
Drogues, sexe et risques dans la communauté gaie montréalaise : 1997-2003

Joanne Otis,

Professeure, Département de sexologie, UQAM,
Titulaire, Chaire de recherche du Canada en éducation
à la santé, UQAM

Marie-Ève Girard,

Coordonnatrice, Chaire de recherche
du Canada en éducation à la santé, UQAM

Michel Alary,

Médecin épidémiologiste, CHA de Québec, Professeur,
Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

Robert R. Remis,

Professeur, Department of Public Health Sciences,
University of Toronto

René Lavoie,

Agent de planification, Coalition des organismes
communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA)

Roger LeClerc,

Directeur général, Regroupement des organismes volontaires
d'éducation populaire (ROVEP)

Jean Vincelette,

Microbiologiste, Service de microbiologie,
CHUM Pavillon Saint-Luc

Bruno Turmel,

Médecin, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Benoît Masse,

Professeur associé, Département de biostatistiques,
Université de Washington

Groupe d'étude Oméga

Correspondance

Joanne Otis
C.P. 8888 succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
H3C 3P8
Tél. : (514) 987-3000, poste 7874
Fax. : (514) 987-6616
Courriel : otis.joanne@uqam.ca

Résumé

Cet article décrit l'évolution de la consommation de drogues entre 1997 et 2003 chez des hommes gais et bisexuels séronégatifs de la grande région montréalaise, selon l'âge et selon les comportements sexuels à risque pour le VIH. Les données proviennent d'Oméga, une étude longitudinale sur l'incidence et les déterminants psychosociaux de l'infection au VIH chez ces hommes. Les participants ont rempli un questionnaire tous les six mois, et les données sont celles de leur première visite de suivi. Des analyses de tendance par période de calendrier ont été réalisées et un modèle de régression logistique utilisant une estimation par équations généralisées a été généré pour chaque type de drogues. Les résultats révèlent une augmentation de la consommation de cocaïne, de l'ecstasy, des hallucinogènes, du *speed* et du GHB entre 1997 et 2003. En revanche, la consommation de marijuana, de *poppers* et d'héroïne ne semble pas avoir changé de façon significative. Les moins de 30 ans et ceux qui ont eu des relations anales à risque semblent avoir été plus enclins à consommer certaines drogues pendant cette même période. Indices de transformations possibles dans les modes de vie de ces hommes, ces résultats soulèvent de nouveaux défis pour la prévention du VIH dans la communauté gaie.

Mots-clés : VIH, homosexuels, risques, drogues, évolution

Drugs, sex and risks in Montreal's gay community: 1997-2003

Abstract

This article describes the evolution of drug use between 1997 and 2003 in HIV-negative men who have sex with men living in the Montreal region, according to age and HIV risk-taking behaviours. Data come from Omega, a longitudinal study on the incidence and on the psychosocial determinants of HIV infection among these men. Participants completed a questionnaire every six months and data are from the first follow-up visit. Trends analyses by calendar period were done and a logistic regression model using generalised equations for parameter estimation was generated for each type of drug. Results reveal an increase in cocaine, ecstasy, hallucinogen, speed and GHB use between 1997 and 2003. On the other hand, marijuana, poppers and heroin use do not seem to have change significantly. Men who are younger than 30 years old and who had risky anal intercourse seem to be more likely to have used specific drugs in the same period. This indicates possible transformations in the way of life of these men and these results suggest new challenges for HIV prevention in the gay community.

Keywords: *HIV, homosexuals, risk, drugs, evolution*

Drogas, sexo y riesgos en la comunidad gay montrealés: 1997-2003

Resumen

Este artículo describe la evolución del consumo de drogas entre 1997 y 2003 entre los hombres gay y bisexuales seronegativos de la gran región montrealés, según la edad y los comportamientos sexuales de riesgo con respecto al VIH. Los datos provienen de Oméga, un estudio longitudinal sobre la incidencia y los determinantes psicosociales de la infección de VIH en los hombres. Los participantes respondieron un cuestionario cada seis meses y los datos son los de su primera visita de seguimiento. Se realizaron análisis de tendencia por período de calendario y se generó un modelo de regresión logística, utilizando una estimación por ecuaciones generalizadas para cada tipo de droga. Los resultados revelan un aumento del consumo de cocaína, éxtasis, alucinógenos, speed y GHB entre 1997 y 2003. Por el contrario, el consumo de marihuana, poppers y heroína no parece haber cambiado de manera significativa. Los menores de 30 años y quienes tienen relaciones sexuales anales a riesgo parecen haber tenido una mayor tendencia a consumir ciertas drogas durante este mismo período. Estos resultados, índices de transformaciones posibles en los modos de vida de estos hombres, plantean nuevos desafíos en la prevención del VIH en la comunidad gay.

Palabras clave: VIH, homosexuales, riesgos, drogas, evolución

Remerciements

Nous tenons à remercier tous les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) de la région montréalaise qui ont généreusement et fidèlement participé à cette étude entre 1996 et 2003. Cette étude a été subventionnée de façon principale par le Programme national de recherche et développement en santé du Canada (PNRDS, subvention R6605-4639-AIDS), puis par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC, subvention HHP-50151). Elle a reçu du financement supplémentaire du Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et des Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ, subvention 969971.03).

