie. Nous y présenterons les conclusions de celui de Toronto pour ensuite chercher à déterminer les meilleures façons d'aborder le projet dans les groupes de personnes lesbiennes, gaies, transsexuelles et bisexuelles en Colombie, notamment les différents mécanismes pouvant être enclenchés afin d'accroître le réseautage entre les fournisseurs de soins de santé, les organisations non gouvernementales, les chercheurs et les communautés de personnes lesbiennes, gaies, transsexuelles et bisexuelles. Le principal résultat attendu de notre démarche sera d'avoir adopté les premières grandes lignes de notre projet de prévention communautaire.

Dates : Février 2011 à janvier 2012

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

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

Thème : prévention

Projet R13 :

Correlates and control of HIV shedding and transmission in semen

Chercheur principal : Rupert Kaul, Université de Toronto

Cochercheuse principale : Dre Charu Kaushic

Cochercheurs : Colin Kovacs, Mona Loutfy et Janet Raboud

Résumé : La pandémie du VIH-1 a fait plus de 20 millions de morts et 43 millions de personnes en sont actuellement infectées. Le contact sexuel avec du sperme infecté par le VIH constitue le principal véhicule de la pandémie mondiale, mais plusieurs aspects de la transmission du virus par le sperme ne sont pas tout à fait compris; beaucoup de travail reste donc à faire pour établir le fondement de l'élaboration d'une politique rationnelle de santé publique et de nouvelles stratégies thérapeutiques. Notre groupe de recherche s'intéresse depuis longtemps aux corrélats virologiques, immunologiques et cliniques de l'élimination et de la transmission du VIH dans les voies génitales et nous proposons d'étendre nos études à l'élimination du virus dans le sperme afin de définir les corrélats de la transmission du virus parmi une cohorte établie d'hommes infectés par le VIH à Toronto comme suit : 1) comprendre les corrélats cliniques et biologiques d'un taux d'élimination du virus dans le sperme disproportionnellement élevé et faible, sous thérapie antirétrovirale et non; 2) étudier la transmission du virus par le sperme à travers l'épithélium des voies génitales féminines et étudier l'incidence de facteurs hôtes et viraux précis; 3) explorer les différences dans les caractéristiques du VIH dans le sperme et dans le sang des hommes infectés. Ces études nous aideront à comprendre pourquoi les niveaux du VIH sont si variables dans le sperme, comment les facteurs hôtes et viraux peuvent influencer sur ces niveaux et à développer de meilleurs outils de santé publique et thérapeutiques visant à prévenir la transmission du virus par le sperme.

Dates : Octobre 2006 à septembre 2011

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

Source : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=1816>

Thème : recherche biomédicale et clinique

Projet R14 :

Correlates of HIV testing among men who have sex with men from a Montreal cohort

Chercheur principal : Serge Gallant, Université McGill

Résumé : Contexte – L'enquête ARGUS est une initiative menée périodiquement auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) de Montréal, afin de surveiller les infections par le VIH ainsi que d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Cette enquête fait partie de M-Track, le système national de surveillance de deuxième génération de l'Agence de santé publique du Canada. Des données ont été recueillies en 2005 et en 2008 dans l'objectif d'examiner les tendances et les corrélats de récents tests de dépistage depuis 2005, grâce à la participation de répondants à un questionnaire autoadministré. L'enquête s'est limitée à des HARSAH résidant à Montréal, âgés de 18 ans et plus, ayant autodéclaré un statut séronégatif ou inconnu. Les analyses de régression logistique ont été stratifiées par année d'enquête et rajustées pour l'âge. Un résultat notable était que les répondants avaient subi au moins un test de dépistage du VIH au cours des six mois précédents. Nous avons examiné les données démographiques, les comportements sexuels ainsi que les connaissances ou croyances sur le VIH. Résultats : au total, 1 741 et 1 051 questionnaires ont été remplis en 2005 et en 2008 respectivement. Au cours des six mois précédant l'enquête, 26 % des hommes avaient subi un test de dépistage du VIH en 2005 et 41 %, en 2008. Des analyses à plusieurs variables indiquent qu'en 2005, les relations anales risquées (c.-à-d., relations non protégées avec un partenaire d'une nuit) (rapport de cotes = 1,5 [1,2-2,0]), les injections avec des aiguilles usagées (rapport de cotes = 4,1 [1,4-12,1]), la recherche ou la rencontre d'un partenaire en ligne (rapport de cotes = 1,7 [1,4-2,2]) et le nombre de partenaires sexuels (répertoriés en groupes de 10) (test c2 de tendances des cotes = 11,01, p < 0,001) étaient indépendamment et positivement associés au résultat. En 2008, les seules variables notables retrouvées de l'enquête de 2005 étaient la rencontre de partenaires en ligne (rapport de cotes = 1,5 [1,2-2,1]) et le nombre total de partenaires sexuels (test c2 des tendances de cotes = 10,2, p < 0,01). Conclusion – Même si les tests de dépistage récents subis par les HARSAH ont augmenté entre 2005 et 2008, le profil des hommes qui s'y soumettent diffère entre ces années. La prévalence de la plupart des facteurs de risque est demeurée stable entre les deux cycles de l'étude, mais certains comportements

à risque élevé ne sont plus associés aux tests de dépistage de 2008 ou, du moins, pas aussi fortement. Ceci est peut-être le résultat de campagnes de sensibilisation étant apparues après 2005, encourageant tous les HARSAH à se soumettre à un dépistage.

Dates : Septembre 2009 à août 2010

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada (Instituts de recherche en santé du Canada) – Bourse à la maîtrise – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best

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

Thème : dépistage

Projet R15 :

Desire, place, stigma, and unsafe sex: understanding the subculture of men who use gay Internet cruise sites

Chercheur principal : Patrick O'Byrne, Université d'Ottawa

Cochercheur principal : Dave Holmes

Résumé : Au Canada, la plus grande proportion des nouvelles infections par le VIH se situe chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) et on indique que les partenariats sexuels organisés par l'entremise d'Internet contribuent au taux d'infection élevé. Cependant, un examen de la recherche qui établit la corrélation entre Internet et la transmission du VIH révèle qu'on exclut souvent le point de vue des hommes qui vivent avec le VIH/sida et qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Par conséquent, de nombreux groupes de défense des droits des personnes infectées par le VIH ont critiqué les chercheurs pour avoir marginalisé davantage un groupe et une maladie déjà stigmatisés. Pour répondre à de telles critiques, la première phase de ce projet consistait à demander conseil au groupe de travail de prévention Poz en Ontario afin d'atténuer ces questions éthiques et scientifiques. Fort de cette contribution et des résultats de deux études antérieures financées par les Instituts de recherche en santé du Canada menées dans les saunas et dans les raves, l'objectif de ce projet est d'examiner le rôle quantitatif et la suite « désir, endroit, stigmatisme et pratique sexuelle non sécuritaire » en lien avec les HARSAH vivant avec le VIH/sida et qui rencontrent des partenaires

sexuels par l'entremise d'Internet. L'importance que nous accordons à cette démarche réside dans le fait qu'elle intègre la nature psychosociale de la sexualité humaine en reconnaissant que les pratiques sexuelles non sécuritaires ne sont pas toujours le résultat d'un simple processus de décision qui respecte les règles du meilleur intérêt pour la santé d'une personne. Cette recherche vise l'exploration de cette suite dans un effort pour mieux comprendre les motivations des hommes vivant avec le VIH/sida et ayant des relations sexuelles avec des hommes, de façon à élaborer des initiatives de prévention en matière de VIH qui soient davantage ouvertes à leur culture. En d'autres termes, le but de ce projet est de mieux comprendre comment le désir contribue à guider le choix des endroits et des pratiques sexuelles particuliers et comment ce processus est également guidé par des perceptions publiques et personnelles du stigmatisme. Nous utiliserons des méthodologies qualitatives pour explorer les quatre dimensions de la série en lien avec les hommes qui vivent avec le VIH/sida et ont des relations sexuelles avec des hommes et qui organisent des rencontres sexuelles par l'entremise d'Internet. De manière plus précise, notre démarche entraînera une analyse des sites Web utilisés pour de telles rencontres, en plus de 45 entrevues qualitatives approfondies avec des hommes à Montréal, à Ottawa et à Toronto.

Dates : Mars 2010 à février 2011

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement – VIH/sida fin provisoire – volet biomédical et clinique

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

Thèmes : stigmatisme, comportement sexuel, prévention

Projet R16 :

Development of an HIV prevention and sexual health intervention for positive men

Chercheur principal : Trevor A. Hart, Université Ryerson

Résumé : Non disponible

Date : 2008

Baillleur de fonds : Réseau ontarien de traitement du VIH

Source : <http://www.ohntn.on.ca/Pages/Funding/Results-All.aspx>

Thèmes : prévention, personnes vivant avec le VIH/sida

Projet R17 :

Development of strategies to curb the HIV epidemic based on molecular epidemiological surveillance

Chercheuse principale : Bluma G. Brenner, Lady Davis Institute for Medical Research (Montréal)

Cochercheurs : Erica E.M. Moodie, Michel Roger et Mark A. Wainberg

Résumé : Bien que la thérapie antirétrovirale prolonge et améliore la vie des personnes infectées par le VIH/sida, les épidémies régionales qui s'étendent aux populations les plus à risque ne démontrent aucun signe de déclin. Les approches phylogéniques, qui utilisent de vastes ensembles de données d'enchaînement viral provenant de programmes de génotypage, fournissent un important outil de détection des réseaux de transmission du VIH. Nos constats démontrent que la moitié de l'épidémie touchant les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) au Québec est attribuable à des personnes nouvellement affectées qui ignorent souvent leur état. Les réseaux de transmission augmentent lorsqu'une infection en occasionne 10 autres. Notre étude combinera les approches phylogéniques, épidémiologiques et de cohortes afin de confirmer les véhicules des épidémies touchant les HARSAH et les hétérosexuels dans une optique d'améliorer le dépistage, le traitement et les paradigmes de prévention afin de freiner la propagation du VIH et, idéalement, l'éradiquer.

Dates : Avril 2011 à mars 2014

Baillleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

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

Thèmes : prévention, réseaux sexuels, biomédical/clinique

Projet R18 :

Développement d'une recherche évaluative comparant l'efficacité relative de modalités d'interventions ancrées sur des perspectives théoriques différentes en prévention du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH), séronégatifs et à risque d'infection par le VIH

Chercheuse principale : Joanne Otis, Université du Québec à Montréal

Cochercheur principal : Gaston Godin

Cochercheurs : Michel Alary; Martin Blais; Karine J. Igartua; Gilles Lambert; René Lavoie; et Richard Montoro

Résumé : Parmi les personnes vulnérables au VIH au Canada et au Québec, les HARSAH représentent le plus grand nombre d'infections au VIH actuelles et nouvelles (ASP, 2005; MSSS, 2004). Par ailleurs, des études de cohorte récentes rapportent une hausse des pratiques à risque tant à Montréal qu'à Vancouver. Ces données montrent la difficulté pour certains HARSAH à intégrer durablement l'usage du condom à leurs scénarios sexuels et soulignent certaines limites des approches actuelles de promotion de la santé. Selon plusieurs auteurs, parallèlement aux facteurs sociocognitifs associés aux pratiques à risque, une intervention préventive devrait également cibler des facteurs de nature sexologique tels les significations que revêtent les relations anales pour certains HARSAH qui prennent des risques et les caractéristiques de leurs scénarios sexuels préférentiels. Ce projet-pilote (recherche et développement) propose de développer deux interventions novatrices à l'intention des HARSAH séronégatifs, la première ciblant exclusivement les facteurs sociocognitifs et la seconde mettant l'accent sur les facteurs sexologiques. Ces deux interventions seront développées selon deux modalités d'intervention distinctes, soit de façon individuelle versus de groupe. On évaluera aussi la faisabilité qu'elles soient éventuellement implantées selon un mode d'accès en ligne via internet. La validation de ces deux interventions impliquera la participation de 32 HARSAH qui auront à donner leur appréciation sur les ressources investies, les activités produites et les objectifs atteints par l'une ou l'autre de ces interventions. Ce projet pilote devrait contribuer à la réalisation des objectifs de lutte contre l'infection par le VIH énoncés dans l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada puisqu'il permettra de développer des interventions fondées sur des résultats scientifiques et adaptées aux besoins des HARSAH montréalais.

Dates : Mars 2006 à février 2007

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Projet pilote sur le VIH/sida

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

Thèmes : comportement sexuel, prévention

Projet R19 :

Effect of HAART expansion on community levels of HIV viral load and HIV risk behaviours among MSM in British Columbia

Chercheurs principaux : Robert Hogg et David Moore, Université Simon Fraser

Cochercheurs : Roland Barrios, Trevor A. Corneil, Viviane D. Lima, Willi McFarland, Warren D. Michelow, Julio S. Montaner, Thomas L. Patterson et Eric Roth

Résumé : Récemment, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique approuvait l'amélioration de l'accès à la thérapie antirétrovirale comme stratégie visant à réduire le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH en diminuant les niveaux d'infectiosité dans les communautés. Les lignes directrices ont également été révisées de manière à ce que beaucoup plus de personnes puissent maintenant avoir accès au traitement. Le succès de cette initiative visant à réduire les nouvelles infections pourrait cependant être mitigé si l'accès étendu au traitement entraînait une hausse des comportements à risque de transmission du VIH. Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) demeurent le groupe à risque le plus élevé d'être infecté par ce virus au Canada et en Colombie-Britannique. Nous souhaitons examiner l'effet de l'amélioration de l'accès au traitement antirétroviral sur le comportement à risque parmi la population des HARSAH dans la région métropolitaine de Vancouver et sur la charge virale de cette communauté comme déterminant de son niveau d'infectiosité. Nous allons également mener deux enquêtes transversales auprès des HARSAH à cinq ans d'intervalle. Les enquêtes seront conçues de manière à être représentatives de la diversité ethnique et sous-culturelle des HARSAH dans cette région. Notre échantillonnage portera sur 1 000 HARSAH, âgés de 15 et plus dans chaque enquête, nous tournant vers des membres de différentes sous-populations de ce groupe

pour recruter une diversité représentative de l'ensemble. Nous demanderons à tous les participants à l'étude de signer un formulaire de consentement, de remplir un questionnaire, de se soumettre à un test sanguin rapide, à un test de dépistage de la syphilis et à une sérologie de l'hépatite C, en plus de donner un consentement permettant aux chercheurs d'accéder aux bases de données des services de santé. Les participants séropositifs à l'enquête seront invités à se joindre à une sous-étude longitudinale avec suivi tous les six mois, afin d'étudier l'efficacité d'une intervention éducative par les pairs pour augmenter le recours à une thérapie antirétrovirale chez les personnes qui n'en suivent actuellement pas et sur le comportement à risque de transmission du VIH. Les résultats de l'étude aideront les fournisseurs de services et les planificateurs de programme à répondre à l'accroissement potentiel des comportements à risque de transmission du VIH. Ces résultats serviront également de renseignements de première main aux responsables de l'élaboration de politiques au Canada et dans d'autres pays sur la valeur préventive ajoutée à la thérapie antirétrovirale et pour influencer sur les décisions relatives à un accès encore plus étendu au traitement dans les pays industrialisés.

