



Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH DE 1995 À 2012
ÉPIDÉMIOLOGIE DU VHC DE 2003 À 2012

Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection

**ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH DE 1995 À 2012
ÉPIDÉMIOLOGIE DU VHC DE 2003 À 2012**

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Mars 2014

AUTEURS

Pascale Leclerc, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Élise Roy, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
Service de toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Carole Morissette, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Michel Alary, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de Québec

Raymond Parent, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Karine Blouin, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

RÉDACTRICE

Karine Blouin, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Caty Blanchette, Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de Québec

Éric Demers, Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de Québec

Bouchra Serhir, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Danielle Gélinas, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue/Direction de santé publique

Andrée Côté, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et Centre-du-Québec/Direction de santé publique

Geneviève Pouliot-Gagné, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean/Direction de santé publique

Marcel Gauthier, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean/Direction de santé publique

Marie-Andrée Roy, Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS)
(Composante CLSC), Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement

Lynne Leonard, Département d'épidémiologie et de médecine communautaire, Université d'Ottawa

Andrée Germain, Département d'épidémiologie et de médecine communautaire, Université d'Ottawa

Lina Noël, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Nathanaëlle Thériault, Agence de la santé et des services sociaux de Québec/Direction de santé publique

Andrée Perreault, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie/Direction de santé publique

Julie Levesque, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais/Direction de santé publique

Marie Hortas, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais/Direction de santé publique

MISE EN PAGE

Isabelle Petillot, technicienne en administration,

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 3^e TRIMESTRE 2014

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISSN : 1918-4549 (VERSION IMPRIMÉE)

ISSN : 1918-4557 (PDF)

ISBN : 978-2-550-71333-3 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-550-71334-0 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

Remerciements

Nous aimerions remercier toutes les personnes utilisatrices de drogue par injection qui ont bien voulu collaborer au projet ainsi que toutes les personnes qui ont recruté les participants, ont administré les questionnaires et ont effectué les prises de prélèvements.

Nous aimerions aussi remercier madame Lise Leblanc qui a effectué les tests salivaires au Laboratoire de santé publique du Québec ainsi que madame Isabelle Petillot qui s'est chargée de la préparation et de la mise en page du présent rapport.

Avant-propos

Nous évaluons dans le présent rapport l'ampleur du problème des infections par le VIH et par le VHC chez les usagers de drogue par injection au Québec. L'analyse des données aide à orienter les interventions et à planifier les ressources pour lutter contre ces infections.

Quatre chercheurs principaux sont en charge de l'étude. Il s'agit du D^r Michel Alary, de l'Université Laval (Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de Québec), du D^{re} Élise Roy, de l'Université de Sherbrooke (Service de toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Campus de Longueuil) et du D^{re} Carole Morissette et de M^{me} Pascale Leclerc, toutes deux de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Ces quatre chercheurs collaborent aux activités de l'INSPQ où est basé le projet.

Madame Karine Blouin (karine.blouin@inspq.qc.ca) coordonne le réseau.

Les activités du réseau sont supportées financièrement par l'Agence de santé publique du Canada (Centre pour la prévention et le contrôle des maladies infectieuses). Du financement a aussi été obtenu du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Une sous-analyse à propos des infections au VHC a été financée par le Réseau sida et maladies infectieuses du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ).

En 2002, les autorités canadiennes ont implanté un réseau de surveillance similaire dans d'autres provinces, créant ainsi le réseau I-Track. Le réseau SurvUDI fait maintenant partie de cette étude. Le dernier rapport du réseau I-Track peut être téléchargé via le lien Internet suivant : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/10-eng.php>.

Nous nous adressons ici à tous ceux qui, dans les différentes régions du Québec, sont impliqués dans la lutte contre les ITSS auprès des personnes qui utilisent des drogues par injection. Ces données seront utiles pour ceux qui œuvrent en santé publique dans le domaine de la réduction des méfaits chez les usagers de drogue par injection ainsi qu'à leurs partenaires communautaires et institutionnels.

Table des matières

Liste des tableaux.....	VII
Liste des figures.....	XI
Résumé.....	1
1 Introduction.....	3
2 Méthodologie.....	5
2.1 Population à l'étude.....	5
2.2 Débuts de l'étude.....	5
2.3 Stratégies de recrutement.....	5
2.4 Variables recueillies.....	6
2.5 Collecte et gestion de données.....	8
2.6 Laboratoire.....	9
2.7 Analyses statistiques.....	10
3 Résultats.....	13
3.1 Caractéristiques de l'échantillon.....	13
3.2 Comportements de consommation de drogues et d'injection.....	18
3.3 Comportements sexuels.....	40
3.4 Prévalence du VIH et du VHC.....	42
3.5 Facteurs de risque associés à la prévalence du VIH et du VHC.....	52
3.6 Dépistage, connaissance du statut, accès aux soins et services.....	57
3.7 Description des répéteurs et des non-répéteurs.....	64
3.8 Taux d'incidence du VIH et du VHC.....	67
3.9 Facteurs de risque de l'incidence du VIH et du VHC.....	71
3.10 Analyses spéciales : Corrélats de l'injection de crack.....	91
3.11 Analyses spéciales : Connaissances à propos du VIH.....	98
4 Discussion.....	99
Références.....	103
Annexe 1 Les sites collaborateurs du réseau SurvUDI-I-Track.....	105

Liste des tableaux

Tableau 1	Description de l'échantillon, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012	13
Tableau 2	Nombre maximal d'observations et comparaison de la proportion de participants de 24 ans et moins, par période d'analyse, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012	14
Tableau 3	Pays de naissance, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2012	14
Tableau 4	Niveau de scolarité atteint, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	15
Tableau 5	Lieu de résidence actuel et dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	15
Tableau 6	Revenu mensuel habituel comprenant toutes les sources, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2012	16
Tableau 7	Principale source de revenus au cours de la dernière année, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2012	16
Tableau 8	Orientation sexuelle, par sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2012	17
Tableau 9	Drogues injectées dans les six derniers mois, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012	18
Tableau 10	Drogues injectées dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012	19
Tableau 11	Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois et dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012	20
Tableau 12	Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012	21
Tableau 13	Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012	21
Tableau 14	Drogues consommées autrement que par injection dans les six derniers mois, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012	22
Tableau 15	Drogues consommées autrement que par injection dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012	24
Tableau 16	Drogue consommée autrement que par injection le plus souvent dans les six derniers mois et dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012	25
Tableau 17	Médicaments opioïdes injectés dans les six derniers mois, selon qu'ils aient été prescrits ou non au participant, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012	32
Tableau 18	Médicaments opioïdes consommés autrement que par injection dans les six derniers mois, selon qu'ils aient été prescrits ou non au participant, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012	32
Tableau 19	Prise de traitement de substitution pour la dépendance aux opioïdes dans les six derniers mois et dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012	33
Tableau 20	Lieux d'injection dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2012	34
Tableau 21	Lieu d'injection le plus fréquent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2012	35
Tableau 22	Pratiques d'utilisation du matériel d'injection dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2006-2012	36

Tableau 23	Fréquences d'injection et d'usage de matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	37
Tableau 24	Comparaison des comportements d'injection au cours des six derniers mois des UDI recrutés en milieux urbains et semi-urbains, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	38
Tableau 25	Comparaison des comportements sexuels au cours des six derniers mois des UDI recrutés en milieux urbains et semi-urbains, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	40
Tableau 26	Utilisation du condom lors de relations anales ou vaginales dans les six derniers mois, chez les femmes par type de partenaires sexuels masculins, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	41
Tableau 27	Utilisation du condom lors de relations anales ou vaginales chez les hommes dans les six derniers mois, par type et sexe des partenaires sexuels, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	41
Tableau 28	Prévalence du VIH, par âge et sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	42
Tableau 29	Prévalence annuelle du VIH à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011	43
Tableau 30	Prévalence du VHC, par âge et sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	44
Tableau 31	Prévalence annuelle du VHC à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011	44
Tableau 32	Prévalence et prévalence ajustée du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	45
Tableau 33	Prévalence du VIH, par région de résidence, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	45
Tableau 34	Prévalence et prévalence ajustée du VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	46
Tableau 35	Infection par le VIH et présence d'anticorps contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	46
Tableau 36	Facteurs de risque associés à la prévalence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	53
Tableau 37	Facteurs de risque associés à la prévalence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	55
Tableau 38	Description du testing antérieur pour le VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	57
Tableau 39	Description du testing antérieur pour le VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	58
Tableau 40	Connaissance du statut sérologique et suivi médical parmi ceux que nous avons trouvés infectés par le VIH et ayant des anticorps contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	59
Tableau 41	Connaissance du statut d'infection et suivi médical parmi ceux que nous avons trouvés infectés seulement par le VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	60
Tableau 42	Connaissance du statut sérologique et suivi médical parmi ceux qui avaient des anticorps seulement contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012	61
Tableau 43	Niveau de difficulté à se procurer des seringues neuves dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2012	62

Tableau 44	Sources d’approvisionnement des seringues/aiguilles neuves dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2012	63
Tableau 45	Distribution des visites multiples générées par les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012	64
Tableau 46	Comparaison des comportements d’injection au cours des six derniers mois des répéteurs et des non-répéteurs, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012	65
Tableau 47	Comparaison des comportements sexuels au cours des six derniers mois des répéteurs et des non-répéteurs, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012	66
Tableau 48	Incidence du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012.....	67
Tableau 49	Incidence du VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1997-2012.....	67
Tableau 50	Analyse multivariée de l’incidence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012	71
Tableau 51	Analyse multivariée de l’incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1997-2012	72
Tableau 52	Tendances de l’utilisation de seringues déjà utilisées par quelqu’un d’autre dans les six derniers mois, parmi les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012	73
Tableau 53	Tendances de l’utilisation de matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu’un d’autre dans les six derniers mois, parmi les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2012	74
Tableau 54	Tendances de l’injection de cocaïne le plus souvent dans les six derniers mois, parmi les répéteurs par région, de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012.....	75
Tableau 55	Tendances de fréquence d’injection et d’usage de matériel d’injection déjà utilisé par quelqu’un d’autre dans le dernier mois, à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011	76
Tableau 56	Injection de crack dans les six derniers mois, à au moins une visite, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2012	91
Tableau 57	Comparaison des caractéristiques des injecteurs et des non injecteurs de crack dans les six derniers mois, à Montréal et à Ottawa, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2012	94
Tableau 58	Comportements associés à l’injection de crack dans les six derniers mois à Montréal, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2012	95
Tableau 59	Comportements associés à l’injection de crack dans les six derniers mois à Ottawa, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2012	97
Tableau 60	Connaissances à propos du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2012.....	98

Liste des figures

Figure 1	Tendances de la consommation de drogues – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011	27
Figure 2	Tendances de la consommation de drogues – Montréal – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011	28
Figure 3	Tendances de la consommation de drogues – Ville de Québec – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011	29
Figure 4	Tendances de la consommation de drogues – Ottawa/Ontario – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011	30
Figure 5	Tendances de la consommation de drogues – Semi-urbains – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011	31
Figure 6	Tendances de la prévalence du VIH à la première visite à vie dans le réseau, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011	48
Figure 7	Tendances de la prévalence du VHC à la première visite à vie dans le réseau, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011	50
Figure 8	Tendances de l'incidence du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010	69
Figure 9	Tendances de l'incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1998-2010	70
Figure 10	Tendances dans les facteurs de risque – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011	79
Figure 11	Tendances dans les facteurs de risque – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau, SurvUDI-I-Track, 1995-2011	81
Figure 12	Tendances dans les facteurs de risque – Montréal – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011	83
Figure 13	Tendances dans les facteurs de risque – Montréal – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011	84
Figure 14	Tendances dans les facteurs de risque – Ville de Québec – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011	85
Figure 15	Tendances dans les facteurs de risque – Ville de Québec – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011	86
Figure 16	Tendances dans les facteurs de risque – Ottawa/Ontario – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1996-2011	87
Figure 17	Tendances dans les facteurs de risque – Ottawa/Ontario – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1996-2011	88
Figure 18	Tendances dans les facteurs de risque – Semi-urbains – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011	89
Figure 19	Tendances dans les facteurs de risque – Semi-urbains – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011	90
Figure 20	Tendances de l'injection de crack dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, à Montréal et à Ottawa, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2011	92

Résumé

Les infections par le VIH et par le VHC chez les utilisateurs de drogue par injection représentent un enjeu de santé publique important au Québec.

Les données les plus récentes du réseau SurvUDI (au 31 mars 2012) indiquent que la cocaïne demeure la drogue injectée par la plus grande proportion des participants, suivie par les médicaments opioïdes, l'héroïne et le crack/*freebase*. L'injection de Dilaudid® a augmenté de façon importante au cours des dernières années, de même que la consommation de crack/*freebase* non injecté. L'injection de médicaments opioïdes est maintenant fréquente, surtout chez les jeunes de 24 ans et moins, et pourrait présenter des enjeux particuliers pour le risque de VIH et de VHC. L'injection de crack, en augmentation à Montréal, est associée à certains comportements à risque élevé.

Après une diminution observée entre 1995 et 2002, le taux d'incidence du VIH est maintenant plutôt stable, mais demeure relativement élevé. Le taux d'incidence du VHC, quant à lui, continue à osciller à des niveaux très élevés (entre 17 et 27 séroconversions par 100 personnes-années).

La proportion de participants qui déclarent avoir utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre est en constante diminution et à son plus bas en 2011, mais encore 17,5 % l'ont fait au moins une fois dans les six mois précédents. L'injection quotidienne est en augmentation, tandis que la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent est en diminution.

Environ 20 % des participants infectés par le VIH, de même que 20 % de ceux ayant des anticorps contre le VHC l'ignorent. Trop peu sont pris en charge et traités, particulièrement en lien avec le VHC.

Ces données suggèrent que les efforts doivent se poursuivre pour augmenter l'utilisation de matériel d'injection stérile, en tenant compte des changements dans les drogues consommées. La promotion du dépistage régulier du VIH et du VHC doit également demeurer une priorité.

1 Introduction

Les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI) représentent l'un des groupes les plus vulnérables aux infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et par virus de l'hépatite C (VHC) et sont les plus fortement touchées par ces infections. Chez les UDI, le partage de matériel d'injection est le principal facteur de risque d'infection par le VIH et par le VHC. La transmission sexuelle du VIH est également possible, mais dans une moindre mesure. La transmission sexuelle du VHC est rare, mais peut se produire lors de pratiques sexuelles à haut risque en présence de sang ou d'ulcères génitaux associés à d'autres ITS. La co-infection par le VIH peut aussi augmenter la probabilité de transmission sexuelle du VHC^[1-3].

Pour plusieurs raisons (itinérance, toxicomanie, appartenance à des réseaux illicites et criminels, etc.), les personnes qui utilisent des drogues par injection sont très peu, sinon pas du tout, rejointes par les enquêtes populationnelles qui évaluent les indicateurs comportementaux. De plus, les personnes UDI peuvent être réticentes à fréquenter les services de santé dans les lieux dits « traditionnels », dont les services de dépistage et de traitement des ITSS. Pour pallier ce problème, des services de santé et de dépistage sont souvent offerts en collaboration avec divers organismes communautaires. Malgré ces efforts, des cas ne sont possiblement pas détectés et, par le fait même, ne sont pas déclarés aux systèmes de surveillance populationnels (Programme de surveillance de l'infection par le VIH et Registre des maladies à déclaration obligatoire, pour le VHC). Les réseaux de surveillance de seconde génération sont donc nécessaires afin de suivre l'évolution des infections par le VIH et par le VHC ainsi que des comportements à risque au sein des populations vulnérables aux ITSS, dont les personnes UDI^[4].

L'objectif du réseau SurvUDI, implanté en 1995, est la surveillance des infections par le VIH et par le VHC parmi les personnes UDI au Québec et à Ottawa ainsi que le suivi des facteurs de risque de ces infections.

2 Méthodologie

Les lecteurs intéressés par la méthodologie du réseau SurvUDI trouveront plus de détails dans l'article intitulé : *Continuing HIV Transmission Among Injection Drug Users in Eastern Central Canada: The SurvUDI Study, 1995 to 2000* publié dans le *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* en 2002^[5].

2.1 Population à l'étude

Nous nous intéressons aux personnes qui rapportent avoir fait usage de drogues par injection dans les six derniers mois. Seuls ceux qui sont jugés capables de fournir un consentement éclairé sont recrutés. Nous essayons, dans la mesure du possible, d'éviter les collaborations multiples de mêmes individus à l'intérieur de trop courts laps de temps. On demande donc aux UDI de ne pas recollaborer à l'étude à l'intérieur d'une même période de six mois. La codification utilisée permet la détection des visites multiples faites par des répéteurs à l'étude.

2.2 Début de l'étude

Les régions qui ont collaboré au réseau dès le début sont celles de Montréal, de Québec, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Montérégie et du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Le programme de la ville d'Ottawa s'est joint au réseau en 1996, suivi par ceux des régions de l'Outaouais en 1997, du Centre-du-Québec en 1998 et de l'Estrie en 1999.

Certains sites de recrutement et plusieurs questions ont été ajoutés à l'étude en cours de route. Cela explique en partie les tailles échantillonnelles moins importantes pour certains des comportements documentés.

2.3 Stratégies de recrutement

Les principaux sites de recrutement sont des centres d'accès au matériel d'injection stérile. Environ 10 % des individus ont été recrutés ailleurs que dans les centres d'accès au matériel d'injection stérile, soit dans des centres de réadaptation, des centres de détention et des refuges, par exemple.

Comme l'ont décrit Noël et collaborateurs^[6], les programmes des régions participantes se présentent sous diverses structures. Certains centres spécialisés de prévention reposent principalement sur des sites fixes. Les programmes Cactus-Montréal et Point de Repères (Québec), par exemple, ont une telle structure et offrent une large gamme de services aux UDI qui viennent y rapporter leurs seringues souillées et y chercher du matériel d'injection stérile.

La majorité des programmes ont également une approche communautaire reposant sur les « travailleurs de milieu », qui sont en mesure d'offrir des services dans les lieux de consommation et d'intervenir sur l'environnement physique et social des UDI.

Plusieurs programmes sont multi-sites et collaborent avec plusieurs points de service dont des CLSC, des pharmacies, des services d'urgence de centres hospitaliers, certains milieux de détention, des cliniques médicales et des établissements de réadaptation et/ou désintoxication. L'intensité des activités de chacun des sites est très variable.

Dans l'ensemble du réseau, chaque site collaborateur a son mode de recrutement qui lui est propre. Certains procèdent par vagues successives de recrutement intensif (tel qu'à Québec et à Ottawa). Ces vagues peuvent durer de quelques jours à quelques semaines. D'autres procèdent par recrutement continu sur certaines plages horaires seulement (tel qu'à Cactus-Montréal) ou sur l'ensemble des heures d'accessibilité aux sites (tel qu'en Abitibi-Témiscamingue).

Le comité d'éthique à la recherche du Centre Hospitalier *Affilié* universitaire de Québec (hôpital Saint-Sacrement) a annuellement réapprouvé le projet depuis 1993. Le protocole a aussi été approuvé par les comités d'éthique de l'Université McGill, de l'Université d'Ottawa, du Centre IUSG (Sherbrooke) et de l'Agence de santé publique du Canada.

2.4 Variables recueillies

- Informations sociodémographiques
 - âge, sexe et municipalité de résidence actuelle, lieux de résidence (6 derniers mois et actuel);
 - pays de naissance, nombre d'années vécues au Canada¹;
 - origine ethnoculturelle, statut autochtone;
 - orientation sexuelle¹;
 - niveau d'instruction;
 - revenu actuel, principale source de revenus dans la dernière année¹.
- Comportements de consommation et d'injection
 - âge à la première injection de drogue;
 - Dans le dernier mois :
 - drogues injectées;
 - drogue injectée le plus souvent;
 - drogues consommées autrement que par injection;
 - drogues consommées autrement que par injection le plus souvent;
 - indicateur de prise de traitement de substitution pour la dépendance aux opioïdes;
 - fréquence des injections et proportions des injections effectuées avec des seringues et du matériel déjà utilisés par quelqu'un d'autre.
 - Dans les six derniers mois :
 - drogues injectées;
 - drogue injectée le plus souvent;
 - drogues consommées autrement que par injection;
 - drogues consommées autrement que par injection le plus souvent;
 - types de partenaires d'injection (p. ex.: ami proche/partenaires sexuels vs inconnus);
 - utilisation du matériel déjà utilisé par d'autres pour fumer, inhaler ou « sniffer » des drogues;

¹ Ajout en 2011.

- indicateur de prise de traitement de substitution pour la dépendance aux opioïdes;
- fréquence d'utilisation de seringues et de matériel déjà utilisés par quelqu'un d'autre;
- sources et source principale des seringues/matériel déjà utilisés par quelqu'un d'autre;
- fréquence du prêt de seringues ou de matériel déjà utilisés par le participant;
- injection de restes de drogues (« wash ») et proportion des injections où le coton, le filtre ou le contenant utilisé pour faire le « wash » avait déjà été utilisé par quelqu'un d'autre².
- À la dernière injection :
 - utilisation d'une seringue et/ou aiguille stérile;
- En détention, à vie :
 - injection en détention²;
 - utilisation de seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre en détention².
- Comportements sexuels
 - Dans les six derniers mois :
 - nombre de partenaires sexuels (hommes et femmes);
 - types de partenaires sexuels (réguliers, occasionnels, clients, dont le participant est le client);
 - fréquence d'utilisation du condom (jamais, parfois, toujours) selon le sexe des partenaires, le type de partenaires et le type de relation (orale, vaginale et anale).
 - Dans le dernier mois :
 - Relations sexuelles et utilisation du condom lors de la dernière relation.
 - Dernière relation sexuelle avec un client :
 - utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle orale, vaginale et anale².
- Dépistage et prise en charge des infections par le VIH et par le VHC
 - Dépistage antérieur;
 - Dépistage dans les six derniers mois;
 - Nombre de tests de dépistage au cours des deux dernières années;
 - Résultat positif connu;
 - Lieu/circonstance de la consultation pour le dépistage et le prélèvement;
 - Consultation d'un médecin par ceux qui se savent infectés;
 - Prise de médicaments pour le VIH et/ou le VHC;
- Autres variables
 - Fréquentation des programmes d'accès au matériel d'injection;
 - Sources de seringues et facilité d'accès dans les 6 derniers mois³;
 - Connaissances à propos du VIH³.

² Ajout en 2011.

³ Ajout en 2011.

La majorité des ajouts au questionnaire ont été faits en 2003, lorsque le réseau SurvUDI s'est joint au réseau canadien I-Track, ainsi qu'en 2011, lors de la phase 3 de I-Track. Quelques ajouts ont également été réalisés en 2004, en 2006 et en 2009. Les tableaux présentant ces nouvelles variables font donc référence à la période correspondante, soit quatre périodes principales : 1995-2012, 2003-2012, 2009-2012 et 2011-2012. Dans ce nouveau rapport, nous avons choisi de présenter les tableaux sur la consommation de drogues à partir de 2009, soit l'année des dernières modifications importantes à ces questions.

La manière de combiner les drogues en catégories a été modifiée récemment, afin de tenir compte des précisions concernant les médicaments opioïdes ajoutés dans le questionnaire de juillet 2009. Ces substances sont normalement disponibles sous prescription médicale, mais peuvent aussi être obtenues d'autres sources. Dans les tableaux sur les drogues injectées (exemple : tableau 9), nous avons choisi de présenter les médicaments opioïdes (globalement et individuellement) **en regroupant ceux « prescrits » et « non prescrits »**, lorsqu'applicable (à l'exception de la drogue injectée le plus souvent, qui concerne uniquement les médicaments non prescrits). Nous jugeons peu probable qu'un médecin prescrive une forme injectable d'un médicament opioïde à un patient non hospitalisé. Lorsque la substance est injectée, qu'elle soit prescrite ou non au participant, il est fort probable qu'il s'agisse d'un usage inapproprié.

Dans les tableaux sur les drogues non injectées (exemple : tableau 14), nous avons choisi de présenter les médicaments opioïdes (globalement et individuellement) uniquement pour les « **non prescrits** », à l'exception d'un nouveau tableau croisant les médicaments « **prescrits** » et « **non prescrits** » (tableau 18). En effet, le participant peut avoir consommé, autrement que par injection, un médicament opioïde qui lui était prescrit par un médecin dans le cadre d'un usage approprié.

Au fil des ans, certains sites ont ajouté des questions locales à celles du questionnaire provincial pour mieux répondre à leurs besoins particuliers. Certains rapports régionaux sont disponibles sur les sites web des directions de santé publique, notamment pour la région de Montréal.

2.5 Collecte et gestion de données

La participation à l'étude est indépendante des services offerts dans les lieux de recrutement. Aussi, ce n'est qu'une fois les services reçus que les individus sont invités à y participer. Un texte décrivant le projet est alors lu aux individus qui sont jugés en mesure de fournir un consentement éclairé. Ces derniers doivent ensuite remplir le questionnaire administré par un interviewer.

Les renseignements recueillis sont ensuite anonymisés. En effet, durant l'entrevue, un numéro séquentiel est apposé sur le questionnaire et sur les prélèvements de salive. Ce numéro séquentiel est temporairement associé à des informations nominatives (initiales, sexe et date de naissance du participant). Après l'entrevue, les données nominatives sont utilisées pour générer un code d'identification encrypté par un processus qui ne permet pas de reconstituer les données initiales. Les données nominatives sont ensuite détruites. Le lien entre un numéro séquentiel et le code encrypté pour un participant est conservé.

Nous informons les personnes qui décident de participer que cette procédure nous empêche de leur transmettre leurs résultats de tests de dépistage des anticorps contre le VIH et le VHC. Nous les informons de la possibilité de passer des tests de dépistage, associés au counselling, selon les modalités habituelles du programme qui les a recrutés.

Les fiches parallèles anonymes sont transmises aux responsables du projet qui associent (de façon informatique seulement) les questionnaires aux résultats de laboratoire grâce aux numéros séquentiels. On génère ainsi trois banques de données contenant les numéros séquentiels : la première contient les résultats de laboratoire, la deuxième les réponses aux questions et la troisième les codes encryptés. Ceux-ci nous permettent de détecter les collaborations multiples de mêmes individus (les « répéteurs ») et de mesurer l'incidence du VIH et du VHC.

2.6 Laboratoire

La personne qui consent à participer à l'étude est assistée d'un interviewer pour la prise de deux prélèvements d'exsudat gingival (que nous appellerons libéralement salive pour des raisons de simplicité). Les prélèvements sont conservés à 4 °C et acheminés une fois par semaine au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) en respectant les normes de transport en vigueur.

Les deux prélèvements de salive sont centrifugés, combinés et congelés à -20 °C. Ils sont analysés dans un délai maximal de 6 semaines suivant la date de réception. Avant juillet 2009, la présence d'anticorps anti-VIH 1 était déterminée à l'aide de la trousse *Vironostika HIV-1* (Organon-Teknika Inc., Scarborough, Ont., Canada). Depuis juillet 2009, la présence des anticorps anti-VIH 1 et VIH 2 est déterminée par une épreuve EIA (*enzyme linked immunosorbent assay*) à l'aide de la trousse *GS HIV-1/HIV-2 PLUS O EIA* (Bio-Rad Laboratories (Canada) Ltd., Montréal, Qc, Canada). Les prélèvements initialement indéterminés ou réactifs avec un ratio inférieur à 3,00 à ce test sont testés à nouveau en duplicata. Les prélèvements initialement réactifs avec un ratio supérieur à 3,00 à ce test sont retestés en simple. Les spécimens réactifs de façon reproductible (ratio $\geq 1,00$) sont considérés positifs aux anticorps anti-VIH-1 et VIH-2.

Depuis juillet 2003, le dépistage des anticorps anti-VHC est effectué de façon prospective. Il est fait au LSPQ qui applique la méthode développée par Judd et collaborateurs^[7]. Cette épreuve utilise une méthode modifiée de la trousse ORTHO® HCV 3.0 Test System. Pour une partie des participants recrutés entre octobre 1997 et juin 2003 (nous avons sélectionné ceux avec au moins deux visites pouvant ainsi contribuer à l'analyse d'incidence), nous avons utilisé les échantillons d'exsudat gingival déjà recueillis et conservés congelés au LSPQ. Le dépistage rétrospectif des anticorps anti-VHC a été effectué selon la même méthode de laboratoire. Dans le cas du VHC, tous les spécimens initialement indéterminés ou faiblement réactifs (ratio inférieur à 1,30) sont analysés à nouveau en duplicata. Les spécimens réactifs de façon reproductible (ratio $\geq 1,00$) sont considérés positifs aux anticorps VHC.

La détection d'anticorps anti-VIH implique que l'individu est infecté par le virus. Cette équation n'est pas nécessairement vraie pour le VHC, certaines personnes réussissant à se débarrasser du virus. En effet, environ 14 à 46 % des individus infectés éliminent leur infection et évitent la chronicité^[8]. Par ailleurs, la littérature récente rapporte que les réinfections sont possibles, voire fréquentes,^[9-15] et que les infections mixtes ne sont pas rares^[15]. Nos données sur la prévalence et l'incidence du VHC, basées sur la détection d'anticorps, devraient donc être interprétées comme étant le reflet de premières infections, qu'elles soient encore présentes ou qu'elles soient résolues, et ne tiennent pas compte des réinfections.

2.7 Analyses statistiques

Pour ce rapport, les données recueillies jusqu'au 31 mars 2012 sont utilisées. Sauf mention contraire, lorsque les analyses transversales portent sur le réseau pris dans son ensemble, on présente le portrait des individus à leur dernière visite pour que chaque sujet compte une seule fois. Lorsqu'on présente des résultats par région de recrutement, on conserve la dernière visite par région (donc un même sujet peut contribuer à deux régions s'il a été recruté à Ottawa et à Montréal par exemple). Pour certaines analyses, on regroupe les régions de recrutement en quatre catégories : Montréal (incluant les individus recrutés en Montérégie, mais habitant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), Ville de Québec, Ottawa/Ontario et semi-urbains (Abitibi-Témiscamingue, Montérégie [sans ceux habitant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate], Saguenay-Lac-Saint-Jean, Estrie et Mauricie et Centre-du-Québec).

Pour les analyses de tendances annuelles concernant la prévalence du VIH et du VHC ou celles concernant la consommation de drogues et les facteurs de risque, deux façons de traiter les sujets avec visites multiples sont utilisées, selon l'objectif de chaque analyse. Soit-l'on conserve la première visite à vie faite dans le réseau (un sujet recruté en 2009 et 2011 par exemple contribue seulement à l'année 2009). Soit-l'on conserve la première visite annuelle (donc un même sujet peut contribuer à deux années s'il a été recruté en 2009 et 2011 par exemple). Il faut se référer au titre de la figure ou du tableau pour identifier quelle méthode a été utilisée. Ces analyses de tendances sont présentées jusqu'en 2011 inclusivement, car les données pour 2012 ne sont pas encore complètes.

Nous avons étudié l'instabilité de nos estimations des taux annuels d'incidence du VIH et du VHC pour les années d'observation les plus récentes. Nous préférons ne plus inclure les données de la dernière année complète. Le rapport présente donc, cette année, les tendances des taux d'incidence jusqu'à 2010.

Les données sont analysées grâce au logiciel SAS (SAS Institute Inc., Cary, NC, États-Unis). Les tableaux descriptifs de ce rapport présentent la distribution (effectifs, proportions ou moyennes) de la majorité des variables recueillies (voir la section 1.4), soit globalement pour tout le réseau, soit en stratifiant pour certains facteurs comme le sexe ou le programme de recrutement par exemple. Lorsque des valeurs sont manquantes, les résultats ne sont pas inclus dans les tableaux concernés.

Les analyses comparatives sont effectuées à l'aide des tests statistiques du chi-carré de Pearson pour les variables discrètes et de Student dans le cas des variables continues. Le test du chi-carré de Mantel-Haenszel (tendance linéaire) est utilisé pour examiner l'évolution de la prévalence du VIH et du VHC dans le temps ainsi que pour les variables à catégories croissantes lorsqu'une seule visite par sujet est conservée. La méthode du Bootstrap avec 1 000 itérations est utilisée pour examiner l'évolution des taux d'incidence du VIH et du VHC, de la consommation de certaines drogues et des facteurs de risque afin de tenir compte de la corrélation due aux visites multiples. Une valeur p inférieure à 0,05 indique un test statistiquement significatif.

Les taux d'incidence du VIH et du VHC et leurs intervalles de confiance à 95 % (en utilisant une méthode exacte basée sur la loi de Poisson) sont calculés globalement, selon la région de recrutement et selon l'année. On assume ici que l'infection a eu lieu à la moitié de l'intervalle écoulé entre la dernière visite avec un résultat négatif et la première visite avec un résultat positif. Cette façon de faire fausserait toutefois l'observation des tendances temporelles. Dans ce dernier cas, nous nous servons de la méthode développée par le Dr W. Meade Morgan des CDC à Atlanta^[16]. Cette méthode fractionne au numérateur la contribution de chaque individu ayant séroconverti sur une base journalière en répartissant uniformément la probabilité de survenue de l'infection sur tout

l'intervalle. Le dénominateur devient alors la somme des observations contribuées par les individus demeurés négatifs combinée à une fraction décroissante des observations contribuées par les individus ayant séroconverti. La régression de Cox est utilisée pour les analyses portant sur les facteurs prédictifs des nouvelles infections dues au VIH et VHC en utilisant, lorsque pertinent, des variables variant dans le temps^[17].

Le rapport contient une nouvelle section présentant des analyses spéciales. Le contenu de cette section, qui se trouve à la fin de la section « Résultats », variera d'un rapport à l'autre, selon les thématiques particulières qu'il sera pertinent de traiter. Dans le présent rapport, cette section spéciale porte sur les corrélats de l'injection de crack ainsi que sur un nouvel indicateur sur les connaissances sur le VIH proposé dans le cadre de la « United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS » (UNGASS). Pour l'analyse sur l'injection de crack, la première visite annuelle par participant a été conservée. Afin de tenir compte de la corrélation due aux multiples mesures pour les répéteurs, des modèles utilisant des équations d'estimation généralisées (GEE) ont été utilisés pour les analyses de tendances temporelles et pour les modèles de régression multivariés. Les rapports de prévalence ont été estimés par régression log-binomiale et les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés par la méthode de Wald.

3 Résultats

3.1 Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 1 Description de l'échantillon, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012

Région de recrutement	Année d'implantation	Nombre de questionnaires administrés	Nombre de femmes/moyenne (médiane) âge	Nombre d'hommes/moyenne (médiane) âge
Abitibi-Témiscamingue	1995	519	107/31,2 (30)	218/31,2 (29)
Estrie	1998	902	95/33,6 (34)	499/36,6 (37)
Mauricie et Centre-du-Québec	2000	499	89/32,0 (32)	263/36,0 (36)
Montréal	1995	305	49/29,8 (28)	216/34,9 (34)
Montréal	1995	11 010	1 342/27,7 (25)	4 262/34,4 (34)
Ottawa	1996	3 947	599/34,4 (35)	1 931/37,8 (38)
Outaouais	1997	460	63/35,5 (36)	250/40,0 (41)
Ville de Québec	1995	6 103	797/29,9 (29)	2 204/34,2 (34)
Saguenay-Lac-St-Jean	1995	348	73/25,9 (23)	180/26,6 (23)
Urbains	1995	21 665	2 732/30,2 (29)	8 434/35,4 (36)
Semi-urbains ¹	1995	2 428	365/31,4 (31)	1 154/34,2 (34)
Réseau	1995	24 093	3 097/30,3 (29)	9 588/35,3 (35)

¹ Les UDI semi-urbains sont ceux de l'Abitibi-Témiscamingue, la Mauricie et Centre-du-Québec, la Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), le Saguenay-Lac-Saint-Jean et l'Estrie.

Voir le tableau 40 à la page 57 qui présente le détail de la distribution des dénominateurs globaux et par région.