Introduction

Le VIH dans la communauté gaie : des indices inquiétants

Encore aujourd'hui, la communauté gaie est largement affectée par le VIH, à Montréal comme ailleurs en Amérique du Nord (Agence de santé publique du Canada, 2005 ; ONUSIDA, 2006). Si cette communauté s'est mobilisée de façon rapide et robuste au début de l'épidémie, l'arrivée des traitements antirétroviraux en 1996 a provoqué un étiolement de son implication dans la lutte contre cette menace. Ce ne sont pas tant les organisations et institutions déjà engagées dans cette lutte tels les groupes communautaires et les instances de santé publique qui ont réduit leurs efforts de prévention, mais plutôt les individus eux-mêmes qui ont eu plus de difficultés à prendre en charge leur santé sexuelle et à protéger celle de leurs éventuels partenaires. Maintenant, dans un contexte où le VIH ne signifie plus une menace de mort à court terme et la perte graduelle d'un réseau significatif d'amis, la visibilité du VIH s'est estompée tant

dans les espaces sociaux gais que dans les médias et dans les préoccupations du grand public. Cet optimisme face au traitement et cette invisibilité du VIH ont sans nul doute contribué à ce que certains ont qualifié de banalisation du VIH/sida et à un certain relâchement des pratiques sécuritaires chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) (Boily et coll., 2005 ; Ciesielki, 2003 ; Sullivan et coll., 2007). Plusieurs études, au Royaume-Uni et au Canada par exemple, rapportent cette augmentation des relations anales non protégées avec les partenaires sérodiscordants ou de statut sérologique inconnu chez ces hommes (Dodds et coll., 2003 ; Dodds et coll., 2004 ; Lampinen et coll., 2003). Dans la communauté gaie montréalaise, l'étude longitudinale réalisée auprès de 1 890 HARSAH (Cohorte Oméga, dont les présents résultats sont tirés) soutient cette augmentation, les relations anales à risque durant les derniers six mois étant passées d'environ 15 % en 1996 à 20 % en 2003 (George et coll., 2006).

La consommation de drogues et d'alcool : un facteur associé aux risques sexuels

Dans un tel contexte, nombre d'études publiées ces dernières années ont aussi démontré l'importance du rôle de la consommation de drogues en général dans l'adoption de comportements sexuels à risque chez les HARSAH (Clatts et coll., 2005 ; Clutterbuck et coll., 2001 ; Colfax et coll., 2005 ; Dolezal et coll., 2000 ; Hirshfield et coll., 2004 ; Mattison et coll., 2001). De façon plus spécifique, certaines études réalisées aux États-Unis et au Canada auprès d'hommes gais ou bisexuels ont rapporté une association significative entre la consommation de *poppers* et les relations anales non protégées (Halkitis et Parsons, 2002 ; Lampinen et coll., 2003 ; Mattison et coll., 2001 ; Ross et coll., 2002 ; Strathdee et coll., 1998). D'autres travaux, moins nombreux toutefois, établissent un lien entre les relations anales non protégées chez les HARSAH et la consommation

de marijuana (Koblin et coll., 2003 ; Lampinen et coll., 2003 ; Ross et coll., 2002), de cocaïne (Koblin et coll., 2003 ; Ross et coll., 2002), de drogues hallucinogènes (Koblin et coll., 2003), d'amphétamine (Koblin et coll., 2003) et de méthamphétamine (Klitzman et coll., 2002 ; Lampinen et coll., 2003 ; Molitor et coll., 1998 ; Schilder et coll., 2005).

Or, toutes les études mentionnées précédemment sont de nature transversale, et rares sont les études qui ont tenté d'établir le lien entre l'augmentation des relations anales à risque, au cours de la dernière décennie, et une possible augmentation de la consommation de certaines drogues. En fait, une seule étude répertoriée fait la démonstration d'un tel lien (Colfax et coll., 2005). Grâce à leur étude longitudinale conduite auprès de 736 hommes gais ou bisexuels de 1999 à 2001, Colfax et ses collaborateurs (2005) ont observé une augmentation de la consommation de drogues chez les jeunes de moins de 25 ans, ajoutant que leurs comportements sexuels à risque étaient davantage présents pendant les périodes où une augmentation simultanée de la consommation de méthamphétamine, de *poppers* ou de cocaïne a été notée.