Dates : 2010 à 2013

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Volet services santé/santé population

Source : Site Web de l'Université Simon Fraser

Thèmes : prévention, accès aux services, traitement, personnes vivant avec le VIH/sida, comportement sexuel

Projet R20 :

Evaluation of “Action to Mobilize Change” (ATOMC), a social network intervention for increasing HIV testing among MSM at high-risk for infection in Montreal

Chercheurs principaux : John Cox et Mark Hapanowicz, Sida Bénévoles Montréal (AIDS Community Care Montreal – ACCM)

Cochercheurs : Elysabeth Lacombe, Gilles Lambert et Kenneth M. Monteith

Résumé : Un projet pilote de réseau social visant le dépistage du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH), intitulé « Action To Mobilize Change » (ATOMC) a récemment fait l’objet d’un financement de Santé et Services sociaux Québec à Montréal. Le projet se fonde sur le travail effectué dans les Centers for Disease Control and Prevention aux États-Unis ayant recours à des stratégies de réseaux sociaux pour accroître le dépistage du VIH parmi les populations vulnérables. Le projet dispose des fonds suffisants pour coordonner et mettre en œuvre l’intervention, certes, mais non de ressources suffisantes (spécialisées et financières) pour permettre de créer une base de données, d’entrer les données et de procéder à des analyses détaillées visant à documenter l’efficacité du projet. À sa conclusion, la présente recherche fournira une réponse à la question suivante : « Les stratégies de réseaux sociaux sont-elles utiles pour influencer sur les comportements liés au dépistage du VIH chez les HARSAH? » Plus précisément, sera-t-il possible de repérer plus d’hommes à risque et d’hommes qui ignorent leur état à Montréal et de les amener à consulter et à se soumettre volontairement au dépistage? Les connaissances découlant de cette évaluation approfondie permettront de préparer une demande de subvention de plus grande envergure, dans le cadre de laquelle les stratégies des réseaux pourraient être employées pour d’autres populations à risque, notamment les personnes utilisant des drogues injectables, les jeunes vivant dans la rue et les personnes représentant des minorités ethnoculturelles.

Dates : Octobre 2010 à septembre 2011

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention catalyseur : programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général

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

Thèmes : dépistage, réseaux sexuels

Projet R21 :

Getting to know the community: Who are the black men who have sex with other men in Toronto?

Chercheur principal : Clemon George, Université d’Ottawa

Résumé : Les études canadiennes sur le comportement sexuel et les déterminants de l’infection par le VIH chez les hommes gais comprennent des hommes de race noire qui ont des relations sexuelles avec des hommes, mais les résultats et les services à leur égard sont indéterminés pour deux raisons. La première est que les chercheurs ont eu de la difficulté à trouver un échantillonnage suffisant dans le cadre d’études qui sont conçues pour les populations gais en général. La deuxième est que l’échantillonnage est généralement effectué dans des lieux qui ne sont peut-être pas fréquentés par les HARSAH qui ne s’identifient pas comme gais, ce qui laisse un vide dans la compréhension des comportements à risque et des relations sexuelles de ce groupe en particulier. En outre, les initiatives de prévention du VIH, conçues pour les hommes gais de race blanche mais visant les hommes de race noire, pourraient ne pas être bien documentées. La présente étude vise à décrire les comportements à risque des hommes de race noire ayant des relations sexuelles avec des hommes et les variables associées à ces comportements, à comprendre dans quelle mesure leurs expériences et leurs décisions au quotidien sont associées à des pratiques sexuelles sécuritaires ou non, à comprendre comment ce groupe interprète et évalue le rôle des organismes de services liés au sida et à leurs communautés. L’étude aura à la fois recours à une enquête et à des entrevues approfondies. Les enquêtes sont appropriées pour décrire les comportements, mais les entrevues sont plus appropriées pour les comprendre. Les hommes noirs d’origine africaine et caribéenne ayant des relations sexuelles avec des hommes, âgés de 18 ans ou plus, qui vivent ou socialisent à Toronto pourront répondre à l’enquête et certains d’entre eux seront rencontrés pour une entrevue. Les intervenants d’organismes de services liés au sida, ayant une expérience avec le groupe visé, seront rencontrés en entrevue. À l’issue de cette étude, nous pourrions présenter un portrait plus clair des hommes de race noire ayant des relations sexuelles avec des hommes, ce qui permettra aux organismes de promotion de la santé de concevoir des initiatives de prévention et d’intervention adaptées à ce groupe. Dans le cadre de cette étude, nous informerons les participants de

l'existence de ces organismes et intervenants en plus de veiller à souligner la valeur de ces ressources limitées. L'étude se penche sur un vide de connaissances soulevé par le Conseil des Africains et Caribéens sur le VIH/sida en Ontario, une coalition d'organismes travaillant dans les communautés africaines et caribéennes. Cette recherche permettra d'améliorer les services de prévention et de soutien aux hommes de race noire ayant des relations sexuelles avec des hommes, grâce à une meilleure compréhension de leurs communautés et de leurs comportements à risque.

Dates : Septembre 2007 à août 2012

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse nouveau chercheur pour la recherche – AP : services/population sur le VIH/sida

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

Thèmes : prévention, personnes originaires de pays où le VIH est endémique, culture, comportement sexuel

Projet R22 :

HAART optimism, drug use and risky sexual behaviour among MSM in British Columbia

Chercheur principal : Robert Hogg, Université Simon Fraser

Cochercheurs : D. Moore, J. Montaner, W. McFarland, V. Lima, R. Barrios, E.R. Roth et T. Patterson

Résumé : L'étude proposée se penche sur l'effet d'une récente initiative d'intervention biomédicale dans la population, soit l'accès universel et gratuit au traitement antirétroviral hautement actif, sur les comportements à risque d'infection par le VIH dans une population à risque élevé, soit les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH), en Colombie-Britannique (Canada). À savoir si l'effet positif d'un accès étendu à la thérapie antirétrovirale comme mesure de prévention du VIH peut être contrecarré par des facteurs socio-culturels et biocomportementaux, notamment le recours à cette thérapie pour compenser la prise de risques dans la communauté des HARSAH, demeure une question d'intérêt particulier. La majorité des nouveaux cas d'infection par le VIH en Colombie-Britannique survient chez les HARSAH et cet état de fait demeure pratiquement inchangé depuis 2003, chaque année comptant environ 200 nouveaux cas. La valeur préventive de la thérapie antirétrovirale a été mise en relief et le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a augmenté radicalement son financement comme stratégie visant à réduire le nombre de nouveaux cas d'infection dans cette province. Les lignes directrices ont également été élargies de manière à ce que le traitement soit accessible à presque toutes les personnes infectées par le VIH dans la province. Environ 40 % des personnes mourant de causes liées au VIH, en Colombie-Britannique, ne reçoivent pas ce traitement et environ 27 % des personnes infectées par le VIH pourraient ignorer leur état. L'ampleur de l'accès à ce traitement constitue une intervention biomédicale à la grandeur de la population – une expérience rare, dans des conditions naturelles – créant ainsi une occasion d'étudier l'incidence de cet accès élargi sur des déterminants complexes des comportements à risque individuels associés au VIH. Sur la période d'étude de cinq ans, nous proposons d'avoir recours à un échantillonnage déterminé selon les répondants pour recruter une cohorte totale de 680 HARSAH, dont 270 personnes séropositives et de 410 personnes séronégatives, âgées de 16 ans ou plus, et de les suivre tous les six mois, pendant une moyenne de

quatre ans. Nous proposons d'avoir recours à la force de la méthodologie d'échantillonnage selon les répondants pour recruter parmi les populations moins visibles et plus diversifiées. Nos principaux objectifs sont d'examiner : 1) les tendances en matière de comportement sexuel à risque et l'attitude vis-à-vis de la valeur de la thérapie antirétrovirale sur une période de 4,5 ans, soit au fur et à mesure que le nombre des HARSAH ayant recours au traitement aura radicalement augmenté et que ce traitement sera largement annoncé comme mesure préventive; 2) comment l'usage de la drogue, que les personnes déclarent prendre avant et pendant les relations sexuelles, peut expliquer le comportement à risque lié au VIH et 3) l'interaction entre l'usage de drogues douces et dures, l'optimisme relatif au traitement antirétroviral, et l'adoption et la poursuite du traitement chez les hommes séropositifs ayant des relations sexuelles avec des hommes. Nous demanderons à tous les participants à l'étude de signer un formulaire de consentement, de remplir une auto-entrevue assistée par ordinateur, de se soumettre à un test rapide de dépistage du VIH et à un test de dépistage de la syphilis, à une sérologie de l'hépatite C, une culture d'urine et anale au moyen d'un écouvillon pour dépister la bactérie *N. gonorrhœae* et la présence de *Chlamydia trachomatis*, en plus de donner un consentement permettant aux chercheurs d'accéder aux bases de données des services de santé dans la province. Toutes les personnes séropositives n'ayant pas déjà accès à des soins réguliers en la matière seront mises en contact avec des fournisseurs de soins de santé locaux pour assurer leur traitement et évaluer leurs besoins d'avoir recours au traitement antirétroviral.

Dates : 2011 à 2016

Bailleur de fonds : National Institutes of Mental Health (États-Unis)

Source : Site Web de l'Université Simon Fraser

Thèmes : prévention, traitement, personnes vivant avec le VIH/sida, comportement sexuel

Projet R23 :

Health in Middlesex Men Matters (The HIMMM Project)

Chercheuse principale : Greta Bauer, Université de Western Ontario

Résumé : En 2006, le AIRD Committee of London (Ontario) tenait dans cette ville un forum sur la santé des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, bispirituelles et en questionnement sur l'orientation sexuelle (LGBTBQ) afin d'engager un dialogue sur les préoccupations des communautés et de les définir. De ces discussions trois éléments de préoccupation importants en sont ressortis : l'homophobie (interne et externe), l'isolement et l'exclusion sociale et la communication. Il s'y est dégagé un consensus sur le fait que les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, bispirituelles et en questionnement sur l'orientation sexuelle ayant recours au système de santé dans la région, qui est reconnue comme étant socialement conservatrice, sont toutes confrontées, systématiquement et individuellement, à l'homophobie manifeste ou déguisée. Cette situation reflète l'ampleur des obstacles financiers, structurels, personnels et culturels que la Gay and Lesbian Medical Association a relevés à l'accès aux services et qui ont tous démontré avoir une série d'effets dévastateurs sur la santé et le bien-être individuel. Pour les communautés touchées à la fois par l'homophobie et le VIH, ces facteurs peuvent interagir pour entraîner des nouveaux cas d'infection, des diagnostics tardifs et des soins qui sont loin d'être optimaux pour les personnes vivant avec le VIH. Au vu de cette situation, une équipe d'intervenants et d'alliés dans les communautés gaies, bisexuelles et d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) a été formée afin d'examiner les répercussions individuelles et collectives de ces différents thèmes liés au VIH, de même que les soins de santé dans un plus grand ensemble offerts à ces communautés dans le comté de Middlesex. Cette recherche sera accomplie au moyen d'une série d'entrevues avec des intervenants et de la préparation d'une enquête menée auprès d'un échantillonnage déterminé selon les répondants, une méthodologie d'échantillonnage selon le réseau, afin de réunir des renseignements des communautés.

Dates : 2009

Bailleur de fonds : Réseau ontarien de traitement du VIH

Source : <http://www.ohtn.on.ca/Pages/Funding/Results-All.aspx>

Thèmes : accès aux services, homophobie, stigmatisme et discrimination

Projet R24 :

'HIV is no picnic': social constructions of the queer HIV-positive body in HIV prevention pedagogies of fear

Chercheur principal : Domenico Calla, Université de Toronto

Résumé : Cette thèse se penche sur le groupe de gais séropositifs comme base pour donner un sens et produit un modèle discursif des idéologies liées au sida. Les groupes sur lesquels je me penche figurent dans une campagne de prévention fondée sur la peur du VIH intitulée « HIV is no picnic » (le VIH n'est pas une partie de plaisir). Les images de cette campagne montrent quatre personnes en souffrance afin de souligner les conséquences de relations sexuelles non protégées. Mon analyse se situe à la jonction de l'homosexualité, de l'invalidité, du VIH/sida et de l'éducation en matière de prévention qui contribuent à construire l'image d'une personne séropositive comme un artefact culturel. Ces figures corporelles sont analysées pour comprendre la manière dont la souffrance liée au VIH produit (ou reproduit) le monde social en structurant l'intelligibilité culturelle d'une pandémie et les subjectivités qu'elle a configurées dans son discours. En empruntant le regard de Michel Foucault et dans une perspective phénoménologique, j'explore la manière dont la publicité entraîne son auditoire dans un travail de symbolisation interprétatif assisté par le déploiement de l'équation traditionnelle « le savoir, c'est le pouvoir » et influence la reconnaissance visuelle en présentant l'apparence physique de ces personnes sous un éclairage soigneusement dirigé.

Date : 2007

Bailleur de fonds : Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) – Programme de bourses d'études supérieures du Canada – Maîtrise

Source : <http://www.outil.ost.uqam.ca/CRSH/Detail.aspx?Langue=1&Cle=54736>

Thèmes : prévention, personnes vivant avec le VIH/sida, homophobie, stigmatisation et discrimination

Projet R25 :

HIV prevention needs of Asian Canadian men who have sex with men

Chercheuses principales : Suji Moon et Nadine M.S. Nakamura, Université Simon Fraser

Cochercheurs : Benedikt Fischer, Mark P.J. Gilbert et Robert S. Hogg

Résumé : En 2008, les hommes canadiens d'origine asiatique comptaient pour 9,7 % des nouveaux cas d'infection par le VIH en Colombie-Britannique. Seule une petite poignée d'études se sont penchées sur les questions liées aux VIH et aux hommes d'origine asiatique ayant des relations sexuelles avec des hommes au Canada. Les données limitées indiquent que ce groupe, particulièrement les immigrants les moins acculturés, semble présenter un plus grand risque d'être infectés par le VIH, car ils sont les plus susceptibles d'avoir des relations sexuelles anales et orales non protégées. Des études aux États-Unis ont également démontré que ce groupe d'hommes asiatiques présente des taux élevés de relations sexuelles et anales non protégées sous l'influence de la drogue ou de l'alcool. Au Canada, ils sont également à risque, car ils ne cherchent pas à se soumettre à un dépistage précoce du VIH. Comparés aux autres groupes raciaux aux États-Unis, les Asiatiques étaient susceptibles de se trouver à un stade avancé du sida et d'être atteints d'infections opportunistes au moment d'un diagnostic. Un pourcentage radicalement plus faible d'Asiatiques séropositifs étaient au fait de la numération des lymphocytes T-CD4 mais moins au courant des services de soins en la matière par rapport aux hommes blancs, ce qui place la survie des Asiatiques séropositifs en position désavantageuse. Cette étude, grâce à des groupes de discussion, se penchera sur les facteurs de risque des hommes canadiens d'origine asiatique ayant des relations sexuelles avec des hommes de contracter le VIH ainsi que sur les comportements et les obstacles en matière de dépistage dans ce groupe. Au moyen d'une recherche communautaire participative, avec la collaboration de l'Asian Society for the Intervention of AIDS (ASIA) et d'autres organismes communautaires liés au VIH à Vancouver (Colombie-Britannique), nous allons déterminer ce que les fournisseurs de services et leur personnel considèrent comme étant les plus grands besoins auxquels répondre pour prévenir le VIH dans leur communauté. Des membres de la communauté seront également recrutés pour participer à des groupes

de discussion sur la perception qu'ont les hommes de nationalité canado-asiatique ayant des relations sexuelles avec des hommes à l'égard des forces et des faiblesses en matière de prévention du VIH et sur leurs besoins. Les données tirées des discussions de ces groupes guideront l'élaboration de questions visant une collecte ultérieure de données quantitatives. Ces données documenteront l'établissement d'interventions culturellement adéquates en matière de prévention auprès des Canadiens d'origine asiatique ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Dates : Octobre 2010 à septembre 2011

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention catalyseur : programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet général

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

Thèmes : prévention, accès aux services

Projet R26 :

Identifying social determinants of HIV-related and broader health-issues facing Kingston's gay and bisexual men's community