Au 31 mars 2012, 12 998 individus différents (dont 12 917 ont eu un test VIH valide à leur dernière visite) ont rempli 24 093 questionnaires :

- 1 911 questionnaires s'ajoutent donc aux 22 182 complétés au 30 juin 2010.
- 793 individus s'ajoutent aux 12 205 recrutés au 30 juin 2010.
- 9 235 individus sont des non-répéteurs qui ont généré 9 235 visites.
- 3 763 individus sont des répéteurs qui ont généré 14 858 visites.

Les trois quarts des participants sont des hommes (9 610/12 717) dont l'âge moyen est de 35,3 ans (tableau 1). L'âge moyen des femmes est de 30,3 ans. Les durées moyenne et médiane d'injection chez les hommes sont de 12,7 et 10 ans. Elles sont de 9,2 et 6 ans chez les femmes.

Tableau 2 Nombre maximal d’observations et comparaison de la proportion de participants de 24 ans et moins, par période d’analyse, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012

Période	Proportion des UDI de 24 ans et moins	
	n/N ¹	%
1995-2012	2 876/12 736 ²	22,6
2003-2012	808/5 826	13,9
2004-2012	741/5 518	13,4
2006-2012	397/3 693	10,8
2009-2012	180/2 018	8,9
2011-2012	71/937	7,6

¹ Nombre total de questionnaires en ne conservant que la dernière visite dans la période dans le cas des répéteurs.

² Excluant 262 participants dont l’âge est manquant, tous avant 2003.

Afin de mieux interpréter les tableaux qui suivent, le tableau 2 présente le nombre maximal d’observations qu’il est possible de retenir lorsque nous sélectionnons la visite la plus récente par participant pour chacune des périodes utilisées pour les principales analyses.

Le tableau 2 présente également la proportion de jeunes UDI de 24 ans et moins selon les périodes d’analyse. On remarque qu’il y a de moins en moins de jeunes UDI de 24 ans et moins recrutés dans le réseau au fil des années (22,6 % pour la période 1995-2012 comparativement à 7,6 % pour 2011-2012).

Tableau 3 Pays de naissance, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2012

Pays de naissance	n/927	%
Nés au Canada – non autochtones	771	83,2
Nés au Canada – Autochtones	121	13,1
Nés ailleurs qu’au Canada ¹	35	3,8

¹ Ils vivent au Canada en moyenne depuis 25,4 ans (médiane 25 ans, intervalle interquartile 17 à 31 ans).

Les UDI recrutés sont majoritairement nés au Canada et non autochtones. Une proportion de 13,1 % des participants déclarent une origine autochtone (tableau 3).

Tableau 4 Niveau de scolarité atteint, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

Niveau de scolarité	n/5 781	%	% cumulatif
Aucune scolarité	7	0,1	0,1
Primaire – non complété	190	3,3	3,4
Primaire – complété	229	4,0	7,4
Secondaire – non complété	2 501	43,3	50,6
Secondaire – complété	1264	21,9	72,5
Collégial – non complété	474	8,2	80,7
Collégial – complété	605	10,5	91,2
Universitaire – non complété	275	4,8	95,9
Universitaire – complété	236	4,1	100,0

Environ un participant sur deux (2 854/5 781) a terminé son cours secondaire (tableau 4).

Tableau 5 Lieu de résidence actuel et dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

Lieu de résidence	Actuel ¹		Dans les six derniers mois ²	
	n/5 787	%	n/5 813	%
Résidence privée (appartement, maison)	3 514	60,7	4 614	79,4
Sans domicile fixe (rue, squat, refuge, foyer)	1 456	25,2	2 345	40,3
Chambre (hôtel, motel, pension)	504	8,7	1 262	21,7
Établissement (centre de transition, réadaptation, désintoxication, établissement psychiatrique)	179	3,1	583	10,0
Centre de détention	122	2,1	755	13,0
Autres	12	0,2	32	0,6

¹ Un seul choix possible par UDI (réponses mutuellement exclusives).

² Plusieurs choix possibles par UDI (réponses non mutuellement exclusives).

Dans les six derniers mois, 79,4 % des participants ont habité une résidence privée et 40,3 % ont vécu dans la rue, un squat, un refuge ou un foyer. On trouve que 13,0 % des participants ont séjourné dans un centre de détention au cours de la même période (tableau 5). Le quart des personnes UDI (25,2 %) étaient sans domicile fixe et 2,1 % en centre de détention au moment de l'entrevue.

Tableau 6 Revenu mensuel habituel comprenant toutes les sources, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2012

Revenu mensuel (\$)	n/915	%
Moins de 500	71	7,8
500 à 999	495	54,1
1 000 à 1 999	179	19,6
2 000 et plus	170	18,6

Près des deux tiers des participants (61,9 %) ont un revenu mensuel inférieur à 1 000 \$.

Tableau 7 Principale source de revenus au cours de la dernière année, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2012

Source de revenus	n/932	% ¹
Aide ou soutien social	528	56,7
Économie de la rue ²	134	14,4
Prestations d'invalidité	98	10,5
Quête	66	7,1
Travail régulier ³	57	6,1
Travail du sexe	37	4,0
Assurance-emploi	21	2,3
Argent de la famille ou d'amis	20	2,2
Pension	20	2,2
Travail saisonnier	16	1,7
Vente de drogue	13	1,4
Autres ⁴	30	3,2

¹ Dans les cas exceptionnels où le participant était incapable d'identifier une source principale de revenu (s'il avait deux sources égales, par exemple), plusieurs choix peuvent avoir été cochés. Ceci explique que la somme des proportions soit supérieure à 100 %.

² Incluant vol, crime, squeegee.

³ Toute l'année (à plein temps, à temps partiel ou à contrat).

⁴ Par exemple : travail au noir, héritage.

Pour plus de la moitié des participants (56,7 %), la principale source de revenus au cours de la dernière année était l'aide ou le soutien social. Pour plus du quart des participants (26,9 %), l'économie de la rue, la quête, le travail du sexe ou la vente de drogues représentaient la principale source de revenus dans la dernière année.

Tableau 8 Orientation sexuelle, par sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2012

Orientation sexuelle	Femmes		Hommes	
	n/197	%	n/734	%
Hétérosexuelle	148	75,1	652	88,8
Bisexuelle	41	20,8	44	6,0
Homosexuelle	8	4,1	34	4,6
Autres	0	0,0	4	0,5

Les trois quarts des femmes (75,1 %) et près de 90 % (88,8 %) des hommes déclarent une orientation sexuelle hétérosexuelle. La bisexualité est davantage présente chez les femmes (20,8 % vs. 6,0 %), alors que l'homosexualité est retrouvée des proportions similaires chez les deux sexes, soit entre 4 et 5 %.

3.2 Comportements de consommation de drogues et d'injection

Tableau 9 Drogues injectées dans les six derniers mois, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012

Région de recrutement	N ¹	% des UDI qui se sont injectés ⁶							
		Cocaïne	Médica- ments opioïdes ²	Dilaudid ³	Hydromorph Contin ^{3, 4}	Héroïne ⁵	Morphine ³	Oxycodone/ Oxycontin ³	Crack/ freebase
Abitibi-Témiscamingue	83	92,8	31,7	18,1	25,0	0,0	25,3	8,4	0,0
Estrie	72	90,3	29,2	16,7	17,2	18,1	11,1	9,7	9,7
Mauricie et Centre-du-Québec	21	85,7	76,2	66,7	75,0	9,5	47,6	28,6	4,8
Montréal	28	75,0	60,7	57,1	42,9	10,7	42,9	28,6	7,1
Montréal	937	82,8	54,5	50,6	29,6	39,9	14,8	10,5	11,3
Ottawa	577	54,3	76,7	52,0	36,7	41,8	65,9	46,6	36,1
Outaouais	52	76,9	44,2	21,2	22,2	26,9	34,6	26,9	23,1
Ville de Québec	231	77,1	67,5	53,3	48,6	7,8	24,7	44,6	1,3
Saguenay-Lac-Saint-Jean	30	50,0	100,0	83,3	88,2	16,7	79,3	63,3	3,3
Réseau	2 014	73,9	61,3	48,7	33,9	33,1	33,0	25,9	16,9

¹ Nombre qui ont répondu à la question sur les drogues injectées au cours des six derniers mois.

² La catégorie des médicaments opioïdes injectés est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes, qui sont parfois aussi présentées dans le tableau : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non), oxycodone/oxycontin (prescrit ou non), Hydromorph-Contin (prescrit ou non) et les autres médicaments opioïdes non prescrits (incluant fentanyl, demerol, codéine, mélange de cocaïne et d'opiacé autre que l'héroïne).

³ Regroupant prescrit et non prescrit.

⁴ Questions ajoutées en 2011, donc le dénominateur est de 934 participants.

⁵ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁶ Les autres drogues injectées rapportées le plus fréquemment (≥ 2 %) sont :

Fentanyl non prescrit = 11,2 %, *Speedball* = 7,3 %, Cocaïne et opiacés autres que l'héroïne⁴ = 4,8 %, Amphétamines = 4,7 %, Ritalin seul non prescrit = 2,8 %, Méthadone³ = 2,5 %, Méthamphétamine = 2,0 %, Benzodiazépines non prescrits = 2,0 %

La cocaïne est la drogue dont l'injection est la plus répandue (73,9 % des 2 014 répondants en avaient fait usage); le Dilaudid suit avec 48,7 %. On retrouve ensuite l'Hydromorph Contin, l'héroïne (blanche ou beige/brune) et la morphine sur un pied d'égalité, avec un tiers des répondants qui en consomment (tableau 8). L'injection de crack/freebase est observée chez 16,9 % des participants du réseau.

Le type de drogues injectées varie beaucoup d'une région à l'autre (tableau 9). La cocaïne est la drogue injectée par la plus grande proportion de participants dans presque toutes les régions sauf à Ottawa et au Saguenay–Lac-St-Jean où ce sont les médicaments opioïdes. Les régions de la Mauricie et Centre-du-Québec, la Montérégie, Ottawa, du Saguenay–Lac-St-Jean, de Montréal et Québec ont les plus grandes proportions de consommateurs de médicaments opioïdes (54,5 à 100 % des répondants de chaque région). L'injection d'héroïne blanche ou beige/brune est particulièrement répandue à Ottawa et à Montréal avec respectivement 41,8 % et 39,9 % des répondants qui en consomment. L'injection de crack/*freebase* est beaucoup plus répandue à Ottawa (36,1 % des 577 répondants).

Tableau 10 Drogues injectées dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurVUDI-I-Track, 2009-2012

Drogue (Total de ceux qui en ont consommé)	Proportion de consommateurs chez les		Valeur-p
	24 ans et moins % (N = 180)	25 ans et plus % (N = 1 834)	
Cocaïne (1 488)	66,1	74,7	0,013
Médicaments opioïdes ¹ (1 233)	78,3	59,6	< 0,001
Dilaudid ² (979)	66,1	46,9	< 0,001
Hydromorph Contin ^{2,3} (316)	47,9	32,7	0,009
Héroïne ⁴ (666)	56,7	30,8	< 0,001
Morphine ² (664)	41,7	32,1	0,009
Oxycodone/oxycotin ² (522)	40,0	24,5	< 0,001
Crack/ <i>freebase</i> (340)	24,4	16,1	0,005
Fentanyl non prescrit (226)	17,2	10,6	0,008
<i>Speedball</i> ⁵ (148)	7,8	7,3	0,817
Cocaïne et opiacé autre que l'héroïne ³ (45)	1,4	5,1	0,163
Amphétamines (95)	8,9	4,3	0,006
Ritalin seul non prescrit (56)	3,3	2,7	0,636
Méthadone ² (50)	4,4	2,3	0,078
Méthamphétamines (41)	2,2	2,0	0,853
Benzodiazépines non prescrits (41)	3,9	1,9	0,065
Plus d'une drogue (1 176)	77,2	56,5	< 0,001

¹ La catégorie des médicaments opioïdes injectés est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes, qui sont parfois aussi présentées dans le tableau : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non), oxycodone/oxycotin (prescrit ou non), Hydromorph-Contin (prescrit ou non) et les autres médicaments opioïdes non prescrits (incluant fentanyl, demerol, codéine, mélange de cocaïne et d'opiacé autre que l'héroïne).

² Regroupant prescrit et non prescrit.

³ Questions ajoutées en 2011, donc le dénominateur est de 934 participants.

⁴ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁵ Mélange injectable de cocaïne et d'héroïne.

On remarque des différences importantes selon l'âge concernant les drogues injectées au cours des 6 derniers mois (tableau 10). Presque toutes les drogues sont injectées par des proportions plus élevées de 24 ans et moins. L'injection de médicaments opioïdes, par exemple, est rapportée par 78,3 % des UDI de 24 ans et moins (141/180) et par 59,6 % des UDI plus âgés (1 092/1 832). La

cocaïne est une exception étant donné qu'une plus grande proportion de 25 ans et plus s'en injecte. Les jeunes sont également plus nombreux à s'être injecté plus d'une drogue dans les 6 derniers mois (77,2 % vs. 56,5 %).

Tableau 11 Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois et dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012

Drogue	Six derniers mois		Dernier mois	
	n/1 995 ¹	%	n/1 801 ²	%
Cocaïne	935	46,9	821	45,6
Médicaments opioïdes non prescrits ³	755	37,8	720	40,0
Dilaudid non prescrit	329	16,5	333	18,5
Morphine non prescrite	220	11,0	201	11,2
Héroïne ⁴	203	10,0	173	9,6
Hydromorph Contin non prescrit ⁵	77	8,4	74	8,7
Oxycodone/Oxycontin non prescrit	89	4,5	78	4,3
Crack/freebase	62	3,1	55	3,1
Fentanyl non prescrit	20	1,0	16	0,9
Speedball ⁶	11	0,6	10	0,6
Autres ⁷	37	1,9	28	1,6

¹ Excluant 9 participants qui ont répondu n'avoir consommé aucune drogue non prescrite par injection au cours des six derniers mois (car la question sur le choix de la drogue la plus souvent consommée n'inclut que les drogues non prescrites depuis 2009).

² Excluant 193 participants qui ont répondu n'avoir consommé aucune drogue non prescrite par injection au cours du dernier mois (car la question sur le choix de la drogue la plus souvent consommée n'inclut que les drogues non prescrites depuis 2009).

³ La catégorie des médicaments opioïdes non prescrits est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes non prescrites, qui sont parfois aussi présentées dans le tableau : Dilaudid, méthadone, morphine, suboxone, oxycodone/oxycontin, Hydromorph Contin, fentanyl, demerol, codéine, mélange de cocaïne et d'opiacé autre que l'héroïne.

⁴ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁵ Question ajoutée en 2011, donc le dénominateur est de 920 participants.

⁶ Mélange injectable de cocaïne et d'héroïne.

⁷ L'utilisation la plus fréquente de 15 autres produits a été rapportée par un à 6 individus au cours des six derniers mois.

Au cours des six derniers mois, la cocaïne est la drogue injectée le plus souvent déclarée par la plus grande proportion des participants, soit 46,9 % (935/1 995). Les médicaments opioïdes non prescrits suivent avec 37,8 % (755/1 995) des participants (tableau 11). Dans le dernier mois, le profil de consommation est très similaire (tableau 11).

Tableau 12 Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012

Drogue (Total de ceux qui en ont consommé)	Proportion de consommateurs chez les	
	24 ans et moins % (N = 178)	25 ans et plus % (N = 1 817)
Cocaïne (935)	20,8	49,4
Médicaments opioïdes non prescrits ¹ (755)	51,7	36,5
Dilaudid non prescrit (329)	23,0	15,9
Morphine non prescrite (220)	14,0	10,7
Héroïne ² (203)	21,9	9,0
Hydromorph Contin non prescrit ³ (77)	11,4	8,1
Oxycodone/Oxycontin non prescrit (89)	7,9	4,1
Crack/freebase (62)	1,7	3,2
Fentanyl non prescrit (20)	0,6	1,0
Speedball ⁴ (20)	0	0,6
Autres ⁵ (37)	4,5	1,6

¹ La catégorie des médicaments opioïdes non prescrits est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes non prescrites, qui sont parfois aussi présentées dans le tableau : Dilaudid, méthadone, morphine, suboxone, oxycodone/oxycontin, Hydromorph Contin, fentanyl, demerol, codéine, mélange de cocaïne et d'opiacé autre que l'héroïne.

² Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

³ Question ajoutée en 2011, donc le dénominateur est de 920 participants.

⁴ Mélange injectable de cocaïne et d'héroïne.

⁵ L'utilisation la plus fréquente de 15 autres produits a été rapportée par un à 6 individus au cours des six derniers mois.

Chez les participants de 25 ans et plus, 49,4 % déclarent que la cocaïne est la drogue qu'ils s'injectent le plus souvent, alors que chez les 24 ans et moins, ce sont les médicaments opioïdes non prescrits qui sont les plus populaires. Plus de la moitié des jeunes UDI de 24 ans et moins (51,7 %) déclarent un médicament opioïde comme drogue injectée le plus souvent (tableau 12) au cours des 6 derniers mois.

Tableau 13 Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012

Drogue	n/12 891	%
Cocaïne	8 632	67,0
Héroïne ¹	1 925	14,9
PCP	115	0,9
Speedball ²	69	0,5
Stéroïdes	24	0,2
Autres ³	2 126	16,5

¹ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

² Mélange injectable de cocaïne et d'héroïne.

³ Les autres drogues les plus fréquentes sont : Dilaudid (prescrit ou non) à 5,7 % (n = 736), morphine (prescrite ou non) à 5,4 % (n = 694), crack/freebase à 1,9 % (n = 239) et oxycodone/oxycontin (non prescrit) à 1,4 % (n = 177).

Le tableau 13 présente toutes les données recueillies depuis 1995 (avec les catégories de réponses présentes à l'époque), soit celles dont nous nous servons pour l'analyse multivariée de l'incidence du VIH et du VHC présentée aux tableaux 50 et 51. Pour la période 1995 à 2012, la drogue injectée le plus souvent déclarée par la plus grande proportion des participants dans les six derniers mois est la cocaïne, suivie de l'héroïne.

Tableau 14 Drogues consommées autrement que par injection dans les six derniers mois, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012

Région de recrutement	N ¹	% des UDI qui ont consommé autrement que par injection ³						
		Cannabis	Alcool	Crack/ freebase	Cocaïne	Médica- ments opioïdes non prescrits ²	Amphé- tamines	Benzo- diazépines non prescrits
Abitibi- Témiscamingue	85	75,3	89,4	52,9	80,0	65,9	43,5	15,3
Estrie	72	81,9	88,9	43,1	62,5	55,6	52,8	26,4
Mauricie et Centre- du-Québec	21	76,2	81,0	28,6	52,4	52,4	61,9	19,1
Montréal	937	75,4	65,9	69,1	29,4	77,8	34,5	19,2
Ottawa	576	74,1	66,8	76,4	48,4	51,2	13,4	22,6
Outaouais	52	94,2	84,6	69,2	73,1	53,9	67,3	25,0
Ville de Québec	232	66,8	73,7	35,8	39,2	62,9	53,9	27,6
Saguenay-Lac- Saint-Jean	31	58,1	67,7	19,4	48,4	38,7	54,8	35,5
Réseau	2 017	74,5	69,5	64,4	41,1	34,5	33,3	21,7

¹ Nombre qui ont répondu à la question sur les drogues consommées autrement que par injection au cours des six derniers mois, incluant 69 personnes qui ont répondu n'avoir consommé aucune de ces drogues.

² La catégorie des médicaments opioïdes non prescrits est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes non prescrites, qui sont parfois aussi présentées dans le tableau : Dilaudid, méthadone, morphine, suboxone, oxycodone/oxycotin, Hydromorph Contin, fentanyl, demerol, codéine, Tylenol avec codéine pris pour buzzer.

³ Les autres drogues consommées autrement que par injection rapportées le plus fréquemment (≥ 2 %) sont :

Ecstasy = 18,7 %	Champignons hallucinogènes = 6,5 %	Ritalin seul non prescrit = 4,5 %
Dilaudid non prescrit = 17,9 %	Méthadone non prescrite = 6,2 %	Barbituriques non prescrits = 3,8 %
Oxycodone/oxycotin non prescrit = 14,2 %	PCP = 5,1 %	LSD (acide) = 3,1 %
Morphine non prescrite = 14,1 %	Métamphétamine = 5,0 %	GHB ⁴ = 2,5 %
Hydromorph Contin non prescrit ⁴ = 8,9 %	Kétamine = 4,8 %	Demerol non prescrit = 2,4 %
Tylenol avec codéine pris pour buzzer = 8,8 %	Fentanyl non prescrit = 4,8 %	MDA = 2,3 %
Héroïne ⁵ = 8,6 %		

Les personnes recrutées font aussi usage de drogues non injectées (tableau 14). Parmi 2 017 répondants, 74,5 % rapportent avoir consommé du cannabis, 69,5 % de l'alcool, 64,4 % ont fumé du crack/freebase et 41,1 % ont consommé de la cocaïne autrement que par injection. Les médicaments opioïdes non prescrits sont consommés, autrement que par injection, par 34,5 % des participants.

⁴ Questions ajoutées en 2011, donc le dénominateur est de 937 participants.

⁵ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

Si l'usage de cannabis et d'alcool est très répandu dans chacun des sites de recrutement, celui des autres drogues non injectées varie (tableau 14). L'usage de crack/*freebase* n'est rapporté, par exemple, que par 19,4 % des UDI recrutés au Saguenay-Lac-St-Jean mais par 76,4 % de ceux de la ville d'Ottawa.

Plusieurs drogues consommées autrement que par injection le sont par des proportions plus élevées de 24 ans et moins (tableau 15). Par exemple, l'alcool, les médicaments opioïdes non prescrits, les benzodiazépines non prescrits, ainsi que les drogues de type amphétamine et de synthèse sont davantage consommées par les jeunes. Parmi les drogues les plus fréquentes, le cannabis, le crack/*freebase*, la cocaïne et la morphine non prescrite sont consommées par des proportions comparables de participants des deux groupes d'âge.

Tableau 15 Drogues consommées autrement que par injection dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012

Drogue (Total de ceux qui en ont consommé)	Proportion de consommateurs chez les		Valeur-p
	24 ans et moins % (N = 180)	25 ans et plus % (N = 1 837)	
Cannabis (1 502)	79,4	74,0	0,109
Alcool (1 402)	78,3	68,6	0,007
Crack/freebase (1 298)	62,2	64,6	0,532
Cocaïne (829)	46,7	40,6	0,112
Médicaments opioïdes non prescrits ¹ (696)	44,4	33,5	0,003
Amphétamines (671)	43,3	32,3	0,003
Benzodiazépines non prescrits (438)	30,6	20,9	0,003
Ecstasy (377)	37,2	16,9	< 0,001
Dilaudid non prescrit (361)	23,9	17,3	0,028
Oxycodone/Oxycontin non prescrit (286)	19,4	13,7	0,034
Morphine non prescrite (285)	16,1	13,9	0,424
Hydromorph Contin non prescrit ² (83)	15,5	8,3	0,041
Tylenol avec codéine pris pour buzzer (178)	8,9	8,8	0,975
Héroïne ³ (174)	11,7	8,3	0,128
Champignons hallucinogènes (132)	18,9	5,3	< 0,001
Méthadone non prescrite (125)	11,7	5,7	0,001
PCP (103)	15,0	4,1	< 0,001
Méthamphétamine (101)	7,8	4,7	0,074
Kétamine (97)	15,0	3,8	< 0,001
Fentanyl non prescrit (96)	6,7	4,6	0,208
Ritalin seul non prescrit (90)	5,0	4,4	0,714
Barbituriques non prescrits (76)	3,9	3,8	0,929
LSD (acide) (62)	11,1	2,3	< 0,001
GHB ² (23)	8,5	2,0	0,001
Demerol non prescrit (49)	2,8	2,4	0,750
MDA (47)	5,6	2,0	0,003

¹ La catégorie des médicaments opioïdes non prescrits est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes non prescrites, qui sont parfois aussi présentées dans le tableau : Dilaudid, méthadone, morphine, suboxone, oxycodone/oxycontin, Hydromorph Contin, fentanyl, demerol, codéine, Tylenol avec codéine pris pour buzzer.

² Questions ajoutées en 2011, donc le dénominateur est de 937 participants.

³ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

Tableau 16 Drogue consommée autrement que par injection le plus souvent dans les six derniers mois et dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012

Drogue	Six derniers mois		Dernier mois	
	n/1 935 ¹	%	n/1 863 ²	%
Crack/freebase	590	30,5	556	29,8
Cannabis	517	26,7	511	27,4
Alcool	338	17,5	353	18,9
Cocaïne	147	7,6	124	6,7
Médicaments opioïdes non prescrits ³	138	7,1	128	6,9
Amphétamines	99	5,1	80	4,3
Benzodiazépines non prescrits	50	2,6	57	3,1
Dilaudid non prescrit	37	1,9	29	1,6
Oxycodone/Oxycontin non prescrit	35	1,8	33	1,8
Morphine non prescrite	33	1,7	36	1,9
Héroïne ⁴	13	0,7	9	0,5
Fentanyl non prescrit	10	0,5	6	0,3
Ectasy	9	0,4	11	0,6
Hydromorph Contin non prescrit ⁵	8	0,9	8	0,9
Méthadone non prescrite	6	0,3	5	0,3
Tylénol avec codéine pris pour buzzer	5	0,3	7	0,4
Autres ⁶	37	1,9	36	1,9

¹ Excluant 69 personnes qui ont répondu n'avoir consommé aucune drogue autrement que par injection au cours des six derniers mois (car la question sur le choix de la drogue la plus souvent consommée n'inclut que les drogues non prescrites depuis 2009).

² Excluant 125 personnes qui ont répondu n'avoir consommé aucune drogue autrement que par injection au cours du dernier mois (car la question sur le choix de la drogue la plus souvent consommée n'inclut que les drogues non prescrites depuis 2009).

³ La catégorie des médicaments opioïdes non prescrits est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes non prescrites, qui sont parfois aussi présentées dans le tableau : Dilaudid, méthadone, morphine, suboxone, oxycodone/oxycontin, Hydromorph Contin, fentanyl, demerol, codéine, Tylénol avec codéine pris pour buzzer.

⁴ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁵ Question ajoutée en 2011, donc le dénominateur est de 896 participants.

⁶ Douze autres drogues consommées autrement que par injection le plus souvent dans les six derniers mois ont été rapportées par un à 9 individus.

Au cours des six derniers mois, la drogue consommée autrement que par injection le plus souvent par la plus grande proportion de participants est le crack/freebase (par 30,5 % des participants), suivie par le cannabis et l'alcool. Approximativement 7 % des participants déclarent les médicaments opioïdes non prescrits consommés autrement que par injection comme drogue de choix (consommée le plus souvent). Des données très similaires à celles observées pour les six derniers mois sont observées pour le dernier mois (tableau 16).

Des tendances temporelles de consommation de plusieurs drogues par injection et autrement que par injection sont présentées aux figures 1 à 5. Elles sont présentées tout d'abord pour le réseau entier (figure 1), puis séparément pour Montréal (figure 2), Québec (figure 3), Ottawa/Outaouais (figure 4) et les sites semi-urbains (figure 5).

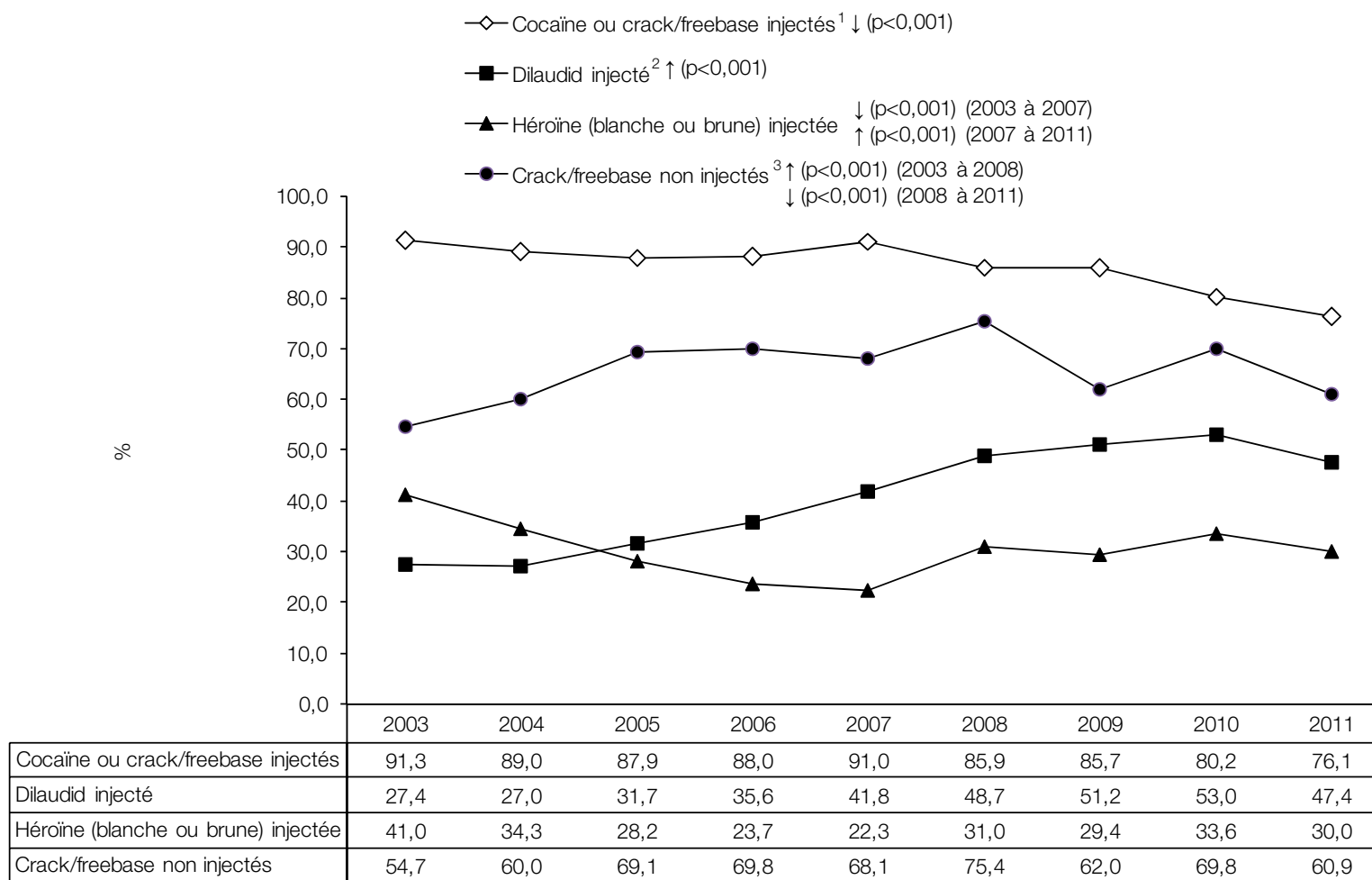
L'injection de cocaïne ou de crack/*freebase* est à la baisse dans tous les sites de recrutement. Il est à noter que dans la plupart des régions autres qu'Ottawa/Outaouais, c'est la cocaïne et non le crack/*freebase* qui est la principale substance concernée.

L'injection de Dilaudid est à la hausse jusqu'en 2011 dans tous les sites de recrutement sauf dans les programmes semi-urbains où la hausse s'est terminée en 2006 et à Québec où elle s'est plutôt terminée en 2008.

L'injection d'héroïne est à la baisse à Montréal jusqu'en 2007, puis aucune tendance n'est observée entre 2007 et 2011. Elle est à la hausse entre 2006 et 2011 à Ottawa/Outaouais, alors qu'elle est à la baisse dans les programmes semi-urbains entre 2003 et 2011.

La consommation du crack/*freebase* non injecté a augmenté à Montréal jusqu'en 2008, jusqu'en 2007 à Québec, jusqu'en 2006 à Ottawa/Outaouais et jusqu'en 2005 dans les programmes semi-urbains. La consommation est en baisse dans tous les sites à partir des années nommées précédemment.

Figure 1 Tendances de la consommation de drogues – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011



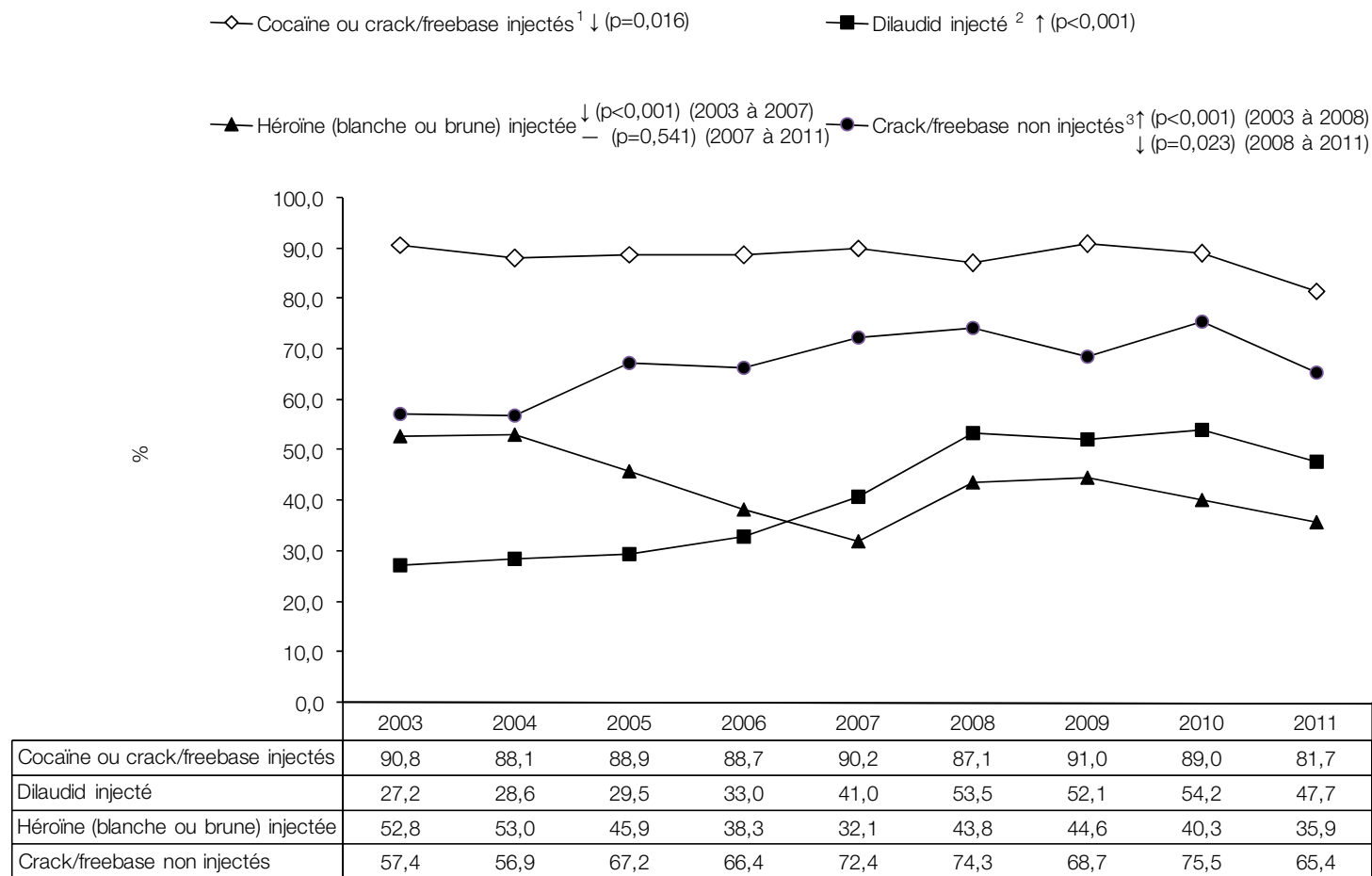
¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

— = pas de tendance statistiquement significative; ↑ = hausse statistiquement significative; ↓ = baisse statistiquement significative.

² Regroupant prescrit et non prescrit.

³ Données antérieures à 2003 : 1995 : 51,1; 1996 : 46,9; 1997 : 51,9; 1998 : 47,0; 1999 : 56,7; 2000 : 57,3; 2001 : 56,0; 2002 : 58,8.

Figure 2 Tendances de la consommation de drogues – Montréal⁶ – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011



¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

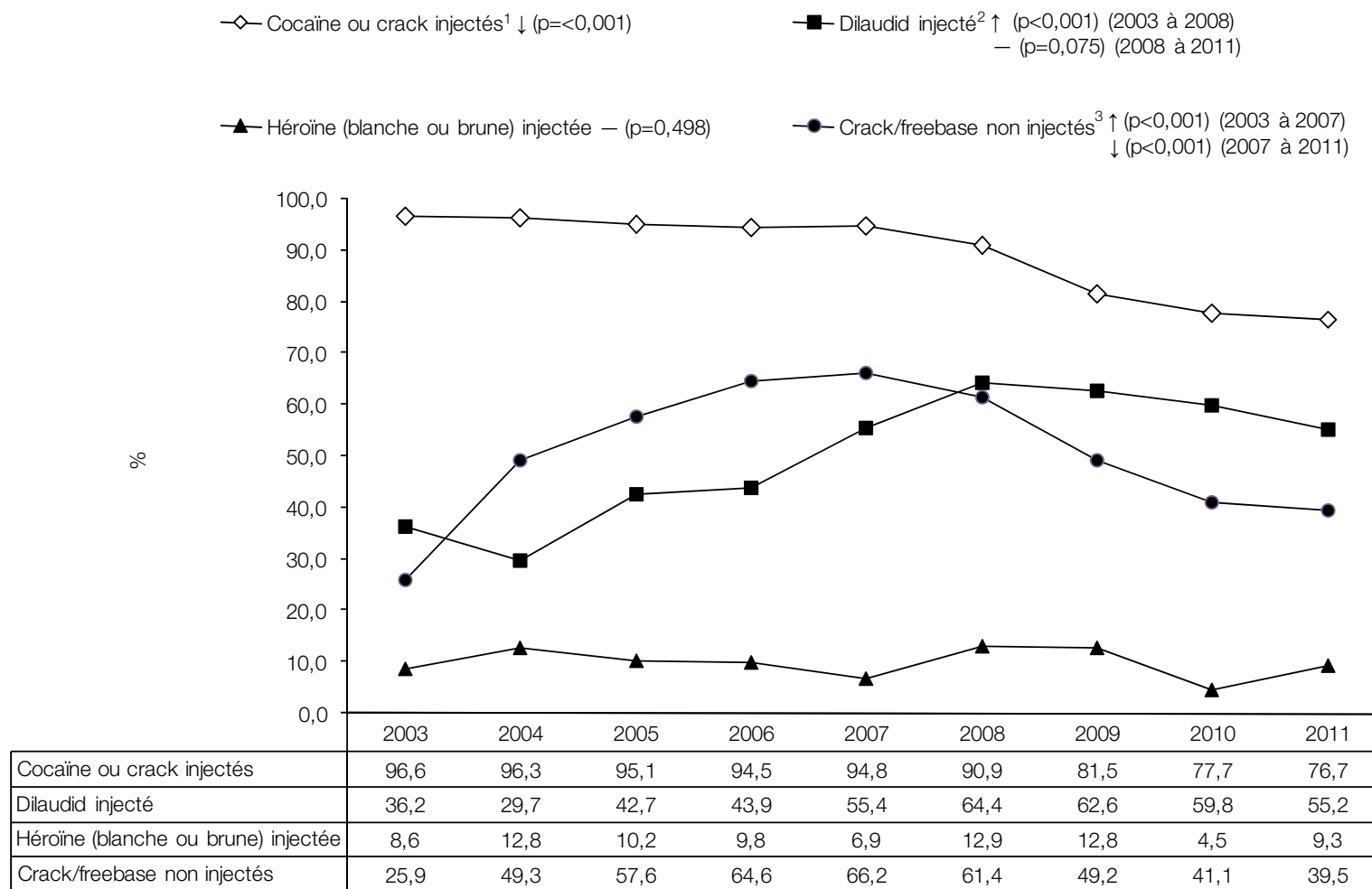
— = pas de tendance statistiquement significative; ↑ = hausse statistiquement significative; ↓ = baisse statistiquement significative.

² Regroupant prescrit et non prescrit.

³ Données antérieures à 2003 : 1995 : 51,7; 1996 : 47,1; 1997 : 52,0; 1998 : 46,8; 1999 : 53,7; 2000 : 54,7; 2001 : 59,2; 2002 : 60,6.

⁶ UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate.

Figure 3 Tendances de la consommation de drogues – Ville de Québec – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011



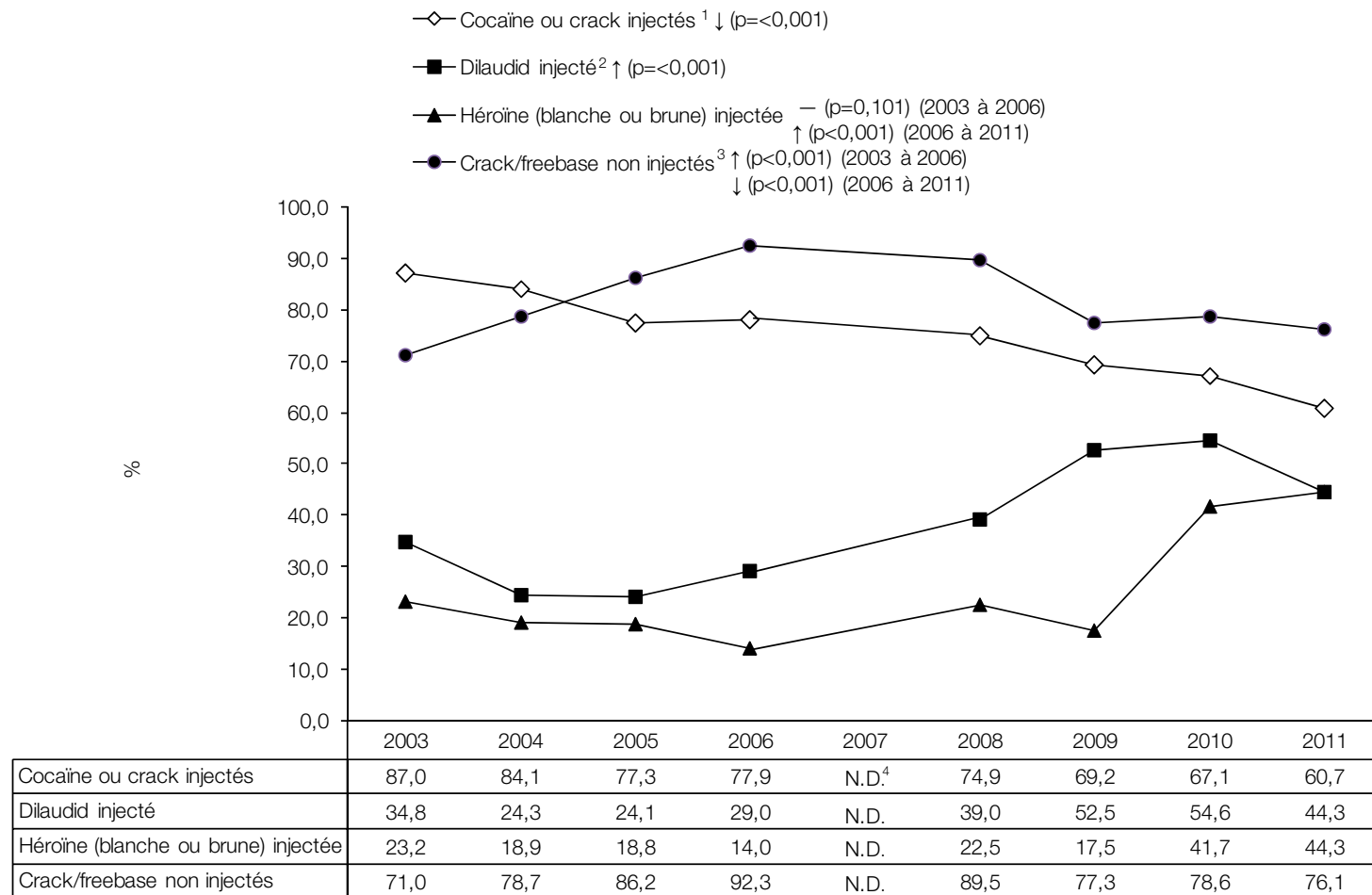
¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

— = pas de tendance statistiquement significative; ↑ = hausse statistiquement significative; ↓ = baisse statistiquement significative.

² Regroupant prescrit et non prescrit.

³ Données antérieures à 2003 : 1995 : 51,3; 1996 : 41,5; 1997 : 44,0; 1998 : 16,4; 1999 : 51,1; 2000 : 50,0; 2001 : 42,0; 2002 : 42,2.

Figure 4 Tendances de la consommation de drogues – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011



¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

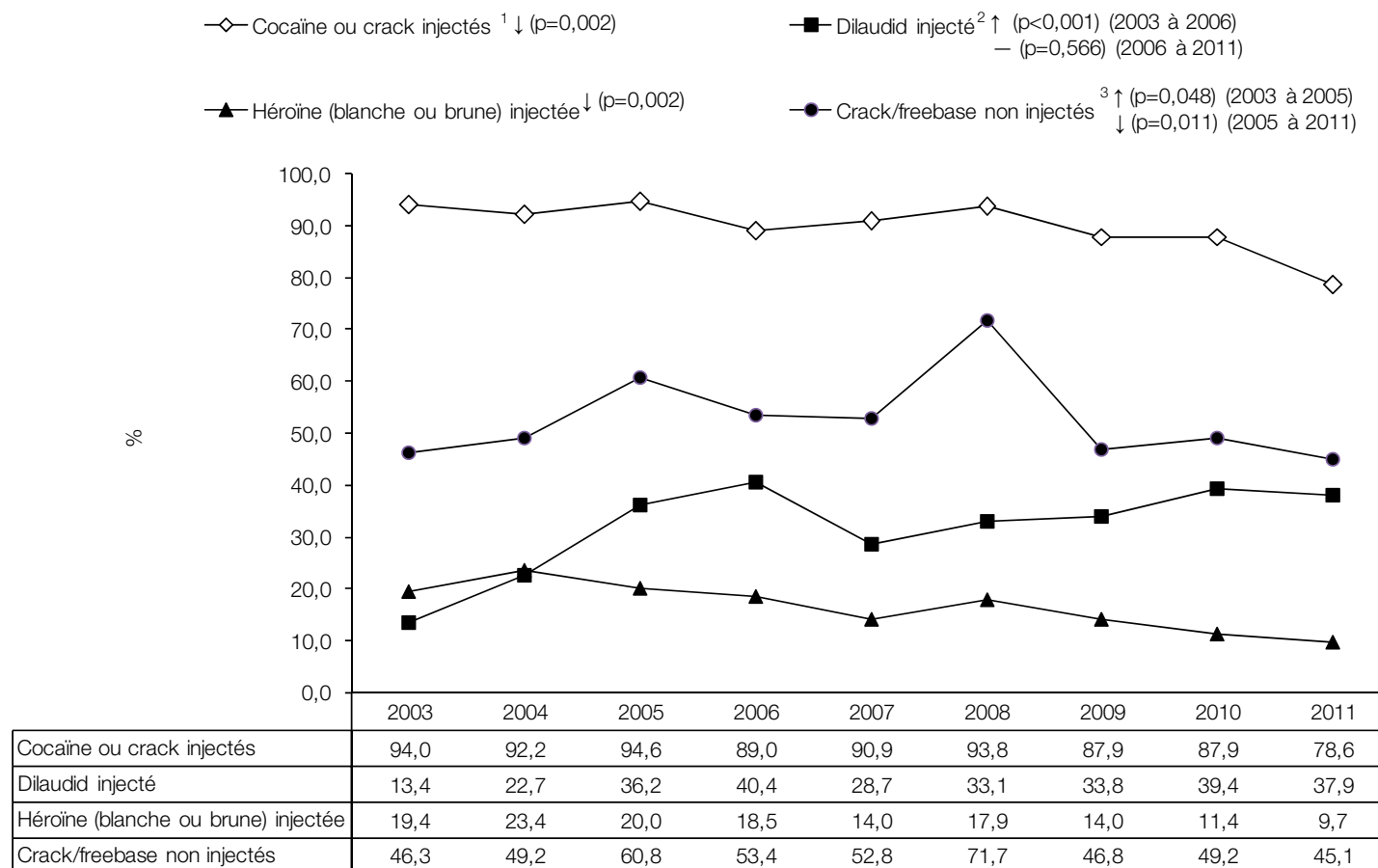
— = pas de tendance statistiquement significative; ↑ = hausse statistiquement significative; ↓ = baisse statistiquement significative.

² Regroupant prescrit et non prescrit.

³ Données antérieures à 2003 : 1996 : 66,3; 1997 : 67,7; 1998 : 68,3; 1999 : 70,8; 2000 : 70,9; 2001 : 70,5; 2002 : 75,0.

⁴ Étant donné que seulement 33 UDI ont été recrutés dans cette région en 2007, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

Figure 5 Tendances de la consommation de drogues – Semi-urbains⁷ – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011



¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

— = pas de tendance statistiquement significative; ↑ = hausse statistiquement significative; ↓ = baisse statistiquement significative.

² Regroupant prescrit et non prescrit.

³ Données antérieures à 2003 : 1995 : 34,3; 1996 : 40,4; 1997 : 49,3; 1998 : 56,7; 1999 : 53,7; 2000 : 57,6; 2001 : 51,8; 2002 : 54,7.

⁷ UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

Tableau 17 Médicaments opioïdes injectés dans les six derniers mois, selon qu'ils aient été prescrits ou non au participant, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012

Drogue (Total de ceux qui en ont consommé/N total)	Prescrite seulement		Non prescrite seulement		Prescrite et non prescrite	
	n	% ¹	n	%	n	%
Dilaudid (978/2 011)	38	3,9	817	83,5	123	12,6
Hydromorph-Contin ² (316/932)	9	2,8	284	89,9	23	7,3
Morphine (661/2 010)	41	6,2	546	82,6	74	11,2
Oxycodone/Oxycontin ² (203/933)	2	1,0	185	91,1	16	7,9
Méthadone (50/2 009)	17	34,0	29	58,0	4	8,0
Suboxone (2/2 008)	1	50,0	1	50,0	0	0,0

¹ Parmi ceux qui ont consommé cette drogue.

² Question ajoutée en 2011, donc le dénominateur est plus petit.

La très grande majorité des participants (83,5 % à 91,1 %) s'injecte exclusivement des médicaments opioïdes qui ne leur sont pas prescrits (tableau 17). Entre 1,0 % et 6,2 % des participants ne s'injectent que leurs médicaments opioïdes prescrits (excluant méthadone et Suboxone). Approximativement 10 % des participants s'injectent à la fois des médicaments opioïdes prescrits et non prescrits. L'injection de méthadone et de Suboxone est peu fréquente (52 participants).

Tableau 18 Médicaments opioïdes consommés autrement que par injection dans les six derniers mois, selon qu'ils aient été prescrits ou non au participant, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012

Médicaments (Total de ceux qui en ont consommé/N total)	Prescrite seulement		Non prescrite seulement		Prescrite et non prescrite	
	n	% ¹	n	%	n	%
Méthadone (553/2 015)	428	77,4	88	15,9	37	6,7
Dilaudid (443/2 007)	83	18,7	310	70,0	50	11,3
Morphine (364/2 011)	80	22,0	246	67,6	38	10,4
Oxycodone/Oxycontin ² (124/933)	11	8,9	100	80,6	13	10,5
Hydromorph-Contin ² (99/933)	16	16,2	71	71,7	12	12,1
Suboxone (28/2 010)	19	67,9	6	21,4	3	10,7

¹ Parmi ceux qui ont consommé cette drogue.

² Question ajoutée en 2011, donc le dénominateur est plus petit.

Le médicament opioïde consommé autrement que par injection par le plus grand nombre de participants est la méthadone. Plus des trois quarts des participants (77,4 %) ne consomment que de la méthadone qui leur est prescrite. Pour ce qui est des médicaments opioïdes consommés autrement que par injection, le tableau 18 montre qu'à l'exception de la méthadone et de la Suboxone, un grand nombre et une proportion importante de participants ne consomment que des médicaments opioïdes qui ne leur sont pas prescrits (entre 67,6 % et 80,6 %).

Tableau 19 **Prise de traitement de substitution pour la dépendance aux opioïdes dans les six derniers mois et dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2012**

Consommation de méthadone ou de Suboxone prescrites autrement que par injection	Six derniers mois		Dernier mois	
	n/N	%	n/N	%
Parmi tous les UDI	481/2 014	23,9	412/2 014	20,5
Parmi les UDI qui ont consommé (par injection ou autrement) des opioïdes durant la période	434/1 505	28,8	323/1 316	24,5
Parmi les UDI qui se sont injecté des opioïdes durant la période	423/1 372	30,8	305/1 197	25,5

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) propose de suivre la couverture des traitements de substitution pour la dépendance aux opioïdes (TDO) parmi les injecteurs d'opioïdes^[18]. Selon cet organisme, la couverture (proportion des personnes qui prennent des traitements de substitution parmi les personnes qui s'injectent des opioïdes) des TDO est considérée faible lorsque la proportion de consommateurs qui en prennent est inférieure à 20 %, elle est considérée moyenne lorsque cette proportion se situe entre 20 et 40 % et élevée lorsqu'elle est supérieure à 40 %. Selon les données recueillies, le niveau de couverture en TDO parmi les participants de SurvUDI-I-Track qui se sont injecté des opioïdes serait considéré moyen par l'OMS (30,8 % et 25,5 %, respectivement, dans les six derniers mois et dans le dernier mois).

Tableau 20 Lieux d'injection dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2012

Lieu d'injection	n/5 501	%
Sa propre résidence	3 331	60,6
Un lieu public :	2 929	53,2
La rue/un stationnement extérieur	2 078	37,8
Des toilettes publiques	1 800	32,7
Un boisé/un parc	1 354	24,6
Un « squat »/piquerie	302	5,5
Une entrée/un escalier ou un corridor d'un immeuble	265	4,8
Un stationnement intérieur/un garage	199	3,6
Un lieu commercial ¹	165	3,0
Autres ²	120	2,2
La résidence d'un ami	2 258	41,1
Un hôtel/motel	1 206	21,9
Une maison de chambre/pension	648	11,8
Un véhicule privé	395	7,2
Un refuge, foyer	368	6,7
La résidence des parents	305	5,5
La résidence d'une personne peu ou pas connue	256	4,7
Un lieu de résidence de la parenté	186	3,4
Un centre de détention	80	1,5
Un lieu de soins ³	62	1,1
Ailleurs ⁴	64	1,2

¹ Incluant bar, peep-show, sauna.

² Par exemple : véhicule public (59).

³ Incluant hôpital, clinique de réadaptation, institution psychiatrique.

⁴ Par exemple : maison de transition (42), travail (17).

Dans les six derniers mois, bien que le lieu d'injection rapporté par la plus grande proportion des participants soit sa propre résidence, une proportion également importante a déclaré s'être injectée dans des lieux publics (la rue, des toilettes publiques et des boisés ou des parcs par exemple). Une proportion importante de participants s'est aussi injectée dans la résidence d'un ami ou dans un hôtel ou un motel (tableau 20).

Tableau 21 Lieu d'injection le plus fréquent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2012

Lieu d'injection	Réseau		UDI urbains		UDI semi-urbains ¹	
	n/5 471	%	n/4 692	%	n/779	%
Sa propre résidence	2720	49,7	2258	48,1	462	59,3
Un lieu public :	1346	24,6	1280	27,3	66	8,5
La rue/un stationnement intérieur	686	12,5	659	14,1	27	3,5
Des toilettes publiques	343	6,3	328	7,0	15	1,9
Un boisé/un parc	202	3,7	188	4,0	14	1,8
Un « squat »/ piquerie	33	0,6	27	0,6	6	0,8
Un lieu commercial ²	28	0,5	27	0,6	1	0,1
Une entrée/un escalier ou un corridor d'un immeuble	27	0,5	26	0,6	1	0,1
Un stationnement/un garage	9	0,2	9	0,2	0	0,0
Autres ³	18	0,3	16	0,3	2	0,3
La résidence d'un ami	679	12,4	555	11,8	124	15,9
Une maison de chambre/pension	267	4,9	240	5,1	27	3,5
Un hôtel/motel	181	3,3	142	3,0	39	5,0
Un refuge, foyer	93	1,7	91	1,9	2	0,3
La résidence des parents	51	0,9	32	0,7	19	2,4
Un véhicule privé	49	0,9	39	0,8	10	1,3
La résidence d'une personne peu ou pas connue	30	0,5	25	0,5	5	0,6
Un lieu de résidence de la parenté	28	0,5	15	0,3	13	1,7
Un centre de détention	17	0,3	5	0,1	12	1,5
Ailleurs ⁴	10	0,2	10	0,2	0	0,0

¹ Les UDI semi-urbains sont ceux de l'Abitibi-Témiscamingue, la Mauricie et Centre-du-Québec, la Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), le Saguenay-Lac-Saint-Jean et l'Estrie.

² Incluant bar, peep-show, sauna.

³ Par exemple : camping (2), abri (1).

⁴ Par exemple : maison de transition (9).

Pour la moitié des participants (49,7 %), le lieu d'injection le plus fréquent est sa propre résidence. Pour un individu sur quatre (24,6 %), le lieu d'injection le plus fréquent est un lieu public (tableau 21). Parmi les lieux publics, la rue est celui mentionné le plus fréquemment. Les analyses des données brutes (sans ajuster pour d'autres caractéristiques comme l'âge ou le sexe) montrent que les UDI des programmes semi-urbains s'injectent davantage dans leur propre résidence et s'injectent moins dans les lieux publics que ceux des programmes urbains.

Tableau 22 Pratiques d'utilisation du matériel d'injection dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2006-2012

Item	A utilisé cet item ¹		A utilisé cet item ² déjà utilisé par quelqu'un d'autre		A passé à quelqu'un d'autre cet item ² qu'il avait déjà utilisé	
	n/N	%	n/N	%	n/N	%
Seringue ³	3 631/3 631	100	724/3 631	19,9	603/3 588	16,8
Eau	3 599/3 627	99,2	724/3 599	20,1	630/3 599	17,5
Filtre	3 061/3 631	84,3	466/3 061	15,2	393/3 061	12,8
Contenant	3 378/3 632	93,0	722/3 378	21,4	640/3 378	19,0
Tourniquet/garrot	2 179/3 641	59,9	406/2 179	18,6	346/2 179	15,9
Tampon alcoolisé (avant injection)	2 971/3 645	81,5	112/2 971	3,8	105/2 971	3,5
Tampon sec (post-injection)	2 512/3 627	69,3	125/2 512	5,0	104/2 512	4,1
Acidifiant	1 424/3 610	39,5	163/1 424	11,5	154/1 424	10,8
Au moins un item de matériel (excluant la seringue)	3 576/3 590	99,6	1 096/3 576	30,6	923/3 576	25,8

¹ Que cet item ait déjà été utilisé par quelqu'un d'autre ou non.

² Parmi les UDI qui utilisent cet item (qu'il ait déjà été utilisé par quelqu'un d'autre ou non).

³ Pour la période 1995-2012, 30,4 % (3 908/12 870) des UDI ont rapporté avoir utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre alors que 25,8 % (3 319/12 845) ont rapporté avoir passé à quelqu'un d'autre des seringues qu'ils avaient déjà utilisées. Consulter la figure 10 pour la tendance temporelle de l'usage de seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre.

Entre 2006 et 2012, un individu sur cinq (19,9 %) s'est injecté avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre au cours des 6 mois précédents. On observe des proportions similaires pour l'utilisation de l'eau (20,1 %) et des contenants pour diluer ou chauffer la drogue (21,4 %) déjà utilisés par quelqu'un d'autre. On note aussi que 16,8 % des UDI ont passé à quelqu'un d'autre des seringues qu'ils avaient déjà utilisées (tableau 22). Lorsque l'on combine tous les items de matériel autres que la seringue, on trouve que 30,6 % (1 096/3 576) des UDI ont utilisé au moins une fois du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre et que 25,8 % (923/3 576) ont passé à quelqu'un d'autre leur matériel au moins une fois après usage.

Depuis 2011, au moment de leur dernière injection, 7,4 % (69/929) des participants n'ont pas utilisé une seringue stérile (données non montrées dans les tableaux).

Depuis 2011, 57,3 % (525/916) des UDI ont rapporté s'être injecté des restes de drogues (souvent appelés « wash »). Parmi ceux-ci, 31,3 % (163/520) ont rapporté avoir utilisé un coton, un filtre ou un contenant, pour faire le « wash », qui avait déjà été utilisé par quelqu'un d'autre (données non montrées dans les tableaux).

Depuis 2011, 89,4 % (793/934) des participants ont déclaré avoir déjà été incarcérés dans une prison, un pénitencier ou un établissement correctionnel, 13,4 % (106/793) s'y sont déjà injecté des drogues, et 52,4 % (54/103) de ceux qui s'y sont injectés y ont partagé des seringues (partage sans autres précisions, données non montrées dans les tableaux).

Tableau 23 Fréquences d'injection et d'usage de matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

Comportement dans le dernier mois (N)		n	%
Fréquence d'injection dans le dernier mois (5 796)	Jamais	777	13,4
	pas toutes sem.	1 313	22,7
	1-2 jours/sem.	901	15,5
	3 à 6 jours/sem.	929	16,0
	tous les jours	1 876	32,4
Nombre d'injections dans le dernier mois ¹ (4 905)	1 à 4	775	15,8
	5 à 10	705	14,4
	11 à 20	621	12,7
	21 à 40	499	10,2
	41 à 60	493	10,0
	61 à 100	520	10,6
	101 à 200	668	13,6
	201 à 3 000	624	12,7
Proportion d'injections pour lesquelles une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre a été utilisée ¹ (4 962)	aucune	4 157	83,8
	1 à 20 %	548	11,0
	21 à 40 %	100	2,0
	41 à 60 %	84	1,7
	61 à 80 %	30	0,6
	81 à 100 %	43	0,9
Proportion d'injections pour lesquelles du matériel autre que des seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre a été utilisé ¹ (4 965)	aucune	3 901	78,6
	1 à 20 %	539	10,9
	21 à 40 %	157	3,2
	41 à 60 %	134	2,7
	61 à 80 %	63	1,3
	81 à 100 %	171	3,4

¹ Chez ceux qui se sont injectés dans le dernier mois.

Pour la période de 2003 à 2012, près du tiers des participants (32,4 %) se sont injectés à tous les jours dans le dernier mois (tableau 23). Un autre tiers (31,5 %) s'est injecté au moins une fois par semaine. Environ 20 % (16,2 % pour les seringues et 21,4 % pour les autres matériels) des participants rapportent s'être injectés avec du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre. Le tableau 50 présente les tendances temporelles pour cette analyse.

Des 471 189 injections au total faites dans le dernier mois par 4 854 participants, 22 428 (4,8 %) ont été faites avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre et 39 639 (8,4 %) ont été faites avec du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre (données non montrées dans les tableaux, 2003-2012).

Tableau 24 Comparaison des comportements d'injection au cours des six derniers mois des UDI recrutés en milieux urbains et semi-urbains, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

Comportement dans les six derniers mois	Réseau	UDI urbains	UDI semi-urbains ¹	Valeur-p	
	% (N)	% (N)	% (N)		
Partenaires d'injection principaux :					
inconnu	16,9 (5 793)	17,0 (4 960)	16,3 (833)		
connu	53,4 (5 793)	52,7 (4 960)	57,5 (833)	0,027	
toujours seul	29,7 (5 793)	30,3 (4 960)	26,2 (833)	(2 dl) ²	
S'injectent depuis 6 ans et plus	73,4 (5 811)	75,3 (4 976)	62,2 (835)	< 0,001	
Ont prêté leurs seringues déjà utilisées	18,8 (5 695)	17,9 (4 868)	24,1 (827)	< 0,001	
Se sont injectés au moins une fois à tous les jours dans le dernier mois ³	32,4 (5 796)	34,4 (4 970)	20,1 (826)	< 0,001	
Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre	22,2 (5 735)	21,1 (4 921)	28,9 (814)	< 0,001	
Se sont procuré leurs seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre principalement d'inconnus (chez les emprunteurs de seringues qui ont répondu)	27,7 (1 232)	27,8 (998)	27,4 (234)	0,901	
Ont utilisé du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre ⁴	30,3 (4 823)	28,2 (4 151)	43,8 (672)	< 0,001	
Se sont procuré leur matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre principalement d'inconnus (chez les emprunteurs de matériel qui ont répondu) ⁴	24,6 (1 344)	24,8 (1 069)	24,0 (275)	0,786	
Se sont injectés plus d'une drogue	54,9 (5 818)	57,1 (4 984)	42,0 (834)	< 0,001	
Droque la plus souvent injectée :					
cocaïne	57,3 (5 782)	54,2 (4 951)	75,2 (831)		
héroïne ⁵	10,5 (5 782)	11,5 (4 951)	4,6 (831)		
médicaments opioïdes ⁶	26,2 (5 782)	27,7 (4 951)	17,5 (831)	< 0,001	
autres	6,0 (5 782)	6,6 (4 951)	2,7 (831)	(3 dl)	

¹ UDI semi-urbains : Abitibi-Témiscamingue, Mauricie et Centre-du-Québec, Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), le Saguenay-Lac-Saint-Jean et l'Estrie.

² Degrés de liberté.

³ La fréquence d'injection est questionnée à propos du mois précédent. Tous les autres comportements présentés ici sont questionnés à propos des six mois ayant précédé l'entrevue.

⁴ Variable analysée à partir de décembre 2004 seulement afin de tenir compte de tous les items de matériel (eau, filtre, contenant, tourniquet/garrot, tampon alcoolisé, tampon sec et acidifiant) maintenant inclus dans le questionnaire.

⁵ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁶ La catégorie des médicaments opioïdes injectés est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes, qui sont parfois aussi présentées dans le tableau : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non), oxycodone/oxycotin (prescrit ou non), Hydromorph-Contin (prescrit ou non) et les autres médicaments opioïdes non prescrits (incluant fentanyl, demerol, codéine, mélange de cocaïne et d'opiacé autre que l'héroïne).

Les analyses des données brutes pour les milieux urbains et semi-urbains (sans ajuster pour d'autres caractéristiques comme l'âge ou le sexe) montrent que les UDI présentent un niveau de risque différent pour certains comportements d'injection de drogues (tableau 24). Les UDI urbains sont, par

exemple, plus souvent des UDI de longue date et une plus grande proportion d'entre eux s'injecte tous les jours. Cependant, les UDI des programmes semi-urbains déclarent dans une plus grande proportion des comportements de partage de seringues (usage de seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre et prêt de seringues déjà utilisées par le participant) et ils rapportent davantage la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent (tableau 24).

Depuis 2003, 69,1 % (3 732/5 398) des UDI qui ont rapporté avoir fumé des drogues dans les six derniers mois ont rapporté avoir utilisé du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre pour le faire (données non montrées dans les tableaux).

3.3 Comportements sexuels

Tableau 25 Comparaison des comportements sexuels au cours des six derniers mois des UDI recrutés en milieux urbains et semi-urbains, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

Comportements dans les six derniers mois	Réseau		UDI urbains		UDI semi-urbains ¹	Valeur-p
	% (N)		% (N)		% (N)	
Parmi les femmes :						
Ont eu des relations sexuelles ²	87,2 (1 374)		86,0 (1 147)		93,4 (227)	0,002
Ont eu des relations sexuelles au cours du dernier mois ^{3,4}	72,3 (1 315)		71,7 (1 100)		75,3 (215)	0,278
Prostitution ^{5,6}	30,7 (1 383)		30,0 (1 157)		34,1 (226)	0,224
Nb de partenaires sexuels masculins :						
	0	15,5 (1 374)	16,3 (1 147)		11,5 (227)	0,005 (3 dl) ⁷
	1	34,2 (1 374)	34,6 (1 147)		32,2 (227)	
	2-5	24,2 (1 374)	22,4 (1 147)		33,0 (227)	
	≥ 6	26,1 (1 374)	26,7 (1 147)		23,3 (227)	
Parmi les hommes :						
Ont eu des relations sexuelles ²	68,0 (4 400)		66,8 (3 793)		75,0 (607)	< 0,001
Ont eu des relations sexuelles au cours du dernier mois ^{3,4}	44,9 (4 171)		45,7 (3 598)		39,8 (573)	0,008
Prostitution ^{5,6}	5,0 (4 389)		5,0 (3 793)		5,4 (596)	0,689
Nb de partenaires sexuels masculins ⁸ :						
	0	91,3 (4 393)	91,1 (3 792)		93,0 (601)	0,052 (3 dl)
	1	3,3 (4 393)	3,3 (3 792)		3,2 (601)	
	2-5	2,9 (4 393)	2,9 (3 792)		3,0 (601)	
	≥ 6	2,5 (4 393)	2,7 (3 792)		0,8 (601)	
Nb de partenaires sexuels féminins :						
	0	36,6 (4 399)	37,8 (3 792)		29,2 (607)	< 0,001 (3 dl)
	1	31,8 (4 399)	31,3 (3 792)		35,1 (607)	
	2-5	25,1 (4 399)	24,2 (3 792)		30,6 (607)	
	≥ 6	6,5 (4 399)	6,7 (3 792)		5,1 (607)	

¹ Les UDI semi-urbains sont ceux de l'Abitibi-Témiscamingue, la Mauricie et Centre-du-Québec, la Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), le Saguenay-Lac-Saint-Jean et l'Estrie.

² On inclut ici les relations sexuelles orales, vaginales et anales tant avec des hommes qu'avec des femmes.

³ Dans le mois précédent alors que tous les autres comportements présentés dans le tableau sont questionnés à propos des six mois ayant précédé l'entrevue.

⁴ Variable ajoutée à partir de février 2004.

⁵ On inclut ici les faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres choses.

⁶ Pour la période 1995-2012, 37,9 % (1 170/3 084) des femmes et 7,4 % (706/9 553) des hommes ont rapporté avoir eu des activités de prostitution dans les derniers six mois. Consulter la figure 11 pour la tendance temporelle de la pratique de la prostitution.

⁷ Degrés de liberté.

⁸ Pour la période 1995-2012, 11,4 % des hommes (1 089/9 560) ont rapporté avoir eu des partenaires sexuels masculins dans les six derniers mois.

Pour la période 2003-2012, 87,2 % des femmes et 68,0 % des hommes rapportent avoir eu des relations sexuelles orales, vaginales ou anales au cours des six derniers mois précédant l'entrevue. Au cours du dernier mois, environ les trois quarts des femmes (72,3 %) et près de la moitié des hommes (44,9 %) déclarent avoir eu des relations sexuelles (tableau 25). Près du tiers des femmes

(30,7 %) et 5,0 % des hommes rapportent des activités de prostitution (partenaires sexuels clients) au cours des 6 mois précédents.

Parmi les hommes qui rapportent avoir eu des activités de prostitution dans les six derniers mois, 39,5 % (87/220) rapportent avoir eu six partenaires sexuels masculins ou plus pendant cette période. Cette proportion est de 0,5 % (20/4 163) parmi les hommes qui ne rapportent pas d'activités de prostitution (données non montrées dans les tableaux).

Parmi les femmes qui rapportent avoir eu des activités de prostitution dans les six derniers mois, 75,0 % (318/424) rapportent avoir eu six partenaires sexuels masculins ou plus pendant cette période. Cette proportion est de 4,3 % (41/945) parmi les femmes qui ne rapportent pas d'activités de prostitution (données non montrées dans les tableaux).