Chercheur principal : Fergus Stevenson, Queen's University

Résumé : En collaboration avec cinq hommes gais (un conseil consultatif communautaire), nous avons effectué une étude sur la communauté des hommes gais et bisexuels à Kingston. La recherche consistait à aider à comprendre les expériences des hommes qui décidaient d'afficher leur identité et de la vivre, leur engagement dans leur communauté ainsi que leurs opinions sur celle-ci, le VIH/sida, ce que veut dire être un homme gai à Kingston, leur expérience de l'hétérosexisme et de l'homophobie, ainsi que leurs connaissances et leurs expériences avec l'organisme d'aide les services régionaux liés au VIH/sida. Au printemps de 2007, les membres du conseil consultatif communautaire de KAMP (Kingston Area Men's Project) ont facilité l'organisation de 11 groupes de discussion avec 53 membres de la communauté et mené des entrevues approfondies avec cinq leaders de la communauté. Après avoir colligé les données, nous les avons analysées. En général, les participants affichaient passablement leur identité et ont indiqué que, malgré leur crainte et leur anxiété avant de

prendre cette décision, l'expérience avait été positive. Certains ont expliqué que le fait d'entendre d'autres personnes parler positivement de leur expérience à ce sujet peut être bénéfique. Ils ont ensuite décrit leur expérience de continuer de vivre en affichant leur identité. Les participants ont souligné l'absence d'un endroit central qui leur soit propre, en guise d'exutoire au fait d'être gais à Kingston. Certains souhaitent que ce ne soit pas un bar, mais plutôt un centre communautaire, alors que d'autres préféreraient un pub à tendance gaie où les membres de cette communauté pourraient se réunir à différents moments de la journée. Les hommes gais et bisexuels à Kingston croient que la communauté des lesbiennes et des femmes bisexuelles est mieux organisée que la leur. La plupart des participants ne savaient cependant pas pourquoi. En dépit du fort impact que l'épidémie de VIH/sida a eu sur les hommes gais et bisexuels au Canada, on ne discute pas de ce sujet dans un contexte communautaire. Les hommes considèrent que c'est une question individuelle et non une question qui affecte l'ensemble de la communauté. Les discussions en groupe sur l'homophobie étaient contradictoires. La plupart des participants ont indiqué au départ que Kingston et la région n'étaient pas particulièrement homophobes. Ils ont également indiqué avoir le sentiment qu'une certaine dose d'homophobie était inévitable et ont rapporté quelques situations de harcèlement verbal et physique. À ce jour, nous avons organisé un certain nombre d'activités et produit un certain nombre de documents pour publier notre expérience et nos constats à la communauté, aux praticiens et aux universitaires, notamment : une présentation à la communauté ainsi qu'une discussion, des renseignements sous forme de cartes postales, une présentation au personnel, quatre conférences et six conférenciers. Les résultats de notre étude ont déjà été intégrés dans la stratégie d'intervention auprès des hommes gais et bisexuels, ce qui a permis d'augmenter les services de consultation et de produire de nouveaux feuillets promotionnels pour augmenter la visibilité des services de l'organisme offerts aux hommes, peu importe leur situation vis-à-vis du VIH. Nous avons présenté deux documents à des revues spécialisées et comptons en présenter d'autres. Nous avons retenu deux cinéastes professionnels pour tourner un court métrage de 10 minutes afin de faire connaître nos résultats à un plus

grand public. On peut voir ce document sur la page Web <http://www.youtube.com/KampKingston>. Finalement, nous avons procédé à une évaluation du projet, visant à savoir dans quelle mesure nous avons suivi les principes d'une recherche communautaire.

Dates : Septembre 2006 à août 2007

Bailleur de fonds : Réseau ontarien de traitement du VIH

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=2278>

Thèmes : homophobie, stigmatisation et discrimination, environnements social et physique, renforcement de capacité

Projet R27 :

Improving the capacity of the HIV sector to respond to ethno-racial MSM: tapping front-line expertise and wisdom

Chercheur principal : Alan Li, Asian Community AIDS Services

Résumé : Non disponible

Date : 2007

Bailleur de fonds : Réseau ontarien de traitement du VIH

Source : <http://www.ohtn.on.ca/Pages/Funding/Recipient-Profiles-Alan-Li.aspx>

Thèmes : personnes originaires de pays où le VIH est endémique, renforcement de capacité

Projet R28 a) :

Keeping gay and bisexual men safe: a history of HIV prevention work in Toronto

Chercheur principal : Adam Green, Université de Toronto

Résumé : Le travail de prévention à l'égard des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) constitue une réaction des établissements de première ligne à l'épidémie de VIH, mais dont l'organisation, la substance et l'exécution sont fortement contestées et complexes. La présente étude fournit un historique social du travail de prévention auprès des HARSAH à Toronto, la ville ayant la plus forte concentration d'infection par le VIH dans ce groupe et disposant de l'un des meilleurs programmes de prévention et d'intervention au Canada. Cette étude se penche sur les processus institutionnels qui soutiennent les interventions de première ligne en matière de prévention du VIH et les organismes de services, en répondant notamment aux questions suivantes : 1) Comment les programmes de prévention envers les HARSAH ont-ils rendu possibles les services de prévention au fil du temps et quelle a été la relation entre ces services et avec l'État? 2) Quelles sont les connaissances épidémiologiques, sociales, scientifiques et communautaires concernant le VIH qui ont émergé au cours des 25 dernières années et comment se sont-elles traduites dans le travail de prévention? 3) Quelle incidence les intervenants externes, y compris les bailleurs de fonds fédéraux et provinciaux ainsi que d'autres intervenants comme les médias et les dirigeants des communautés ethniques, ont-ils eue sur la forme et la substance du travail de prévention? 4) Comment le sujet des HARSAH visés s'est-il imbriqué dans le discours et comment s'est-il transformé dans le temps? Au moyen d'entrevues avec des fournisseurs de services, anciens et présents, des dirigeants d'organismes et des responsables d'élaboration de politiques, ainsi qu'au moyen de recherche dans des archives et d'analyse de matériel de prévention, de documents et de procès-verbaux d'organismes, l'étude se penchera sur le contexte dans lequel les organismes de services antisida et les organismes communautaires ethnoculturels ont contesté, coordonné et transformé la prévention du VIH dans la population des HARSAH de Toronto.

Dates : Avril 2009 à mars 2014

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

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

Thèmes : prévention, renforcement de capacité

Projet R28 b) :

Keeping gay and bisexual men safe: a history of HIV prevention work in Toronto

Chercheur principal : Adam Green, Université de Toronto

Résumé : Le travail de prévention à l'égard des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) constitue une réaction des établissements de première ligne à l'épidémie de VIH, mais dont l'organisation, la substance et l'exécution sont fortement contestées et complexes. La présente étude fournit un historique social du travail de prévention auprès des HARSAH à Toronto, la ville ayant la plus forte concentration d'infection par le VIH dans ce groupe et disposant de l'un des meilleurs programmes de prévention et d'intervention au Canada. Cette étude se penche sur les processus institutionnels qui soutiennent les interventions de première ligne en matière de prévention du VIH et les organismes de services, en répondant notamment aux questions suivantes : 1) Comment les programmes de prévention envers les HARSAH ont-ils rendu possibles les services de prévention au fil du temps et quelle a été la relation entre ces services et avec l'État? 2) Quelles sont les connaissances épidémiologiques, sociales, scientifiques et communautaires concernant le VIH qui ont émergé au cours des 25 dernières années et comment se sont-elles traduites dans le travail de prévention? 3) Quelle incidence les intervenants externes, y compris les bailleurs de fonds fédéraux et provinciaux ainsi que d'autres intervenants comme les médias et les dirigeants des communautés ethniques, ont-ils eue sur la forme et la substance du travail de prévention? 4) Comment le sujet des HARSAH visés s'est-il imbriqué dans le discours et comment s'est-il transformé dans le temps? Au moyen d'entrevues avec des fournisseurs de services, anciens et présents, des dirigeants d'organismes et des responsables d'élaboration de politiques, ainsi qu'au moyen de recherche dans des archives et d'analyse de matériel de prévention, de documents et de procès-verbaux d'organismes, l'étude se penchera sur le contexte dans lequel les organismes de services antisida et les organismes communautaires ethnoculturels ont contesté, coordonné et transformé la prévention du VIH dans la population des HARSAH de Toronto.

Dates : Septembre 2009 à août 2014

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse nouveau chercheur pour la recherche

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

Thèmes : prévention, renforcement de capacité

Projet R29 :

Male-call Canada: An in-depth study of current and emerging issues, and the changing social and behavioural determinants related to HIV transmission among men who have sex with men

Chercheur principal : Ted Myers, Université de Toronto

Résumé : Cette proposition fait suite à une évaluation nationale sur les besoins en recherche intitulée « *The 2005 Sexual Health Promotion Research Needs Assessment for Men Who have Sex with Men in Canada* » (évaluation des besoins en matière de recherche sur la promotion de la santé sexuelle des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes [HARSAH] au Canada en 2005), qui a été effectuée par l'équipe de recherche grâce au financement du Programme national de développement et de recherche en santé et des Instituts de recherches en santé du Canada. Dans le cadre de la présente étude, nous emploierons la méthodologie de la ligne sans frais 1-800, laquelle a été utilisée avec succès en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et au Canada, pour enquêter sur un vaste échantillonnage d'HARSAH. L'équipe de recherche qui entreprend cette étude provient de partout au Canada; elle est formée de chercheurs universitaires et communautaires ainsi que d'un comité consultatif national. Pour obtenir un taux élevé de réponses, une campagne de promotion multidimensionnelle visant à couvrir l'ensemble du Canada sera lancée. L'objectif principal de l'initiative Appel aux hommes est de mener une enquête téléphonique transversale à l'échelle nationale au moyen d'une ligne sans frais visant à rassembler des renseignements que les HARSAH au Canada nous fourniront sur un large éventail de comportements à l'égard du VIH, en plus des questions et des déterminants sociaux et comportementaux qui y sont associés. L'enquête permettra de tirer des données provenant des réponses à des questions fermées ainsi qu'à des questions d'exploration ouvertes avec un sous-groupe des participants. Une analyse quantitative et qualitative de ces données sera effectuée.

Dates : Octobre 2006, le projet se poursuit

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

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

Thème : comportement sexuel

Projet R30 :

MSM and WSW in sexual networks in Winnipeg, Manitoba: Exploring changes in network dynamics and HIV risk

Chercheuse principale : Stephanie S. Harvard, Université du Manitoba

Résumé : Énoncé du problème – Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) sont un groupe à risque élevé d'infection par le VIH. Les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes pourraient se trouver à un risque plus élevé d'infection par le VIH transmis par des partenaires sexuels masculins.

Méthodologies : L'étude de surveillance sur le VIH « M-Track » auprès des HARSAH a été menée à Winnipeg, dans le Manitoba. Un projet pilote a été mis en œuvre par la suite pour évaluer le risque parmi les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes. Un échantillonnage au jugé d'HARSAH et de femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes a été sondé à propos des comportements à risque liés au VIH et a été soumis à des tests de dépistage du VIH, de l'hépatite C et de la syphilis.

Résultats : Les HARSAH et les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes ont répondu utiliser le condom de manière irrégulière et des taux élevés de drogues injectables ainsi que s'adonner au commerce du sexe. La prévalence de pathogènes transmissibles par le sang était élevée dans les deux groupes. Des taux élevés de réponses erronées ont évoqué des difficultés à participer à l'enquête dans les deux groupes.

Conclusions : L'échantillonnage de HARSAH et de femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes pourrait représenter un sous-ensemble à risque élevé dans ces groupes. Les méthodologies d'enquête devraient être améliorées afin de mieux s'adresser et s'adapter aux divers participants.

Dates : Septembre 2006 à août 2008

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse à la maîtrise – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida : volet général

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

Thèmes : utilisation de drogue injectable, comportement sexuel

Projet R31 :

Individualisation de la prise de risques sexuels et trajectoires-types de la séroconversion au VIH chez des hommes homosexuels

Chercheur principal : Martin Blais, Université du Québec à Montréal

Résumé : En dépit des nombreuses campagnes de prévention qui ont eu un effet positif sur les comportements sexuels des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH), ce groupe compte toujours le plus haut pourcentage de nouveaux cas d'infection par le VIH. Cependant, il n'est pas vrai que tous les hommes ayant contracté le virus ont pris les mêmes risques sexuels, ni qu'ils les ont pris pour les mêmes raisons. Martin Blais, un chercheur en sexologie de l'Université du Québec à Montréal, a étudié le cas de 24 HARSAH, âgés de 23 à 60 ans, ayant contracté le virus lors de relations sexuelles. Son objectif visait à comprendre les raisons, les circonstances et la trajectoire les ayant menés à être infectés par le VIH. Le chercheur a déterminé cinq trajectoires typiques. Dans trois de ces trajectoires, l'infection est la conclusion d'une série d'événements ayant perturbé la vie des participants et leurs habitudes sexuelles. La prise de risque sexuel peut représenter une manière de s'échapper d'une existence exigeante au jour le jour, une manière d'exprimer son amour à son partenaire ou encore un état d'exaltation renouvelée. Dans d'autres trajectoires, l'infection par le VIH est le résultat escompté d'un style de vie orienté sur le risque. Certains hommes ont dit que l'infection était totalement inattendue et qu'ils avaient pris toutes les précautions pour la prévenir. Cette recherche démontre clairement qu'il existe plusieurs chemins menant à l'infection. Le caractère hétérogène de ces profils souligne l'importance de formuler des messages d'éducation en matière de prévention qui ne se fondent pas sur un seul profil, mais qui reflètent les expériences de vie et les préoccupations des hommes qui sont visés.

Dates : 2006 à 2007

Bailleur de fonds : Fonds de recherche Société et culture Québec

Source : Base de données des FQRSC

Thèmes : prévention, comportement sexuel, renforcement de capacité

Projet R32 :

Phénix : une occasion pour mobiliser des organismes impliqués dans la lutte contre le VIH et les ITS

Chercheuse principale : Joanne Otis, Université du Québec à Montréal

Cochercheurs : Stephen T. Alexander; Martin Blais; Ghayas Fadel; Gilles Lambert; Jean-Marie Le Gall et Richard Montoro

Résumé : À la suite de résultats inquiétants provenant de la Cohorte Oméga et de l'enquête *Argus*, réalisées dans la communauté gaie de Montréal, montrant une recrudescence des relations anales à risque, plusieurs chercheurs impliqués dans ces deux études se sont réunis avec la communauté pour développer un projet d'intervention novateur (Phénix) visant la réduction des comportements à risque d'infection par le VIH dans la communauté gaie de Montréal. Entre 2006 et 2007, le développement et la validation du programme Phénix ont été pris en charge par une équipe multidisciplinaire de chercheurs et leurs partenaires communautaires grâce à une initiative de financement (projet-pilote) des Instituts de recherche en santé du Canada. À la suite de la validation de Phénix en 2007, plusieurs organismes communautaires québécois et canadiens ont suivi la formation préalable à l'implantation de Phénix dans leur milieu. Toutefois, faute de financement, cette nouvelle implantation n'est pas actuellement soutenue par un processus de recherche. Nous proposons donc l'organisation d'un atelier de travail rassemblant à la fois des chercheurs, des intervenants ou dirigeants du milieu communautaire ainsi que des décideurs engagés dans la lutte contre le VIH et les ITS chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) afin de les mobiliser autour du programme Phénix. Les objectifs spécifiques de cet atelier sont de : 1. Partager les connaissances et les expériences entourant l'implantation de Phénix; 2. Soutenir les acteurs communautaires dans l'implantation de Phénix dans leur milieu; 3. Émettre des recommandations pour la bonification et l'adaptation du programme sur la base des expériences d'implantation; 4. Développer, en partenariat, les prémisses d'un projet de recherche communautaire pour l'évaluation de l'implantation et de l'efficacité de Phénix dans les communautés.