Tableau 26 Utilisation du condom lors de relations anales ou vaginales dans les six derniers mois, chez les femmes par type de partenaires sexuels masculins, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

Fréquence d'utilisation du condom par les femmes	Partenaires réguliers Hommes		Partenaires occasionnels Hommes		Clients Hommes	
	n/815 ¹	%	n/367	%	n/363	%
Toujours	152	18,6	174	47,4	261	71,9
Parfois	161	19,8	116	31,6	83	22,9
Jamais	502	61,6	77	21,0	19	5,2

¹ Nombre de femmes qui ont indiqué avoir des relations anales ou vaginales avec ce type de partenaire masculin.

La proportion de participants qui déclarent toujours utiliser le condom lors des relations sexuelles anales ou vaginales est plus élevée avec les partenaires sexuels clients et avec les partenaires occasionnels qu'avec les partenaires réguliers (tableaux 26 et 27).

Une proportion élevée de femmes n'utilisent pas toujours le condom avec leurs partenaires sexuels occasionnels hommes (52,6 %, 193/367). Cette proportion est également importante avec les partenaires masculins clients (28,1 %, 102/363)(tableau 26).

Tableau 27 Utilisation du condom lors de relations anales ou vaginales chez les hommes dans les six derniers mois, par type et sexe des partenaires sexuels, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

Fréquence d'utilisation du condom par les hommes	Partenaires réguliers				Partenaires occasionnels				Clients			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	n/75 ¹	%	n/1 575	%	n/91	%	n/1 436	%	n/69	%	n/55	%
Toujours	29	38,7	403	25,6	56	61,5	801	55,8	46	66,7	31	56,3
Parfois	10	13,3	303	19,2	15	16,5	330	23,0	10	14,5	15	27,3
Jamais	36	48,0	869	55,2	20	22,0	305	21,2	13	18,8	9	16,4

¹ Nombre d'hommes qui ont indiqué avoir des relations anales ou vaginales avec ce type de partenaire masculin ou féminin.

Une proportion non négligeable d'hommes n'utilisent pas toujours le condom avec leurs partenaires sexuels occasionnels, soit 44,2 % (635/1 436) avec leurs partenaires femmes et 38,5 % (35/91) avec leurs partenaires hommes. Cette proportion est également importante avec les partenaires sexuels

clients, soit 43,7 % (24/55) avec les partenaires femmes et 33,3 % (23/63) avec les partenaires hommes (tableau 27).

Depuis 2011, lors de la dernière relation sexuelle avec un client, 50,0 % (3/6) des hommes ont utilisé un condom pour les relations vaginales et 69,2 % (9/13) pour les relations anales (données non montrées dans les tableaux).

Depuis 2011, lors de la dernière relation sexuelle avec un client, 84,4 % (38/45) des femmes ont utilisé un condom pour les relations vaginales et 86,7 % (9/13) pour les relations anales (données non montrées dans les tableaux).

3.4 Prévalence du VIH et du VHC

Tableau 28 Prévalence du VIH, par âge et sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

Âge	Femmes		Hommes		Données manquantes pour le sexe	Total	
	N	%	N	%		N	%
< 20	102	0,0	80	0,0	1 (0 pos)	183	0,0
20-24	229	2,6	389	4,4	2 (1 pos)	620	3,9
25-29	229	13,1	579	6,4	4 (1 pos)	812	8,4
30-34	189	11,6	601	10,2	8 (0 pos)	798	10,4
35-39	196	16,3	675	15,7	8 (5 pos)	879	16,3
≥ 40	434	17,1	2 052	22,0	7 (2 pos)	2 493	21,1
Total	1 379	11,9	4 376	15,4	30 (9 pos)	5 785 ¹	14,6 ²

¹ Le résultat au test VIH (salive) est inconnu pour 10 femmes et 31 hommes.

² Intervalle de confiance 95 % : 13,7-15,5.

La prévalence du VIH sur l'ensemble de la période d'observation (2003-2012) est de 14,6 % (845/5 785). Elle augmente avec l'âge pour atteindre un maximum chez les 40 ans et plus. Chez ceux-ci, plus d'un individu sur cinq est déjà infecté par le VIH (tableau 28). La différence significative de prévalence du VIH entre les hommes et les femmes est expliquée par le fait que les hommes recrutés sont plus vieux.

Tableau 29 Prévalence annuelle du VIH à la première visite⁸ annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011

Année	Réseau		Montréal ¹		Ville de Québec		Ottawa/Outaouais		Semi-urbains ²	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1995	992	11,7	510	13,3	456	10,1			35	5,7
1996	1 753	14,7	941	18,2	591	9,5	190	17,9	46	0,0
1997	1 754	16,0	688	20,9	677	8,6	333	23,7	71	2,8
1998	1 308	16,7	401	20,7	367	11,2	462	20,1	90	2,2
1999	1 122	15,2	410	14,4	314	13,1	239	25,5	163	5,5
2000	1 416	16,5	654	17,6	314	16,6	285	20,4	176	5,7
2001	1 679	16,4	791	19,3	355	14,6	251	21,5	302	7,0
2002	1 305	18,8	626	23,0	267	16,9	231	17,7	193	8,3
2003	882	19,3	469	22,6	182	19,8	125	16,8	112	7,1
2004	1 224	18,1	579	23,5	219	18,3	301	10,6	131	11,5
2005	1 102	17,2	459	24,4	246	14,6	277	11,2	130	9,2
2006	1 297	17,7	564	23,4	327	17,4	269	11,2	143	7,7
2007	931	18,5	530	22,3	231	16,9	N.D. ³	N.D.	143	10,5
2008	977	16,1	494	21,5	132	15,9	218	10,6	145	7,6
2009	929	16,6	462	21,9	193	15,0	120	10,8	158	7,6
2010	1 099	16,0	485	23,3	112	21,4	374	9,4	132	3,8
2011	939	19,2	479	25,7	173	13,9	191	12,6	103	8,7

¹ UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate.

² UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

³ Étant donné que seulement 33 UDI ont été recrutés dans cette région en 2007, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

Pour la dernière année complète de recrutement (2011), la prévalence du VIH dans le réseau est de 19,2 % (180/939) (tableau 25). En 2011, la prévalence de VIH la plus élevée a été observée à Montréal (voir la figure 6 pour l'analyse de tendance).

⁸ On conserve ici la première visite par année (donc un même sujet peut contribuer à deux années, mais pas deux fois dans la même année). Ces données ne peuvent servir pour l'analyse des tendances. Il faut plutôt se référer à la figure 6 pour les tendances, car on conserve alors la première visite à vie faite dans le réseau (donc un même sujet contribue à une seule année). Cette façon de faire évite de compter les cas incidents qui font augmenter la prévalence d'année en année.

Tableau 30 Prévalence du VHC, par âge et sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

Âge	Femmes		Hommes		Données manquantes pour le sexe	Total	
	N	%	N	%		N	%
< 20	102	20,6	80	13,8	1 (0 pos)	183	17,5
20-24	230	48,3	390	35,1	2 (1 pos)	622	40,0
25-29	229	55,9	582	50,7	4 (3 pos)	815	52,3
30-34	190	64,7	601	53,7	8 (6 pos)	799	56,6
35-39	196	78,6	675	66,8	8 (6 pos)	879	69,5
≥ 40	434	74,7	2 055	75,3	7 (5 pos)	2 496	75,2
Total	1 381	62,4	4 383	63,1	30 (21 pos)	5 794 ¹	62,9 ²

¹ Le résultat au test VHC (salive) est inconnu pour 8 femmes et 24 hommes.

² Intervalle de confiance 95 % : 61,7-64,2.

La prévalence du VHC (anticorps contre le VHC) sur l'ensemble de la période d'observation (2003-2012) est de 62,9 % (3 646/5 794), ce qui signifie qu'environ les deux tiers des participants ont des anticorps contre ce virus. Bien que la prévalence augmente avec l'âge, elle est déjà de 40,0 % chez les 20 à 24 ans. Chez les 35 ans et plus, près des trois quarts des participants ont des anticorps contre le VHC (tableau 30).

Tableau 31 Prévalence annuelle du VHC à la première visite⁹ annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011

Année	Réseau		Montréal ¹		Ville de Québec		Ottawa/Outaouais		Semi-urbains ²	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2003	580	66,2	389	64,3	58	87,9	68	73,5	66	51,5
2004	1 224	64,1	581	69,9	219	65,3	300	57,0	130	53,1
2005	1 104	64,1	461	70,7	246	71,1	277	52,0	130	53,8
2006	1 299	66,3	566	70,3	328	69,5	268	61,2	143	53,1
2007	933	68,2	532	73,5	231	71,9	N.D. ³	N.D.	143	47,6
2008	975	69,3	493	74,8	132	68,9	217	61,8	145	64,1
2009	933	70,0	465	75,9	194	74,7	120	65,0	158	51,3
2010	1 103	70,5	489	75,3	112	82,1	374	67,4	132	52,3
2011	937	70,2	478	70,7	173	74,6	190	72,1	103	58,3

¹ UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate.

² UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

³ Étant donné que seulement 33 UDI ont été recrutés dans cette région en 2007, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

⁹ On conserve ici la première visite par année (donc un même sujet peut contribuer à deux années, mais pas deux fois dans la même année). Ces données ne peuvent servir pour l'analyse des tendances. Il faut plutôt se référer à la figure 7 pour les tendances, car on conserve alors la première visite à vie faite dans le réseau (donc un même sujet contribue à une seule année). Cette façon de faire évite de compter les cas incidents qui font augmenter la prévalence d'année en année.

Pour la dernière année complète de recrutement (2011), la prévalence du VHC dans le réseau est de 70,2 % (658/937) selon le tableau 31. En 2011, la prévalence du VHC la plus élevée a été observée à Québec (voir la figure 7 pour l'analyse de tendance).

Tableau 32 Prévalence et prévalence ajustée du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

Région de recrutement	N	% brute	IC 95 % ¹	% ajusté ²
Abitibi-Témiscamingue	180	2,2	0,1 – 4,4	1,9
Estrie	342	11,1	7,8 – 14,4	10,4
Mauricie et Centre-du-Québec	216	7,9	4,3 – 11,5	8,2
Montréal	74	9,5	2,8 – 16,1	9,1
Montréal	2 485	20,0	18,4 – 21,5	19,8
Ottawa	1 450	10,0	8,5 – 11,5	9,1
Outaouais	134	9,7	4,7 – 14,7	8,9
Ville de Québec	987	14,4	12,2 – 16,6	13,1
Saguenay-Lac-Saint-Jean	90	4,4	0,2 – 8,7	6,8

¹ Intervalle de confiance à 95 % sur la prévalence brute.

² On a ajusté la prévalence de chacun des programmes en fonction de la structure d'âge et de sexe des UDI recrutés à Montréal. Seuls les UDI d'âge et de sexe connus sont inclus.

Tableau 33 Prévalence du VIH, par région de résidence, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

Région de résidence ¹	N	%	IC 95 % ²
Abitibi-Témiscamingue	179	2,2	0,1 – 4,4
Estrie	342	11,1	7,8 – 14,4
Mauricie et Centre-du-Québec	244	7,8	4,4 – 11,2
Montréal	201	12,9	8,3 – 17,6
Montréal	2 327	20,5	18,9 – 22,2
Ottawa	1 436	10,1	8,5 – 11,7
Outaouais	147	8,2	3,7 – 12,6
Ville de Québec	978	14,4	12,2 – 16,6
Saguenay-Lac-Saint-Jean	90	4,4	0,2 – 8,7
Laval	31	19,4	5,5 – 33,3

¹ Seules les données des régions pour lesquelles nous avons recruté 30 UDI ou plus sont présentées ici. On ne conserve ici que la dernière visite par région de résidence.

² Intervalle de confiance à 95 %.

La prévalence brute du VIH dans les programmes urbains est de 15,7 % (IC 95 % : 14,7 - 16,8) et de 7,7 % (IC 95 % : 6,0 - 9,5) dans les programmes semi-urbains (données non montrées dans les tableaux, 2003-2012).

La prévalence du VIH est présentée par région de recrutement (tableau 32) et par région de résidence des participants (tableau 33). La prévalence du VIH est la plus élevée parmi les UDI recrutés à Montréal, à Québec et en Estrie, variant entre 11,1 et 20,0 % (tableau 32). L'ajustement pour l'âge et

le sexe change peu les résultats de prévalence du VIH sauf pour le Saguenay–Lac-Saint-Jean dont la prévalence augmente légèrement à la suite de l’ajustement (tableau 32).

Tableau 34 Prévalence et prévalence ajustée du VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

Région de recrutement	N	% brute	IC 95 % ¹	% ajustée ²
Abitibi-Témiscamingue	180	47,8	40,5 – 55,1	53,2
Estrie	342	54,1	48,8 – 59,4	53,4
Mauricie et Centre-du-Québec	216	62,0	55,6 – 68,5	62,2
Montréal ³	74	56,8	45,5 – 68,0	51,6
Montréal	2 493	67,5	65,7 – 69,4	67,4
Ottawa	1 450	60,6	58,1 – 63,1	56,9
Outaouais	134	53,0	44,5 – 61,4	48,7
Ville de Québec	988	68,3	65,4 – 71,2	65,3
Saguenay–Lac-Saint-Jean	90	21,1	12,7 – 29,5	31,1

¹ Intervalle de confiance à 95 % sur la prévalence brute.

² On a ajusté la prévalence de chacun des programmes en fonction de la structure d’âge et de sexe des UDI recrutés à Montréal. Seuls les UDI d’âge et de sexe connus sont inclus.

³ 202 individus disant résider en Montérégie ont été recrutés, la plupart à Montréal. 101 de ceux-ci ont été trouvés positifs au VHC (50,0 %; IC 95 % : 43,1 – 56,9).

La prévalence brute du VHC dans les programmes urbains est de 65,3 % (IC 95 % : 64,0 – 66,6) et de 51,6 % (IC 95 % : 48,3 – 54,8) dans les programmes semi-urbains (données non montrées dans les tableaux, 2003-2012).

La prévalence du VHC est présentée seulement par région de recrutement (tableau 34). La prévalence du VHC ajustée pour l’âge et le sexe varie de 31,1 % au Saguenay–Lac-Saint-Jean à 67,4 % à Montréal. La région de la Mauricie et Centre-du-Québec ainsi que la région de Québec sont également des régions avec des prévalences du VHC parmi les plus élevées.

Tableau 35 Infection par le VIH et présence d’anticorps contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

Infection par le VIH	Anticorps contre le VHC		Total
	Oui	Non	
Oui	716 ^{1,2,3}	129 ⁴	845
Non	2 922 ⁵	2 018 ⁶	4 940
Total	3 638	2 147	5 785

¹ 84,7 % (716/845) de ceux qui sont infectés par le VIH ont aussi des anticorps contre le VHC.

² 19,7 % (716/3 638) de ceux qui ont des anticorps contre le VHC sont aussi infectés par le VIH.

³ 12,4 % (716/5 785) sont séropositifs pour les deux virus.

⁴ 6,0 % (129/2 147) de ceux qui ne sont pas séropositifs pour le VHC sont infectés par le VIH.

⁵ 59,2 % (2 922/4 940) de ceux qui ne sont pas infectés par le VIH sont séropositifs pour le VHC.

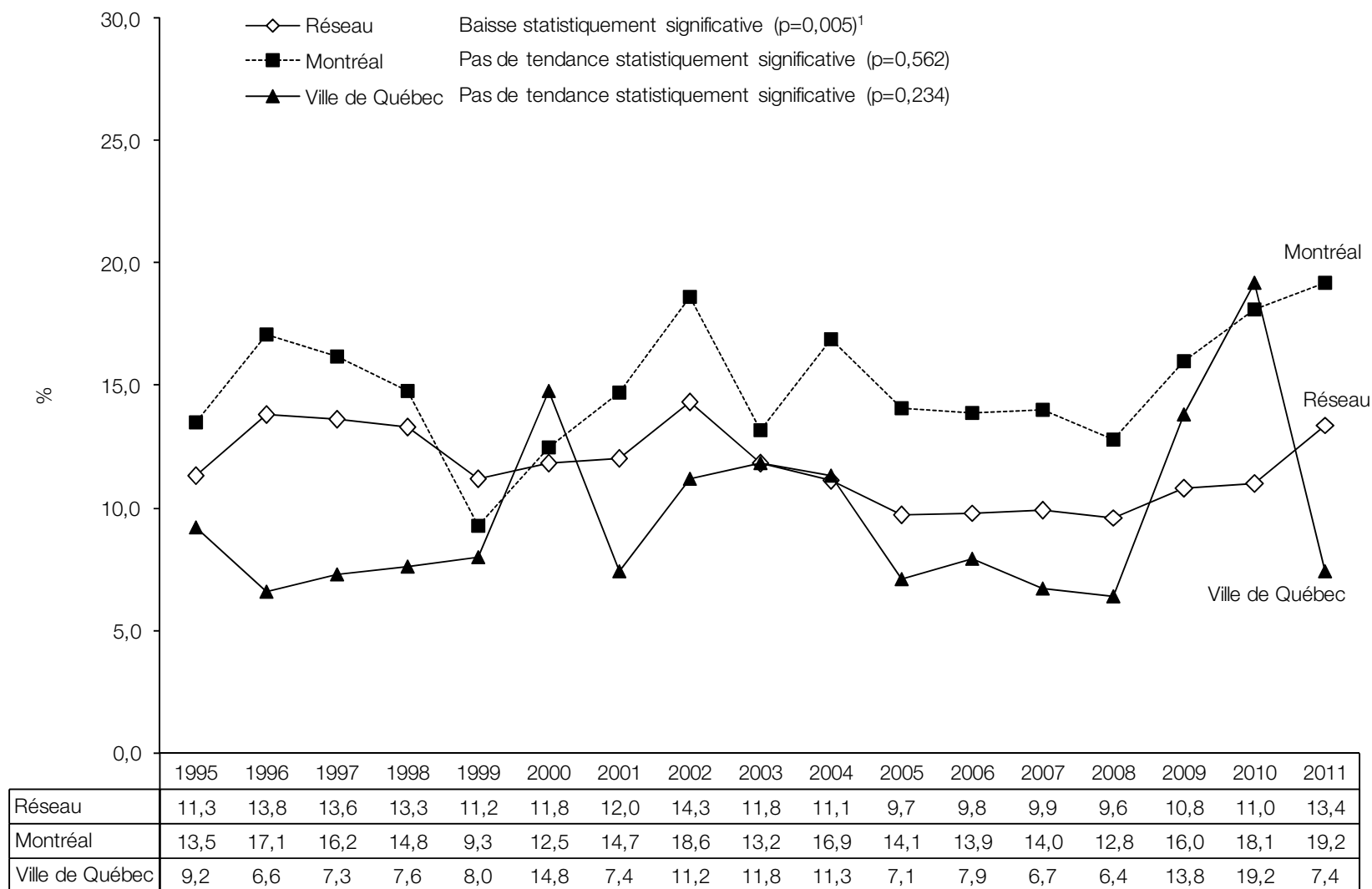
⁶ 34,9 % (2 018/5 785) ne sont infectés ni par le VIH, ni par le VHC.

Parmi les participants que nous avons trouvés infectés par le VIH, 84,7 % (716/845) ont aussi des anticorps contre le VHC. À l'inverse, 19,7 % (716/3 638) de ceux qui ont des anticorps contre le VHC sont aussi infectés par le VIH. Parmi l'ensemble des participants, 34,9 % (2 018/5 785) ne sont infectés ni par le VIH ni par le VHC (tableau 35).

Sur la période 1995-2011, la prévalence du VIH à la première visite à vie dans le réseau semble être globalement à la baisse depuis quelques années, malgré une hausse récente entre 2009 et 2011 (figure 6). La seule sous-région où une baisse statistiquement significative est observée est à Ottawa/Outaouais (figure 6 – suite).

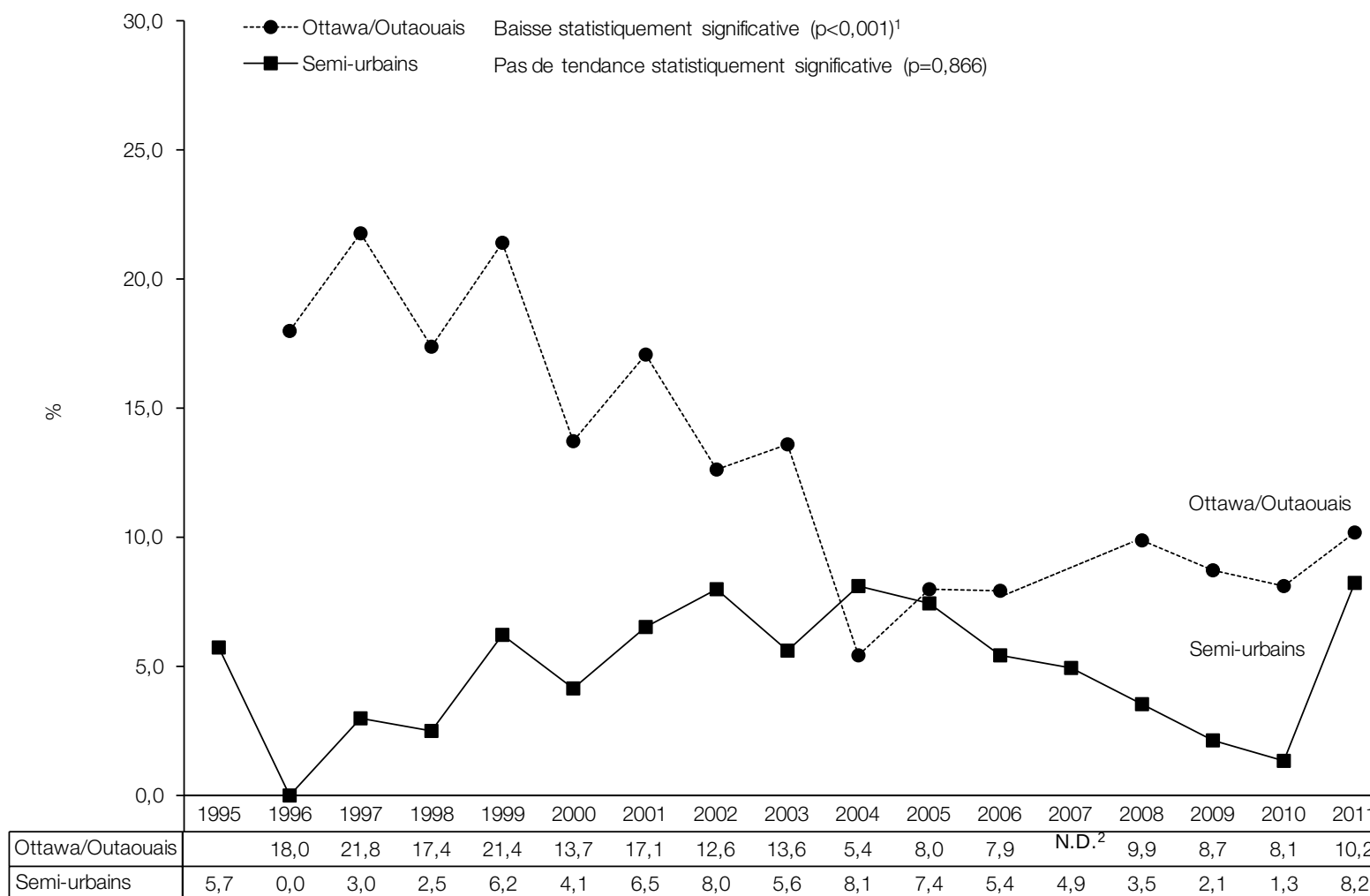
La prévalence du VHC à la première visite à vie dans le réseau est stable à Québec et dans les programmes semi-urbains alors qu'elle est à la hausse à Montréal de 2003 à 2009, mais à la baisse depuis 2009 (figure 7). À Ottawa/Outaouais, la prévalence du VHC est à la baisse de 2003 à 2005 et à la hausse de 2005 à 2011 (figure 7 - suite)

Figure 6 Tendances de la prévalence du VIH à la première visite à vie dans le réseau, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011



¹ Test du chi-carré de Mantel-Haenszel. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

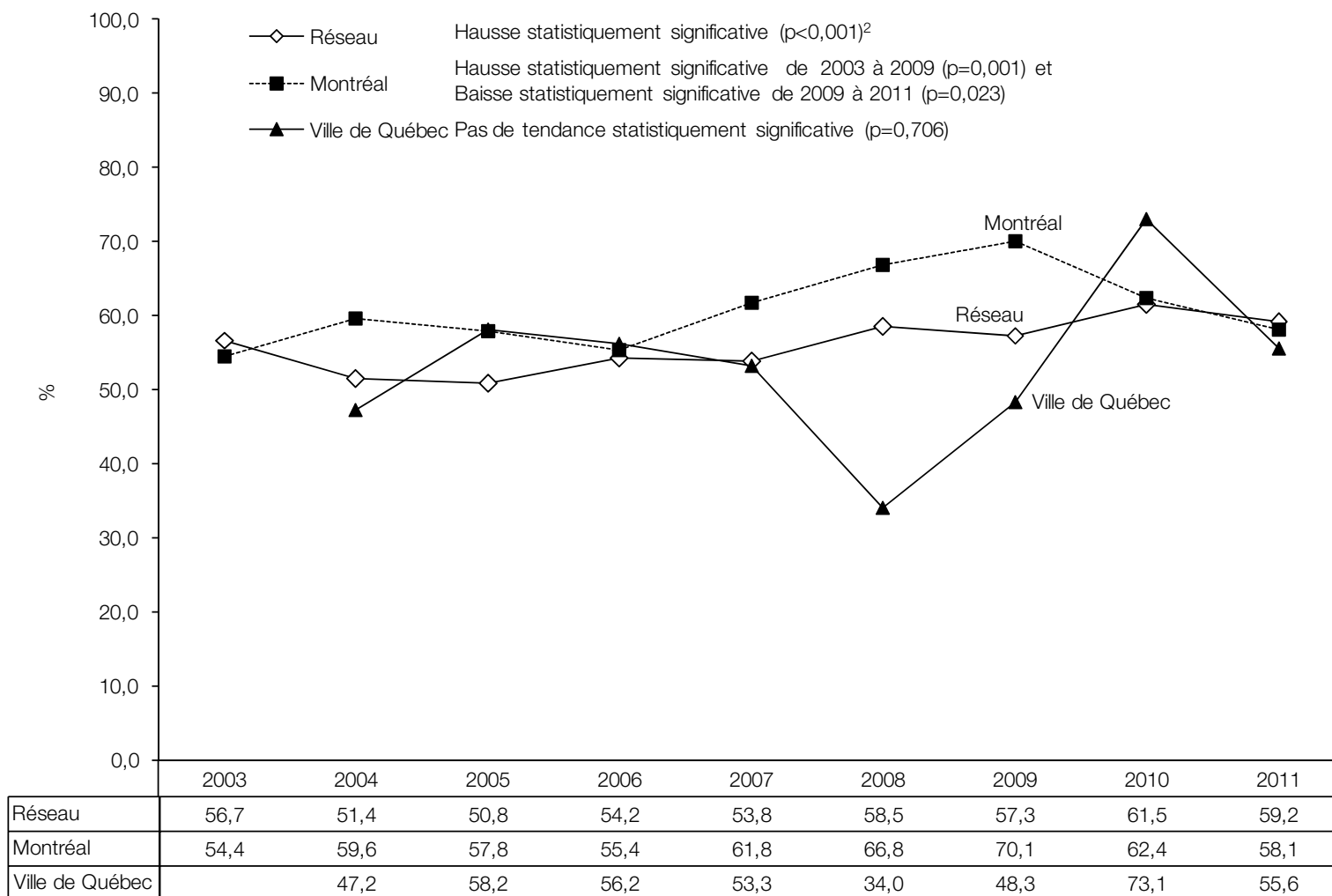
Figure 6 Tendances de la prévalence du VIH à la première visite à vie dans le réseau, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011 (suite)



¹ Test du chi-carré de Mantel-Haenszel. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

² Étant donné que seulement 33 UDI ont été recrutés dans cette région en 2007, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

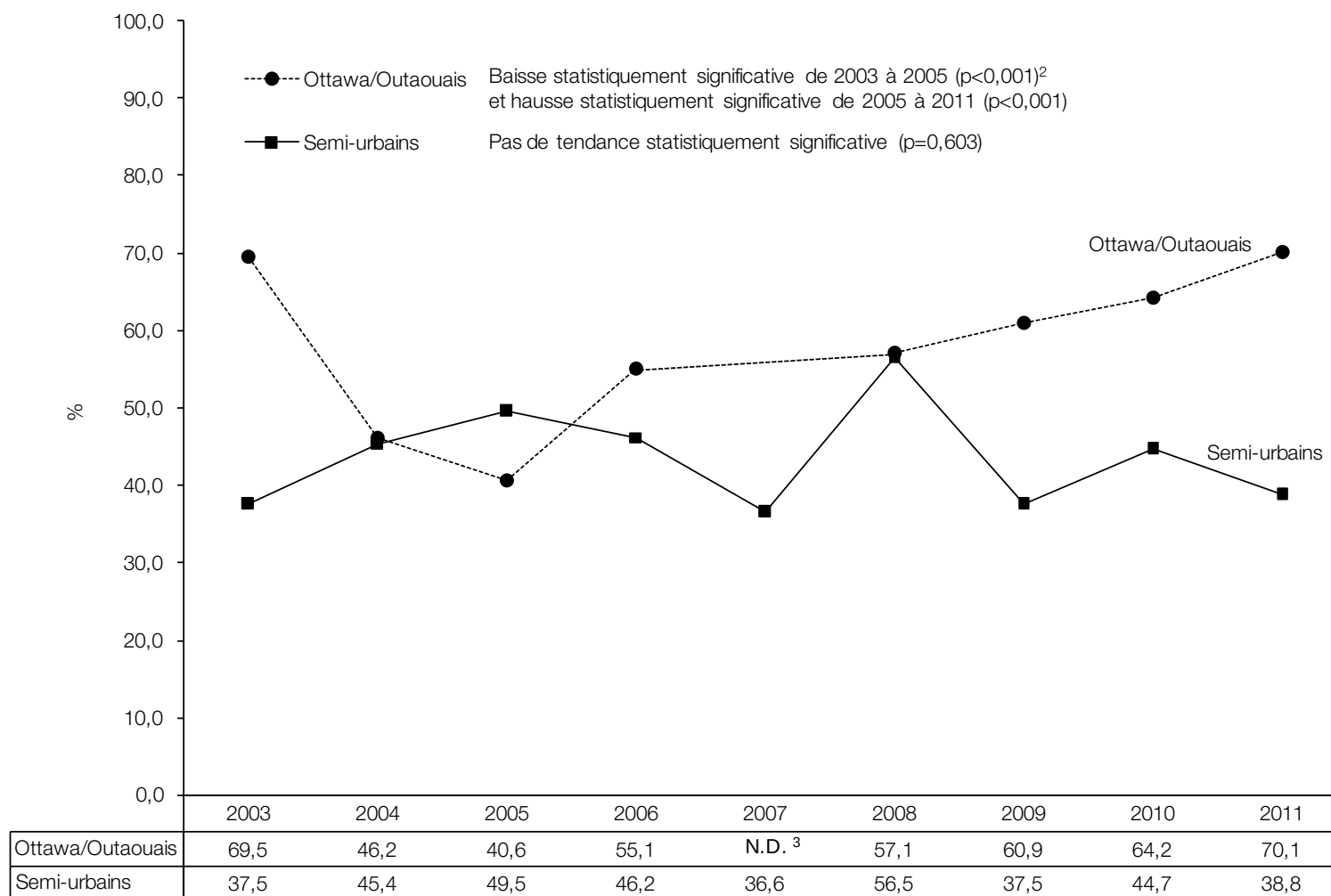
Figure 7 Tendances de la prévalence du VHC à la première visite¹ à vie dans le réseau, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011



¹ On a exclu les individus qui avaient déjà été recrutés avant 2003 afin d'avoir seulement des nouveaux individus.

² Test du chi-carré de Mantel-Haenszel. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

Figure 7 Tendances de la prévalence du VHC à la première visite¹ à vie dans le réseau, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011 (suite)



¹ Les individus qui avaient déjà été recrutés avant 2003 ont été exclus afin d'avoir seulement des nouveaux individus.

² Test du chi-carré de Mantel-Haenszel. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

³ Étant donné que seulement 33 UDI ont été recrutés dans cette région en 2007, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

3.5 Facteurs de risque associés à la prévalence du VIH et du VHC

Les tableaux 36 et 37 montrent l'analyse des facteurs de risque associés à la prévalence du VIH et du VHC pour la période de 2003 à 2012.

Les facteurs de risque statistiquement significatifs de la prévalence du VIH en analyse univariée sont : s'injecter seul ou avec des partenaires inconnus, s'injecter depuis 6 ans ou plus, s'injecter avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre, s'être principalement procuré d'inconnus ses seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre, s'injecter une seule drogue et s'injecter le plus souvent de la cocaïne (tableau 36).

Les participants qui déclarent prêter leurs seringues qu'ils ont déjà utilisées ont une prévalence du VIH moins élevée que ceux ne prêtant jamais leurs seringues (tableau 36).

Chez les femmes, le nombre de partenaires sexuels masculins est associé à la prévalence du VIH en univarié, c'est-à-dire que la prévalence est plus élevée chez celles ne déclarant aucun partenaire et chez celles en déclarant plus de six (tableau 36, suite).

La prévalence du VIH est significativement plus élevée chez les hommes déclarant des relations sexuelles avec d'autres hommes et elle augmente avec le nombre de partenaires masculins déclarés. La prévalence du VIH est également significativement plus élevée chez les hommes ne déclarant aucune partenaire sexuelle féminine, et elle diminue progressivement plus le nombre de partenaires féminines augmente (tableau 36, suite).

L'analyse univariée des facteurs de risque de la prévalence du VHC montre qu'en plus de ceux déjà observés pour la prévalence du VIH (s'injecter seul ou avec des partenaires inconnus, s'injecter depuis 6 ans ou plus, s'injecter avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre, se procurer principalement d'inconnus ses seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre et s'injecter le plus souvent de la cocaïne), les variables suivantes sont associées à la prévalence du VHC : avoir 25 ans ou plus, ne jamais utiliser du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre pour fumer ou inhaler, s'injecter de la cocaïne, s'injecter dans un endroit public, se prostituer et avoir été recruté à Montréal ou à Québec (tableau 37). La prévalence du VHC augmente de façon statistiquement significative avec la fréquence d'injection dans le dernier mois (tableau 37, suite).