Dates : Septembre 2009 à août 2010

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Subventions de planification – Annonce de priorités : maladies infectieuses et immunitaires – Subvention pour des rencontres, de la planification et de la diffusion

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

Thèmes : prévention, comportement sexuel, renforcement de capacité

Projet R33 :

Pro-active intervention to limit HIV transmission among MSM populations

Chercheur principal : Mark A. Wainberg

Cochercheurs : Martin Blais; Bluma G. Brenner; John Cox; Gilbert Emond; Gaston Godin; Gilles Lambert; Joanne Otis et Michel Roger

Résumé : Ce projet rassemble une équipe du Réseau SIDA du FRSCQ pour travailler sur la prévention du VIH auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). Notre projet se fonde sur la compétence de virologistes, de représentants de la santé publique, de spécialistes en sciences sociales, de cliniciens et de travailleurs communautaires; nous emploierons une approche proactive pour tenter de déterminer les personnes qui sont à risque de contracter et de transmettre le VIH. Nous croyons qu'un diagnostic précoce, accompagné d'un counseling efficace, entraînera de taux beaucoup plus faibles de transmission du VIH. Nous utiliserons dans ce projet une procédure de test de dépistage rapide pour diagnostiquer une infection par le VIH grâce à la sérologie, mais nous aurons également recours à des analyses d'échantillons de sang afin que les personnes nouvellement infectées dont les tests de détection des anticorps sont négatifs puissent être décelées au moyen de tests avec des acides nucléiques (réaction en chaîne de la polymérase). Le succès de ce projet sera mesuré selon la baisse ou non des taux d'infection par le VIH dans le milieu des HARSAH à Montréal pendant le stade final du travail, de même que selon notre capacité de démontrer un nombre plus faible de grappes de transmission du VIH dans la population des HARSAH, en plus du plus faible nombre de personnes infectées en moyenne dans une grappe.

Dates : Novembre 2007 à octobre 2010

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement : prévention du VIH

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

Thèmes : tests de dépistage, biomédical/clinique

Projet R34 :

Project PRIDE (Promoting Resilience in Discriminatory Environments): a primary HIV prevention intervention for gay/bisexual men

Chercheurs principaux : Trevor A. Hart et Nathan G. Smith, Université McGill

Cochercheurs : Barry D. Adam et Martin Blais

Résumé : La prévalence des taux d'infection par le VIH parmi les jeunes hommes gais et bisexuels a augmenté au cours des dernières années. Ces jeunes font face à des difficultés personnelles et sociétales liées à leur orientation sexuelle. En plus, ces difficultés portent également sur la prévention du VIH. Le stress minoritaire, comme la discrimination contre les hommes gais (cas de menaces ou d'attaques verbales ou physiques) et l'homophobie intériorisée (intériorisation d'opinions sociétales négatives à l'égard de la bisexualité ou de l'homosexualité), constitue un facteur de pression constante pour les jeunes hommes gais et bisexuels. Il a été démontré que le stress minoritaire était lié aux résultats négatifs sur la santé psychologique, à l'usage ou l'abus de substances et aux comportements à risque d'infection par le VIH. Cependant, les interventions en matière de prévention du virus dirigées vers les jeunes hommes gais et bisexuels ne traitent pas ce stress et ses corrélats. Le but de la présente étude consiste à élaborer et à mettre à l'essai une intervention en psychothérapie de groupe pour ces jeunes visant à trouver des stratégies d'adaptation pour traiter le stress minoritaire. Nous étudierons l'efficacité de ce type d'intervention dans la réduction des comportements à risque liés aux VIH. L'intervention sera élaborée à partir d'une théorie et de modèles existants ainsi qu'à partir des résultats de discussion de groupes avec des fournisseurs de services et des hommes gais et bisexuels. Il est prévu que l'intervention comprenne 10 séances qui porteront sur le stress minoritaire, le soutien social et les comportements à risque liés au VIH. Les évaluations à la suite de cet essai et de suivi détermineront l'efficacité de l'intervention à réduire les résultats négatifs sur la santé mentale, l'usage ou l'abus de substances et les comportements à risque liés au VIH.

Dates : Octobre 2010 à septembre 2012

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement – Annonce prioritaire : programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Volet services santé/santé population

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

Thèmes : prévention, homophobie, stigmatisation et discrimination, comportement sexuel

Projet R35 :

Research on transpeople's lack of access to healthcare services and its effects on their health and well-being

Chercheuse principale : Anna Travers, Sherbourne Health Centre

Résumé : Non disponible

Date : 2006

Bailleur de fonds : Réseau ontarien de traitement du VIH

Source : <http://www.ohtn.on.ca/Pages/Funding/Results-All.aspx>

Thèmes : accès aux services, populations transgenres, santé mentale

Projet R36 :

Risking it: examining the experiences of gay/bi/queer transmen and HIV/AIDS

Chercheur principal : Broden Giambone, Université de Toronto

Résumé : Non disponible

Date : 2009

Bailleur de fonds : Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) -Programme de bourses d'études supérieures du Canada – Maîtrise

Source : <http://www.outil.ost.uqam.ca/CRSH/Detail.aspx?Langue=1&Cle=76935>

Thème : populations transgenres

Projet R37 :

Social anxiety as a risk factor for HIV transmission risk behaviour among HIV-seropositive and HIV-seronegative men who have sex with men: mechanisms of action

Chercheur principal : Trevor Hart, Université Ryerson

Cochercheur : Ted Myers

Résumé : Les personnes qui vivent avec le VIH et le sida ayant une meilleure longévité et qualité de vie grâce aux avancées des traitements médicaux, il existe un besoin accru d'effectuer de la recherche sur les comportements à risque des personnes séropositives et séronégatives. À la lumière de recherche antérieure ayant documenté les liens entre l'anxiété sociale et les relations non protégées parmi un échantillonnage d'adolescents masculins ayant des relations sexuelles avec des hommes et d'adultes séropositifs aux États-Unis, cette étude se penche sur la manière dont l'anxiété sociale peut mener à adopter des comportements sexuels à risque parmi les adultes séropositifs et séronégatifs en Ontario. Les répondants participeront à des entrevues semi-structurées et fourniront leurs mesures autodéclarées d'évaluation de l'anxiété sociale, de problèmes d'humeur, d'usage d'alcool et de drogue, d'attitudes à l'égard du VIH/sida et de comportement sexuel. Cette étude fournira des renseignements pour aider [...] les fournisseurs à améliorer les soins de santé et à prévenir l'infection au VIH et le sida parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) et d'autres populations présentant un risque plus élevé de problèmes liés au VIH et au sida.

Dates : Octobre 2005 à septembre 2009

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement

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

Thèmes : prévention, personnes vivant avec le VIH et le sida, santé mentale, comportement sexuel

Projet R38 :

Sociobehavioural factors related to the HIV and AIDS epidemic within the men who have sex with men population

Chercheur principal : Nathan J. Lachowsky, University of Otago (Nouvelle-Zélande)

Résumé : Non disponible

Date : Mars 2011

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourses études supérieures du Canada – Suppléments pour études à l'étranger Michael-Smith

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

Projet R39 :

Stigma, place, and unsafe sex: continued explorations with men who use gay Internet cruise sites

Chercheurs principaux : Dave Holmes et Patrick O'Byrne, Université d'Ottawa

Résumé : Au Canada, la plus grande proportion des nouvelles infections par le VIH se situe chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d hommes (HARSAH) et on indique que les partenariats sexuels organisés par l'entremise d'Internet contribuent au taux d'infection élevé. Cependant, un examen de la recherche qui lie Internet à la transmission du VIH a révélé qu'on exclut souvent l'équation VIH plus d'HARSAH. Par conséquent, de nombreux groupes de défense des droits des personnes infectées par le VIH ont critiqué les chercheurs d'avoir marginalisé davantage un groupe déjà stigmatisé. Pour répondre à de telles critiques, la première phase de ce projet consistait à demander conseil au groupe de travail de prévention Poz en Ontario afin d'atténuer ces questions éthiques et scientifiques. Fort de cette contribution et des résultats de trois études antérieures financées par les Instituts de recherche en santé du Canada menées sur 1) les saunas, 2) les raves et 3) sur les hommes qui rencontrent des partenaires sexuels par l'entremise d'Internet, l'objectif de ce projet est d'examiner la suite « désir, endroit, stigmatisme et pratique sexuelle non sécuritaire » en lien avec les HARSAH vivant avec le VIH/sida et qui rencontrent des partenaires sexuels par l'entremise d'Internet. Cette recherche vise donc à explorer cette suite dans le but de mieux

comprendre le comportement lié à Internet (endroit) et la prise de risque sexuel (relation non protégée) des hommes qui, parfois, sont qualifiés de « non masculins » en raison de leurs désirs gais. L'importance que nous accordons à cette démarche réside dans le fait qu'elle intègre la nature psychologique de la sexualité humaine tout en reconnaissant que les pratiques non sécuritaires ne sont pas toujours le résultat d'un simple processus de décision qui respecte les règles du meilleur intérêt pour la santé d'une personne. Nous utiliserons des méthodologies qualitatives pour explorer cet élément pour les HARSAH vivant avec le VIH/sida qui organisent leurs rencontres sexuelles par l'entremise d'Internet, car une recherche précédente a lié la transmission du VIH à Internet, mais sans, par la suite, approfondir ce lien.

Dates : Octobre 2010 à septembre 2011

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de fonctionnement Annonce prioritaire : VIH/sida fin provisoire – Volet services santé/santé populaire

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

Thèmes : personnes vivant avec le VIH/sida, comportement sexuel, réseaux sexuels

Projet R40 :**Teens Resisting Urban Trans/Homophobia (TRUTH)**

Chercheur principal : Robb Travers, Université Wilfrid-Laurier

Cochercheuses : Susan Flynn et Heidi H. Newton

Résumé : Toronto, la ville la plus grande et la plus diversifiée au Canada, accueille de nombreux nouveaux arrivants de tous les coins du globe. Parmi eux, on compte des gais, des lesbiennes, des bisexuels, des transgenres et des allosexuels à la recherche de sécurité et de liberté, loin de l'oppression fondée sur le genre et la sexualité. Les jeunes de groupe des lesbiennes, des gais, des bisexuels, des transgenres et des allosexuels font aussi partie des nouveaux arrivants à Toronto; pourtant, leurs expériences, leurs besoins et les facteurs qui les rendent vulnérables à une infection par le VIH demeurent en grande partie inconnus.

Méthodologies : Le projet TRUTH (les jeunes résistant à l'homophobie vis-à-vis les transgenres urbains) se veut une recherche communautaire collaborative menée par la clinique Planned Parenthood Toronto et l'Université Wilfrid-Laurier. Il consiste à explorer l'effet des diverses formes d'exclusion sociale des jeunes du groupe des gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres et allosexuels. Entre juillet 2009 et juillet 2010, plus de 70 jeunes de ce groupe et 16 fournisseurs de services ont pris part à des groupes de discussion et à des entrevues qui visaient à 1) connaître les diverses expériences des jeunes à l'égard de l'homophobie et de la transphobie, 2) examiner l'effet de ces expériences sur leur santé et leur bien-être émotionnel, 3) fournir un cadre théorique permettant de mettre en contexte les « facteurs de risque » constatés dans un vaste ensemble de documentation empirique, notamment sur la vulnérabilité à une infection par le VIH, et 4) déterminer des stratégies et des interventions visant à améliorer leur santé et leur bien-être. Aux fins de cette présentation, nous tirons un sous-ensemble de données (au nombre de 30) ciblées particulièrement sur les besoins des jeunes du groupe des lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres et allosexuels qui arrivent.

Résultats : Les jeunes lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres et allosexuels qui viennent d'arriver disent avoir fait l'expérience de l'homophobie et de la transphobie tant dans leur pays d'origine qu'à Toronto (même si cette ville est souvent décrite comme un paradis « multiculturel »). Ils disent également faire face

au racisme et à des obstacles systémiques lorsqu'ils veulent accéder à de précieux services à Toronto. « Être gai, lesbienne, bisexuel, transgenre ou allosexuel » au Canada, voulait dire adopter une identité « gaie » selon la culture occidentale, ce qui présentait des risques inhérents à une infection par le VIH, notamment une relative liberté sexuelle (saunas, l'accès à l'alcool et aux drogues, etc.) ainsi qu'aux obstacles linguistiques qui compliquent la négociation de rencontres sexuelles. Les jeunes ont indiqué se sentir seuls, entraînant un besoin de rapprochement. Pour nos participants, ces deux sentiments entraînaient la possibilité de se livrer à des activités sexuelles avec échanges non sécuritaires de fluides corporels.

Conclusions : Du point de vue de « l'intersectionnalité », nos données éclairent les formes particulières et uniques de la vulnérabilité des jeunes arrivants du groupe des gais, des lesbiennes, des bisexuels, des transgenres et des allosexuels face au VIH à Toronto. Leurs idées préconçues d'un paradis canadien multiculturel ont fait place à de nouvelles formes imprévues d'exclusion sociale. Les contextes pertinents de risque étant révélés, des ouvertures à des interventions novatrices contre le VIH sont fournies.

Date : 2009

Bailleur de fonds : Réseau ontarien de traitement du VIH (2009); Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse à la maîtrise – Recherche communautaire sur le VIH/sida : volet général (septembre 2009 à août 2011)

Source : <http://www.ohtn.on.ca/Pages/Funding/Results-All.aspx>

Thèmes : populations transgenres, jeunesse, homophobie, stigmatisme et discrimination, santé mentale, culture

Projet R41 :

The changing HIV/AIDS epidemic: contextual and social structural challenges to sustaining health, safety and well-being

Chercheur principal : Ted Myers, HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit (Unité des études sociales, comportementales et épidémiologiques sur le VIH), Université de Toronto

Résumé : Non disponible

Date : 2008

Bailleur de fonds : Réseau ontarien de traitement du VIH

Source : <http://www.ohtn.on.ca/Pages/Funding/Results-All.aspx>

Thèmes : santé mentale, environnements social et physique

Projet R42 :

The intersection of desire, drugs, and unsafe sexual practices: An ethnographic study of the gay circuit party subculture

Chercheur principal : Patrick O'Byrne, Université d'Ottawa

Résumé : Au cours des dernières années, les raves gais ont grimpé en popularité et les rapports tant isolés que scientifiques indiquent que ces événements ont mené à une forte poussée de consommation de méthamphétamine en cristaux et à une hausse des pratiques sexuelles risquées. À ce titre, on a même évoqué le fait que les raves pourraient être liés à une vaste proportion de nouveaux cas d'infection par le VIH dans la communauté gaie. Pourtant, lorsque ces éléments probants, tant scientifiques qu'isolés, sont utilisés pour concevoir des initiatives de santé publique dans ces rassemblements, la plupart des interventions sont ignorées. De plus, puisque le taux d'échec des programmes de désintoxication de la méthamphétamine en cristaux se situe à 93 %, il est essentiel que des preuves scientifiques soient réunies pour mieux connaître les motivations de ceux qui en font l'usage. Tels que l'illustrent les résultats de l'étude des Instituts de recherche en santé du Canada menée par Holmes et Gastaldo (en 2005 et 2006), un grand nombre d'hommes gais séropositifs et séronégatifs connaissent les risques de leurs pratiques sexuelles et s'y engagent malgré tout. Dans le cadre de ce projet, nous allons tenter de comprendre les raves gais du point de vue d'un initié en utilisant un concept qualitatif (ethnographie) pour établir les motivations des hommes gais qui font usage de drogues et qui s'engagent dans des pratiques sexuelles risquées lors de ces rassemblements, en plus de comprendre l'effet de l'environnement des raves sur l'usage de drogue et sur les pratiques sexuelles.

Dates : Janvier 2007 à septembre 2008

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse de recherche au doctorat IMII VIH/sida et ISFH

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

Thèmes : utilisation de drogues injectables, comportement sexuel, environnements social et physique

Projet R43 :

The molecular epidemiology of primary HIV infections in MSM of Montreal: is there a role for it in public health?