Tableau 36 Facteurs de risque associés à la prévalence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

Comportement dans les six derniers mois (N)		%	Valeur-p
Partenaires d'injection principaux (5 752)	inconnu	17,1	
	connu	12,8	< 0,001
	toujours seul	16,5	(2 dl) ¹
Durée d'injection (5 770)	moins de 6 ans	5,4	
	6 ans ou plus	18,0	< 0,001
Ont prêté leurs seringues déjà utilisées (5 654)	oui	9,0	
	non	16,0	< 0,001
Fréquence d'injection dans le dernier mois ² (5 756)	jamais	11,1	
	pas toutes sem.	15,5	
	1-2 jours/sem.	15,4	0,442
	3 à 6 jours/sem.	17,5	test de tendance
	tous les jours	13,6	
Se sont injectés avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre (5 694)	chaque fois	12,7	
	des fois	18,7	0,002
	une seule fois	11,1	(3 dl)
	jamais	14,4	
De qui se sont-ils principalement procuré des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre (5 652)	inconnu	22,2	
	connu	13,0	< 0,001
	pas utilisé	14,4	(2 dl)
Ont utilisé du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre ³ (4 785)	oui	13,5	
	non	15,0	0,156
De qui se sont-ils principalement procuré du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre ³ (4 667)	inconnu	17,0	
	connu	12,6	0,071
	pas utilisé	15,0	(2 dl)
Utilisation de seringues et de matériel déjà utilisés par quelqu'un d'autre ³ (4 711)	seringue et matériel	15,2	
	matériel seulement	12,4	
	seringue seulement	17,5	0,168
	ni seringue ni matériel	15,0	(3 dl)
Ont fumé du crack/freebase (5 781)	oui	14,5	
	non	15,0	0,607
Se sont injectés plus d'une drogue (5 777)	oui	13,2	
	non	16,3	0,001
Droque la plus souvent injectée (5 741)	cocaïne	18,2	
	héroïne ⁴	5,6	
	médicaments opioïdes ⁵	11,0	< 0,001
	autres	12,2	(3 dl)

Tableau 36 Facteurs de risque associés à la prévalence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012 (suite)

Comportement dans les six derniers mois (N)			%	Valeur-p
Parmi les femmes :				
Prostitution ⁶ (1 373)	oui		13,2	0,296
	non		11,3	
Nombre de partenaires masculins (1 364)	0		20,3	
	1		9,5	
	2-5		9,1	
	≥ 6		12,6	
Parmi les hommes :				
Prostitution ⁶ (4 358)	oui		18,8	0,149
	non		15,2	
Nombre de partenaires masculins (4 362)	0		14,5	
	1		20,1	
	2-5		25,6	
	≥ 6		29,3	
Nombre de partenaires féminines (4 368)	0		24,6	
	1		11,2	
	2-5		9,6	< 0,001 (3 dl)
	≥ 6		6,0	
Relations sexuelles avec d'autres hommes (4 639)	oui		24,5	< 0,001
	non		14,5	

¹ Degrés de liberté.

² La fréquence d'injection est questionnée à propos du mois précédent. Tous les autres comportements présentés ici sont questionnés sur les six mois ayant précédé l'entrevue.

³ Variable analysée à partir de décembre 2004 seulement afin de tenir compte de tous les items de matériel (eau, filtre, contenant, tourniquet/garrot, tampon alcoolisé, tampon sec et acidifiant) maintenant inclus dans le questionnaire.

⁴ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁵ La catégorie des médicaments opioïdes injectés est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes, qui sont parfois aussi présentées dans le tableau : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non), oxycodone/oxycotin (prescrit ou non), Hydromorph-Contin (prescrit ou non) et les autres médicaments opioïdes non prescrits (incluant fentanyl, demerol, codéine, mélange de cocaïne et d'opiacé autre que l'héroïne).

⁶ On inclut ici les faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres choses.

La durée moyenne d'injection chez les infectés est de 18,5 ans vs 13,3 ans chez les non infectés (valeur-p < 0,001). Pour l'âge on a 41,6 vs 36,2 (valeur-p < 0,001) et pour le nombre d'injections dans le dernier mois on a 96,1 vs 81,6 (valeur-p = 0,038).

Tableau 37 Facteurs de risque associés à la prévalence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

Comportement dans les six derniers mois (N)		%	Valeur-p
Âge (5 794)	< 25 ans	34,9	< 0,001
	25 ans et +	67,5	
Sexe (5 764)	masculin	63,1	0,631
	féminin	62,4	
Durée d'injection (5 779)	moins de 6 ans	38,2	< 0,001
	6 ans ou plus	71,9	
Ont fumé du crack/freebase (5 790)	oui	63,4	0,282
	non	62,0	
Utilisation matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre pour fumer ou inhaler (5 726)	chaque fois	59,7	< 0,001 (3 dl) ¹
	des fois	60,9	
	une seule fois	61,9	
	jamais	67,1	
Injection de cocaïne (5 785)	oui	66,0	< 0,001
	non	50,4	
Injection de cocaïne le plus souvent (5 750)	oui	65,7	< 0,001
	non	59,3	
Partenaires d'injection principaux (5 761)	inconnu	65,9	< 0,001 (2 dl)
	connu	60,3	
	seul	66,3	
Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre (5 703)	chaque fois	56,4	< 0,001 (3 dl)
	des fois	70,7	
	une seule fois	65,6	
	jamais	61,6	
De qui se sont-ils procuré des seringues principalement lorsqu'elles avaient déjà été utilisées par quelqu'un d'autre (5 661)	inconnu	74,0	< 0,001 (2 dl)
	connu	66,0	
	pas utilisé	61,6	
Ont utilisé du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre ² (4 793)	oui	62,6	0,109
	non	65,0	
Ont utilisé de l'eau déjà utilisée par quelqu'un d'autre (5 738)	oui	63,4	0,751
	non	62,9	
Ont utilisé un filtre déjà utilisé par quelqu'un d'autre (5 743)	oui	61,3	0,301
	non	63,3	
Ont utilisé un contenant déjà utilisé par quelqu'un d'autre (5 747)	oui	60,8	0,068
	non	63,6	
De qui se sont-ils principalement procuré du matériel autre que seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ² (4 675)	inconnu	70,5	< 0,001 (2 dl)
	connu	59,5	
	pas utilisé	65,0	

Tableau 37 Facteurs de risque associés à la prévalence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012 (suite)

Comportement dans les six derniers mois (N)		%	Valeur-p
Fréquence d'injection dans le dernier mois ³ (5 765)	jamais	48,3	
	pas toutes sem.	61,2	
	1-2 jours/sem.	59,9	< 0,001
	3 à 6 jours/sem.	65,4	test de
	tous les jours	70,4	tendance
Nombre d'injections dans le dernier mois ³ (5 663)	aucune	48,3	
	1 à 4	57,9	
	5 à 10	59,9	
	11 à 20	61,9	
	21 à 40	60,8	
	41 à 60	69,4	
	61 à 100	64,8	< 0,001
	101 à 200	72,1	test de
	201 à 3 000	77,0	tendance
Proportion d'injections pour lesquelles une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre a été utilisée ^{3,4} (4 936)	aucune	64,8	
	1 à 20 %	66,5	
	21 à 40 %	67,7	
	41 à 60 %	72,3	0,305
	61 à 80 %	69,0	test de
	81 à 100 %	62,8	tendance
Proportion d'injections pour lesquelles du matériel autre que des seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre a été utilisé ^{3,4} (4 939)	aucune	65,8	
	1 à 20 %	64,6	
	21 à 40 %	66,5	
	41 à 60 %	61,5	0,005
	61 à 80 %	54,8	test de
	81 à 100 %	57,3	tendance
Se sont injectés au moins une fois dans un endroit public ⁵ (5 471)	oui	64,6	
	non	61,6	0,022
Se sont injectés le plus souvent dans un endroit public ⁵ (5 441)	oui	68,4	
	non	61,5	< 0,001
Prostitution ⁶ (5 770)	oui	70,6	
	non	62,0	< 0,001
Région de recrutement (5 794)	Montréal	67,4	
	Ville de Québec	67,8	
	Ott./Out.	59,8	< 0,001
	Semi-urbains	50,2	(3 dl)

¹ Degrés de liberté.

² Variable analysée à partir de décembre 2004 seulement afin de tenir compte de tous les items de matériel (eau, filtre, contenant, tourniquet/garrot, tampon alcoolisé, tampon sec et acidifiant) maintenant inclus dans le questionnaire.

³ La fréquence d'injection, le nombre d'injections et les proportions d'injections sont questionnés à propos du mois précédent. Tous les autres comportements présentés ici sont questionnés à propos des six mois ayant précédé l'entrevue.

⁴ Chez ceux qui se sont injectés dans le dernier mois.

⁵ Variable absente de l'étude pilote (2003).

⁶ On inclut ici les faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres choses.

La durée moyenne d'injection chez les infectés est de 16,6 ans vs 9,8 ans chez les non infectés (valeur $p < 0,001$). Pour l'âge on a 39,3 vs 33,2 (valeur- $p < 0,001$) et pour le nombre d'injections dans le dernier mois on a 98,0 vs 60,0 (valeur- $p < 0,001$).

3.6 Dépistage, connaissance du statut, accès aux soins et services

Tableau 38 Description du testing antérieur pour le VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

	Réseau		Montréal ¹		Ville de Québec		Ottawa/Outaouais		Semi-urbains ²	
	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%
Ont déjà été testés pour le VIH :										
Oui	5 261/5 785	90,9	2 299/2 486	92,5	906/985	92,0	1 416/1 594	88,8	783/872	89,8
Non	524/5 785	9,1	187/2 486	7,5	79/985	8,0	178/1 594	11,2	89/872	10,2
Résultat reçu parmi les individus testés :										
Positif	744/5 233	14,2	412/2 295	18,0	136/906	15,0	159/1 403	11,3	53/772	6,9
Négatif	4 066/5 233	77,7	1 661/2 295	72,4	721/906	79,6	1 116/1 403	83,1	625/772	81,0
En attente du résultat	284/5 233	5,4	141/2 295	6,5	37/906	4,1	44/1 403	3,1	69/772	8,9
Pas allés chercher résultat	122/5 233	2,3	68/2 295	3,0	10/906	1,1	29/1 403	2,1	20/772	2,6
Résultat indéterminé	6/5 233	0,1	2/2 295	0,1	2/906	0,2	1/1 403	0,1	1/772	0,1
Pas reçu le résultat	11/5233	0,2	3/2 295	0,1	0/906	0,0	4/1 403	0,3	4/772	0,5
Endroit où s'est déroulée la rencontre avec le médecin ou l'infirmière qui a demandé le dernier test parmi les individus testés³ :										
Cliniques et établissements ⁴	1 123/1 763	63,7	407/782	52,1	139/220	63,2	422/573	73,7	160/200	80,0
Milieus de vie ⁵	287/1 763	16,3	44/782	5,6	78/220	35,5	141/573	24,6	29/200	14,5
Études épidémiologiques ⁶	331/1 763	18,8	328/782	4,1	2/220	0,9	1/573	0,2	2/200	1,0
Autres ⁷	22/1 763	1,2	3/782	0,4	1/220	0,5	9/573	1,6	9/200	4,5
Endroit où le prélèvement de sang a été fait pour le dernier test parmi les individus testés³ :										
Cliniques et établissements ⁴	1 093/1 758	62,3	405/782	51,8	139/219	63,5	383/571	67,1	170/198	85,9
Milieus de vie ⁵	284/1 758	16,1	44/782	5,6	78/219	35,6	141/571	24,7	27/198	13,6
Études épidémiologiques ⁶	333/1 758	18,9	331/782	42,3	2/219	0,9	1/571	0,2	1/198	0,5
Autres ⁷	48/1 758	2,7	2/782	0,3	0/219	0,0	46/571	8,1	0/198	0,0
Connaissance du statut d'infection parmi ceux trouvés infectés par le VIH :										
Oui	675/841	80,3	386/493	78,3	122/142	85,9	132/158	83,5	49/66	74,2
Non	166/841	19,7	107/493	21,7	20/142	14,1	26/158	16,5	17/66	25,8

¹ UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate.

² UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

³ Questions ajoutées en 2009, d'où les plus faibles effectifs.

⁴ Incluant réseaux de dépistage anonyme, médecins en cabinet privé, hôpitaux, CLSC, cliniques de désintox, programmes de méthadone, prisons, centres d'accueil, centres de dépistage, centres de réadaptation, centres jeunesse, centres de santé et maisons de transition.

⁵ Incluant organismes communautaires, programmes d'accès aux seringues stériles, infirmières de rue et écoles.

⁶ Incluant cohorte Oméga, cohorte St-Luc, cohorte Jeunes de la rue et tout autre programme de recherche.

⁷ Incluant Héma-Québec, dépistage prénatal, armée, immigration et laboratoires.

Tableau 39 Description du testing antérieur pour le VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

	Réseau		Montréal ¹		Ville de Québec		Ottawa/Outaouais		Semi-urbains ²	
	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%
Ont déjà été testés pour le VHC :										
Oui	5 119/5 743	89,1	2 250/2 471	91,1	891/980	90,9	1 376/1 577	87,3	748/868	86,2
Non	624/5 743	10,9	221/2 471	8,9	89/980	9,1	201/1 577	12,7	120/868	13,8
Résultat reçu parmi les individus testés :										
Positif	3 151/5 092	61,9	1 438/2 247	64,0	572/889	64,3	840/1 365	61,5	390/736	53,0
Négatif	1 733/5 092	34,0	718/2 247	32,0	285/889	32,1	481/1 365	35,2	293/736	39,8
En attente du résultat	139/5 092	2,7	55/2 247	2,5	25/889	2,8	25/1 365	1,8	42/736	5,7
Pas allés chercher résultat	57/5 092	1,1	31/2 247	1,4	5/889	0,6	14/1 365	1,0	10/736	1,4
Résultat indéterminé	12/5 092	0,2	5/2 247	0,2	2/889	0,2	5/1 365	0,4	1/736	0,1
Endroit où s'est déroulée la rencontre avec le médecin ou l'infirmière qui a demandé le dernier test a été effectué parmi les individus testés³ :										
Cliniques et établissements ⁴	1 211/1 728	70,1	470/776	60,6	138/218	63,3	450/554	81,2	161/194	83,0
Milieus de vie ⁵	235/1 728	13,6	48/776	6,2	80/218	36,7	88/554	15,9	24/194	12,4
Études épidémiologiques ⁶	260/1 728	15,1	256/776	33,0	0/218	0,0	2/554	0,4	3/194	1,6
Autres ⁷	22/1 728	1,3	2/776	0,3	0/218	0,0	14/554	2,5	6/194	3,1
Endroit où le prélèvement de sang a été fait pour le dernier test parmi les individus testés³ :										
Cliniques et établissements ⁴	1 171/1 716	68,2	471/775	60,8	137/217	63,1	405/548	73,9	165/190	86,8
Milieus de vie ⁵	230/1 716	13,4	48/775	6,2	80/217	36,9	85/548	15,5	23/190	12,1
Études épidémiologiques ⁶	257/1 716	15,0	254/775	32,8	0/217	0,0	2/548	0,4	2/190	1,1
Autres ⁷	58/1 716	3,4	2/775	0,2	0/217	0,0	56/548	10,2	0/190	0,0
Connaissance du statut sérologique parmi ceux trouvés infectés par le VHC :										
Oui	2 844/3 616	78,7	1 291/1 667	77,4	525/672	78,1	765/946	80,9	348/445	78,2
Non	772/3 616	21,3	376/1 667	22,6	147/672	21,9	181/946	19,1	97/445	21,8

¹ UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate.

² UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

³ Questions ajoutées en 2009, d'où les plus faibles effectifs.

⁴ Incluant réseaux de dépistage anonyme, médecins en cabinet privé, hôpitaux, CLSC, programmes de méthadone, prisons, centres d'accueil, centres de dépistage, centres de réadaptation, centres jeunesse et maisons de transition.

⁵ Incluant organismes communautaires, programmes d'accès aux seringues stériles, infirmières de rue et écoles.

⁶ Incluant cohorte Oméga, cohorte St-Luc, cohorte Jeunes de la rue et tout autre programme de recherche.

⁷ Incluant Héma-Québec, dépistage prénatal, armée, immigration et laboratoires.

Pour la période 2003-2012, 10,9 % (624/5 743) des participants n'avaient jamais été testés pour le VHC, alors que 3,8 % (196/5 092) des participants n'avaient pas reçu le résultat de leur dernier test de détection du VHC (c'est-à-dire ceux ayant donné une réponse autre que positif, négatif ou indéterminé, tableau 39). Chez ceux ayant des anticorps contre le VHC, 21,3 % ne sont pas au courant de leur statut.

Parmi ceux qui ont déjà été testés et qui n'ont jamais reçu un résultat positif pour le VIH, 54,5 % (2 365/4 341) ont passé un test de dépistage VIH au cours des six derniers mois. Cette proportion est de 52,7 % (995/1 890) pour le VHC (données non montrées dans les tableaux, 2003-2012).

Tableau 40 Connaissance du statut sérologique et suivi médical parmi ceux que nous avons trouvés infectés par le VIH et ayant des anticorps contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

	n	%
Connaissance du statut d'infection (N = 707) :		
Se croient séronégatifs pour les deux virus	57	8,1
Savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC, mais ne savent pas qu'ils sont infectés par le VIH	77	10,9
Savent qu'ils sont infectés par le VIH, mais ne savent pas qu'ils ont des anticorps contre le VHC	30	4,2
Savent qu'ils sont séropositifs pour les deux virus	543	76,8
Testing antérieur chez ceux qui se croient séronégatifs pour les deux virus (N = 57) :		
Jamais testés ni pour le VIH ni pour le VHC	13	22,8
Déjà testés pour le VHC, mais pas pour le VIH	1	1,8
Déjà testés pour le VIH, mais pas pour le VHC ¹	15	26,3
Déjà testés pour le VIH et pour le VHC ²	28	49,1
Visite chez un médecin dans les derniers six mois parmi ceux qui savent qu'ils sont séropositifs pour les deux virus (N = 531) :		
Pas vu médecin ni pour le VIH ni pour le VHC	68	12,8
Vu médecin pour le VHC, mais pas pour le VIH	7	1,3
Vu médecin pour le VIH, mais pas pour le VHC	133	25,1
Vu médecin pour le VIH et pour le VHC	323	60,8
Prise à vie de médicaments prescrits³ parmi ceux qui savent qu'ils sont séropositifs pour les deux virus (N = 414) :		
N'en n'ont jamais pris ni pour le VIH ni pour le VHC	83	20,1
En ont pris pour le VHC, mais pas pour le VIH	9	2,2
En ont pris pour le VIH, mais pas pour le VHC	263	63,5
En ont pris pour le VIH et pour le VHC	59	14,2
Prise actuelle de médicaments prescrits parmi ceux qui savent qu'ils sont séropositifs pour les deux virus (N = 525) :		
N'en prennent pas actuellement ni pour le VIH ni pour le VHC	209	39,8
En prennent actuellement pour le VHC, mais pas pour le VIH	1	0,2
En prennent actuellement pour le VIH, mais pas pour le VHC	302	57,5
En prennent actuellement pour le VIH et pour le VHC	13	2,5

¹ Le dernier test pour le VIH remonte à un an ou moins pour 66,7 % des individus (10/15).

² Les derniers tests pour le VIH et pour le VHC remontent à un an ou moins pour 60,0 % des individus (15/25).

³ Les questions à propos de la consommation passée ont été ajoutées en 2005, d'où les plus faibles effectifs.

Parmi ceux ayant des anticorps à la fois contre le VIH et le VHC, 76,8 % le savaient pour les deux virus (tableau 40). Parmi ceux-ci, 87,2 % ont vu un médecin pour l'une ou l'autre de leurs infections dans les six mois précédents, 63,5 % ont déjà pris des médicaments pour le VIH, mais pas pour le VHC, et 60,0 % en prenaient encore au moment de l'entrevue. La majorité de ceux infectés par les deux virus (83,6 %) n'ont jamais pris de médicaments pour le VHC.

Tableau 41 Connaissance du statut d'infection et suivi médical parmi ceux que nous avons trouvés infectés seulement par le VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

	n	%
Connaissance du statut d'infection (N = 129) :		
Ne savent pas qu'ils sont infectés par le VIH	30	23,3
Savent qu'ils sont infectés par le VIH	99	76,7
Testing antérieur chez ceux qui ne savent pas qu'ils sont infectés par le VIH (N = 30) :		
Jamais testés pour le VIH	4	13,3
Dernier test pour le VIH remonte à il y a plus d'un an	10	33,3
Dernier test pour le VIH remonte à un an ou moins	6	53,3
Visite chez un médecin dans les derniers six mois parmi ceux qui savent qu'ils sont infectés par le VIH (N = 99) :		
Pas vu médecin pour le VIH	14	14,1
Vu médecin pour le VIH	85	85,9
Prise à vie de médicaments prescrits¹ pour le VIH parmi ceux qui savent qu'ils sont infectés par le VIH (N = 83) :		
N'en n'ont jamais pris	17	20,5
En ont déjà pris	66	79,5
Prise actuelle de médicaments prescrits pour le VIH parmi ceux qui savent qu'ils sont infectés par le VIH (N = 99) :		
N'en prennent pas actuellement	35	35,4
En prennent actuellement	64	64,6

¹ Les questions à propos de la consommation passée ont été ajoutées en 2005, d'où les plus faibles effectifs.

Parmi ceux que nous avons trouvés infectés seulement par le VIH, 76,7 % savaient qu'ils étaient infectés par ce virus (tableau 41). Parmi ceux-ci, 85,9 % ont vu un médecin dans les six mois précédents, 79,5 % ont déjà pris des médicaments pour le VIH et 64,6 % en prenaient encore au moment de l'entrevue.

Tableau 42 Connaissance du statut sérologique et suivi médical parmi ceux qui avaient des anticorps seulement contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2012

	n	%
Connaissance du statut sérologique (N = 2 898) :		
Ne savent pas qu'ils ont des anticorps contre le VHC	679	23,4
Savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC	2 219	76,6
Testing antérieur chez ceux qui ne savent pas qu'ils ont des anticorps contre le VHC (N = 658) :		
Jamais testés pour le VHC	179	27,2
Dernier test pour le VHC remonte à il y a plus d'un an	150	22,8
Dernier test pour le VHC remonte à un an ou moins	329	50,0
Visite chez un médecin dans les derniers six mois parmi ceux qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC (N = 2 151) :		
Pas vu médecin pour le VHC	1 319	61,3
Vu médecin pour le VHC	832	38,7
Prise à vie de médicaments prescrits¹ pour le VHC parmi ceux qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC (N = 1 719) :		
N'en n'ont jamais pris	1 477	85,9
En ont déjà pris	242	14,1
Prise actuelle de médicaments prescrits pour le VHC parmi ceux qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC (N = 2 139) :		
N'en prennent pas actuellement	2 088	97,6
En prennent actuellement	51	2,4

¹ Les questions à propos de la consommation passée ont été ajoutées en 2005, d'où les plus faibles effectifs.

Parmi ceux qui avaient seulement des anticorps contre le VHC, 76,6 % savaient qu'ils avaient des anticorps contre ce virus. Parmi ceux-ci, 38,7 % ont vu un médecin pour leur infection dans les six mois précédents et 14,1 % ont déjà pris des médicaments pour le VHC (tableau 42).

La proportion de participants ayant vu un médecin pour le VHC dans les six derniers mois est plus importante chez les participants qui se savent séropositifs à la fois pour le VIH et le VHC (62,1 %, 330/531, tableau 40) que chez ceux qui savent qu'ils ont des anticorps seulement contre le VHC (38,7 %, 832/2 151, tableau 42).

Tableau 43 Niveau de difficulté à se procurer des seringues neuves dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2012

	Réseau		Montréal ¹		Ville de Québec		Ottawa/Outaouais		Semi-urbains ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niveau de difficulté à se procurer des seringues neuves^{3,4} (N = 933)										
Très facile	743	79,6	410	86,9	36	50,7	247	82,1	51	54,8
Plutôt facile	167	17,9	56	11,9	31	43,7	47	15,6	36	38,7
Plutôt difficile	18	1,9	6	1,3	3	4,2	7	2,3	2	2,2
Très difficile	5	0,5	0	0,0	1	1,4	0	0	4	4,3
Fréquence d'utilisation d'un programme d'échange de seringues (N = 929)										
Jamais	27	2,9	9	1,9	0	0,0	12	4,0	6	6,6
Pas dans les six derniers mois	24	2,6	8	1,7	2	2,8	10	3,3	4	4,4
Occasionnellement, pas toutes les semaines	365	39,3	177	37,5	34	47,9	113	37,8	43	47,3
Régulièrement, 1-2 fois par semaine	280	30,1	150	31,8	21	29,6	94	31,4	17	18,7
Régulièrement, 3-6 fois par semaine	142	15,3	74	15,7	12	16,9	38	12,7	18	19,8
Tous les jours	91	9,8	54	11,5	2	2,8	32	10,7	3	3,3

¹ UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate.

² UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

³ Excluant deux personnes qui ont répondu ne pas avoir essayé d'obtenir des seringues neuves.

⁴ Un biais de sélection est probablement présent en raison de notre méthode de recrutement. Étant donné que nous recrutons à 90 % dans les organismes communautaires CAMI, nous surestimons la facilité d'accès aux seringues et le recours aux sites fixes d'organismes communautaires.

On remarque que la presque totalité des participants (97,5 %) trouve qu'il leur est facile ou très facile de se procurer des seringues neuves. Cette proportion est à peine plus faible pour les sites semi-urbains (93,5 %)(tableau 43).

Plus de la moitié des participants (55,2 %) fréquentent régulièrement un programme d'échange de seringues, c'est-à-dire au moins 1-2 fois par semaine. Cette proportion est de 59,0 % pour Montréal et de 41,8 % pour les sites semi-urbains (tableau 43).

Tableau 44 Sources d'approvisionnement des seringues/aiguilles neuves dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2012

	Réseau		Montréal ¹		Ville de Québec		Ottawa/ Outaouais		Semi-urbains ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sources d'aiguilles/seringues neuves³ (N = 932)										
Dans un site fixe dans un organisme communautaire	751	80,6	444	93,9	68	95,8	200	66,9	43	46,2
Dans une pharmacie	361	38,7	238	50,3	53	74,7	23	7,7	48	51,6
Dans un CLSC ⁴	311	33,4	92	19,5	14	19,7	169	56,5	36	38,7
Dans une roulotte	170	18,2	36	7,6	4	5,6	126	42,1	4	4,3
Par un ami	106	11,4	44	9,3	15	21,1	31	10,4	19	20,4
Par un travailleur de rue d'un organisme communautaire	98	10,5	28	5,9	11	15,5	15	5,0	46	49,5
Par un médecin ou un hôpital	39	4,2	1	0,2	3	4,2	1	0,3	35	37,6
Dans un établissement ⁵	25	2,7	4	0,8	0	0,0	20	6,7	1	1,1
Par un membre de ta famille ou un partenaire sexuel	19	2,0	1	0,2	1	1,4	10	3,3	7	7,5
Par un dealer de drogues	18	1,9	0	0,0	4	5,6	8	2,7	6	6,5
En les achetant de quelqu'un d'autre	13	1,4	3	0,6	2	2,8	5	1,7	4	4,3
En les volant	4	0,4	2	0,4	0	0,0	1	0,3	1	1,1
Autres ⁶	18	1,9	8	1,7	0	0,0	5	1,7	5	5,4
Source de laquelle ont été obtenues le plus souvent des aiguilles/seringues neuves³ (N = 923)										
Dans un site fixe dans un organisme communautaire	530	57,4	350	74,3	55	78,6	112	38,1	14	15,1
Dans un CLSC ⁴	143	15,5	12	2,6	2	2,9	110	37,4	19	20,4
Dans une pharmacie	119	12,9	73	15,5	10	14,3	14	4,8	22	23,7
Par un ami	39	4,2	18	3,8	3	4,3	14	4,8	5	5,4
Par un travailleur de rue d'un organisme communautaire	29	3,1	7	1,5	0	0,0	4	1,4	19	20,4
Dans une roulotte	28	3,0	4	0,9	0	0,0	24	8,2	0	0,0
Dans un établissement ⁵	15	1,6	2	0,4	0	0,0	13	4,2	0	0,0
Par un médecin ou un hôpital	9	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	10,8
Par un membre de ta famille ou un partenaire sexuel	2	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	1,1
Par un dealer de drogues	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Autres ⁶	8	0,9	4	0,9	0	0,0	2	0,7	2	2,2

¹ UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate.

² UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

³ Excluant deux personnes qui ont répondu ne pas avoir essayé d'obtenir des seringues neuves.

⁴ Incluant « Community Health Center » qui est l'équivalent du CLSC pour Ottawa.

⁵ Incluant réadaptation dépendance, maison de transition, refuge/foyer, centre d'hébergement pour personnes VIH+, hébergement communautaire.

⁶ Par exemple : quelqu'un connaît peu, organisme communautaire sans mention site fixe ou travailleur de rue.

Les sources d'où les participants se procurent leurs seringues sont relativement variables selon les régions de recrutement. Il est peu surprenant d'observer qu'une proportion élevée (80,6 %) d'UDI se procure des seringues par l'intermédiaire de sites fixes d'organismes communautaires. Cette proportion est plus faible à Ottawa/Outaouais (66,9 %) et pour les sites semi-urbains (46,2 %). Seulement 15,1 % des participants des sites semi-urbains se procurent leurs seringues neuves le plus souvent de sites fixes d'organismes communautaires, alors que cette proportion est de 74,3 % pour Montréal. Les pharmacies sont également des sources importantes de seringues neuves (rapportées par 7,7 % à 74,7 % des participants, selon les sites de recrutement). Pour les sites semi-urbains, 23,7 % des participants rapportent que les pharmacies sont la source d'où ils obtiennent le plus souvent leurs seringues neuves (tableau 44).

3.7 Description des répéteurs et des non-répéteurs

Tableau 45 Distribution des visites multiples générées par les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012

Région de recrutement	Visites intra-régions ¹		Visites inter-régions ²		Dernières visites		Total des visites
	n	%	n	%	Globales ³	Par région ⁴	
					N	N	N
Abitibi-Témiscamingue	193	37,2	9	1,7	317	326	519
Estrie	202	22,4	44	4,9	656	700	902
Mauricie et Centre-du-Québec	77	15,4	34	6,8	388	422	499
Montréal	39	12,8	45	14,8	221	266	305
Montréal	5 369	48,8	195	1,8	5 446	5 641	11 010
Ottawa	1 410	35,7	2	0,1	2 535	2 537	3 947
Outaouais	60	13,0	16	3,5	384	400	460
Ville de Québec	3 097	50,7	180	2,9	2 826	3 006	6 103
Saguenay-Lac-Saint-Jean	95	27,3	28	8,0	225	253	348
Réseau	10 542	-	553	-	12 998	13 551	24 093

¹ Visites faites par des individus revus plus d'une fois dans une même région.

² Visites faites par des individus revus par la suite dans une autre région.

³ Visites conservées dans les analyses de prévalence du VIH/VHC et de comportements globales (sans les répéteurs inter et intra-régions).

⁴ Visites conservées dans les analyses de prévalence du VIH/VHC et de comportement par site collaborateur (avec les répéteurs inter-régions mais sans les intra-régions).

⁵ Proportion calculée par rapport au nombre total de visites de la région.

Au 31 mars 2012, 29,0 % des participants (3 763/12 998) ont collaboré plus d'une fois à l'étude alors que 71,0 % (9 235/12 998) n'ont participé qu'à une seule reprise. En tout, les participants ont généré 24 093 visites (tableau 45).

Dans le tableau 45, on voit par exemple que 11 010 visites au total ont été faites à Montréal. Lors des analyses par région de recrutement, on retire 5 369 visites intra-régions (48,8 % des visites totales) et on conserve 5 641 dernières visites à Montréal. Lors des analyses pour le réseau global, on retire en

plus 195 visites inter-régions (1,8 % des visites totales) et on conserve 5 446 dernières visites à Montréal pour obtenir un total de 12 998 dernières visites dans tout le réseau.

Les tableaux 46 et 47 permettent de comparer les comportements d'injection et sexuels des individus ayant participé à plus d'une reprise (répéteurs) à ceux des individus n'ayant participé qu'une seule fois (non-répéteurs).

Tableau 46 Comparaison des comportements d'injection au cours des six derniers mois des répéteurs et des non-répéteurs, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012

Comportement dans les six derniers mois	Non-répéteurs	Répéteurs ²	Valeur-p
	% (N)	% (N)	
Partenaires d'injection principaux ¹ :			
inconnu	17,0 (3 585)	19,7 (1 026)	
connu	55,2 (3 585)	59,1 (1 026)	< 0,001
toujours seul	27,8 (3 585)	21,2 (1 026)	(2 dl) ³
S'injectent depuis 6 ans ou plus	60,1 (8 927)	54,7 (3 730)	< 0,001
Ont prêté leurs seringues déjà utilisées	26,3 (9 117)	32,6 (3 730)	< 0,001
Se sont injectés au moins une fois par jour dans le dernier mois ⁴	28,1 (9 087)	31,1 (3 641)	0,001
Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre	31,3 (9 139)	37,2 (3 728)	< 0,001
Se sont procuré leurs seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre principalement d'inconnus (chez les 4 023 emprunteurs de seringues qui ont répondu à la question)	26,1 (2 733)	24,6 (1 290)	0,293
Ont utilisé du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre ⁵	32,2 (2 884)	32,9 (745)	0,713
Se sont procuré leur matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre principalement d'inconnus (chez les 1 096 emprunteurs de matériel qui ont répondu à la question) ⁵	24,4 (858)	25,6 (238)	0,687
Se sont injectés plus d'une drogue	44,7 (9 224)	45,6 (3 760)	0,396
Drogue la plus souvent injectée :			
cocaïne	67,6 (9 166)	69,6 (3 741)	
héroïne ⁶	15,1 (9 166)	16,5 (3 741)	
médicaments opioïdes ⁷	12,4 (9 166)	10,5 (3 741)	< 0,001
autres	4,9 (9 166)	3,4 (3 741)	(3 dl)

¹ Question ajoutée en 2003, donc le dénominateur est de 4 611 participants.

² Les données des répéteurs sont celles qu'ils ont fournies à leur première visite.

³ Degrés de liberté.

⁴ La fréquence d'injection est questionnée à propos du mois précédent. Tous les autres comportements présentés ici sont questionnés à propos des six mois ayant précédé l'entrevue.

⁵ Variable analysée à partir de décembre 2004 seulement afin de tenir compte de tous les items de matériel (eau, filtre, contenant, tourniquet/garrot, tampon alcoolisé, tampon sec et acidifiant) maintenant inclus dans le questionnaire.

⁶ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁷ La catégorie des médicaments opioïdes injectés est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes, qui sont parfois aussi présentées dans le tableau : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non), oxycodone/oxycotin (prescrit ou non), Hydromorph-Contin (prescrit ou non) et les autres médicaments opioïdes non prescrits (incluant fentanyl, demerol, codéine, mélange de cocaïne et d'opiacé autre que l'héroïne).

Les hommes représentent 76,3 % (6 842/8 973) des non-répéteurs et 74,0 % (2 774/3 747) des répéteurs recrutés ($p = 0,008$). Les UDI âgés de 25 ans et plus représentent 74,7 % (6 708/8 984) des non répéteurs et 71,9 % (2 696/3 752) des répéteurs ($p = 0,001$). Au total, 12,3 % (1 641/12 998) des UDI proviennent d'un site semi-urbain (Abitibi-Témiscamingue, Mauricie et Centre-du-Québec, Montérégie [à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate], le Saguenay-Lac-Saint-Jean et l'Estrie). Les UDI semi-urbains représentent 14,4 % (1 329/9 235) des non-répéteurs et 8,3 % (312/3 763) des répéteurs ($p < 0,001$, données non montrées dans les tableaux, 1995-2012).

Les analyses de données brutes (sans ajuster pour d'autres caractéristiques comme l'âge ou le sexe) montrent qu'une moins grande proportion de répéteurs s'injecte depuis six ans ou plus, mais une plus grande proportion a prêté ses seringues déjà utilisées, utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre et s'est injecté quotidiennement dans le dernier mois. Les répéteurs sont moins nombreux à s'injecter seuls et à s'injecter principalement une autre drogue que la cocaïne ou l'héroïne (tableau 46).

Tableau 47 Comparaison des comportements sexuels au cours des six derniers mois des répéteurs et des non-répéteurs, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012

Comportement dans les six derniers mois	Non-répéteurs	Répéteurs ¹	Valeur-p
	% (N)	% (N)	
Parmi les femmes :			
Prostitution ²	36,8 (2 112)	45,2 (967)	< 0,001
Nb de partenaires sexuels masculins :			
0	9,7 (2 115)	6,4 (968)	
1	28,3 (2 115)	24,6 (968)	
2-5	28,1 (2 115)	24,8 (968)	< 0,001
≥ 6	33,9 (2 115)	44,2 (968)	(3 dl) ³
Parmi les hommes :			
Prostitution ²	7,9 (6 790)	9,0 (2 760)	0,066
Nb de partenaires sexuels masculins :			
0	88,3 (6 798)	86,6 (2 762)	
1	3,7 (6 798)	4,8 (2 762)	
2-5	4,2 (6 798)	3,8 (2 762)	0,007
≥ 6	3,8 (6 798)	4,8 (2 762)	(3 dl)
Nb de partenaires sexuels féminins :			
0	26,8 (6 799)	26,7 (2 760)	
1	29,6 (6 799)	30,1 (2 760)	
2-5	31,8 (6 799)	32,7 (2 760)	0,328
≥ 6	11,8 (6 799)	10,5 (2 760)	(3 dl)

¹ Les données des répéteurs sont celles qu'ils ont fournies à leur première visite.