Chercheur principal : John Cox, Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill

Cochercheurs : Michel Alary; Robert Allard; Chris P. Archibald; Gilles Lambert; Pascale Leclerc; Robert S. Remis et Paul A. Sandstrom

Résumé : Les personnes nouvellement infectées par le VIH sont les plus contagieuses en raison des niveaux élevés du virus dans leur sang et dans leur sperme. Elles ignorent souvent leur état infectieux et pourraient continuer d'adopter les mêmes comportements sexuels à risque qui ont entraîné leur infection. Parmi la population d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH), on avance que près de la moitié des nouveaux cas d'infection pourraient survenir pendant cette phase primaire d'infection par le VIH et que la transmission du virus à ce moment aide à maintenir l'épidémie dans cette population. Dans le cadre de la présente étude pilote, nous appliquerons des méthodologies épidémiologiques moléculaires pour lier les séquences de VIH liées aux cas de la phase primaire établis au cours de deux études épidémiologiques des HARSAH à Montréal, entre 1996 et 2005 (*Cohorte Oméga* et enquête *Argus*). Nous déterminerons le niveau de transmission du virus et des grappes de cas d'infection lors de la phase primaire, en plus d'examiner les déterminants socio-démographiques et les comportementaux des grappes de cas. En faisant la démonstration de l'utilité de cette approche et en décrivant possiblement les foyers de VIH à la phase primaire dans ce petit échantillonnage de cas, nous pourrions justifier une étude plus vaste du rôle que jouent ces foyers sur la séropositivité des HARSAH et sur d'autres populations à risque, comme les utilisateurs de drogue injectable, les jeunes vivant dans la rue et les personnes originaires de pays pandémiques. Si les foyers du VIH à la phase primaire s'avèrent un élément important à enraciner l'épidémie de VIH, les programmes de santé publique en prévention pourraient se concentrer sur l'amélioration des taux de diagnostic des personnes à ce stade, sur du counseling et sur la recherche des partenaires pour réduire les risques en temps opportun, en plus d'offrir un traitement précoce au moyen de médicaments antirétroviraux.

Dates : Avril 2006 à mars 2007

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Projet pilote sur le VIH/sida

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

Thèmes : prévention, accès aux services, personnes vivant avec le VIH et le sida, comportement sexuel, biomédical/ clinique

Projet R44 :

Trajectoire d'appropriation des intervenants communautaires d'une intervention de dépistage rapide du VIH offerte aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes dans la région de Montréal

Chercheuse principale : Ludivine Veillette-Bourbeau, Université de Montréal

Résumé : Non disponible

Dates : Septembre 2009 à octobre 2010

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse à la maîtrise – VIH/sida recherche communautaire : volet général

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

Thèmes : dépistage, renforcement de capacité

Projet R45 :

Trans PULSE project: exploring HIV vulnerability in Ontario's trans communities

Chercheuse principale : Greta Bauer, Université de Western Ontario

Cochercheur principal : Robb Travers

Chercheurs associés : Rebecca Hammond; Michelle J. Hancock-Boyce; Matthias Kaay; Rupert Raj; Kyle A. Scanlon et Anna Travers

Résumé : Le VIH ne touche pas tous les groupes de la même manière. Des études de partout en Amérique du Nord indiquent fortement que les communautés transgenres ont des taux d'infection par le VIH plus élevés que prévu. Ceci n'est peut-être pas surprenant vu les preuves que de nombreuses personnes transgenres font l'objet de violence et de discrimination en plus d'avoir des difficultés à accéder aux services les plus élémentaires qui soient. Ceux-ci comprennent l'emploi, les soins de santé et le logement. Il est critique de prendre ces plus grands facteurs en considération lorsqu'on tente de comprendre la présence du VIH dans des groupes marginalisés, comme ceux des communautés transgenres en Ontario. Pour ce faire, les membres de ces communautés, avec des partenaires du Réseau ontarien de traitement du VIH, du Sherbourne Health Centre, du 519 Community Centre, de l'Université de Western Ontario et de TGStation.com, ont créé un projet de recherche intitulé le projet Trans PULSE. Cette initiative utilisera des méthodologies qualitatives et quantitatives pour obtenir le matériel le plus riche possible pour comprendre comment la marginalisation sociale peut entraîner une vulnérabilité à l'égard du VIH dans les communautés transgenres et comment des facteurs sociaux, comme l'accès aux soins de santé de même que la source et la stabilité du revenu, peuvent atteindre la qualité de vie des personnes transgenres qui vivent avec le VIH. Ce projet vise de grandes lacunes au titre des renseignements pertinents et traduit le souhait des membres de la communauté de voir le VIH dans un contexte plus large de vie et d'expérience des transgenres. Le projet réunit un comité d'enquête de huit personnes, dont cinq sont des transgenres, qui ont travaillé à établir les objectifs de la recherche, à concevoir l'étude et à améliorer la participation communautaire afin de veiller à ce que cette recherche soit pertinente aux besoins des communautés transgenres. Le sondage de

la communauté, dans le cadre duquel des transgenres provenant de trois collectivités différentes en Ontario ont discuté de leurs expériences entourant les soins de santé et le risque lié au VIH, a été important pour façonner la recherche.

Dates : Avril 2007 à mars 2010

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Subvention de fonctionnement

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

Thèmes : accès aux services, populations transgenres, homophobie, stigmatisation et discrimination

Projet R46 :

Understanding HIV testing, status, condom use and other risky behaviours of First Nations two-spirited men and women from a sociobehavioural perspective using sexual attitudes and sexual scripts

Chercheur principal : Nathan J. Lachowsky, Université de Guelph

Résumé : Le VIH/sida constitue un problème de santé majeur à l'échelle mondiale, qui a atteint de manière disproportionnée la population canadienne (58 000 personnes vivaient avec le VIH/sida en 2005, une augmentation de 16 % par rapport à 2002). On attribue aux facteurs sociaux, économiques et comportementaux les taux les plus élevés dans certaines populations. Bien que les peuples des Premières nations ne représentent que 3,3 % de la population au Canada, leurs taux d'infection par le VIH sont disproportionnés, comptant entre 6 et 12 % de nouveaux cas par année. Même si la majorité d'entre eux reconnaît que le VIH/sida constitue un sérieux problème au pays, les taux d'infection continuent de grimper. La majorité des cas de VIH/sida (58 %) et des nouveaux cas d'infection (40 %) se trouvent dans la catégorie des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). On estime qu'environ 30 % des personnes séropositives ignorent leur état. Les peuples des Premières nations utilisent le terme « bispirituel » pour qualifier les personnes dont les genres sont mixtes et qui auraient été qualifiées autrement de personnes gaies, bisexuelles ou allosexuelles. La recherche sur les bispirituels est limitée et sous-représentée, particulièrement dans le domaine de la santé. Il est important de comprendre les différences de perception, d'attitude et de rôles entre les groupes des Premières nations et les autres, particulièrement concernant la pratique et le risque sexuels. L'étude proposée ici enquêtera sur les questions liées au VIH/sida parmi les populations bispirituelles des Premières nations comparées aux attitudes et aux pratiques des autres groupes du même genre. Elle comprendra une analyse tant quantitative que qualitative des attitudes et des activités sociocomportementales. Les données sur le taux de dépistage, l'état, l'usage du condom et sur d'autres comportements à risque seront colligées et comparées parallèlement à une analyse thématique qualitative liée aux attitudes et aux scénarios sexuels.

Dates : Septembre 2010 à août 2011

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse à la maîtrise – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best

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

Thèmes : dépistage, populations autochtones, comportement sexuel

Projet R47 :

Unsafe sexual practices in public spaces: An ethnographic study of bareback sex in gay bath houses

Chercheur principal : Dave Holmes, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa

Cochercheuse : Denise Gastaldo

Résumé : Même si on rapporte des relations sexuelles non protégées depuis le début de l'épidémie de VIH/sida, l'hypothèse sous-jacente indique que la plupart des hommes bisexuels ne recherchent pas intentionnellement les relations sexuelles anales non protégées. Les résultats d'une enquête qualitative récente (Holmes, en 2003) démontrent que les relations anales non protégées volontaires chez les hommes gais et bisexuels séropositifs et séronégatifs se produisent fréquemment dans les lieux publics, comme les saunas. Selon certains articles publiés dans des journaux non spécialisés, les hommes gais et bisexuels s'adonnent à de telles pratiques pour diverses raisons : accroissement du plaisir sexuel, sentiment de vraie communion et d'intimité avec leur partenaire, excitation sexuelle à l'idée de transgresser les recommandations des organismes de santé publique et des campagnes de prévention contre le VIH, lien symbolique par l'échange de sperme entre les partenaires et, enfin, les nouveaux traitements dans la bataille contre le sida (Scarce, en 1998). La compréhension actuelle (épidémiologique) des pratiques sexuelles non sécuritaires ne tient pas compte de plusieurs dimensions socio-culturelles et psychologiques que nous aimerions explorer d'un point de vue ethnographique. Nous sommes d'avis que les études antérieures, même si elles sont utiles et jettent un peu d'éclairage, passent à côté de l'élément le plus essentiel, celui qui motive la pratique du sexe non protégé. Il est nécessaire de mieux saisir les motivations à cet égard et la représentation du risque lié à la pratique de relations anales non protégées par les hommes gais et bisexuels fréquentant les saunas pour en arriver à la mise en œuvre d'interventions de la part des fournisseurs de services de soins de santé qui soient davantage adaptées aux besoins de cette population.

Dates : Avril 2004 à mars 2006

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada

Source : Base de données des Instituts de recherche en santé du Canada Subvention de fonctionnement – Annonce de priorité : Initiative de recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

Thèmes : prévention, comportement sexuel, environnements social et physique

Projet R48 :

Willingness of men who have sex with men (MSM) and injection drug users (IDUs), both HIV-ve and HIV+ve, to take part in a vaccine preparedness study (VPS) and a hypothetical vaccine study

Chercheuse principale : Shayesta Dhalla, Université de Colombie-Britannique

Résumé : Le taux d'infection par le VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) et les utilisateurs de drogues injectables en Colombie-Britannique est faible selon les normes internationales, mais généralement plus élevé que dans les autres groupes à risque en Amérique du Nord. Il est suffisamment élevé pour considérer une étude sur la vaccination, mais d'abord, une étude sur l'état de préparation des sujets à la vaccination est nécessaire. Dans cette étude, nous allons nous concentrer sur les HARSAH et sur les utilisateurs de drogues injectables en Colombie-Britannique, tant chez les séronégatifs que chez les séropositifs. Après avoir obtenu un consentement éclairé, les différences entre les personnes refusant une vaccination et celles l'acceptant seront examinées. Des variables sociodémographiques à analyser seront l'âge, le genre, la race ou l'ethnicité, l'usage de programmes d'échange de seringues et les sites d'injection sécuritaires, le partage de seringues, un dédommagement pour les utilisateurs de drogues injectables, la prostitution, les personnes réceptives aux relations anales avec un partenaire séropositif ou dont l'état est inconnu, un nombre de partenaires plus élevé que cinq (au cours des six derniers mois). Les variables cliniques comprendront la numération des lymphocytes T-CD4, la charge virale, le nombre d'injections et la situation de l'anticorps anti-VIH. Nous évaluerons également la volonté des répondants de participer dans une hypothétique étude sur la vaccination. Un suivi sera effectué 6 et 12 mois plus tard. Cette démarche permettra de déterminer les personnes voulant participer à l'étude sur l'état de préparation à une vaccination et à l'étude de vaccination qui se présentent au suivi, les personnes qui ne veulent pas participer mais qui se présentent au suivi,

les personnes qui refusent le suivi et les personnes qui changent d'idée. En outre, nous allons déterminer s'il y a un nombre suffisant de gens pour participer à l'étude sur la vaccination, de manière à ce que le risque indirect potentiel lié au VIH soit moindre pour le reste de la population.

Dates : Septembre 2005 à août 2008

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada – Bourse nouveau chercheur pour la recherche – AP : services/population sur le VIH/sida Recherche sur le VIH/sida – Volet services de santé/santé des populations

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

Thèmes : prévention, utilisation de drogues injectables, personnes vivant avec le VIH/sida, comportement sexuel

Annexe C – Stratégie actuelle de lutte contre le VIH/sida chez les hommes gais, bisexuels, bispirituels et chez les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

ANNEXE C – STRATÉGIE ACTUELLE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA CHEZ LES HOMMES GAIS, BISEXUELS, BISPIRITUELS ET AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES

Les renseignements suivants, y compris la liste des programmes financés à l'échelle nationale du Réseau régional sur le VIH/sida (RRVS), ont été recueillis auprès du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida et de l'Agence de la santé publique du Canada, et sur les sites Web du Bureau de santé publique de Toronto et de Santé publique Ottawa.

STRATÉGIES NATIONALES ET PROVINCIALES AXÉES SUR LES HOMMES GAIS ET LES AUTRES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES (HARSAH)

ÉCHELLE NATIONALE

Il n'existe aucune stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida chez les hommes gais et les autres HARSAH. Toutefois, l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* indique que les hommes gais constituent l'une des huit principales populations à risque ou touchées de façon disproportionnée par le VIH/sida. L'initiative a été élaborée en tant que réponse du gouvernement du Canada au document *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida*, un document préparé par des intervenants et traçant les grandes lignes d'une approche nationale coordonnée de lutte contre le VIH/sida au Canada. Le document souligne l'importance de la participation communautaire à la stratégie d'intervention et la nécessité d'offrir des services et des programmes adaptés aux différentes cultures, aux différents groupes d'âge et aux hommes ou aux femmes.

ÉCHELLE PROVINCIALE

Atlantique

Aucune stratégie abordant de façon spécifique la lutte contre le VIH/sida chez les hommes gais et les autres HARSAH n'a été répertoriée dans les provinces de l'Atlantique (Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick). Toutefois, il existe des stratégies de lutte contre le VIH/sida de niveau provincial dans deux de ces provinces :

La stratégie sur le VIH/sida pour l'Île-du-Prince-Édouard Acceptance and Action a été élaborée dans les années 1990 et n'a pas été mise à jour depuis.

La stratégie sur le VIH/sida de la Nouvelle-Écosse indique que les HARSAH sont particulièrement exposés au risque de contracter le VIH/sida; toutefois, aucune activité particulière n'a été relevée dans la stratégie pour répondre aux besoins de cette population.

http://www.gov.ns.ca/health/reports/pubs/HIV_Aids_strategy.pdf

Québec

Dans les suites du *Cadre de référence pour la prévention de la transmission de l'infection au VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes* produit en 1999 et de la publication du Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang, un document soulignant la démarche des états généraux HARSAH et des actions à renforcer pour la prévention du VIH et des autres ITSS auprès des cette population sera publié.

Ontario

La stratégie *HIV/AIDS Strategy for Ontario to 2008*, qui fait actuellement l'objet d'un remaniement, demande qu'on tienne compte des déterminants sociaux de la santé dans les interventions auprès des hommes gais séropositifs et séronégatifs. Dans cette stratégie, on réclame également la création d'une stratégie provinciale pour orienter l'élaboration en cours des programmes destinés aux hommes gais, ce qui a mené à la création de l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais.

Manitoba

Aucune stratégie abordant de façon spécifique la lutte contre le VIH/sida chez les hommes gais et les autres HARSAH n'a été répertoriée au Manitoba. Cependant, Santé Manitoba et le ministère de la Vie saine, des Aînés et de la Consommation codirigent le processus d'élaboration d'une stratégie provinciale complète, coordonnée et fondée sur des preuves scientifiques sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang pour les années 2012 à 2017. Cette approche stratégique à l'échelle provinciale intègre le VIH dans la stratégie générale de prévention, de traitement et de surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang afin de répondre aux besoins des groupes de la population vulnérables et à risque élevé, dont les hommes gais et les autres HARSAH font partie. Le processus de développement participatif de la stratégie est le résultat de collaborations importantes entre différents partenaires et intervenants à l'échelle communautaire, régionale, provinciale et fédérale. La stratégie inclura la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, l'hépatite B, l'hépatite C, le VPH et le VIH. La stratégie mise à jour vise à créer une stratégie d'intervention provinciale plus coordonnée afin de réduire la fréquence et la transmission des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Manitoba.

Saskatchewan

Aucune stratégie abordant de façon spécifique la lutte contre le VIH/sida chez les hommes gais et les autres HARSAH n'a été répertoriée en Saskatchewan. Toutefois, la stratégie de la *Saskatchewan sur le VIH pour les années 2010 à 2014* indique que les HARSAH sont particulièrement exposés au risque de contracter le VIH/sida. L'une des activités recommandées dans le cadre du volet de participation et de leadership communautaire est de créer des réseaux de pairs regroupant des personnes

vivant avec le VIH au sein d'un certain nombre de populations touchées, dont les hommes bispirituels et les autres HARSAH.

<http://www.health.gov.sk.ca/hiv-strategy-2010-2014>

Alberta

Aucune stratégie abordant de façon spécifique la lutte contre le VIH/sida chez les hommes gais et les autres HARSAH n'a été répertoriée en Alberta. Toutefois, le document *Alberta Sexually Transmitted Infections (STI) and Blood Borne Pathogens (BBP) Strategy and Action Plan 2011 – 2016* (stratégie et plan d'action pour lutter contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang) indique que les hommes gais et les autres HARSAH sont particulièrement exposés au risque de contracter le VIH/sida en Alberta. La stabilisation du taux de nouveaux cas de VIH dans cette population d'ici 2016 constitue l'un des objectifs de ce plan d'action.

<http://www.health.alberta.ca/documents/STI-BBP-Plan-2011.pdf>

Colombie-Britannique

Aucune stratégie abordant de façon spécifique la lutte contre le VIH/sida chez les hommes gais et les autres HARSAH n'a été répertoriée en Colombie-Britannique. Toutefois, la stratégie *Priorities for Action in Managing the Epidemics: HIV/AIDS in BC, 2003 – 2007* (mesures prioritaires dans la gestion des épidémies : VIH/sida) avait pour objectif de réduire de moitié la fréquence des infections au VIH parmi les populations à risque, y compris les hommes gais et les autres HARSAH, en l'espace de cinq ans. Vous pouvez trouver ce document au lien suivant (en anglais seulement) : <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/annualrpts/pfa/hivpriorities.pdf>. Les hommes gais et les autres HARSAH demeurent un groupe cible important du projet pilote actuel sur le VIH en Colombie-Britannique, *Seek and Treat to Optimally Prevent HIV (STOP HIV)* (prévention optimale du VIH par le dépistage et le traitement). Ce projet pilote a pour objectif de rejoindre plus facilement les groupes vulnérables et difficilement accessibles de Vancouver et de Prince George et d'augmenter le niveau de participation de ces groupes en ce qui a trait à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et aux soins de santé. De plus, plusieurs stratégies régionales incluent les hommes gais et les autres HARSAH dans les populations particulièrement exposées au risque de contracter le VIH :

Vancouver Coastal Health : Le *Vancouver Community HIV/AIDS Strategic Plan 2007 – 2012* (plan stratégique de lutte contre le VIH/sida de la communauté de Vancouver) considère l'augmentation des activités de prévention du VIH pour les hommes gais et les autres HARSAH comme l'une des cinq priorités stratégiques du plan, puisque la plupart des nouveaux cas d'infection au VIH signalés dans la région surviennent dans cette population.

Vancouver Island Health Authority : Le document *Closing the Gap – Integrated HIV/AIDS and Hepatitis C Strategic Directions for Vancouver Island Health Authority, 2006/07-2008/09* (directives stratégiques intégrées pour le VIH/sida et l'hépatite C) inclut les hommes gais et les autres HARSAH dans les principales populations fortement exposées au risque de contracter le VIH ou l'hépatite C.

<http://www.viha.ca/NR/rdonlyres/90755627-1758-4A5C-A446-16D26CB680C7/0/ClosingtheGapJuly252006.pdf>

Interior Health : Le document *Interior Health's Action Plan for Blood-Borne Pathogens, 2006 – 2009 – Embracing a Healthy Future* (plan d'action pour les infections transmissibles par le sang) considère les hommes gais et les autres HARSAH comme une population particulièrement exposée au risque d'infection au VIH.

http://www.interiorhealth.ca/uploadedFiles/Information/Reports/Reviews,_Backgrounders_and_Planning_Documents/InteriorHealthActionPlanforBloodBornePathogens06to09.pdf

Provincial Health Services Authority : Le document *Collaborating for Action – Provincial Health Services Authority HIV/AIDS Strategic Framework* (mesures collaboratives – cadre stratégique pour le VIH/sida) inclut les hommes gais et les autres HARSAH dans les populations particulièrement exposées au risque d'infection au VIH.

<http://www.phsa.ca/NR/rdonlyres/B7E903CF-EAC9-4AF9-AA7C-067DA752308E/0/COLLABORATINGFORACTIONFINAL1.pdf>

Nord

Aucune stratégie abordant de façon spécifique la lutte contre le VIH/sida chez les hommes gais et les autres HARSAH n'a été répertoriée au Nunavut, aux Territoires du Nord-Ouest ou au Yukon.

Nunavut : Aucune stratégie axée sur la lutte contre le VIH/sida n'a été répertoriée.

Territoires du Nord-Ouest : Le document *Sexually Transmitted Infections: Strategic Directions Document* (directives stratégiques sur les infections transmissibles sexuellement) ne mentionne pas les hommes gais ni les autres HARSAH. http://www.hlthss.gov.nt.ca/pdf/reports/diseases_and_conditions/2005/english/nwt_sti_strategic_directions.pdf

Yukon : Aucune stratégie axée sur la lutte contre le VIH/sida n'a été répertoriée.

RÉSEAUX, COALITIONS ET ORGANISMES CONSULTATIFS AXÉS SUR LES POPULATIONS DISTINCTES

Atlantique

Aucune coalition, aucun réseau ni aucun organisme consultatif ciblant les hommes gais et les autres HARSAH n'ont été répertoriés dans les provinces de l'Atlantique (Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick).

Québec

COCQ-SIDA, le réseau québécois des organismes de lutte contre le sida, a mis sur pied un grand nombre de comités; l'un de ces comités est axé sur les hommes gais et les HARSAH. Le rôle de ces comités est de répertorier les projets de formation et de partage de connaissances, de même que les outils d'intervention et de communication, en fonction des besoins des intervenants œuvrant auprès de ces communautés. Les comités travaillent en amont pour créer et répertorier les stratégies d'intervention novatrices qui tiennent compte des nouvelles connaissances dans ce domaine. Les comités aident la COCQ-SIDA à garder un contact avec le milieu et avec les intervenants, en plus d'établir un réseau en mettant en commun leur expérience. Tous les comités tiennent compte des expériences uniques des membres de ces communautés et des défis individuels auxquels ils font face. Leur travail implique autant la prévention que le soutien aux gens vivant avec le VIH.

Ontario

L'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais est une coalition provinciale d'hommes gais et de leurs alliés provenant d'organismes de services liés au sida, de bureaux de santé publique, de chercheurs sur le VIH, de décideurs et d'autres membres de la communauté. Elle se charge de la coordination et de la communication et offre les services d'intervenants pour la stratégie et la sensibilisation par l'entremise d'organismes de lutte contre le sida axés sur la communauté partout en Ontario. L'Alliance a pour mission de promouvoir une stratégie d'intervention systémique, éclairée, uniforme, efficace et fondée sur des preuves pour répondre aux besoins en matière de santé sexuelle des différentes communautés d'hommes gais, bisexuels et d'autres HARSAH à risque pour ce qui est du VIH ou des autres infections transmissibles sexuellement (ITS) ou ayant contracté l'une de ces maladies. Elle vise à réduire la propagation du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et à améliorer la santé et le bien-être généraux des hommes gais, bisexuels, et des autres HARSAH. La stratégie de l'Alliance préconise une démarche en matière de santé sexuelle qui est ouvertement gaie, positive et qui intègre la réduction des risques et des dommages. L'Alliance a mis sur pied de nombreux groupes de travail (décrits au chapitre 6), dont : un organisme consultatif provincial, un groupe de travail sur la campagne de dépistage du VIH pour les hommes gais et bisexuels, un groupe de travail sur les hommes gais, bisexuels, homosexuels et transgenres, un groupe de travail sur la prévention Poz et des groupes de travail pour les tâches précises d'une durée limitée (par exemple, un groupe de travail sur les campagnes et un comité de planification du sommet de l'Alliance).

Le groupe de travail pour hommes gais, bisexuels et HARSAH francophones est chargé d'offrir un appui à l'élaboration de stratégies visant à améliorer les services offerts aux hommes gais, bisexuels et aux autres HARSAH francophones vivant avec le VIH en Ontario.

Le Bureau de lutte contre le sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario coordonne une série de processus d'élaboration des politiques pour contrer le problème du VIH et les autres problèmes de santé sexuelle touchant les hommes gais (campagne de dépistage pour les hommes gais, travaux pour faire avancer le dépistage de la dysplasie anale et du cancer anal, travaux pour lutter contre la syphilis chez les hommes gais dans la province, etc.).

Manitoba

La coalition des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres, bispirituelles est composée d'un certain nombre d'organismes communautaires ayant acquis une vaste expérience de travail auprès des hommes gais, bisexuels et des autres HARSAH par l'entremise d'activités de sensibilisation et de marketing social. La coalition a récemment reçu du financement pour mettre sur pied des ressources éducatives et des ressources de sensibilisation visant à réduire les nouveaux cas de syphilis, par exemple en diffusant plus largement le message d'éducation et de prévention sur les infections transmissibles sexuellement et le VIH.

Saskatchewan

Aucune coalition, aucun réseau ni aucun organisme consultatif ciblant les hommes gais et les autres HARSAH n'ont été répertoriés.

Alberta

Aucune coalition, aucun réseau ni aucun organisme consultatif ciblant les hommes gais et les autres HARSAH n'ont été répertoriés.

Colombie-Britannique

Aucune coalition, aucun réseau ni aucun organisme consultatif ciblant les hommes gais et les autres HARSAH n'ont été répertoriés.

Un sommet sur la santé des hommes gais est organisé par le centre de recherche communautaire de Vancouver, en Colombie-Britannique. Le sommet rassemble des membres de la communauté, des chercheurs et des représentants de tous les paliers du gouvernement à l'échelle provinciale et nationale dans le but d'améliorer l'état de santé et le bien-être des hommes gais.

Nord

Aucune coalition, aucun réseau ni aucun organisme consultatif ciblant les hommes gais et les autres HARSAH n'ont été répertoriés.

ORGANISMES PARTICIPANT À LA MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES ET DES PROJETS D'UNE DURÉE LIMITÉE (2006 – 2010) LIÉS AU VIH/SIDA CHEZ LES HOMMES GAIS ET LES AUTRES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES (HARSAH)

ÉCHELLE NATIONALE

Société canadienne du sida (SCS) :

Projet G1 : Le forum du RéseauGai est une composante du plan de travail dans le cadre du projet de financement national des stratégies de lutte contre le VIH/sida du secteur bénévole pour le VIH/sida de la Société canadienne du sida. En collaboration avec la Fédération canadienne des étudiantes et étudiants, la Société a pour objectif de déterminer le processus qui permettrait d'établir un réseau étudiant pancanadien.

www.cdnmaids.ca

CATIE :

Projet G2 : Le projet sur la santé sexuelle des hommes gais vise à faciliter la création d'une plate-forme nationale destinée aux prestataires de services pour qu'ils puissent y partager des idées, de l'information, des expériences et les pratiques exemplaires associées au VIH, ainsi que les besoins en matière de santé générale ou de santé sexuelle des hommes gais, bisexuels ou des autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH).

www.catie.ca

ATLANTIQUE

AIDS Coalition of Cape Breton :

Projet G3 : Offre des ateliers destinés aux hommes gais, notamment des ateliers sur l'homophobie et la santé des allosexuels.

Projet G4 : Le programme Making Queer Youth Matter vise à offrir des formations éducatives aux prestataires de services œuvrant auprès des jeunes, sur des sujets tels que la transphobie, l'homophobie et la prévention du suicide, ainsi que des formations sur l'animation de petits groupes.

Projet G5 : Le programme Sydney Transgender Access, Resource & Support (S.T.A.R.S.) offre un environnement de soutien à l'ensemble des personnes transgenres.

<http://accb.ns.ca/>

Coalition SIDA de la Nouvelle-Écosse :

Projet G6 : Offre des ressources éducatives, y compris de l'information sur la santé mentale, la gestion du stress et l'abandon du tabac, la gestion d'un poids santé, l'exercice et la nutrition, l'évaluation de la prévention des maladies et les vaccins contre l'hépatite A et B, ainsi que des références vers des professionnels ouverts aux personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et intersexuelles.

Projet G7 : Programme spécifique axé sur les hommes gais séropositifs.

Projet G8 : Dans le cadre des initiatives de développement de sa communauté, la coalition sur le sida de la Nouvelle-Écosse offre des programmes visant à augmenter le niveau de sensibilisation et d'éducation par rapport au VIH/sida parmi les organismes, la communauté et les prestataires de services. La coalition offre entre autres des ateliers sur la santé des hommes gais.

Projet G9 : Le programme PrideHealth, en collaboration avec la Coalition sur le sida de la Nouvelle-Écosse, offre de l'information sur la santé mentale, la gestion du stress et l'abandon du tabac, la gestion d'un poids santé, l'exercice et la nutrition, la prévention des maladies et les vaccins contre l'hépatite A et B, ainsi que des références vers des professionnels ouverts aux personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et intersexuelles.

<http://acns.ns.ca/>

Comité sur le SIDA de la province de Terre-Neuve-et-Labrador :

Projet G10 : Le projet GUYZ a pour objectif d'accroître le niveau de connaissances et de sensibilisation des jeunes hommes gais et des prestataires de services dans la région de St. John's en ce qui a trait au VIH, au VHC et aux infections transmissibles sexuellement.

<http://www.acnl.net/>

SIDA Moncton :

Projet G11 : Soutien individuel et services d'aiguillage vers d'autres professionnels, organismes ou groupes de soutien.

Projet G12 : Ateliers d'éducation publique sur l'homophobie, sur l'orientation sexuelle et sur la création de milieux sécuritaires pour les jeunes personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, transsexuelles, bispirituelles et en questionnement. <http://www.sida-aidsmoncton.com/>

Service de santé publique du Nouveau-Brunswick :

Projet G13 : Campagne de sensibilisation aux relations sexuelles sécuritaires et de marketing social sur la syphilis ciblant les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) et facilitation de l'accès au dépistage de la syphilis (dépistage du VIH également recommandé).

QUÉBEC**SIDA Bénévoles Montréal :**

Projet G14 : Le projet Kontak est un projet offrant aux hommes gais et aux autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) des documents de sensibilisation consacrés aux stratégies de réduction des risques.

Projet G15 : ATOMc est une stratégie axée sur les pairs visant à encourager le dépistage du VIH et des infections transmissibles sexuellement chez les hommes gais et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH).

<http://accmontreal.org/>

Bureau régional d'action Sida Outaouais (BRAS) :

Projet G16 : Formation des intervenants de différents milieux sur des sujets comme la démythification de l'homosexualité, le travail de rue, etc.

Projet G17 : Le projet Jeunesse Idem a pour objectif de répondre aux besoins des jeunes qui ont du mal à accepter leur orientation sexuelle. Les services comprennent des ateliers, des rencontres en groupes, des rencontres individuelles, ainsi que du soutien, de l'aide et de l'information en ligne ou par téléphone.