² On inclut ici les faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres choses.

³ Degrés de liberté.

Les analyses des données brutes (sans ajuster pour d'autres caractéristiques comme l'âge) montrent que chez les femmes, une plus grande proportion de répéteurs déclare des activités de prostitution et de nombreux partenaires sexuels masculins (≥ 6). Parmi les hommes, une proportion légèrement plus grande de répéteurs rapporte des partenaires sexuels masculins (tableau 47).

3.8 Taux d'incidence du VIH et du VHC

Tableau 48 Incidence du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012

	Réseau	Montréal ¹	Ville de Québec	Ottawa/Outaouais	Semi-urbains ²
Nombre de répéteurs testés	3 717	1 717	973	664	363
Nombre de répéteurs testés initialement VIH séronégatifs	3 271	1 460	893	572	346
Suivi (nombre de PA ³)	12 8766,3	6 038,9	3 698,9	1 722,6	1 405,8
Nombre de séroconversions	311	166	80	47	18
Taux d'incidence (par 100 PA)	2,4	2,7	2,2	2,7	1,3
IC 95 % ⁴ (par 100 PA)	2,1 – 2,7	2,3 – 3,2	1,7 – 2,6	1,9 – 3,5	0,7 – 1,9

¹ UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate.

² UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

³ PA = personne-années.

⁴ Intervalle de confiance à 95 %.

L'intervalle moyen entre deux collaborations à l'étude est de 1,8 ans (médiane = 1,2).

Le suivi moyen par répéteur est de 4,3 ans (médiane = 3,0).

Parmi les répéteurs testés initialement séronégatifs pour le VIH entre 1995 et 2012, l'incidence du VIH est de 2,4 par 100 personnes-années (PA). Elle est de 2,7 par 100 PA à Montréal, de 2,7 par 100 PA à Ottawa/Outaouais, de 2,2 par 100 PA à Québec et de 1,3 par 100 PA dans les programmes semi-urbains (tableau 48).

Tableau 49 Incidence du VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1997-2012

	Réseau	Montréal ¹	Ville de Québec	Ottawa/Outaouais	Semi-urbains ²
Nombre de répéteurs testés	2 722	1 258	671	525	268
Nombre de répéteurs testés initialement VHC séronégatifs	1 059	493	277	160	129
Suivi (nombre de PA ³)	2 083,4	998,6	525,3	267,6	291,8
Nombre de séroconversions	484	240	145	58	41
Taux d'incidence (par 100 PA)	23,2	24,0	27,6	21,7	14,1
IC 95 % ⁴ (par 100 PA)	21,2 – 25,3	21,0 – 27,1	23,1 – 32,1	16,1 – 27,2	9,8 – 18,4

¹ UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate.

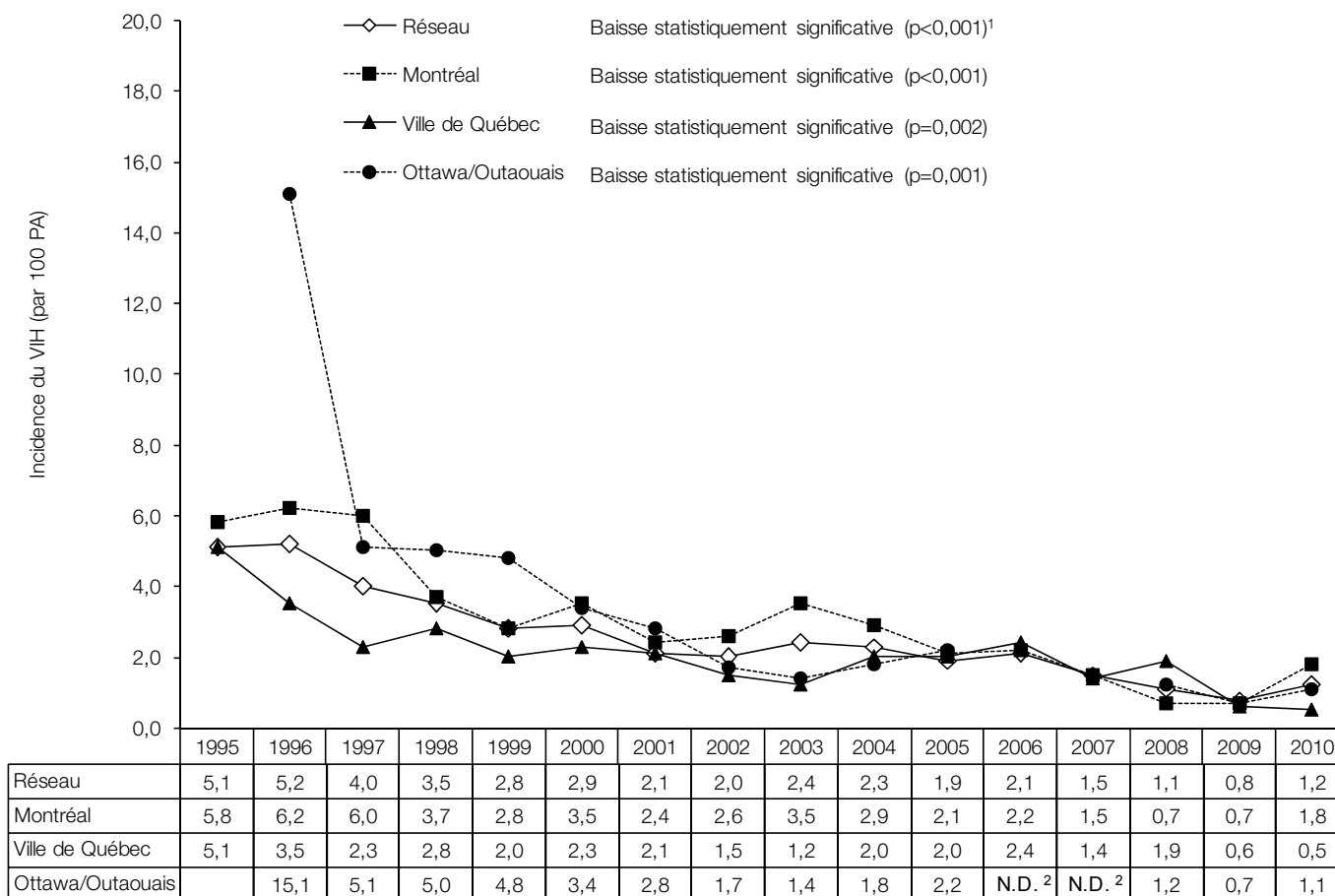
² UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

³ PA = personne-années.

⁴ Intervalle de confiance à 95 %.

Parmi les répéteurs qui n’avaient initialement pas d’anticorps contre le VHC entre 1997 et 2012, l’incidence des séroconversions au VHC dans le réseau est de 23,2 par 100 PA. Elle est de 27,6 par 100 PA à Québec, de 24,0 par 100 PA à Montréal, de 21,7 par 100 PA à Ottawa/Outaouais et de 14,1 par 100 PA dans les programmes semi-urbains (tableau 49).

Figure 8 Tendances de l'incidence du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010



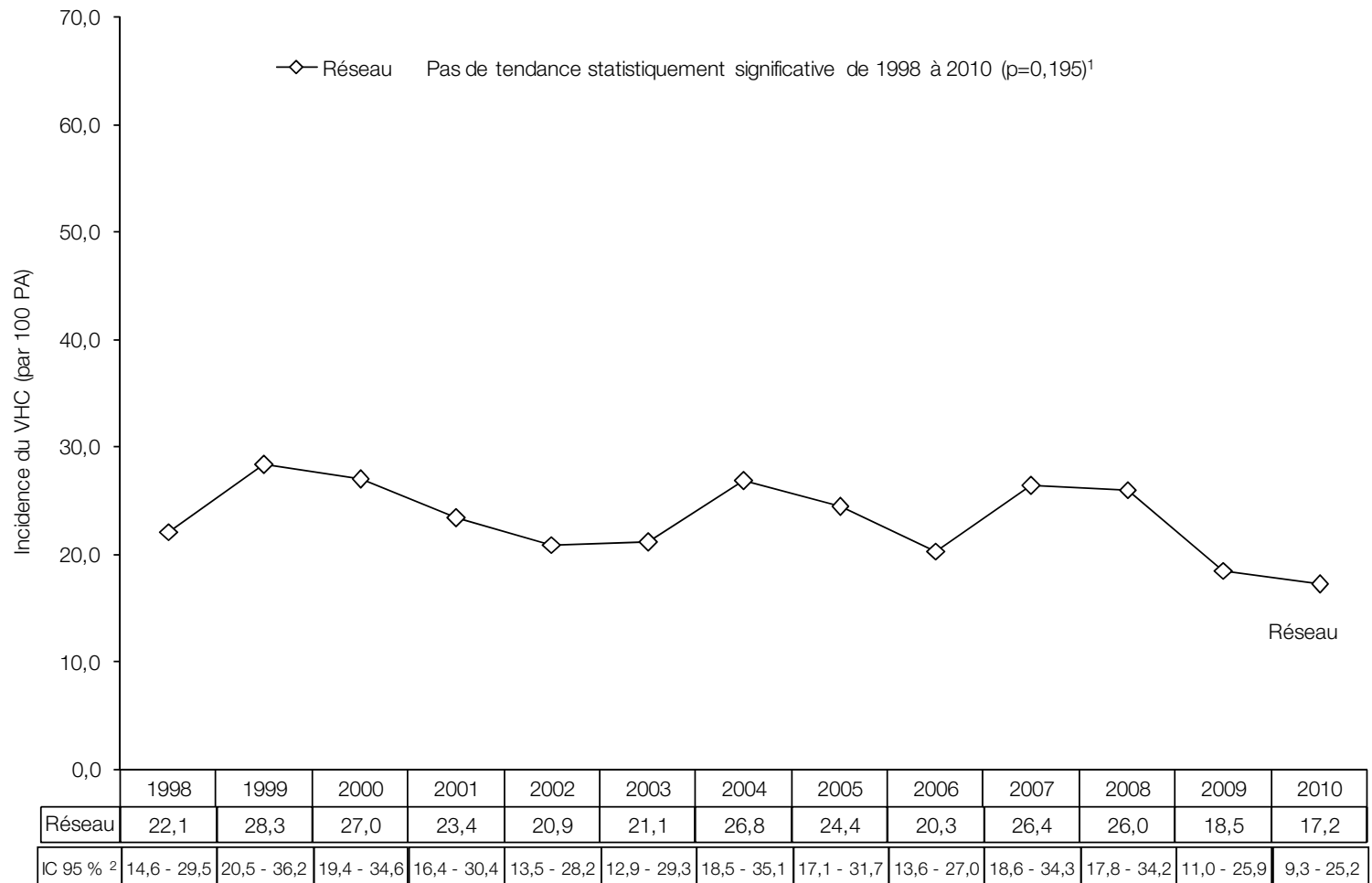
¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

² Étant donné que seulement 33 UDI ont été recrutés dans cette région en 2007, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

Sur la période 1995-2003, on observe des diminutions significatives à Québec et à Ottawa/Outaouais. Aucune tendance depuis 2003 à Québec et à Ottawa/Outaouais n'est observée.

Sur l'ensemble de la période 1995-2010, les taux d'incidence du VIH ont baissé de façon statistiquement significative pour tout le réseau ainsi qu'à Montréal, à Québec et à Ottawa/Outaouais (figure 8).

Figure 9 Tendances de l'incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1998-2010



¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

² Intervalle de confiance à 95 %.

Pour l'ensemble du réseau sur la période 1998-2010, les taux d'incidence des séroconversions au VHC ne présentent pas de tendance temporelle statistiquement significative (figure 9).

3.9 Facteurs de risque de l'incidence du VIH et du VHC

Tableau 50 Analyse multivariée de l'incidence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012

Facteurs de risque	RT ¹ brut	RT ajusté	IC 95 % ²	Valeur-p
S'injecter avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ^{3,4}	2,50	2,41	1,90 – 3,05	< 0,001
Cocaïne comme drogue injectée le plus souvent ^{3,4}	2,22	1,90	1,39 – 2,61	< 0,001
Sexe masculin ⁴	1,15	1,41	1,03 – 1,93	0,033
S'injecter au moins une fois par jour (1995-2002) ⁵	1,42	1,49	1,09 – 2,03	0,012
(2003-2012) ⁵	0,93	1,00	0,67 – 1,51	0,990
Âge 25 ans et plus (1995-2002)	2,57	2,43	1,59 – 3,72	< 0,001
(2003-2012)	0,77	0,77	0,46 – 1,29	0,321
Prostitution (1995-2002) ^{3,6}	1,37	1,43	0,98 – 2,09	0,062
(2003-2012) ^{3,6}	2,31	2,24	1,43 – 3,52	< 0,001
Aussi dans le modèle :				
Région de recrutement urbaine (1995-2002)	2,56	2,62	1,16 – 5,94	0,021
(2003-2012)	1,17	1,38	0,75 – 2,53	0,297

¹ Rapport de taux obtenu par le modèle de Cox.

² Intervalle de confiance à 95 %.

³ Au cours des six derniers mois.

⁴ Sur l'ensemble des deux périodes (1995-2002 et 2003-2012).

⁵ Au cours du dernier mois.

⁶ On inclut ici les faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres choses.

Les associations suivantes avec l'incidence du VIH demeurent constantes sur toute la période 1995-2012¹⁰ : l'injection avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre, la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent et le sexe. Plusieurs associations avec l'incidence du VIH varient entre les deux périodes 1995-2002 et 2003-2012. Pour certaines variables, l'association était statistiquement significative pour 1995-2002 et devient non significative pour la période 2003-2012. Le fait de s'injecter au moins une fois par jour, l'âge de 25 ans et plus et le site de recrutement urbain sont dans cette situation. La prostitution n'était pas associée significativement avec l'incidence du VIH pour la période 1995-2002 (légèrement au-dessus du seuil de signification) alors qu'elle le devient pour la période 2003-2012 (tableau 45).

¹⁰ Seules les variables disponibles pour toute la période 1995-2012 et n'ayant pas été modifiées peuvent être incluses dans le modèle.

Tableau 51 Analyse multivariée de l'incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1997-2012

Facteurs de risque	RT ¹ brut	RT ajusté	IC 95 % ²	Valeur-p
S'injecter avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ³	1,72	1,74	1,43 – 2,11	< 0,001
Cocaïne comme drogue injectée le plus souvent ³	1,25	1,23	1,01 – 1,50	0,040
Âge 25 ans et plus	1,08	1,16	0,94 – 1,43	0,170
Prostitution chez les femmes ^{3,4,5}	1,85	1,80	1,28 – 2,53	< 0,001
Prostitution chez les hommes ^{3,4,6}	1,61	1,39	0,99 – 1,94	0,055
Aussi dans le modèle :				
Région de recrutement				
Semi-urbaines	1,00	1,00		(référence)
Montréal	1,83	1,97	1,39 – 2,80	< 0,001
Ville de Québec	1,90	2,02	1,40 – 2,91	< 0,001
Ottawa/Outaouais	1,47	1,74	1,14 – 2,66	0,011

¹ Rapport de taux obtenu par le modèle de Cox.

² Intervalle de confiance à 95 %.

³ Au cours des six derniers mois.

⁴ On inclut ici les faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres choses.

⁵ La référence étant les femmes qui ne se prostituent pas.

⁶ La référence étant les hommes qui ne se prostituent pas.

L'usage de seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre, la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent et le fait de faire de la prostitution chez les femmes sont des variables associées significativement à l'incidence de développer des anticorps contre le VHC (tableau 51).

Les tableaux 52 à 54 montrent la tendance temporelle pour certains facteurs de risque entre la première et la dernière visite faite par les répéteurs. Une baisse statistiquement significative de l'utilisation de seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre a été observée dans toutes les régions entre ces visites des répéteurs (tableau 52). Une baisse statistiquement significative a également été observée pour l'usage de matériel d'injection autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans les sites de recrutement semi-urbains entre la première et la dernière visite (tableau 53). La cocaïne comme drogue injectée le plus souvent a diminué de façon statistiquement significative à Montréal, à Québec et à Ottawa/Outaouais, chez les répéteurs, entre la première et la dernière visite (tableau 54).

Tableau 52 Tendances de l'utilisation de seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois, parmi les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012

Se sont injectés avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre		Baisse statistiquement significative ($p < 0,001$) ¹			Baisse statistiquement significative ($p < 0,001$)		
		Montréal ² à la dernière visite			Ville de Québec à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	304	358	662 (38,4 %)	138	237	375 (39,4 %)
	Non	220	843		103	475	
	Total	524 (30,4 %)		1 725	241 (25,3 %)		953
Se sont injectés avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre		Baisse statistiquement significative ($p = 0,009$)			Baisse statistiquement significative ($p = 0,037$)		
		Ottawa/Ontario à la dernière visite			Semi-urbains ³ à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	79	107	186 (27,9 %)	74	78	152 (43,3 %)
	Non	72	409		54	145	
	Total	151 (22,6 %)		667	128 (36,5 %)		351

¹ Test de McNemar pour les échantillons appariés.

² UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate.

³ UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

Tableau 53 Tendances de l'utilisation de matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois, parmi les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2012

Se sont injectés avec du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre ¹		Pas de tendance statistiquement significative (p = 0,931) ²			Pas de tendance statistiquement significative (p = 0,398)		
		Montréal ³ à la dernière visite			Ville de Québec à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	43	68	111 (31,4 %)	18	20	38 (30,9 %)
	Non	67	176		15	70	
	Total	110 (31,1 %)		354	33 (26,8 %)		123
Se sont injectés avec du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre		Pas de tendance statistiquement significative (p = 0,258)			Baisse statistiquement significative (p = 0,046)		
		Ottawa/Outaouais à la dernière visite			Semi-urbains ⁴ à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	18	29	47 (27,8 %)	21	24	45 (48,9 %)
	Non	21	101		12	35	
	Total	39 (23,1 %)		169	33 (35,9 %)		92

¹ Variable analysée à partir de décembre 2004 seulement afin de tenir compte de tous les items de matériel (eau, filtre, contenant, tourniquet/garrot, tampon alcoolisé, tampon sec et acidifiant) maintenant inclus dans le questionnaire.

² Test de McNemar pour les échantillons appariés.

³ UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate.

⁴ UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

Tableau 54 Tendances de l'injection de cocaïne le plus souvent dans les six derniers mois, parmi les répéteurs par région, de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012

Se sont injectés de la cocaïne le plus souvent		Baisse statistiquement significative (p = 0,007) ¹			Baisse statistiquement significative (p = 0,016)		
		Montréal ² à la dernière visite			Ville de Québec à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	931	219	1 150 (66,7 %)	670	104	774 (81,0 %)
	Non	166	408		72	110	
	Total	1 097 (63,6 %)		1 724	742 (77,6 %)		956
Se sont injectés de la cocaïne le plus souvent		Baisse statistiquement significative (p < 0,001)			Pas de tendance statistiquement significative (p = 0,569)		
		Ottawa/Outaouais à la dernière visite			Semi-urbains ³ à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	266	122	388 (58,7 %)	236	37	273 (75,4 %)
	Non	44	229		39	50	
	Total	310 (46,9 %)		661	275 (76,0 %)		362

¹ Test de McNemar pour les échantillons appariés.

² UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate.

³ UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

Tableau 55 Tendances de fréquence d'injection et d'usage de matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans le dernier mois, à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011

		Réseau			Montréal ²			Ville de Québec		
		n/N	%	Valeur-p ¹	n/N	%	Valeur-p	n/N	%	Valeur-p
Se sont injectés dans le dernier mois	2003	527/582	90,5		337/390	96,7		54/58	93,1	
	2004	1 101/1 216	90,5		553/580	95,3		201/218	92,2	
	2005	978/1 101	88,8		444/461	96,3		225/246	91,5	
	2006	1 148/1 303	88,1		544/565	96,3		294/328	89,6	
	2007	819/932	87,9		501/532	94,2		209/231	90,5	
	2008	860/979	87,8		478/495	96,6		122/132	92,4	
	2009	835/935	89,3		455/466	97,6		185/195	94,9	
	2010	993/1 098	90,4		474/488	97,1		99/110	90,0	
	2011	882/947	93,1	0,140	463/478	96,9	0,171	159/173	91,9	0,962
Nombre et % d'injections avec seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre^{4,5}	2003	3 628,0/44 568	8,1		2 588,3/34 516	7,5		752,6/6 285	12,0	
	2004	6 769,7/104 767	6,5		2 785,8/56 139	5,0		2 578,8/28 028	9,2	
	2005	8 313,3/98 136	8,5		5 093,7/47 531	10,7		1 250,7/34 142	3,7	
	2006	5 083,4/109 497	4,6		1 888,8/48 371	3,9		1 833,9/44 678	4,1	
	2007	3 862,9/82 624	4,7		1 894,4/47 886	4,0		941,5/24 218	3,9	
	2008	4 922,6/91 792	5,4		2 468,0/52 427	4,7		261,3/17 997	1,5	
	2009	2 074,5/86 782	2,4		1 499,6/54 378	2,8		222,9/21 013	1,1	
	2010	2 721,1/96 725	2,8	< 0,001	1 252,6/58 799	2,1	< 0,001	97,9/9 232	1,1	0,001
	2011	2 033,1/89 178	2,3	(baisse) ³	1 310,6/56 764	2,3	(baisse)	145,8/13 546	1,1	(baisse)
Nombre et % d'injections avec autre matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre^{4,5}	2003	6 132,5/44 568	13,8		4 563,2/34 519	13,2		1 060,3/6 285	16,9	
	2004	11 811,8/106 137	11,1		5 230,0/56 214	9,3		3 140,9/29 335	10,7	
	2005	14 060,5/97 828	14,4		8 215,1/47 531	17,3		2 237,5/33 834	6,6	
	2006	5 746,8/108 897	5,3		2 016,9/48 311	4,2		1 945,4/44 078	4,4	
	2007	4 312,3/82 684	5,2		1 344,4/47 896	2,8		1 064,5/24 218	4,4	
	2008	6 527,9/91 800	7,1		3 546,7/52 429	6,8		119,0/18 003	0,7	
	2009	6 210,9/86 184	7,2		4 163,0/54 078	7,7		927,1/20 713	4,5	
	2010	6 188,4/96 466	6,4	< 0,001	3 818,7/58 681	6,5	< 0,001	262,0/9 082	2,9	< 0,001
	2011	7 291,8/89 471	8,1	(baisse)	4 248,1/57 064	7,4	(baisse)	561,9/13 539	4,2	(baisse)
Se sont injectés dans le dernier mois	2003	60/69	87,0		37/66	56,1				
	2004	262/300	87,3		91/124	73,4				
	2005	227/278	81,7		92/126	73,0				
	2006	207/272	76,1		109/144	75,7				
	2007	N. D. ⁷	N. D.		95/142	66,9				
	2008	162/219	74,0		109/145	75,2				
	2009	103/120	85,8		96/158	60,8				
	2010	318/372	85,5		105/132	79,5	0,005			
	2011	182/201	90,5	0,478	85/102	83,3	(hausse)			

Tableau 55 Tendances de fréquence d'injection et d'usage de matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans le dernier mois, à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2011 (suite)

		Ottawa/Outaouais			Semi-urbains ⁶		
		n/N	%	Valeur-p	n/N	%	Valeur-p
Se sont injectés dans le dernier mois	2003	60/69	87,0		37/66	56,1	
	2004	262/300	87,3		91/124	73,4	
	2005	227/278	81,7		92/126	73,0	
	2006	207/272	76,1		109/144	75,7	
	2007	N. D. ⁷	N. D.		95/142	66,9	
	2008	162/219	74,0		109/145	75,2	
	2009	103/120	85,8		96/158	60,8	
	2010	318/372	85,5		105/132	79,5	0,005
	2011	182/201	90,5	0,478	85/102	83,3	(hausse)
Nombre et % d'injections avec seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre^{4,5}	2003	129,3/2 189	5,9		157,8/1 665	9,5	
	2004	1 002,8/14 055	7,1		418,3/7 310	5,7	
	2005	1 719,5/12 463	13,8		359,4/4 917	7,3	
	2006	464,3/9 735	4,8		911,4/7 298	12,5	
	2007	N. D.	N. D.		951,4/10 453	9,1	
	2008	921,1/6 305	14,6		1 392,2/16 972	8,2	
	2009	186,0/5 858	3,2		176,8/5 851	3,0	
	2010	969,6/20 976	4,6		407,0/9 528	4,3	
	2011	357,6/13 800	2,6	0,132	219,6/5 730	3,8	0,068
Nombre et % d'injections avec autre matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre^{4,5}	2003	270,8/2 189	12,4		238,2/1 665	14,3	
	2004	2 451,1/14 055	17,4		1 074,8/7 298	14,7	
	2005	2 907,7/12 463	23,3		791,2/4 917	16,1	
	2006	596,8/9 735	6,1		1 187,7/7 358	16,1	
	2007	N. D.	N. D.		1 837,2/10 503	17,5	
	2008	1 242,7/6 305	19,7		1 819,5/16 972	10,7	
	2009	561,5/5 858	9,6		559,3/5 853	9,6	
	2010	1 604,4/20 976	7,6		503,3/9 537	5,3	
	2011	1 859,1/13 800	13,5	0,228	892,7/5 730	15,6	0,301

¹ Test de tendance par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests sur l'ensemble de la période.

² UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate.

³ Sens de la tendance statistiquement significative (à la hausse ou à la baisse).

⁴ Chez ceux qui se sont injectés dans le dernier mois.

⁵ Les nombres totaux d'injections faites avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ou d'autre matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre sont calculés à partir du nombre d'injections dans le dernier mois et du pourcentage d'emprunt rapportés par chaque UDI.

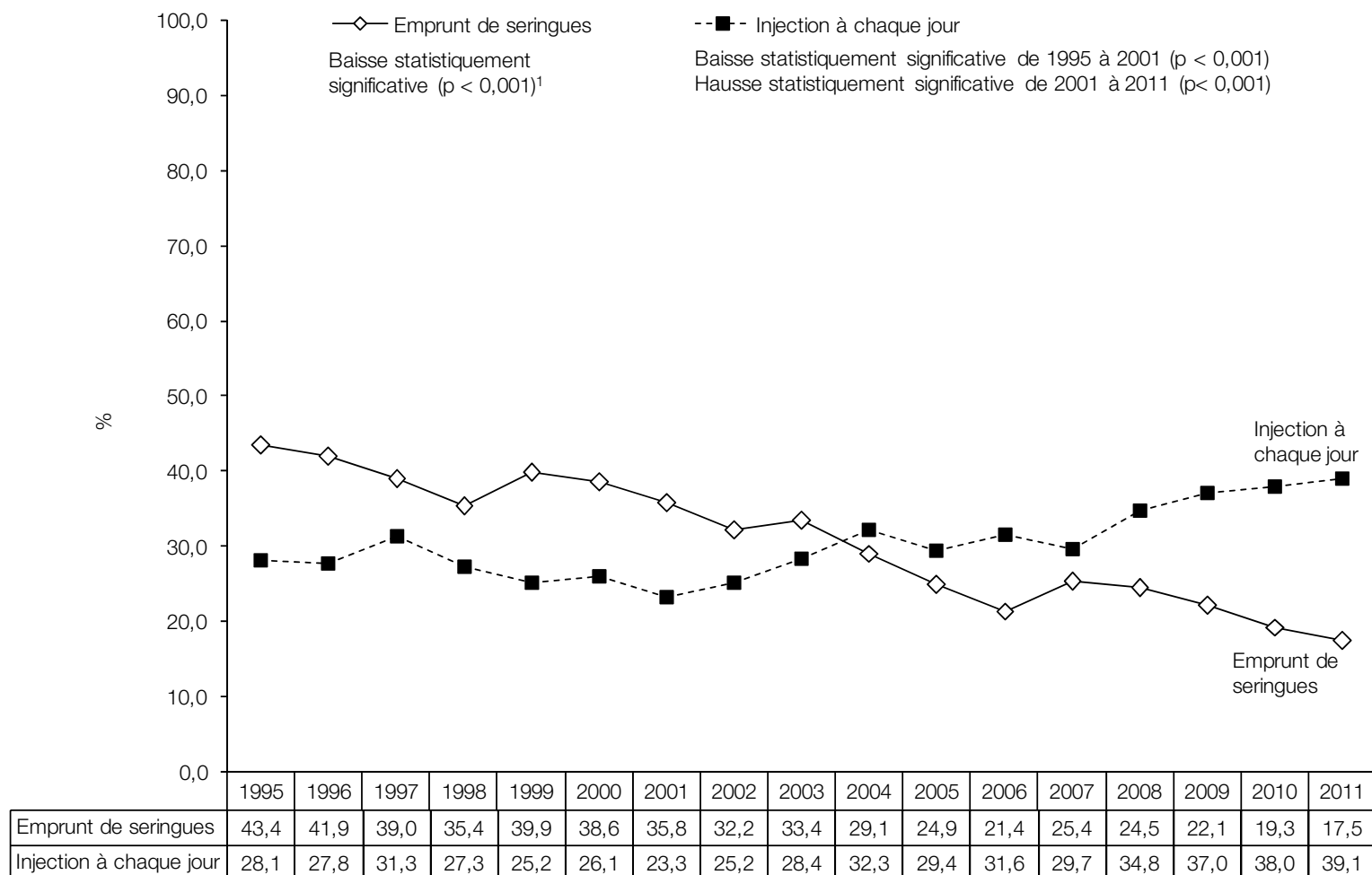
⁶ UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

⁷ Étant donné que seulement 33 UDI ont été recrutés dans cette région en 2007, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

Des tendances de fréquence d'injection et d'usage de matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans le réseau et par programme de recrutement sont présentées au tableau 54 pour les années 2003 à 2011. Les nombres totaux d'injections faites avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ou avec d'autre matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre sont calculés à partir du nombre d'injections dans le dernier mois et du pourcentage d'emprunt rapportés par chaque UDI. On constate, dans l'ensemble du réseau pour la période de 2003 à 2011, que ce sont de 91,5 à 97,7 % des injections du dernier mois qui ont été faites avec des seringues neuves. Étant donné le nombre élevé d'injections rapportées, cela laisse toutefois des milliers d'injections faites avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre.

Les tendances observées de 1995 à 2011 dans la fréquence des autres facteurs de risque associés à une incidence plus élevée du VIH varient beaucoup d'un site de recrutement à l'autre (réseau : figures 10 et 11; régions : figures 11 à 19).

Figure 10 Tendances dans les facteurs de risque – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011



¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

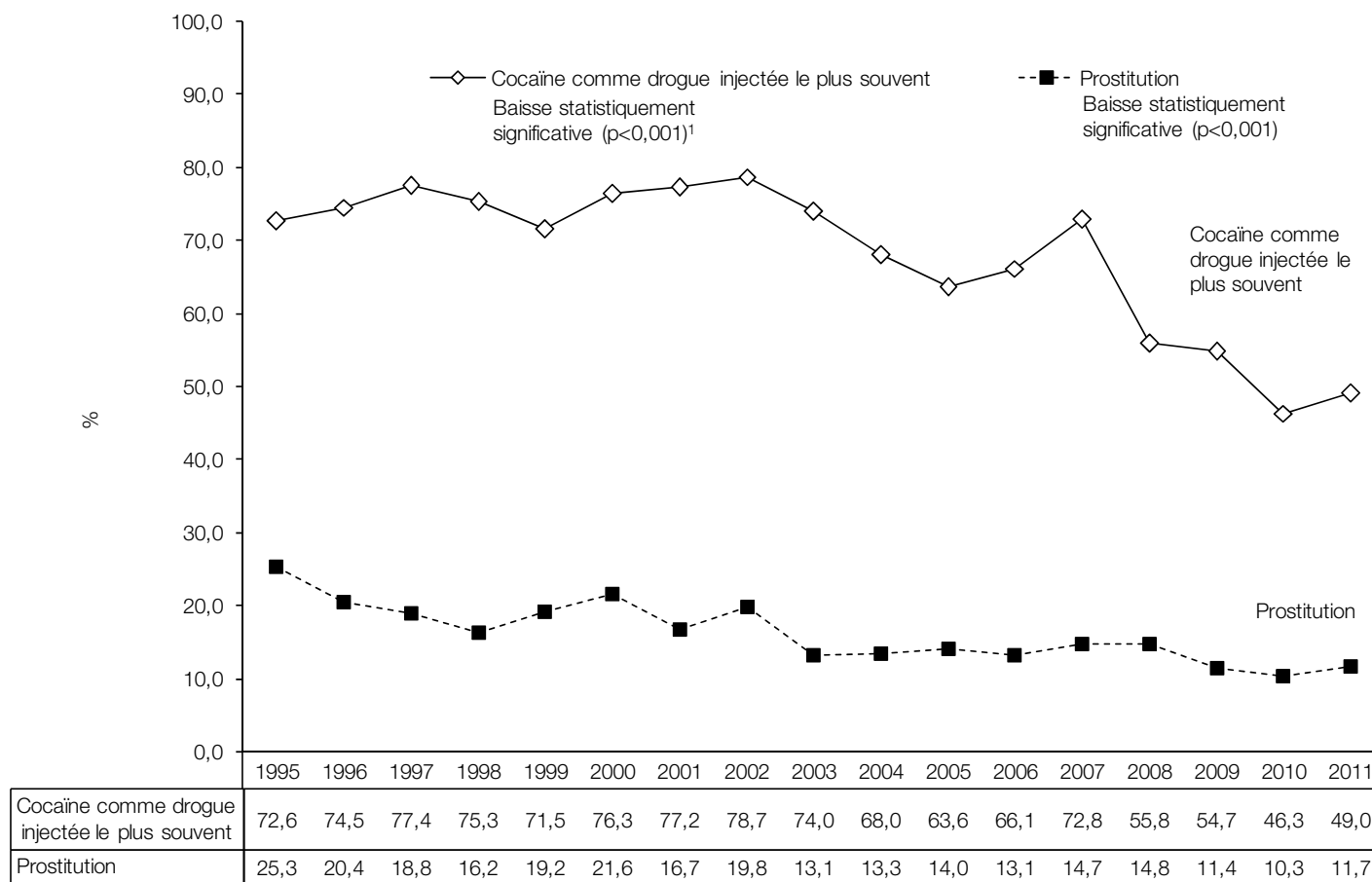
« Emprunt de seringues » : Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.

« Injection à chaque jour » : Se sont injectés au moins une fois par jour dans le dernier mois.

La proportion de participants qui rapportent avoir emprunté des seringues dans les six derniers mois a baissé de façon significative dans tout le réseau et dans tous les programmes de recrutement entre 1995 et 2011 (figures 10, 12, 14, 16 et 18). C'est dans les sites de recrutement semi-urbains que la proportion de ceux qui empruntent est par ailleurs la plus élevée (figure 18).

La proportion de participants qui s'injectent quotidiennement dans le dernier mois a baissé de façon significative dans tout le réseau et à Montréal jusqu'en 2001, et à Ottawa/Ontario jusqu'en 2002, et depuis elle est à la hausse (figures 10, 12 et 16). À Québec et dans les sites de recrutement semi-urbains, cette proportion est à la hausse entre 1995 et 2011 (figures 14 et 18).