<http://www.jeunesseidem.com/qui-sommes-nous/services.html>

C.A.C.T.U.S. Montréal :

Projet G18 : Activités et groupes de soutien offerts et organisés par des personnes transgenres.

Projet G19 : Programme de sensibilisation des travailleurs du sexe offert par d'autres travailleurs du sexe sous la forme de soutien, de documents de prévention et de références vers d'autres services.

Projet G20 : Services d'éducation et d'information offerts aux professionnels de la santé et du service social concernant la transsexualité.

Projet G21 : Information au sujet des aspects médicaux, sociaux et économiques du processus de transition (d'homme à femme et de femme à homme).

<http://www.cactusmontreal.org/fr/astteq.html>

Coalition Sida des Sourds du Québec :

Projet G22 : Information sur la santé sexuelle et la prévention à l'intention des hommes sourds ayant des relations sexuelles avec des hommes.

<http://www.cssq.org/francais/prevention-prog-fr.html>

CSSS du Grand Littoral :

Projet G23 : Le programme Parc des Chutes offre des activités de sensibilisation hebdomadaires à l'intention des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) (dépistage des infections transmissibles sexuellement, prévention, soutien au partenaire, dépistage individuel, services de consultation et promotion de la santé, possibilité de recevoir des services de consultation pour d'autres problèmes tels que la dépendance à la nicotine, la toxicomanie et la santé mentale).

IRIS Estrie :

Projet G24 : Projet de parrainage : par l'entremise d'un soutien offert par les pairs, ce projet vise à démythifier l'homosexualité, à aborder le problème de la vulnérabilité et des risques et à sensibiliser les gens aux risques liés à l'infection au VIH.

<http://iris-estrie.com/>

Maison Plein Cœur :

Projet G25 : Entraide Positive est un projet de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang qui s'adresse aux hommes gais et aux autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) vivant avec le VIH.

<http://www.maisonpleincoeur.org/service.php?s=&lang=f>

MIELS Promotion de la santé :

Projet G26 : Le programme Du latex mur à mur fournit des condoms et de l'information sur le VIH et sur les autres infections transmissibles sexuellement dans les établissements fréquentés par les hommes gais. Un autre volet de ce projet est mis en œuvre en période estivale par l'entremise du Projet Parcs.

Projet G27 : L'atelier Phoenix offre des ateliers sur la réduction des comportements sexuels à risque à l'intention des hommes gais et des autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) adultes.

Projet G28 : Ce projet a pour objectif d'offrir aux jeunes des formations de base sur le VIH/sida, les infections transmissibles sexuellement et les comportements à risque. D'autres sujets sont abordés, par exemple la contraception, la démythification de l'homosexualité, la prévention de la violence dans les relations romantiques et le travail du sexe.

Projet G29 : Le projet PRISME propose des services d'orientation et des groupes de soutien animés par les pairs.

<http://www.miels.org/vous-etes-seronegatif/projets-jeunesse>

Le Miens :

Projet G30 : Le programme *Mascu-lien* offre de l'information sur l'infection au VIH, notamment sur les méthodes de transmission et les facteurs de risque. Il vise également à éduquer les gens sur des pratiques sexuelles sécuritaires et à encourager une attitude de solidarité et de compassion vis-à-vis des pairs.

<http://www.lemiens.com/education.php>

Mouvement d'Aide et d'INformation Sida (MAINS) :

Projet G31 : Travailler auprès des HARSAH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) – La tâche principale du travailleur est de faire de la prévention et de fournir de l'information sur le VIH/sida. Ce travail se fait dans les milieux où se retrouve la clientèle d'HARSAH à Rimouski. Le travailleur est amené à traiter de la question des infections transmissibles sexuellement, de l'homosexualité, de la relation de couple, de l'estime de soi et de tout autre sujet au cœur de la vie des HARSAH.

<http://www.mainsbsl.qc.ca/nouveautes.php?id=40>

Le Néο :

Projet G32 : Offre de l'information sur l'homophobie, sur l'orientation sexuelle et sur la santé sexuelle aux jeunes du secondaire dans le but d'améliorer la qualité de vie des jeunes allosexuels.

<http://www.le-neo.com/orientation.html>

RÉZO :

Projet G33 : Offre des activités promotionnelles et des kiosques d'information à l'intention des groupes cibles et du public général à l'échelle régionale, provinciale et nationale.

Projet G34 : Le programme Travailleurs du sexe a pour objectif d'améliorer les conditions de vie des travailleurs du sexe et offre des services d'information, de soutien et d'orientation.

Projet G35 : Groupes de soutien pour les hommes gais leur permettant de partager leurs expériences. D'autres services de soutien sont offerts par du personnel qualifié, notamment des services de consultation, d'aiguillage, d'orientation et d'information sur l'ensemble des questions liées à la santé et au bien-être des hommes gais et bisexuels. Ce soutien est offert dans les locaux de l'organisme, par téléphone, en ligne et dans différents milieux sociaux, par exemple les bars ou les saunas.

Projet G36 : Offre des séances d'information sur le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement. Des vaccins contre l'hépatite A et B sont également offerts dans les lieux fréquentés par les hommes gais et bisexuels (p. ex. bars, saunas, peep-shows, clubs érotiques, etc.) en collaboration avec des partenaires du réseau de la santé (centres de services sociaux et de soins de santé et cliniques médicales).

Projet G37 : Le projet de recherche SPOT offre des services de dépistage du VIH rapides et anonymes aux hommes gais et bisexuels à Montréal.

Projet G38 : L'enquête « Êtes-vous satisfait? » est une étude visant à comprendre les problèmes de santé qui touchent les hommes gais et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH).

Projet G39 : Distribution de documents sur la prévention dans différents environnements sociaux et établissements commerciaux de la communauté.

Projet G40 : Internet et Intervention en ligne : un site Web est consacré aux jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) et cherchant de l'information et des services en lien avec la santé des hommes gais, les pratiques sexuelles sécuritaires, les infections transmissibles sexuellement et le VIH/sida.

www.rezosante.org

Sidaction Trois-Rivières :

Projet G41 : Interventions dans des parcs et dans d'autres lieux sociaux afin de fournir aux hommes gais et aux autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) des trousses, des condoms et de l'information connexe dans le but de prévenir la transmission du VIH, de l'hépatite et des autres infections transmissibles sexuellement.

www.sidavielaval.org

Sida-Vie Laval :

Projet G42 : Le projet Apollon organise des activités de sensibilisation lors des fêtes techno, dans les parcs et dans les saunas.

<http://www.vih.org/reseau/sida-vie-laval>

ONTARIO

2-Spirited People of the 1st Nations :

Projet G43 : Services de consultation (avant et après le dépistage du VIH) individuels, en famille ou en compagnie d'un ami ou d'un partenaire, services d'assistance judiciaire.

Projet G44 : Éducation sur la prévention du VIH/sida.

www.2spirits.com

Le 519 Church Street Community Centre :

Projet G45 : Le projet de formation Getting Primed, qui s'adresse aux intervenants en matière de prévention du VIH, est axé sur les besoins uniques des hommes transgenres ayant des relations sexuelles avec des hommes. Le groupe a créé à l'intention des hommes transgenres un document sur la santé sexuelle intitulé Primed: The Back Pocket Guide for Transmen and the Men Who Dig Them (guide de poche à l'intention des hommes transgenres et de leurs partenaires), en collaboration avec l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais.

www.the519.org/programsservices/transprograms/gettingprimed

Access – Le réseau du sida :

Projet G46 : Offre le programme de santé sexuelle Healthy Sexuality, axé sur les jeunes et sur les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). D'autres populations clés y participent également. Parmi les activités offertes, nommons les ateliers bilingues sur les comportements sexuels sécuritaires destinés aux jeunes HARSAH et aux personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenres, aux prestataires de services et aux enseignants du primaire et du secondaire, ainsi que le programme bénévole encourageant la diffusion d'information sur les comportements sexuels sécuritaires par voie électronique.

www.accessaidsnetwork.com/programs/healthy-sexuality

Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO) :

Projet G47 : Offre des dépliants, des brochures et des publications au sujet des hommes gais de race noire.

www.accho.ca

Africains (es) unis (es) contre le SIDA :

Projet G48 : Le Gay Men's Outreach Program mène une campagne de sensibilisation dans les bars, les clubs et les fêtes, les saunas, en ligne et en d'autres lieux fréquentés par les hommes africains gais ou bisexuels, et par ceux considérés comme hétérosexuels, mais ayant des relations sexuelles avec des hommes.

http://www.apaa.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=111:community-outreach&catid=47:community&Itemid=70

AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo & Area/Éducation de la collectivité :

Projet G49 : Offre des ateliers sur l'homophobie à la collectivité, y compris dans les écoles.

Projet G50 : Offre la possibilité de faire partie d'un groupe de jeunes lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, allosexuels et en questionnement.

www.acckwa.com/en/?page_id=76

AIDS Committee of Durham Region :

Projet G51 : Activités de sensibilisation au sein de la communauté dans les boîtes de nuit et les collèges locaux, et lors des événements sociaux et des événements parrainés par le comité.

Projet G52 : Information sur l'affirmation de son identité, le tatouage et le perçage corporel, la toxicomanie et les infections transmissibles sexuellement, dont le VIH/sida.

http://www.aidsdurham.com/gay_health.html

AIDS Committee of Guelph and Wellington County/Wellington and Grey Bruce Rural :

Projet G53 : Le réseau GBTQ Men's Network offre des séances libres d'information aux hommes gais, bisexuels, transgenres, allosexuels et en questionnement de plus de 19 ans. www.aidsguelph.org/harm-reductionoutreach1

AIDS Committee of London :

Projet G54 : Groupe de discussion sur les comportements sexuels sécuritaires offrant de l'information à ce sujet, ainsi que du soutien, des références et des questions et réponses en ligne. Ce service offre la possibilité de clavarder avec des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) à l'adresse gay.com et squirr.org.

Projet G55 : Activités de sensibilisation dans les saunas à l'intention des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH).

Projet G56 : Groupe de soutien hebdomadaire composé de membres du personnel et de bénévoles et s'adressant aux jeunes gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres et bispirituels à London.

Projet G57 : Information et éducation au sujet des pratiques sexuelles sécuritaires et du VIH/sida.

www.aidslondon.com

Le Comité du sida d'Ottawa :

Projet G58 : Le projet Gay Men's Health and Wellness – Dans le cadre de l'initiative Gay Men's Wellness Initiative (GMWI) à Ottawa, le Comité du sida d'Ottawa organise diverses activités de sensibilisation en faisant la promotion de la santé et du bien-être des hommes gais dans les saunas, les bars, les sites Web et les lieux publics locaux fréquentés par les hommes gais et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH), de même que lors des événements spéciaux.

www.aco-cso.ca/preventionoutreach.htm

AIDS Committee of Simcoe County :

Projet G59 : Éducation et prévention sous forme de représentations théâtrales à l'intention des gens de Simcoe County. L'homophobie et l'hétérosexisme font partie des sujets abordés.

Projet G60 : Le bulletin d'information GOSSIP offre de l'information sur les problèmes de santé, les tendances actuelles et les calendriers des événements et propose des liens vers d'autres renseignements présentant un intérêt particulier pour la communauté gaie.

<http://www.acsc.ca/gay-man-msm-info.php>

AIDS Committee of Toronto (ACT) :

Projet G61 : Services communautaires aux gens de langue portugaise – ce programme de sensibilisation et de prévention offert par les pairs cible les lieux et les événements fréquentés par la communauté, de même que les saunas. Des documents sur les pratiques sexuelles sécuritaires sont distribués dans plus de 30 lieux fréquentés par la communauté. Le programme de gestion de cas offre un soutien aux gens d'expression portugaise vivant avec le VIH/sida.

Projet G62 : Le programme Gay Men's Community Education offre des ateliers et des groupes de discussion sur la résilience et sur la santé des hommes gais et met sur pied des ressources à leur intention.

Projet G63 : Le programme Gay Men's Outreach offre des services de sensibilisation par les pairs en ligne et dans les bars, les saunas et les événements de la communauté. Plus de 200 000 condoms et lubrifiants sont distribués chaque année.

Projet G64 : Le programme Gay Youth and Gay Men's Harm Reduction offre de l'information sur les pratiques sexuelles sécuritaires et la réduction des méfaits (en ligne, dans les bars et les clubs et lors des événements spéciaux). Des ressources en ligne et sur papier sont également en cours d'élaboration.

Projet G65 : Le projet TowelTalk offre des services de consultation professionnels et de suivi dans les saunas de Toronto.

Projet G66 : Le programme Totally OUTright offre aux jeunes hommes gais âgés de 18 à 26 ans une formation sur la santé sexuelle par l'entremise de membres de la communauté.

Projet G67 : Le programme SPUNK! met à contribution les techniques d'entrevues motivationnelles et les interventions de groupe pour soutenir les hommes gais toxicomanes ou alcooliques afin de les aider à changer leurs habitudes de consommation et de promouvoir l'adoption de pratiques sexuelles plus sécuritaires.

Projet G68 : Le groupe GPS (Gay Poz Sex) est un groupe de discussion confidentiel sur la santé sexuelle à l'intention des hommes gais séropositifs.

Projet G69 : Groupes de soutien pour les hommes gais vivant avec le VIH.

Projet G70 : L'événement Men's Wellness Retreat offre la possibilité aux hommes vivant avec le VIH/sida de profiter d'une fin de semaine de relaxation et de renforcement des capacités.

<http://www.actoronto.org/home.nsf/pages/gaymen>

AIDS Committee of Windsor :

Projet G71 : Le programme de prévention Poz offre des séances de consultation individuelles animées par les pairs. Ces séances sont axées sur les stratégies visant à réduire les comportements à risque, sur les services et le soutien coordonnés offerts et sur les questions fondamentales concernant la transmission et la prévention. Le programme offre également des ateliers axés sur les divers aspects de la prévention positive, sur la promotion de pratiques sexuelles sécuritaires et sur l'amélioration de la santé sexuelle et du bien-être.

<http://www.aidswindsor.org/cms/gay-mens-sexual-health-program/ACW-Information/Services/gay-mens-sexual-health-gmsh-program/menu-id-142.html>

AIDS Thunder Bay :

Projet G72 : Ressources éducatives visant à réduire la stigmatisation et la discrimination par rapport au VIH/sida et aux sujets liés à l'orientation sexuelle par l'entremise d'ateliers et de présentations.

http://www.aidsthunderbay.org/index.php?option=com_content&view=article&id=72&Itemid=79

Alliance for South Asian AIDS Prevention :

Projet G73 : Le site Web « Dosti », basé à Toronto, permet aux membres de la communauté sud-asiatique de clavarder et d'entrer en contact avec des hommes gais, bisexuels, transgenres ou avec des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). Le site permet aux utilisateurs de publier des questions en ce qui a trait aux pratiques sexuelles sécuritaires et à la sexualité.

Projet G74 : Le groupe Snehittan est un groupe social de soutien à l'intention des hommes gais, bisexuels, transgenres et des autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) d'origine tamoule, singhalaise, malayalame, telugu et kannara.

http://www.asaap.ca/docs/support_groups.htm

Asian Community AIDS Services (ACAS) :

Projet G75 : Offre un programme exhaustif axé sur les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) comprenant des activités de sensibilisation et d'information et des services de consultation avant et après le dépistage du VIH à l'intention des hommes gais d'origine asiatique.

Projet G76 : Dans le cadre de son programme général axé sur les jeunes, l'Asian Community AIDS Services offre des espaces sociaux de soutien destinés aux jeunes lesbiennes, intersexuels, bisexuels, transgenres, transsexuels, gais, homosexuels, allosexuels et en questionnement originaires de l'Extrême-Orient et de l'Asie du Sud-Est, par l'entremise du Queer Asian Youth program (QAY).