Figure 11 Tendances dans les facteurs de risque – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau, SurvUDI-I-Track, 1995-2011



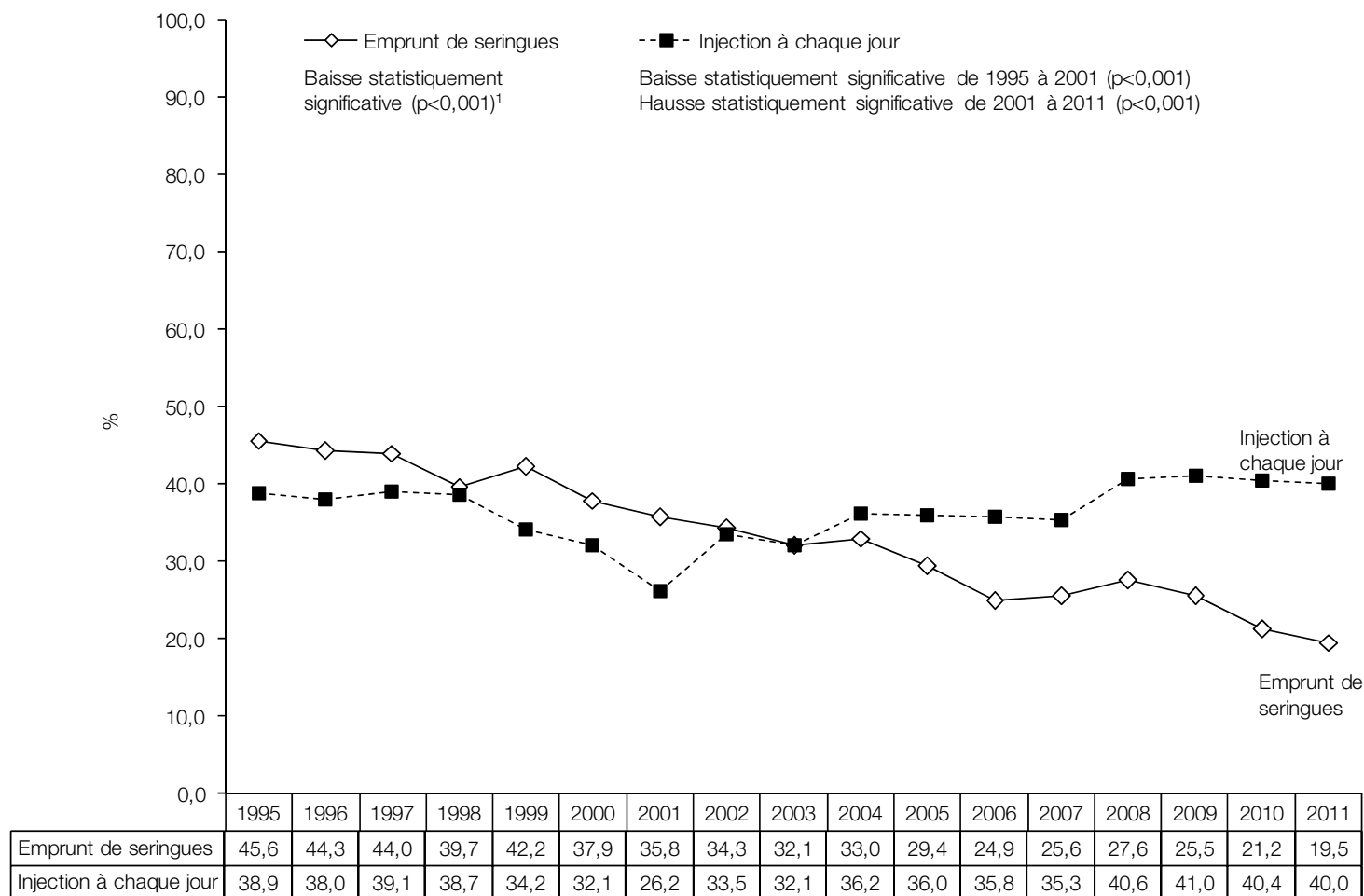
¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

« Cocaïne comme drogue injectée le plus souvent » : Drogue la plus souvent injectée dans les six derniers mois.

« Prostitution » : Ont fourni des faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres choses dans les six derniers mois.

Globalement, on observe dans le réseau une diminution significative de la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent (figure 11). Cette baisse est observée de 1995 à 2011 dans toutes les régions du réseau (Québec, figure 15, Ottawa/Outaouais, figure 17, programmes semi-urbains : figure 19) sauf à Montréal où elle s'observe seulement depuis 2002 (figure 13). On remarque également une diminution significative de la prostitution dans le réseau (figure 11). Elle a diminué significativement à Montréal (figure 13) et à Ottawa/Outaouais (figure 17) alors qu'il n'y a pas de tendance à Québec (figure 15). La prostitution a diminué significativement dans les sites semi-urbains jusqu'en 2003 pour demeurer stable par la suite (figure 19).

Figure 12 Tendances dans les facteurs de risque – Montréal¹¹ – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011



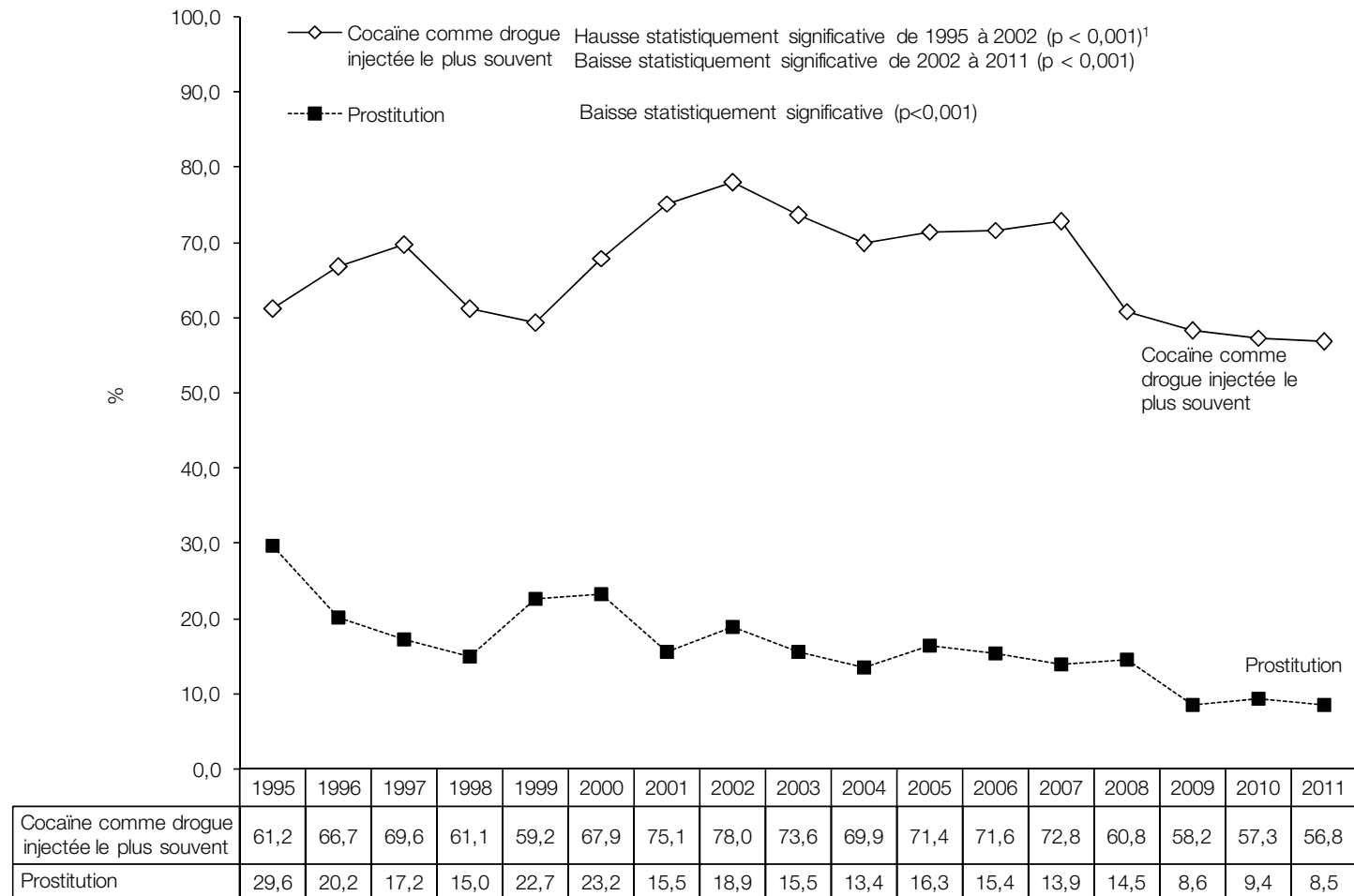
¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

« Emprunt de seringues » : Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.

« Injection à chaque jour » : Se sont injectés au moins une fois par jour dans le dernier mois.

¹¹ UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate.

Figure 13 Tendances dans les facteurs de risque – Montréal¹² – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011



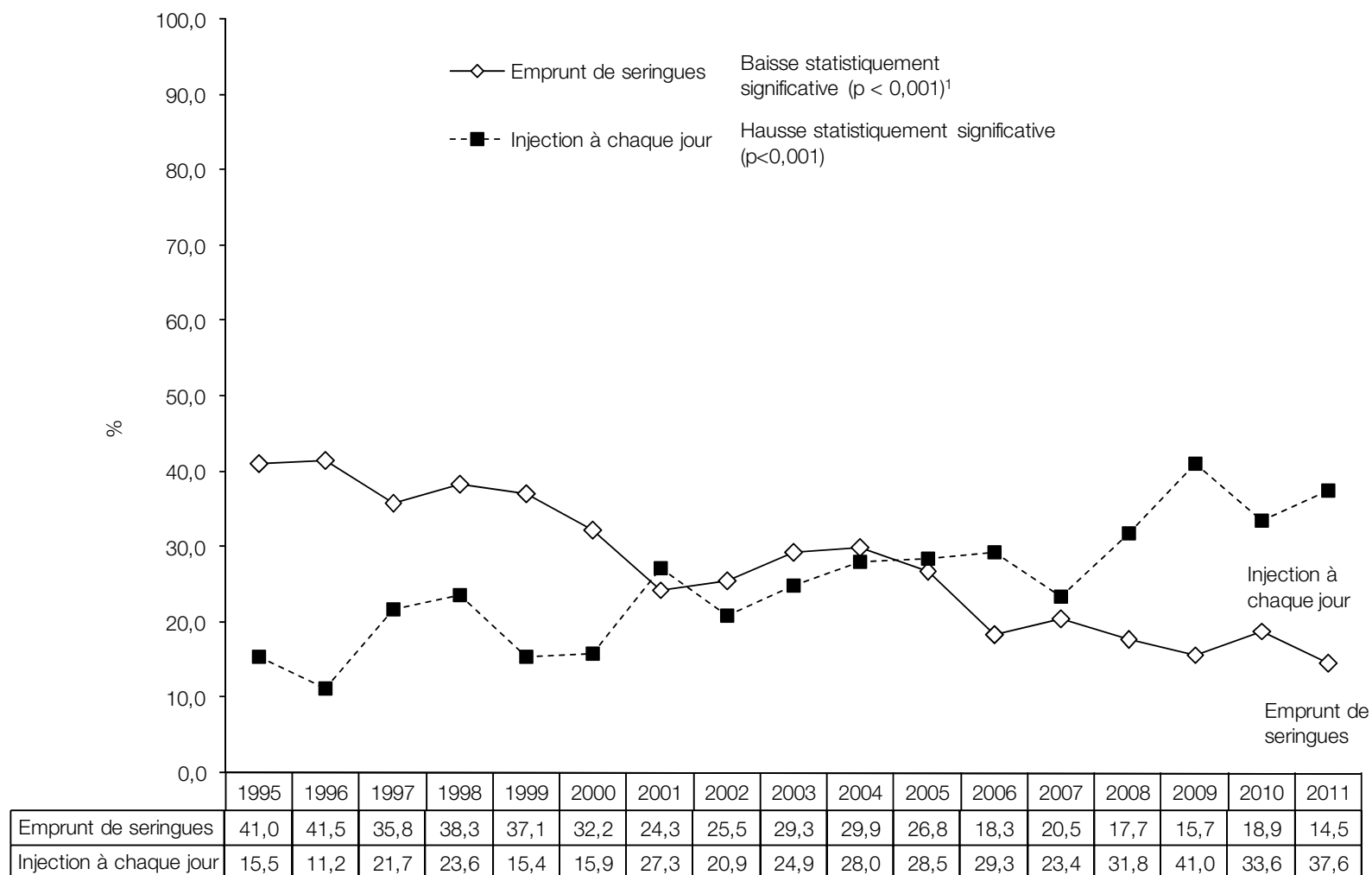
¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

« Cocaïne comme drogue injectée le plus souvent » : Drogue la plus souvent injectée dans les six derniers mois.

« Prostitution » : Ont fourni des faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres choses dans les six derniers mois.

¹² UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la rive-sud immédiate.

Figure 14 Tendances dans les facteurs de risque – Ville de Québec – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011

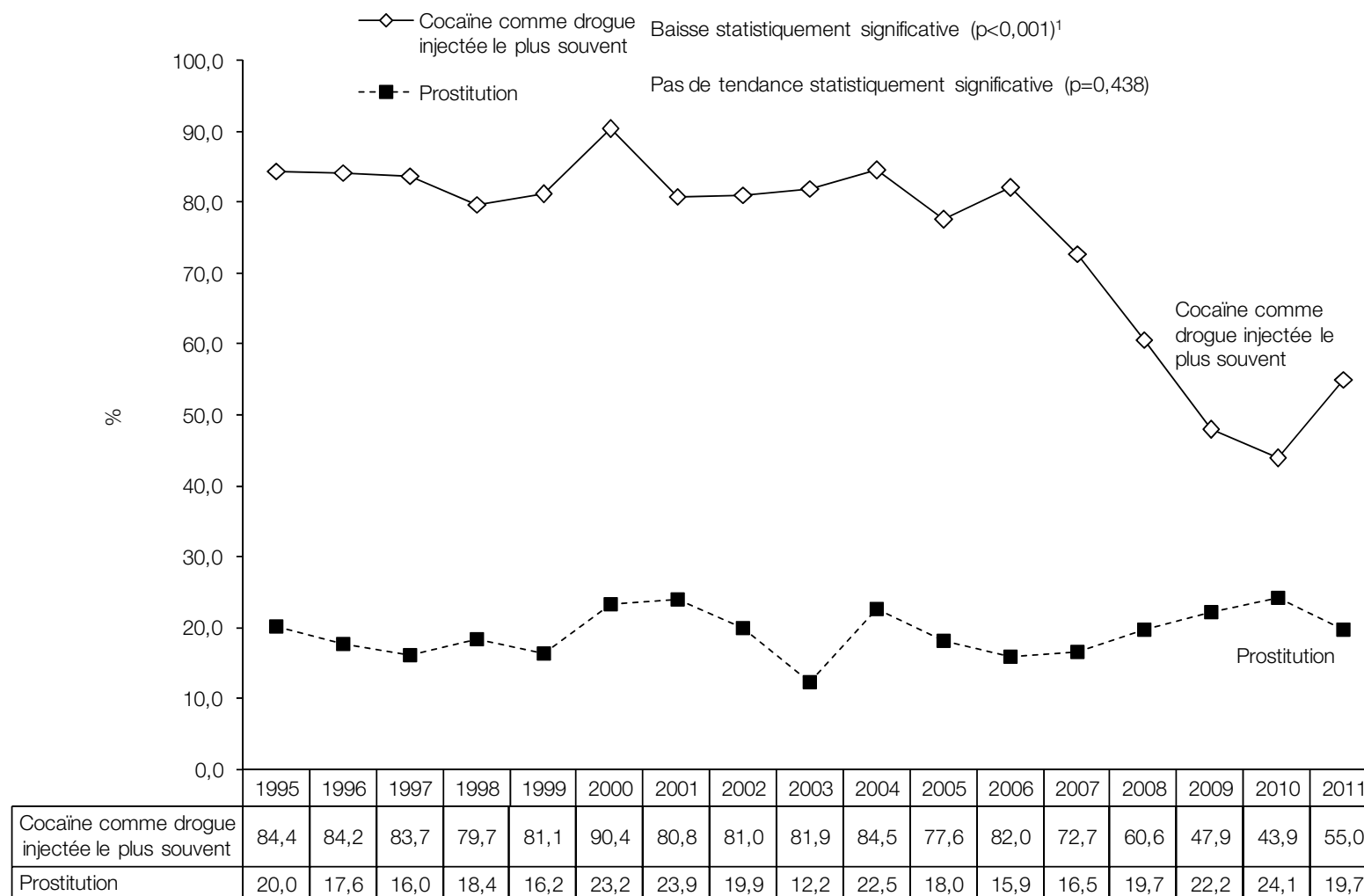


¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

« Emprunt de seringues » : Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.

« Injection à chaque jour » : Se sont injectés au moins une fois par jour dans le dernier mois.

Figure 15 Tendances dans les facteurs de risque – Ville de Québec – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011

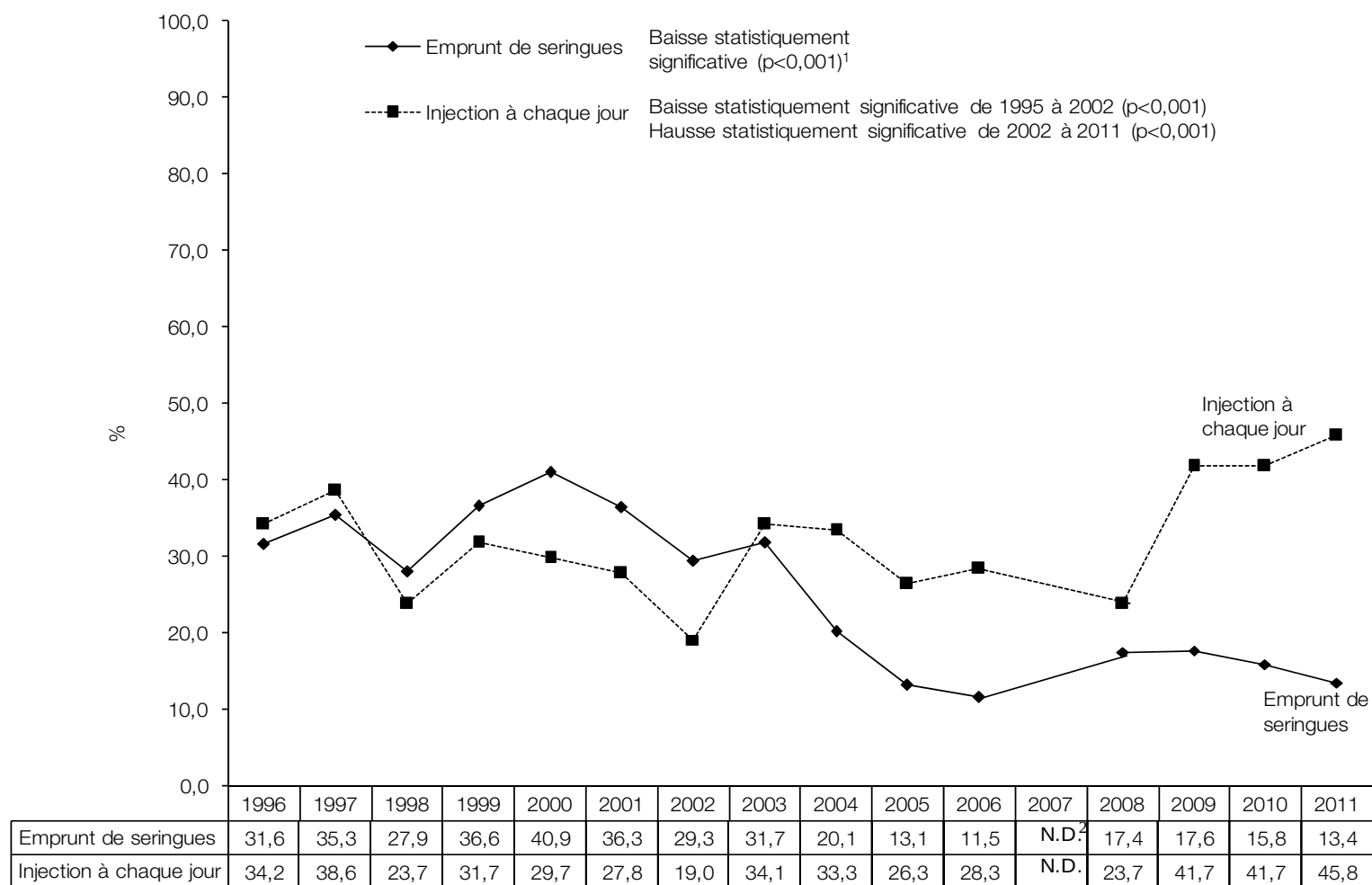


¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

« Cocaine comme drogue injectée le plus souvent » : Drogue la plus souvent injectée dans les six derniers mois.

« Prostitution » : Ont fourni des faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres choses dans les six derniers mois.

Figure 16 Tendances dans les facteurs de risque – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1996-2011



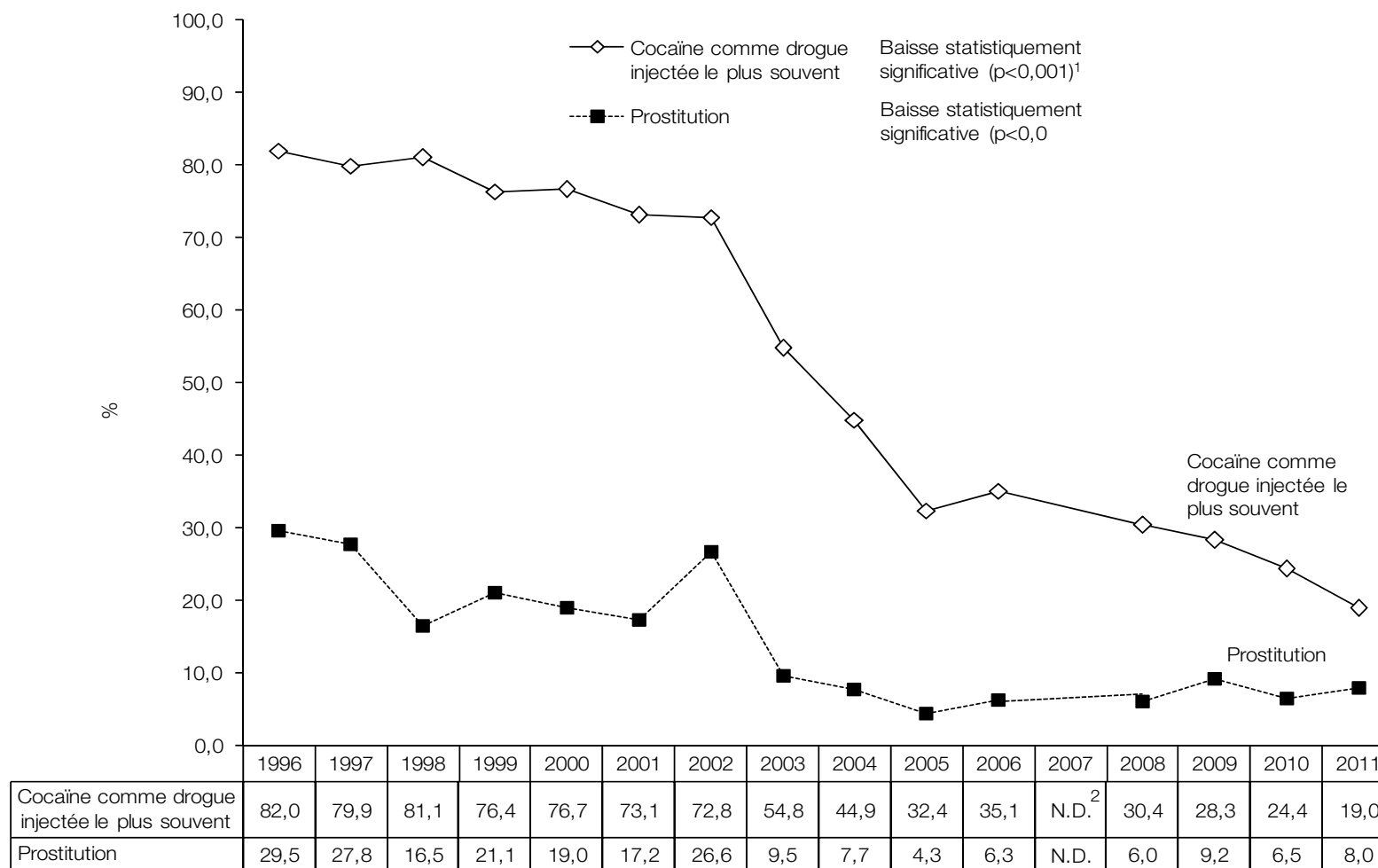
¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

² Étant donné que seulement 33 UDI ont été recrutés dans cette région en 2007, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

« Emprunt de seringues » : Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.

« Injection à chaque jour » : Se sont injectés au moins une fois par jour dans le dernier mois.

Figure 17 Tendances dans les facteurs de risque – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1996-2011



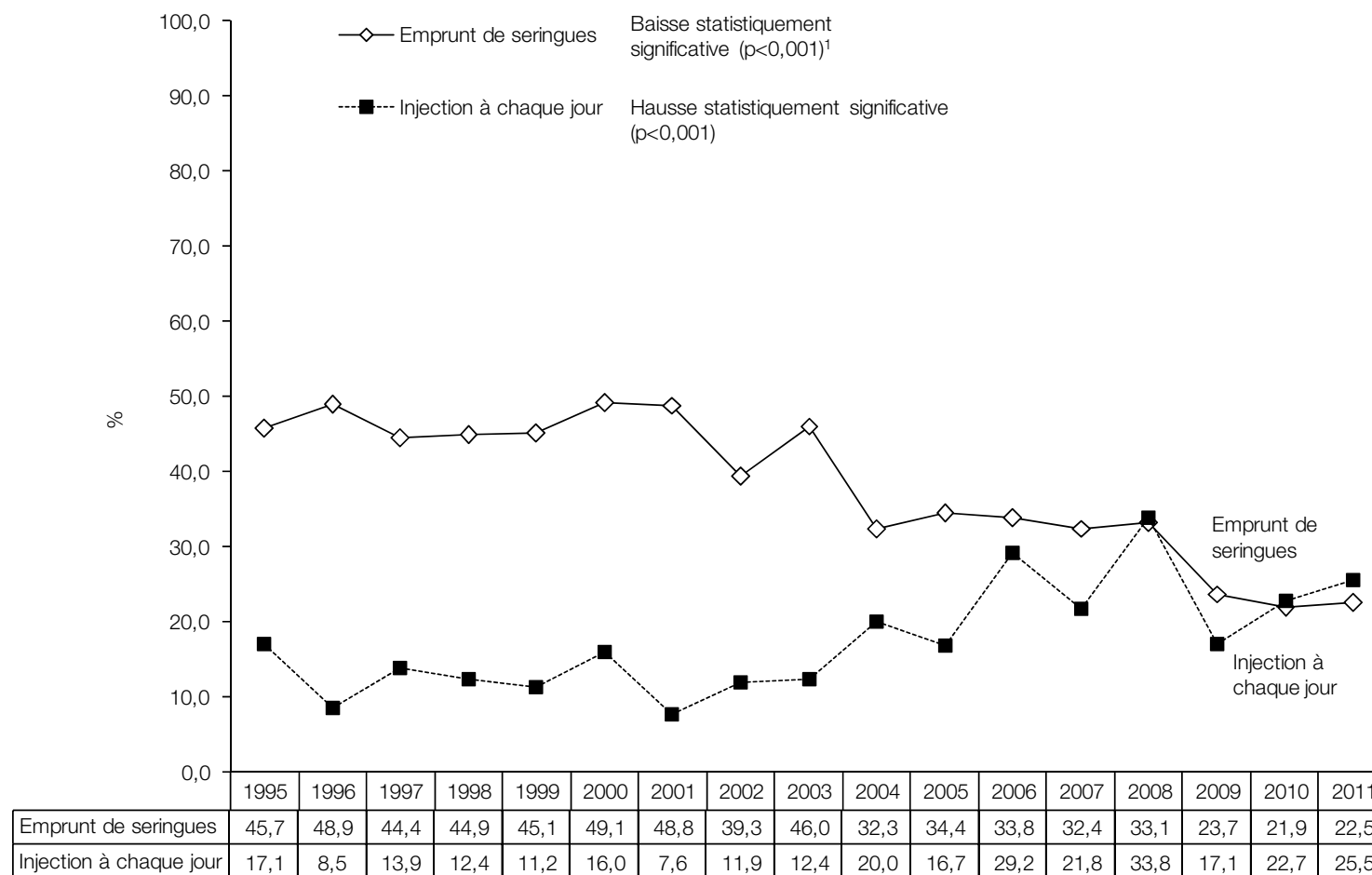
¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

² Étant donné que seulement 33 UDI ont été recrutés dans cette région en 2007, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

« Cocaine comme drogue injectée le plus souvent » : Drogue la plus souvent injectée dans les six derniers mois.

« Prostitution » : Ont fourni des faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres choses dans les six derniers mois.

Figure 18 Tendances dans les facteurs de risque – Semi-urbains¹³ – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011



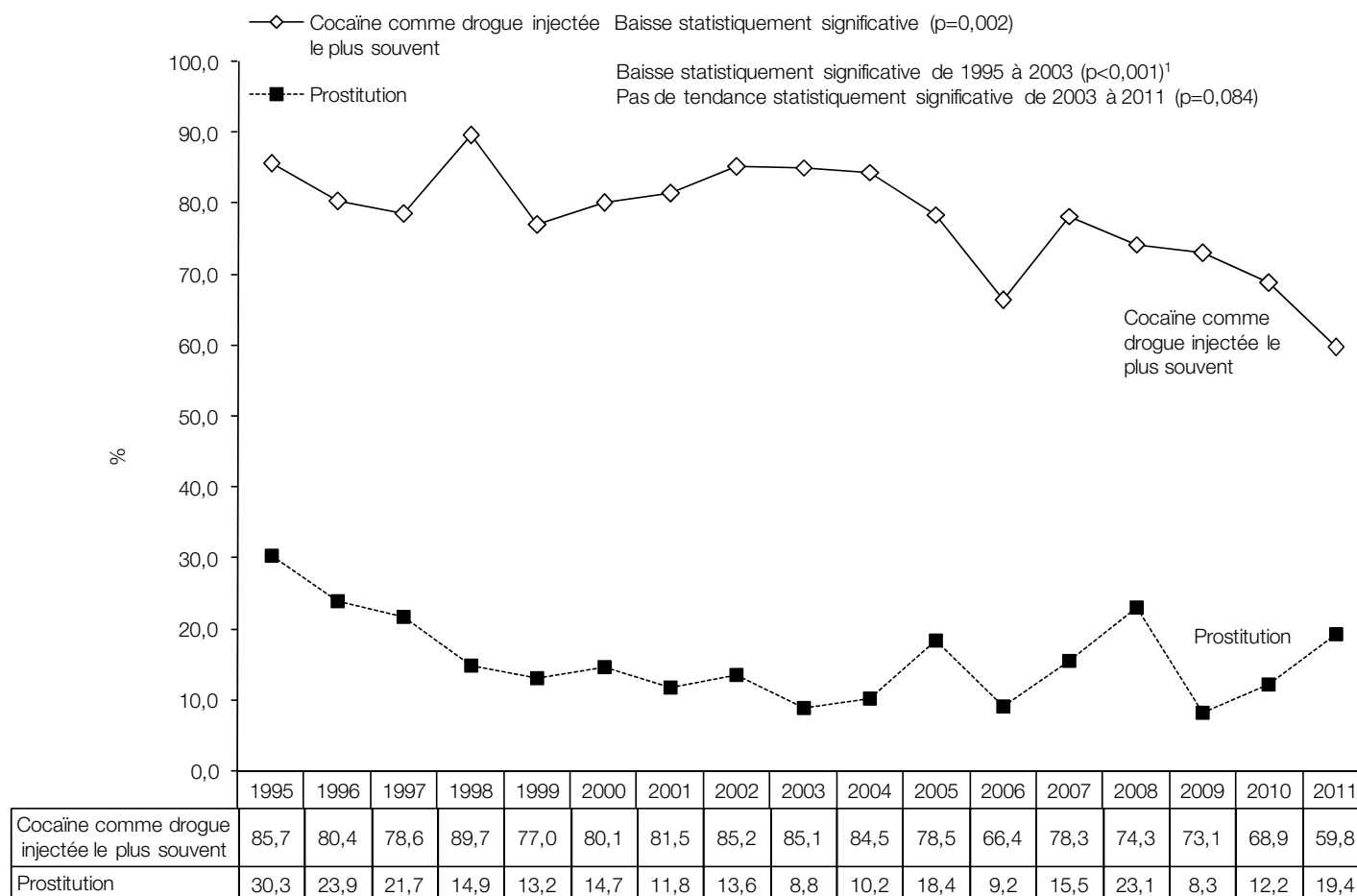
¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

« Emprunt de seringues » : Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.

« Injection à chaque jour » : Se sont injectés au moins une fois par jour dans le dernier mois.

¹³ UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

Figure 19 Tendances dans les facteurs de risque – Semi-urbains¹⁴ – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011



¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

« Cocaïne comme drogue injectée le plus souvent » : Drogue la plus souvent injectée dans les six derniers mois.

« Prostitution » : Ont fourni des faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres choses dans les six derniers mois.

¹⁴ UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la rive-sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

3.10 Analyses spéciales : Corrélats de l'injection de crack

Cette section est une analyse plus approfondie des corrélats de l'injection de crack menée dans le cadre du projet de recherche *L'interface crack-injection de drogues et son rôle potentiel dans les épidémies du VIH et du VHC à Montréal* (IRSC-07-08-0589) supervisé par D^{re} Élise Roy. Les tendances temporelles de l'injection de crack ont été publiées dans le périodique « Drug and Alcohol Dependence » en 2013^[19].