<http://www.acas.org/english/msm.php>

Black Coalition for AIDS Prevention (Black CAP) :

Projet G77 : Le programme THINK est une campagne de marketing social à laquelle participent des hommes noirs ayant des relations sexuelles avec des hommes par la mise sur pied de ressources (trousses de condoms, affiches et cartes postales, site Web axé sur la promotion de la santé, etc.).

Projet G78 : Activités de sensibilisation en matière de VIH/sida et de santé sexuelle destinées aux hommes noirs gais, bisexuels ou perçus comme hétérosexuels, mais ayant des relations sexuelles avec des hommes au sein de la communauté noire de Toronto.

Projet G79 : Le livret Dealing With Being Different est une ressource destinée aux jeunes gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres et à leurs parents visant à aider les jeunes gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres, allosexuels et en questionnement lors du processus d'affirmation de leur identité.

Projet G80 : En partenariat avec un certain nombre de partenaires et d'organismes de la communauté, l'organisme Black CAP a mis sur pied un volet de PFLAG Canada nommé Black Families and Friends (BFF). Il s'agit d'un collectif d'organismes et de membres de la communauté dont l'objectif principal est de répondre aux besoins spécifiques des jeunes gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres noirs et de leur famille.

Projet G81 : Le programme d'établissement des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et en questionnement offre des conseils individuels aux nouveaux arrivants gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres, allosexuels et en questionnement, ainsi que des séances d'orientation et des formations sur des sujets tels que le logement, les droits de la personne et l'entrée sur le marché du travail.

Projet G82 : Black CAP, en collaboration avec l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais et d'autres partenaires de la communauté, a créé le site Web www.n2ontario.ca, une ressource destinée aux hommes gais, bisexuels et aux autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) qui viennent d'arriver au Canada afin de les aider à éviter le VIH pour la période durant laquelle ils s'installent au pays.

www.black-cap.com

Centre for Spanish Speaking Peoples (CSSP) :

Projet G83 : Le cours Mano en Mano Peer Educator HIV/AIDS Prevention Training Course offre de l'information appropriée sur le plan culturel et linguistique au sujet de la réduction des risques d'infection parmi les hommes hispanophones nouvellement arrivés au pays ayant des relations sexuelles avec des hommes. Ce projet offre trois formations en espagnol sur le VIH/sida. Ces formations sont animées par les pairs et sont adaptées à la culture hispanique.

<http://www.spanishservices.org/>

Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais :

Projet G84 : Élaboration d'un guide juridique à l'intention des hommes gais vivant avec le VIH intitulé Positively Healthy, en partenariat avec la Toronto People With AIDS Foundation et la Clinique d'aide juridique VIH-SIDA de l'Ontario.

Projet G85 : Élaboration d'un guide destiné aux prestataires de services en santé sexuelle travaillant auprès d'hommes gais séropositifs, en partenariat avec la Toronto People With AIDS Foundation et la Clinique d'aide juridique VIH-SIDA de l'Ontario.

Gay Zone Gaie :

Projet G86 : Services de dépistage et de traitements des infections transmissibles sexuellement, dépistage rapide et anonyme du VIH.

Projet G87 : Groupe destiné aux jeunes allosexuels.

<http://www.aco-cso.ca/gayzonegaie/>

Hamilton AIDS Network :

Projet G88 : Le programme Men for Men fournit de l'information sur la santé sexuelle, ainsi que d'autres ressources visant à améliorer les conditions de vie des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH), par le renforcement de l'estime de soi et par la responsabilisation personnelle.

http://www.aidsnetwork.ca/education_msm.php

Hassle Free Clinic :

Projet G89 : Projet de sensibilisation dans les saunas, dépistage anonyme, sur place, du VIH et services de consultation.

Projet G90 : Dépistage du VIH, services de consultation avant et après le dépistage.

Projet G91 : Fournit des services d'orientation et d'éducation liés à la santé générale des hommes.

Projet G92 : Offre des services de consultation et de soutien pour les problèmes liés à la sexualité et aux VIH/sida.

<http://www.hasslefreeclinic.org/ProgramsMen.php>

Services régionaux liés au VIH/sida :

Projet G93 : Séances d'éducation et de formation sur des sujets liés aux hommes gais et aux autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH), par exemple l'homophobie, la stigmatisation et la discrimination. <http://hars.ca>

HIV & AIDS Legal Clinic Ontario (HALCO) :

Projet G94 : L'organisme a élaboré le document *Dévoilement du VIH : guide d'information sur le droit, pour les hommes gais au Canada*, en collaboration avec l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais. <http://www.halco.org/>

J. D. Griffin Adolescent Centre :

Projet G95 : Le projet sprOUT Sexual Health Info Project (SHIP) fournit de l'information sur le VIH et les infections transmissibles sexuellement aux jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres souffrant d'une déficience développementale. <http://www.griffin-centre.org/supportus.php>

Malvern Family Resource Centre :

Projet G96 : Le programme Photograph Your Thoughts (PYT) offre des ateliers sur la santé sexuelle, les infections transmissibles sexuellement et le VIH aux jeunes gais, bisexuels ou aux autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). <http://www.mfrc.org/Programs/youth.html>

Peel HIV/AIDS Network :

Projet G97 : Formations et ateliers antihomophobes et favorables à la cause des hommes gais sur le VIH, destinés aux hommes gais et aux prestataires de services. Offre de l'information sur la prévention positive aux hommes gais séropositifs, des services d'orientation pour le dépistage du VIH et de l'information sur les différents traitements offerts.

Projet G98 : Sensibilisation des communautés de personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenres lors d'événements spéciaux (Peel Pride, Queer It Up).

Projet G99 : Ressources éducatives et activités de développement communautaire avec des prestataires de services au sujet des activités de sensibilisation axées sur les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). www.phan.ca

Peterborough AIDS Resource Network :

Projet G100 : Séances libres bimensuelles destinées aux jeunes allosexuels.

Projet G101 : Le programme d'éducation Building Our Community Response, qui traite du VIH, a pour objectif d'améliorer les connaissances, l'attitude et les comportements des hommes gais, bisexuels et des autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) afin de réduire les risques d'infection au VIH et de lutter contre l'homophobie et les autres obstacles, en vue de réduire les risques de contraction du VIH chez les jeunes hommes gais ou bisexuels. <http://www.parn.ca/events.htm>

Pink Triangle Services :

Projet G102 : Brochures sur le VIH/sida faisant la promotion de la santé destinées aux hommes gais et aux autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). <http://www.pinktriangle.org/Eng/services.html>

Toronto People with AIDS Foundation :

Projet G103 : L'organisme PWA participe au programme de prévention Poz pour les hommes gais en offrant, par l'entremise d'éducateurs de pairs et de membres du personnel, des services de consultation, des formations à l'intention des prestataires de services et des discussions en groupe au sujet de la santé sexuelle et de la prévention Poz.

<http://www.pwatoronto.org/english/poz-prevention.php>

Bureau de santé publique de Toronto :

En plus de fournir une aide financière importante à divers organismes communautaires, le Bureau de santé publique de Toronto offre les programmes suivants :

Projet G104 : Information sur les problèmes liés aux infections transmissibles sexuellement par l'entremise de la promotion d'un site Web de notification des partenaires, appelé InSPOT.

Projet G105 : L'application iPhone gratuite M2Men, également un service de messagerie du Bureau de santé publique de Toronto, est maintenant disponible en tant que ressource en santé pour les hommes gais et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). M2Men donne accès à une information complète et variée sur la santé sexuelle et aide les utilisateurs à trouver des ressources en santé à Toronto.

www.toronto.ca/health

MANITOBA

Aucun projet axé sur les hommes gais et sur les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) n'a été répertorié.

SASKATCHEWAN**Avenue Community Centre for Gender and Sexual Diversity :**

Projet G106 : Le projet de revitalisation de la prévention du VIH chez les hommes gais vise entre autres à élaborer des documents éducatifs sur les pratiques sexuelles sécuritaires, à mener des discussions sur la prévention du VIH, de l'hépatite C et des autres infections transmissibles sexuellement par les pratiques sexuelles sécuritaires dans un contexte englobant les déterminants de la santé, et à accroître le taux de dépistages au sein de la communauté d'hommes gais et bisexuels.

www.avenuecommunitycentre.ca

ALBERTA**AIDS Calgary Awareness Association (ACAA) :**

Projet G107 : Le programme de sensibilisation HEAT fournit des ressources éducatives spécifiques sur la prévention du VIH et des infections transmissibles sexuellement et sur la promotion de la santé.

<http://www.aidscalgary.org/>

HIV Network of Edmonton :

Projet G108 : Le projet de recherche communautaire GuyQuiz vise à mener une enquête sur la culture sexuelle des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) à Edmonton.

<http://www.hivedmonton.com/>

HIV West Yellowhead :

Projet G109 : Atelier d'éducation communautaire sur la diversité et l'orientation sexuelle.

Projet G110 : Programmes de soutien aux personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenres, allosexuels et en questionnement (Out Jasper).

<http://www.hivwestyellowhead.com>

Options Sexual Health Association :

Projet G111 : Information sur la santé sexuelle offerte aux personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenres et en questionnement, aux allosexuels et aux alliés. Enseignement des compétences nécessaires pour établir ses limites personnelles et pour prendre des décisions saines par rapport à ses valeurs personnelles, à ses croyances, à sa culture et à son expérience.

Projet G112 : Services de consultation ou d'aiguillage au sujet de l'orientation sexuelle.

www.optionssexualhealth.ca

COLOMBIE-BRITANNIQUE**AIDS Network Outreach and Support Society (ANKORS) :**

Projet G113 : Le programme Trans Connect fournit un soutien et des ressources aux gens transgenres et aux gens dont l'identité sexuelle varie.

www.ankors.bc.ca

AIDS Vancouver :

Projet G114 : Le programme BOYS R Us est un programme d'aiguillage et de sensibilisation fournissant un centre de soutien sans rendez-vous destiné aux hommes et aux transgenres qui travaillent ou qui ont déjà travaillé dans l'industrie du sexe. <http://www.aidsvancouver.org/>

AIDS Vancouver Island :

Projet G115 : Le programme Men's Wellness Program fait la promotion du bien-être des hommes et crée des espaces où les hommes peuvent discuter de la réalité d'être gai, allosexuel, bisexuel et en questionnement, et des répercussions de cette réalité sur leur santé et leur bien-être sur le plan sexuel, physique, émotionnel, psychologique et spirituel. L'organisme AIDS Vancouver Island coordonne des groupes de soutien par les pairs partout dans l'île de Vancouver. Ces groupes de soutien organisent des activités, dont un groupe hebdomadaire pour les hommes gais, destiné autant aux hommes séropositifs qu'aux hommes séronégatifs, et des rencontres sociales intergénérationnelles mensuelles où les hommes peuvent partager leurs expériences.

Projet G116 : Services de consultation destinés aux hommes gais, par rapport à des problèmes liés à la sexualité et à la santé sexuelle.

Projet G117 : Activités de sensibilisation.

<http://avi.org/>

British Columbia Centre for Disease Control :

Projet G118 : iTest permet aux hommes gais d'accéder en ligne à des services de dépistage des infections transmissibles sexuellement ou du VIH ainsi qu'aux résultats de laboratoire.

Projet G119 : Outreach Program est un programme d'infirmiers et d'infirmières dans la rue offrant de l'information, des références et des services de dépistage des infections transmissibles sexuellement ou du VIH en milieu clinique aux hommes gais.

Projet G120 : inSPOT est un service en ligne de notification aux partenaires (infections transmissibles sexuellement ou infections au VIH) conçu spécialement pour les hommes gais.

www.bccdc.ca

Community-based Research Centre (CBRC) :

Projet G121 : L'enquête Sex Now, entreprise par la Community-based Research Centre, est une étude à l'échelle provinciale au sujet de la santé sexuelle des hommes gais.

Projet G122 : Offre le programme de formation sur la santé sexuelle Totally Outright aux jeunes hommes gais.

Projet G123 : Sommet annuel sur la santé des hommes gais de la Colombie-Britannique

Projet G124 : Young Gay Investigators Team : formation avancée sur la promotion de la santé offerte aux jeunes hommes gais. www.cbrc.net/

HIM (Health Initiative for Men) :

L'organisme Health Initiative for Men vise à améliorer la santé et le bien-être des hommes gais et incite ces derniers à renforcer les fondations de leur santé physique, sexuelle, sociale et mentale par l'entremise d'activités fondées sur la recherche, axées sur la communauté et organisées par des bénévoles.

Projet G125 : L'organisme Health Initiative for Men anime des groupes abordant divers sujets, dirigés par des bénévoles de la communauté. Ces derniers reçoivent un soutien, de la formation et des encouragements.

Projet 126 : Totally Outright est un atelier de deux fins de semaine s'adressant aux hommes âgés de 18 à 26 ans et visant à leur donner les moyens nécessaires pour envisager de s'impliquer dans les services communautaires.

Projet 127 : Programme de distribution de condoms utilisant les services de bénévoles. Plus de 250 000 condoms ont été distribués en deux ans dans le cadre de ce programme.

Projet 128 : L'organisme Health Initiative for Men gère deux centres de santé sexuelle, où les hommes gais ont accès à des services de dépistage des infections transmissibles sexuellement et du VIH (dépistage du VIH rapide, hâtif et standard), à de l'information sur la santé sexuelle, à un soutien par les pairs et à des services de consultation professionnels adaptés à leur réalité. Le soutien par les pairs et les services de consultation professionnels sont assurés par des bénévoles de la communauté qui abordent une grande variété de sujets, dont le sexe et la sexualité, l'affirmation de son identité, la toxicomanie, les problèmes de santé, les relations interpersonnelles, l'anxiété, le racisme, l'image corporelle, etc.

www.checkhimout.ca

PEERS Vancouver :

Projet G129 : Le programme Hustle : Men on the Move est un volet de l'organisme PEERS Vancouver s'adressant aux jeunes hommes gais et offrant des activités de sensibilisation, d'éducation et de soutien.

<http://www.peersvancouver.com/#!/viewstack1=services>

Positive Living BC Society (anciennement BC Persons with AIDS Society) :

Projet G130 : Programme dirigé par les pairs offrant un soutien et des services d'aiguillage vers des soins de santé aux gens nouvellement diagnostiqués séropositifs pour le VIH (les hommes gais constituent une partie importante de cette population). Le programme offre diverses activités sociales (par exemple, regroupement d'hommes gais séropositifs amateurs de plein air, dîners mensuels et autres événements sociaux réservés aux hommes gais, et rencontres hebdomadaires au Average Joe's Café).

<http://www.positivelivingbc.org/>

Vancouver Coastal Health

Projet G131 : Le programme STOP HIV/AIDS Team, mis sur pied par l'organisme Vancouver Coastal Health, offre des services de sensibilisation au dépistage du VIH, des suivis de la santé publique, des liens vers des programmes de soins du VIH, notamment des soins infirmiers itinérants dans trois saunas et des services infirmiers au Spectrum Health (centre de soins primaires accueillant un grand nombre d'hommes gais).

Projet G132 : Le programme PRISME, de l'organisme Vancouver Coastal Health, offre un soutien supplémentaire aux populations gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenres.

Projet G133 : Le programme VAMP, mis sur pied par l'organisme Vancouver Coastal Health, est un programme d'aide aux toxicomanes axé sur les gais et s'adresse aux hommes surmontant leur dépendance à la méthamphétamine.

Projet G134 : Le Three Bridges Community Health Centre, mis sur pied par l'organisme Vancouver Coastal Health, est un centre de santé communautaire offrant des services de premiers soins complets, y compris des soins de santé adaptés à la réalité des communautés lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres.

YouthCo AIDS Society :

Projet G135 : Éducation à la prévention et services de soutien en matière de VIH offerts aux jeunes âgés de 15 à 29 ans (y compris des initiatives axées sur les jeunes hommes gais). <http://youthco.org>

NORD

Aucun projet axé sur les hommes gais et sur les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) n'a été répertorié.