Tableau 56 Injection de crack dans les six derniers mois, à au moins une visite, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2012

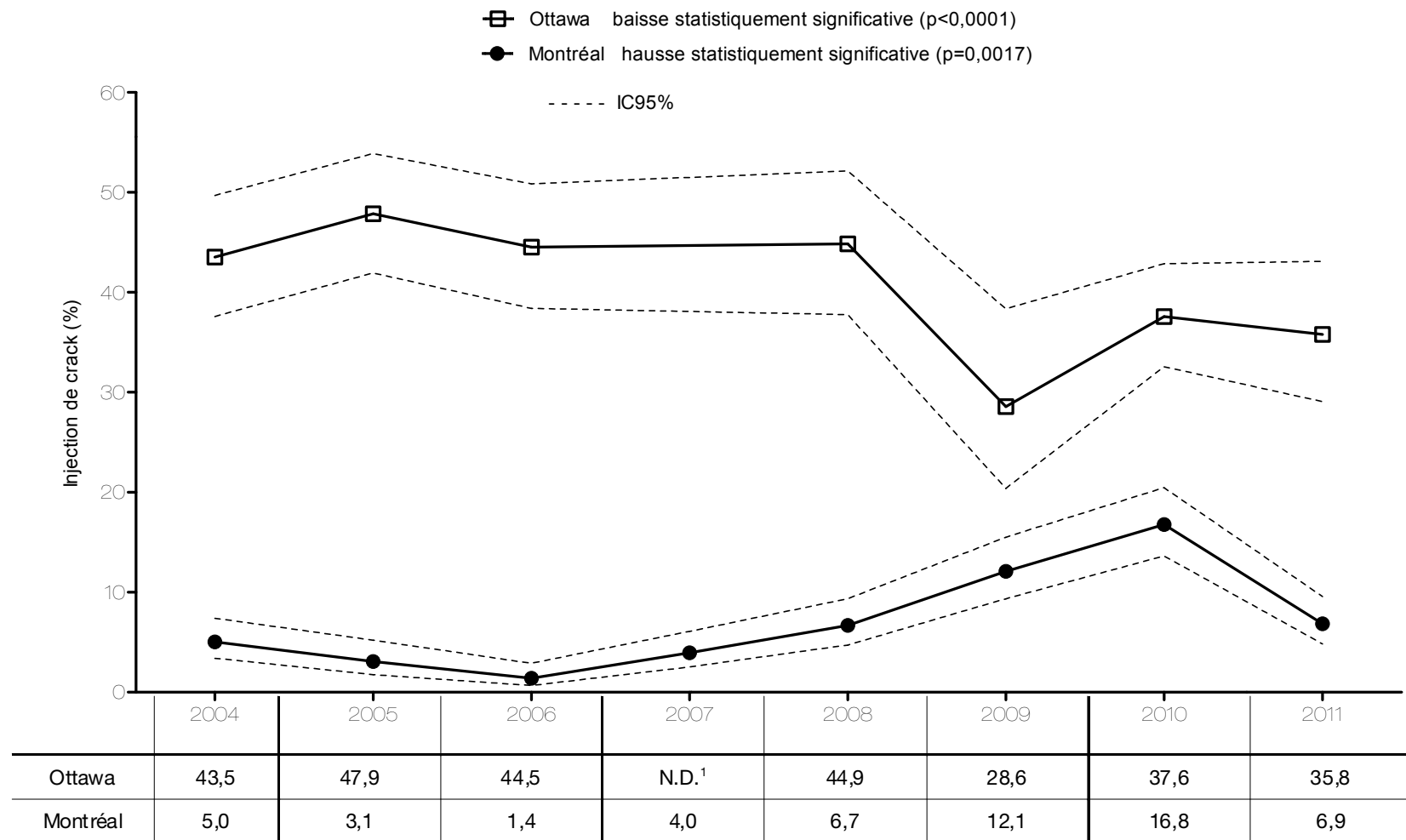
Région de recrutement	n/N ¹	%
Abitibi-Témiscamingue	6/179	3,4
Estrie	23/317	7,3
Mauricie et Centre-du-Québec	1/195	0,5
Montréal	4/73	5,5
Montréal	266/2 300	4,7
Ottawa	621/1 410	44,0
Outaouais	37/144	25,7
Ville de Québec	7/967	0,7
Saguenay-Lac-Saint-Jean	8/83	9,6

¹ Analyse basée sur 9 873 visites générées par 5 668 individus différents (76,2 % étant des hommes).

La proportion de participants qui s'est injectée du crack au cours des six derniers mois, à au moins une visite dans le cas des répéteurs, est très variable d'une région à l'autre (tableau 56). Les plus faibles proportions d'injection de crack sont observées pour la région de la Mauricie et Centre-du-Québec (0,5 %, un seul individu sur 195) et pour Québec (0,7 %). Les proportions d'injection de crack les plus élevées sont observées pour Ottawa (44,0 %) et pour l'Outaouais (25,7 %).

Compte tenu des nombreuses spécificités régionales, il est nécessaire de faire les analyses séparément pour chacune des régions. La suite des analyses a été effectuée uniquement pour Montréal et Ottawa étant donné que le nombre de participants pour les autres régions est insuffisant pour obtenir une bonne puissance statistique.

Figure 20 Tendances de l'injection de crack dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, à Montréal et à Ottawa, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2011



¹ Étant donné qu'aucun participant n'a été recruté dans cette région en 2007, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

Les tendances temporelles de l'injection de crack sont très différentes à Montréal et à Ottawa. À Montréal, une augmentation statistiquement significative de la prévalence de l'injection de crack de 23 % par année a été observée (rapport de prévalence = 1,23, intervalle de confiance à 95 % : 1,17-1,30, $p < 0,0001$) ; la prévalence était de 5,0 % en 2004 et de 6,9 % en 2011. À Ottawa, une diminution statistiquement significative de la prévalence de l'injection de crack de 4 % par année a été observée (rapport de prévalence = 0,96, intervalle de confiance à 95 % : 0,94-0,99, $p < 0,005$), la prévalence était de 43,5 % en 2004 et de 35,8 % en 2011. La prévalence d'injection de crack demeure toutefois plus élevée à Ottawa qu'à Montréal pour toute la période observée. (figure 6).

À Montréal, comparativement aux participants qui ne se sont pas injectés de crack au cours des six derniers mois, on observe que ceux qui s'en sont injecté sont plus jeunes, ont commencé à s'injecter à plus jeunes et sont plus fréquemment sans domicile fixe. Les injecteurs de crack de Montréal sont plus nombreux à s'injecter de la cocaïne, du *speedball* et/ou de l'héroïne et des médicaments opioïdes, et consomment davantage de crack/*freebase* autrement que par injection. (tableau 57).

À Ottawa, comparativement aux participants qui ne se sont pas injectés de crack au cours des six derniers mois, on observe que les injecteurs de crack ont commencé à s'injecter plus jeunes, sont moins fréquemment des hommes, sont moins susceptibles d'avoir terminé leur diplôme d'études secondaires et sont plus souvent sans domicile fixe. Les injecteurs de crack d'Ottawa sont plus nombreux à s'injecter de la cocaïne, du *speedball* et/ou de l'héroïne, et à consommer du crack/*freebase* autrement que par injection (tableau 57).

En raison des nombreuses différences existant entre Montréal et Ottawa, l'analyse de corrélats de l'injection de crack avec les variables comportementales a été effectuée séparément pour les deux régions de recrutement. Des modèles de régression utilisant des équations d'estimation généralisées (GEE, voir aussi la section 1.7) ont été construits en considérant tour à tour chaque comportement comme l'exposition avec pour issue l'injection de crack. Les caractéristiques associées de manière statistiquement significative à l'injection de crack (tableau 57) ont servi de variables d'ajustement dans les modèles qui suivent (à l'exception du crack/*freebase* consommé autrement que par injection).

Tableau 57 Comparaison des caractéristiques des injecteurs et des non injecteurs de crack dans les six derniers mois, à Montréal et à Ottawa, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2012

Caractéristiques	Montréal ¹		Valeur-p ³	Ottawa ²		Valeur-p
	Injecteurs de crack	Non injecteurs de crack		Injecteurs de crack	Non injecteurs de crack	
	% (N = 331)	% (N = 4 462)		% (N = 784)	% (N = 1 099)	
Âge (< 25 ans)	19,0	12,3	0,006	12,8	10,4	0,144
Âge à la première injection (< 17 ans)	28,1	22,3	0,049	29,8	23,7	0,005
Sexe (% hommes)	81,0	82,2	0,640	69,4	80,1	< 0,001
Niveau de scolarité (diplôme d'études secondaires terminé)	48,6	52,5	0,247	45,3	50,5	0,042
Sans domicile fixe ⁴	64,4	46,1	< 0,001	54,9	48,0	0,008
Drogues injectées⁴						
Cocaïne	97,6	87,0	< 0,001	76,1	52,9	< 0,001
Speedball et/ou héroïne	57,1	39,6	< 0,001	32,8	25,7	0,002
Médicaments opioïdes ⁵	76,1	43,1	< 0,001	68,4	69,4	0,650
Crack/freebase consommé autrement que par injection	88,8	66,7	< 0,001	92,3	74,6	< 0,001

¹ Analyse GEE basée sur 4 793 visites à Montréal générées par 2 300 individus différents (79,2 % étant des hommes).

² Analyse GEE basée sur 1 883 visites à Ottawa générées par 1 410 individus différents (75,1 % étant des hommes).

³ Valeurs p tirées de modèles utilisant les GEE pour tenir compte de la corrélation due aux visites multiples.

⁴ Dans les six derniers mois.

⁵ La catégorie des médicaments opioïdes injectés est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes, qui sont parfois aussi présentées dans le tableau : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non), oxycodone/oxycotin (prescrit ou non) et les autres médicaments opioïdes non prescrits (incluant fentanyl, demerol, codéine, mélange de cocaïne et d'opiacé autre que l'héroïne). Pour cette analyse spécifique sur la période 2004-2012, cela n'inclut pas Hydromorph-Contin (prescrit ou non), car il a été ajouté en 2011 seulement et son utilisation est assez fréquente.

Tableau 58 Comportements associés à l'injection de crack dans les six derniers mois à Montréal, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2012

Comportements ¹	RP ² brut	RP ajusté ³	IC 95 % ⁴	Valeur-p ⁵
Comportements de consommation				
Utilisation de matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre ⁶				
Seringues	1,60	1,23	0,98 - 1,55	0,081
Eau	1,64	1,22	0,96 - 1,55	0,116
Filtres	2,47	1,61	1,24 - 2,09	0,002
Contenants	2,03	1,41	1,11 - 1,78	0,008
Injection dans des lieux publics	2,42	1,41	1,04 - 1,92	0,020
Injection à tous les jours	2,09	1,43	1,13 - 1,80	0,003
Injection avec d'autres personnes	1,92	1,26	0,95 - 1,68	0,095
Comportements sexuels chez les femmes				
Prostitution ⁷	1,06	0,96	0,58 - 1,56	0,857
Usage du condom lors de la dernière relation sexuelle ⁸ au cours du dernier mois				
Pas eu de relation	1,00	1,00		
Avec condom	0,81	0,81	0,49 - 1,36	0,345
Sans condom	0,67	0,64	0,36 - 1,13	(2 dl ⁹)
Nombre de partenaires sexuels masculins				
0-1	1,00	1,00		
2-5	0,99	0,79	0,39 - 1,63	0,739
≥ 6	1,32	1,02	0,59 - 1,77	(2 dl)
Comportements sexuels chez les hommes				
Prostitution	1,39	1,11	0,73 - 1,71	0,634
Usage du condom lors de la dernière relation sexuelle au cours du dernier mois				
Pas eu de relation	1,00	1,00		
Avec condom	1,34	1,22	0,91 - 1,64	0,378
Sans condom	1,02	0,97	0,72 - 1,32	(2 dl)
Nombre de partenaires sexuels féminins				
0-1	1,00	1,00		
2-5	1,53	1,26	0,96 - 1,65	0,066
≥ 6	2,06	1,69	1,11 - 2,57	(2 dl)
Nombre de partenaires sexuels masculins				
0-1	1,00	1,00		
2-5	1,09	0,98	0,50 - 1,95	0,065
≥ 6	2,22	1,98	1,29 - 3,05	(2 dl)

¹ Dans les six derniers mois, à l'exception de l'injection à tous les jours et de l'usage du condom qui sont mesurés pour le dernier mois.

² RP : Rapport de prévalence.

³ RP ajusté pour les variables suivantes : âge (< 25 ans, ≥ 25 ans), âge à la première injection (< 17 ans, ≥ 17 ans), sans domicile fixe, injection de *speedball* et/ou héroïne, injection de médicaments opioïdes et injection de cocaïne.

⁴ Intervalle de confiance à 95 %.

⁵ Valeurs-p tirées de modèles utilisant les GEE pour tenir compte de la corrélation due aux visites multiples.

⁶ Parmi les UDI qui utilisent ce matériel.

⁷ On inclut ici la prostitution en échange d'argent, de drogues ou d'autres biens et services.

⁸ On inclut ici les relations sexuelles orales, vaginales et anales tant avec des hommes qu'avec des femmes.

⁹ Degrés de liberté.

À Montréal, après ajustement pour certaines variables (âge, âge à la première injection, être sans domicile fixe, injection de *speedball* et/ou héroïne, injection de médicaments opioïdes et injection de cocaïne), les comportements de consommation à risque associés significativement à l'injection de crack sont l'usage de filtres et de contenants déjà utilisés par quelqu'un d'autre, l'injection dans les lieux publics et l'injection à tous les jours (tableau 58). Chez les hommes, une association non significative (valeur-p légèrement au-dessus du seuil de signification) est observée entre l'injection de crack et le fait d'avoir de nombreux partenaires sexuels, que ce soit de sexe opposé ou de même sexe.

Tableau 59 Comportements associés à l'injection de crack dans les six derniers mois à Ottawa, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2012

Comportements ¹	RP ² brut	RP ajusté ³	IC 95 % ⁴	Valeur-p ⁵
Comportements de consommation				
Utilisation de matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre ⁶				
Seringues	1,63	1,47	1,31 - 1,64	< 0,001
Eau	1,45	1,32	1,18 - 1,47	< 0,001
Filtres	1,41	1,29	1,15 - 1,45	< 0,001
Contenants	1,42	1,31	1,17 - 1,46	< 0,001
Injection dans des lieux publics	1,39	1,28	1,14 - 1,44	< 0,001
Injection à tous les jours	1,14	1,10	0,98 - 1,24	0,122
Injection avec d'autres personnes	1,26	1,26	1,11 - 1,42	< 0,001
Comportements sexuels chez les femmes				
Prostitution ⁷	1,09	0,96	0,77 - 1,19	0,687
Usage du condom lors de la dernière relation sexuelle ⁸ au cours du dernier mois				
Pas eu de relation	1,00	1,00		
Avec condom	1,16	1,09	0,86 - 1,39	0,070
Sans condom	1,36	1,30	1,03 - 1,64	(2 dl) ⁹
Nombre de partenaires sexuels masculins				
0-1	1,00	1,00		
2-5	1,01	0,93	0,74 - 1,16	0,798
≥ 6	1,08	0,95	0,73 - 1,23	(2 dl)
Comportements sexuels chez les hommes				
Prostitution	1,55	1,31	0,98 - 1,75	0,120
Usage du condom lors de la dernière relation sexuelle au cours du dernier mois				
Pas eu de relation	1,00	1,00		
Avec condom	0,90	0,86	0,71 - 1,03	0,007
Sans condom	1,23	1,16	1,00 - 1,35	(2 dl)
Nombre de partenaires sexuels féminins				
0-1	1,00	1,00		
2-5	0,96	0,90	0,77 - 1,06	0,240
≥ 6	0,98	0,83	0,62 - 1,11	(2 dl)
Nombre de partenaires sexuels masculins				
0-1	1,00	1,00		
2-5	1,64	1,50	1,05 - 2,14	0,259
≥ 6	1,24	0,93	0,53 - 1,64	(2 dl)

¹ Dans les six derniers mois, à l'exception de l'injection à tous les jours et de l'usage du condom qui sont mesurés pour le dernier mois.

² RP : Rapport de prévalence.

³ RP ajusté pour les variables suivantes : âge à la première injection (< 17 ans, ≥ 17 ans), sexe, niveau de scolarité (diplôme d'études secondaires terminé), sans domicile fixe et injection de *speedball* et/ou héroïne et injection de cocaïne.

⁴ Intervalle de confiance à 95 %.

⁵ Valeurs p tirées de modèles GEE pour tenir compte de la corrélation due aux visites multiples.

⁶ Parmi les UDI qui utilisent ce matériel.

⁷ On inclut ici la prostitution en échange d'argent, de drogues ou d'autres biens et services.

⁸ On inclut ici les relations sexuelles orales, vaginales et anales tant avec des hommes qu'avec des femmes.

⁹ Degrés de liberté.

À Ottawa, après ajustement pour certaines variables (âge à la première injection, sexe, niveau de scolarité, sans domicile fixe, injection de *speedball* et/ou héroïne et injection de cocaïne), les comportements à risque associés significativement à l'injection de crack sont l'usage de seringues et autres matériels déjà utilisés par quelqu'un d'autre, l'injection dans les lieux publics, le fait de s'injecter avec d'autres personnes et, chez les hommes, de ne pas avoir utilisé un condom lors de la dernière relation sexuelle (tableau 59). Chez les femmes, cette dernière association est à la limite de la signification statistique (RP ajusté = 1,30, $p = 0,07$).

3.11 Analyses spéciales : Connaissances à propos du VIH

Tableau 60 Connaissances à propos du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2012

Question ¹	Bonne réponse ²	Bonnes réponses	
		n/N	%
Le fait d'avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire, fidèle et non infecté, peut-il réduire le risque de transmission du VIH?	Oui	676/932	72,5
L'utilisation de condoms peut-il contribuer à réduire le risque de transmission du VIH?	Oui	893/934	95,6
Une personne d'apparence saine peut-elle être infectée par le VIH?	Oui	911/934	97,5
Une personne peut-elle contracter le VIH par des piqûres de moustiques?	Non	577/932	61,9
Une personne peut-elle contracter le VIH en partageant un repas avec une personne infectée?	Non	790/934	84,6
Existe-t-il actuellement un remède au VIH/sida, c'est-à-dire un traitement permettant d'éliminer complètement le virus?	Non	728/934	77,9

¹ Seules les réponses au premier questionnaire par participant ont été conservées.

² Le choix de réponse « ne sait pas » est considéré comme une mauvaise réponse pour le calcul des proportions.

Cette section porte sur les connaissances sur le VIH, soit indicateurs proposés dans le cadre de la « United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS » (UNGASS). La proportion de bonnes réponses varie entre 61,9 % et 97,5 %. La question présentant le plus de mauvaises réponses étant celle sur la transmission par les piqûres de moustiques. Un score parfait (6 bonnes réponses sur 6) a été obtenu par 34,0 % (318/934) des participants, alors que 66,9 % ont obtenu 4 ou 5 bonnes réponses sur 6 et que 9,9 % (92/934) des participants ont obtenu 3 bonnes réponses ou moins.

4 Discussion

Depuis maintenant près de 20 ans, le réseau SurvUDI-I-Track permet de suivre de manière continue l'évolution de l'épidémiologie des infections par le VIH et par le VHC chez les personnes UDI au Québec. Plusieurs changements ont été observés au cours des années, et les analyses effectuées ont souvent permis d'adapter les interventions auprès des personnes UDI. Les changements récents sont résumés dans cette section.

Les jeunes participants de moins de 25 ans sont de moins en moins nombreux dans le réseau SurvUDI (tableau 2). À leur visite la plus récente, ils représentaient 22,4 % des participants pour la période 1995-2012, alors qu'ils n'en représentaient que 13,9 % et 7,6 % pour les périodes 2003-2012 et 2011-2012, respectivement. Une baisse de la proportion de jeunes parmi les injecteurs a également été observée dans d'autres projets menés à Montréal^[20, 21]. Certaines hypothèses pour expliquer cette diminution peuvent être suggérées. Tout d'abord, le plus faible nombre de jeunes UDI dans le réseau pourrait être expliqué par une diminution réelle du nombre de jeunes qui s'injectent des drogues (donc moins de jeunes présents dans les CAMI où sont recrutés la majorité des participants à SurvUDI-I-Track). Cette diminution pourrait elle-même être expliquée par plusieurs phénomènes, notamment l'efficacité des campagnes de prévention du passage à l'injection, une simple baisse de la popularité du mode de consommation par injection ou la disponibilité ou non disponibilité de certaines drogues sur le marché. Par ailleurs, une seconde hypothèse serait que les jeunes pourraient être de moins en moins rejoints par SurvUDI-I-Track pour diverses raisons, notamment une plus grande utilisation par les jeunes de l'internet et des réseaux sociaux virtuels pour communiquer, une modification des lieux de rassemblement et des façons de se procurer des seringues neuves par des personnes intermédiaires. Si cette hypothèse est exacte, il serait très important de trouver des moyens de s'assurer que les services des CAMI soient connus et utilisés par la jeune clientèle. Les données du réseau ne permettent pas de vérifier ces hypothèses, mais les données issues des projets ci-haut mentionnés suggèrent que la diminution réelle du nombre de jeunes injecteurs est plausible.

Une hausse importante de l'injection de médicaments opioïdes a été observée dans le réseau SurvUDI depuis quelques années. La proportion de participants qui se sont injectés du Dilaudid® au cours des six derniers mois est passée de 27,4 % en 2003 à 47,4 % en 2011 (figure 1). Roy et collaborateurs ont également constaté que les médicaments opioïdes sont très disponibles sur le marché de la drogue^[22]. Le contenu pharmacologique contrôlé des médicaments opioïdes (lorsque non contrefaits) ainsi que leur effet psychotrope complémentaire aux stimulants présentent certains avantages pour le consommateur. Il est très inquiétant d'observer une telle hausse de la consommation des médicaments opioïdes notamment, car le risque de dépendance est très important. De plus, la consommation d'une dose peut nécessiter jusqu'à trois ou quatre injections, ce qui augmente le nombre de manipulations et le risque de partage accidentel de matériel^[22]. Soulignons que l'injection de médicaments opioïdes est un prédicteur indépendant de la transmission du VHC dans une analyse réalisée dans la cohorte St-Luc d'UDI montréalais^[23]. Il est également inquiétant de remarquer que la consommation de médicaments opioïdes est plus fréquente chez les jeunes de 24 ans et moins du réseau SurvUDI comparativement aux 25 ans et plus (tableaux 10 et 12). Une proportion de 78,3 % des jeunes de 24 ans et moins rapportent s'être injecté des médicaments opioïdes au cours des six derniers mois, et pour 51,7 % d'entre eux, cette substance était celle injectée le plus souvent. Finalement, cette tendance doit être surveillée attentivement afin que du matériel adapté à l'injection de ces substances soit rendu disponible.

Les participants rapportent également des comportements sexuels à risque au cours des 6 mois précédant l'entrevue (tableaux 25 à 27), notamment l'utilisation irrégulière du condom et les activités sexuelles en contexte de prostitution. Les relations anales avec les partenaires sexuels masculins occasionnels et clients sont également fréquentes (rapportées par environ 23 % des femmes et par 45-51 % des hommes) et souvent non protégées (entre 27 % et 54 %)(données non montrées dans le rapport^[24]). Les personnes UDI sont donc exposées à un risque élevé de transmission sexuelle du VIH, en plus du risque lié à l'injection. Les interventions auprès de cette population devraient toujours inclure du counselling sur la réduction des risques sexuels en ciblant en particulier ceux ayant de multiples partenaires, des partenaires sexuels clients, et des relations anales, incluant les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Les données de SurvUDI ont été analysées récemment dans le but de vérifier si les facteurs de risque de l'incidence du VIH ont évolué au fil du temps^[25]. Dans le modèle de régression multivarié présenté au tableau 50, le sexe masculin, l'injection avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ainsi que la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent sont demeurés associés significativement à l'incidence du VIH de façon constante pour toute la durée de la période 1995-2012. Cependant, le fait d'être âgé de 25 ans et plus, d'avoir été recruté dans un site urbain et de s'injecter quotidiennement étaient des facteurs de risque de séroconversion au VIH entre 1995 et 2002, alors qu'ils ne sont plus associés significativement à l'incidence du VIH pour la période de 2003 à 2012. Au contraire, alors que la prostitution n'était pas associée significativement à l'incidence du VIH entre 1995 et 2002, une association significative est maintenant observée pour la période de 2003 à 2012^[25]. Ces données illustrent bien l'importance de suivre l'évolution temporelle des facteurs de risque considérant l'ampleur des changements observés et les implications de certains de ces changements dans l'évolution et l'adaptation des interventions.

Après une diminution observée entre 1995 et 2002, le taux d'incidence du VIH est maintenant relativement stable (figure 8). Au cours des cinq dernières années disponibles pour l'analyse de tendance (2006 à 2010), il s'est maintenu entre 0,8 et 2,1 par 100 p.a., ce qui demeure toutefois élevé comparativement aux taux observés dans plusieurs autres pays dont le Royaume-Uni, les États-Unis et l'Australie (consulter la discussion du rapport précédent pour des comparaisons internationales plus détaillées^[26]). Le taux d'incidence du VHC, pour sa part, a fluctué à des niveaux très élevés entre 2006 et 2010, soit entre 17,2 et 26,4 par 100 personnes-années.

Dans le réseau SurvUDI, la proportion de participants qui a déclaré s'être injecté avec des seringues déjà utilisées par d'autres dans les six derniers mois était de 43,4 % en 1995 et de 17,5 % en 2011, soit une diminution statistiquement significative de près de 60 % ($p < 0,001$). Cette diminution est très encourageante et illustre l'efficacité des interventions, mais aussi l'ampleur du travail qu'il reste à faire afin que toutes les personnes UDI du Québec utilisent des seringues stériles pour toutes leurs injections. De plus, la proportion de participants ayant utilisé au moins un item de matériel (autre qu'une seringue) déjà utilisé par quelqu'un d'autre est plus élevée que pour les seringues, soit autour de 30 % (tableau 22). Cette proportion est demeurée stable entre 2007 et 2011 (données non montrées dans les tableaux). Il serait donc nécessaire d'intensifier les interventions de prévention du partage de matériel de consommation autre que seringues, en particulier dans notre contexte où la prévalence du VHC est très élevée.

Entre 2003 et 2012, environ 20 % des participants infectés par le VIH, ainsi que 20 % de ceux ayant des anticorps contre le VHC l'ignoraient. Il est donc primordial de continuer à promouvoir le dépistage régulier du VIH et du VHC auprès de cette clientèle. Des approches et stratégies adaptées, intégrées et innovantes sont plus que jamais nécessaires. Ces approches devraient inclure en priorité le travail de proximité et nécessitent la collaboration des différents intervenants pour une prise en

charge intégrée des divers problèmes de santé (toxicomanie, santé mentale/itinérance, infections, etc).

Trop peu de personnes UDI sont prises en charge et traitées, particulièrement en lien avec le VHC. Au cours de la période 2003-2012, plus de 80 % des participants ayant des anticorps contre le VHC ont rapporté n'avoir jamais pris de médicaments pour le traitement du VHC. De nouveaux médicaments sont disponibles depuis peu et les traitements sont de plus en plus efficaces et causent de moins en moins d'effets secondaires. Des stratégies doivent être mises en place afin de traiter les personnes infectées par le VHC et éviter qu'elles développent les complications associées à l'infection chronique (cirrhose et carcinome hépatocellulaire). Considérant le nombre élevé de cas déclarés de VHC, le traitement a le potentiel de prévenir un nombre important de greffes hépatiques et de décès causés par le VHC.

La hausse récente de la disponibilité du crack sur le marché a motivé l'ajout d'une nouvelle analyse thématique afin de mieux caractériser la fréquence de l'injection de crack dans le réseau SurvUDI ainsi que les facteurs associés à l'injection de cette substance.

Les tendances temporelles de l'injection de crack sont différentes pour Ottawa et Montréal (figure 20). À Montréal, entre 2004 et 2011, une augmentation significative est observée, alors qu'à Ottawa, on observe plutôt une diminution statistiquement significative. La prévalence d'injection de crack demeure toutefois plus élevée à Ottawa qu'à Montréal pour toute la période. Ces différences pourraient être en partie expliquées par une disponibilité du crack différente dans ces deux villes et par l'implantation de la « Safer Crack Use Initiative » à Ottawa^[19, 27].

Dans les régions où l'injection de crack est très répandue, la distribution d'acidifiants tels que l'acide citrique ou l'acide ascorbique pourrait être envisagée pour prévenir les veines endommagées et certaines infections (par exemple, bactériennes ou fongiques) chez les injecteurs de crack. D'autres stratégies pourraient être développées, par exemple pour favoriser la transition vers une voie d'administration du crack plus sécuritaire en distribuant du matériel pour fumer le crack en combinaison avec des messages de prévention cohérents. Dans les régions où la prévalence d'injection de crack est relativement faible, des messages et des actions visant à prévenir l'adoption de l'injection comme voie d'administration devraient être développés et combinés à la distribution de matériel pour fumer le crack.

L'injection de crack semble également associée à certains comportements à risque élevé pour le VIH et le VHC (tableaux 58 et 59). Les injecteurs de crack sont souvent des UDI établis (l'injection de crack n'est généralement pas un mode d'entrée dans l'injection) qui en viennent à s'injecter le crack souvent par défaut, soit parce que la cocaïne en poudre est introuvable ou pour contrebalancer les effets d'un opiacé. Les injecteurs de crack de SurvUDI ont d'ailleurs un profil de polyconsommateurs (données non montrées dans les tableaux).

Les données obtenues par l'intermédiaire du réseau SurvUDI comportent certaines limites. Premièrement, les participants ne sont pas représentatifs de l'ensemble des personnes UDI du Québec. Ils le sont probablement davantage de celles qui fréquentent les centres d'accès au matériel d'injection stérile, desquels sont recrutés environ 90 % des participants. En second lieu, comme dans toutes les études où les comportements sont auto-rapportés, des biais de rappel et de désirabilité sociale sont susceptibles d'affecter les résultats. Troisièmement, dans SurvUDI, la définition d'un cas d'hépatite C est basée uniquement sur la présence d'anticorps contre le VHC. Leur détection indique que l'individu a été en contact avec le virus, pas qu'il en est actuellement porteur. Seule la détection de l'ARN viral permettrait de confirmer la présence d'une infection,

récente ou pas. Or, l'ARN viral ne peut pas être détecté correctement dans nos échantillons^[28]. Nos données d'incidence décrivent donc l'apparition d'anticorps chez un sujet préalablement négatif. Étant donné la probabilité non négligeable de guérison (15 à 50 % des infections ne deviendront pas chroniques; le virus devient indétectable^[8]) et de réinfection^[2, 10, 11, 14, 15, 29], il est impossible de mesurer l'incidence réelle sur la base de la présence d'anticorps. De plus, le taux d'incidence du VHC n'est plus présenté par région étant donné le faible temps de suivi disponible pour certaines d'entre elles. La situation est différente pour le VIH, puisque pour ce virus, la présence d'anticorps est synonyme d'infection.

En conclusion, le taux d'incidence du VIH demeure non négligeable et le taux d'incidence du VHC très élevé, malgré le fait que l'injection avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre soit en constante diminution et à son plus bas en 2011. Des changements importants dans les habitudes de consommation et les facteurs de risque ont également été observés. Ces données suggèrent que des moyens doivent être mis en place au Québec pour augmenter l'utilisation du matériel stérile d'injection, en tenant compte des changements dans les drogues consommées. Par ailleurs, près du quart des participants infectés par le VIH et/ou ayant des anticorps contre le VHC l'ignorent, et trop peu des personnes infectées au courant de leur infection sont prises en charge et traitées. La promotion du dépistage régulier du VIH et du VHC ainsi que la prise en charge et le traitement doivent donc demeurer des priorités. Les analyses présentées dans ce rapport soulignent à nouveau l'importance de la disponibilité des données de surveillance pour cette population vulnérable afin d'améliorer les interventions qui leur sont déjà offertes et d'en développer de nouvelles, mieux adaptées à leurs besoins.

Références

1. Spittal, P.M., Bruneau, J., Craib, K.J., et collab. (2003) Surviving the sex trade: a comparison of HIV risk behaviours among street-involved women in two Canadian cities who inject drugs. *AIDS Care*, 15(2), 187-95.
2. Wong, T. and Lee, S.S. (2006) Hepatitis C: a review for primary care physicians. *CMAJ*, 174(5), 649-59.
3. Urbanus, A.T., van Houdt, R., van de Laar, T.J., et collab. (2009) Viral hepatitis among men who have sex with men, epidemiology and public health consequences. *Euro surveillance : bulletin europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*, 14(47).
4. Working group on global HIV/AIDS and STI surveillance (2011) *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*, Geneva, UNAIDS / WHO, 49 p.
5. Hankins, C.A., Alary, M., Parent, R., et collab. (2002) Continuing HIV Transmission Among Injection Drug Users in Eastern Central Canada: The SurvUDI Study, 1995 to 2000. *JAIDS*, 30(5), 514-521.
6. Noël, L., Antil, T. and Champagne, M. (1998) *Les programmes de prévention de VIH chez les UDI au Québec : une démarche collective d'évaluation*, Québec, Centre de Santé publique de Québec, 104 p.
7. Judd, A., Parry, J., Hickman, M., et collab. (2003) Evaluation of a modified commercial assay in detecting antibody to hepatitis C virus in oral fluids and dried blood spots. *Journal of medical virology*, 71(1), 49-55.
8. Seeff, L.B. (2002) Natural history of chronic hepatitis C. *Hepatology*, 36(5 Suppl 1), S35-46.
9. Page, K., Hahn, J.A., Evans, J., et collab. (2009) Acute hepatitis C virus infection in young adult injection drug users: a prospective study of incident infection, resolution, and reinfection. *J Infect Dis*, 200(8), 1216-26.
10. Micallef, J.M., Macdonald, V., Jauncey, M., et collab. (2007) High incidence of hepatitis C virus reinfection within a cohort of injecting drug users. *J Viral Hepat*, 14(6), 413-8.
11. Grebely, J., Knight, E., Ngai, T., et collab. (2010) Reinfection with hepatitis C virus following sustained virological response in injection drug users. *J Gastroenterol Hepatol*, 25(7), 1281-4.
12. Grebely, J., Conway, B., Raffa, J.D., et collab. (2006) Hepatitis C virus reinfection in injection drug users. *Hepatology*, 44(5), 1139-45.
13. Currie, S.L., Ryan, J.C., Tracy, D., et collab. (2008) A prospective study to examine persistent HCV reinfection in injection drug users who have previously cleared the virus. *Drug Alcohol Depend*, 93(1-2), 148-54.
14. Aitken, C.K., Lewis, J., Tracy, S.L., et collab. (2008) High incidence of hepatitis C virus reinfection in a cohort of injecting drug users. *Hepatology*, 48(6), 1746-52.
15. van de Laar, T.J., Molenkamp, R., van den Berg, C., et collab. (2009) Frequent HCV reinfection and superinfection in a cohort of injecting drug users in Amsterdam. *Journal of hepatology*, 51(4), 667-74.

16. Kitayaporn, D., Uneklabh, C., Weniger, B.G., et collab. (1994) HIV-1 incidence determined retrospectively among drug users in Bangkok, Thailand. *AIDS*, 8(10), 1443-50.
17. Lawless, J.F., ed. *Statistical models and methods for lifetime data*. John Wiley & Sons ed. 1982: New York.
18. WHO (2009) *WHO, UNODC, UNAIDS Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Geneva, World Health Organization, 40 p.
19. Roy, E., Leclerc, P., Morissette, C., et collab. (2013) Prevalence and temporal trends of crack injection among injection drug users in eastern central Canada. *Drug Alcohol Depend*, 133(1), 275-8.
20. Leclerc, P., Fall, A. and Morissette, C. (2013) *Estimation de la taille et caractérisation de la population utilisatrice de drogues par injection à Montréal*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 46 p.
21. Leclerc, P., Gallant, S., Morissette, C., et collab. (2013) *Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 37 p.
22. Roy, E., Arruda, N., Vaillancourt, E., et collab. (2012) Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montreal. *Drug Alcohol Rev*, 31(1), 72-80.
23. Bruneau, J., Roy, E., Arruda, N., et collab. (2012) The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users. *Addiction*, 107(7), 1318-27.
24. Leclerc, P., Morissette, C., Blanchette, C., et collab. (2014) Sexual behaviours of IDUs: A matter of concern? 23rd Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research. *Can J Infect Dis Med Microbiol*, 25(Sup. A).
25. Roy, E., Richer, I., Morissette, C., et collab. (2011) Temporal changes in risk factors associated with HIV seroconversion among injection drug users in eastern central Canada. *AIDS*, 25(15), 1897-903.
26. Leclerc, P., Roy, É., Morissette, C., et collab. (2012) *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2010 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2010*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 91 p.
27. Leonard, L., DeRubeis, E., Pelude, L., et collab. (2008) "I inject less as I have easier access to pipes": injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed. *Int J Drug Policy*, 19(3), 255-64.
28. Suzuki, T., Omata, K., Satoh, T., et collab. (2005) Quantitative detection of hepatitis C virus (HCV) RNA in saliva and gingival crevicular fluid of HCV-infected patients. *Journal of clinical microbiology*, 43(9), 4413-4417.
29. Kondili, L.A., Chionne, P., Costantino, A., et collab. (2002) Infection rate and spontaneous seroreversion of anti-hepatitis C virus during the natural course of hepatitis C virus infection in the general population. *Gut*, 50(5), 693-6.

Annexe 1

Les sites collaborateurs du réseau SurvUDI-I-Track