Diverses hypothèses ont été émises pour expliquer le lien entre la consommation de drogues et les comportements sexuels à risque. Sans que cela soit propre aux HARSAH, il est possible que ce lien puisse s'expliquer, entre autres, par un trait de personnalité lié à la quête de sensations fortes chez les hommes qui consomment et qui prennent des risques sexuels (Kalichman et coll., 1996) ou par le fait que la consommation de drogues peut faciliter les comportements sexuels à risque, car elle diminue l'anxiété et la conscience de soi, en plus de rendre les relations sexuelles plus excitantes (Lewis et Ross, 1995 ; Ostrow, 1996 ; Ostrow, 2000 ; Stall et Purcell, 2000). D'autres auteurs expliquent ce lien par le contexte de socialisation gaie où les rencontres se font souvent dans des endroits où la consommation d'alcool ou de drogues est encouragée ou

relativement bien acceptée (Halkitis et Parsons, 2002 ; Stall et Purcell, 2000). Il semble alors plausible que tout changement dans le temps des habitudes de consommation de drogues dans le milieu gai, que ce soit en matière de types de drogues, de modes de consommation ou en lien avec d'autres transformations des espaces et des modes de vie gais, puisse aussi s'accompagner de changements dans les comportements sexuels à risque.

Estimation de la prévalence et de l'évolution de la consommation de diverses drogues dans la communauté gaie

Quelques auteurs apportent un éclairage sur le phénomène en soi de la consommation de drogues chez les HARSAH, que ce soit en termes de prévalence ou de changement dans le temps. Selon Crosby et ses collaborateurs (1998), entre 1984 et 1992 à San Francisco, la consommation de plusieurs drogues (marijuana, *poppers*, cocaïne, héroïne et amphétamine) a diminué significativement chez les HARSAH âgés de 25 à 29 ans. Cette diminution quant à la consommation des drogues en général avait été observée dans plusieurs cohortes suivies à cette époque et avait été, en fait, largement attribuée aux effets découlant des efforts de prévention pour contrer l'épidémie du sida (Remien et coll., 1995). Dans cette même étude, Crosby et ses collaborateurs ont toutefois remarqué une augmentation de la consommation d'ecstasy dans cette même période, peut-être en lien avec la popularité croissante d'événements sociaux dans la communauté gaie associée à la consommation des drogues récréatives (Clutterbuck et coll., 2001 ; Halkitis et Parsons, 2002 ; Mattison et coll., 2001). Plus récemment, Lampinen et ses collaborateurs (2003), dans leur étude auprès de jeunes HARSAH à Vancouver, ont rapporté une augmentation significative de la consommation de *crystal meth*, d'ecstasy et de marijuana entre 1997 et 2002. De plus, ils rapportent une augmentation, non significative toutefois, de la consommation

de *poppers*, de cocaïne, de crack, de *speed* et d'héroïne pour cette même période. La plupart des autres études effectuées auprès des HARSAH sont de type transversal et ne permettent pas de décrire l'évolution dans le temps de la consommation de différentes drogues.

Plusieurs études transversales sur la consommation de drogues chez les HARSAH ont été en mesure de donner un aperçu de l'importance de la consommation de certaines d'entre elles dans cette population. Par contre, l'hétérogénéité des méthodologies (stratégies de recrutement, devis, etc.), des populations (âge, nationalité, etc.), des instruments de mesure (consommation à vie, trois derniers mois, six derniers mois, douze derniers mois, etc.) et des périodes couvertes par ces études rendent plutôt difficile la tâche de bien circonscrire la prévalence de la consommation de drogues chez les HARSAH. Néanmoins, à partir de certains travaux réalisés dans les années 1990 et au début des années 2000, il est possible de conclure que les drogues les plus fréquemment consommées par les HARSAH dans ces périodes sont la marijuana (45 % au cours des six derniers mois ; 66 % à vie), les *poppers* (14 % à 36,6 % au cours des six derniers mois ; 21,5 % à 65,6 % à vie), le *speed* (10 % à 20 % au cours des six derniers mois ; 14,4 % à 41,7 % à vie), l'ecstasy (11,7 % à 47 % au cours des six derniers mois ; 26,5 % à 58 % à vie) et la cocaïne (15 % au cours des six derniers mois ; 20 % à 37,2 % à vie) (Clatts et coll., 2005 ; Clutterbuck et coll., 2001 ; Cochran et coll., 2004 ; Klitzman et coll., 2002 ; Koblin et coll., 2003 ; Operario et coll., 2005 ; Stall et coll., 2001 ; Thiede et coll., 2003 ; Woody et coll., 2001).

Il est à noter que les prévalences de la consommation de marijuana et de *speed* à vie et au cours des six derniers mois sont un peu plus importantes dans les échantillons dont la moyenne d'âge est moins élevée (Operario et coll., 2005 ; Thiede et coll., 2003) alors que la consommation de *poppers* semble plus prévalente dans les échantillons où les hommes

sont plus âgés (Clutterbuck et coll., 2001 ; Koblin et coll., 2003). Il semble aussi que l'on retrouve des proportions les plus fortes de consommation d'ecstasy dans les échantillons de jeunes HARSAH et dans les études les plus récentes (Clatts et coll., 2005 ; Operario et coll., 2005). Cela semble appuyer l'augmentation de la consommation d'ecstasy observée par Crosby et ses collaborateurs (1998) et Lampinen et ses associés (2003) durant la dernière décennie. Par ailleurs, contrairement aux autres drogues, la consommation de cocaïne semble plutôt stable d'un échantillon à l'autre, peu importe la moyenne d'âge ou la date de l'étude.

En général, les recherches sur la consommation de drogues chez les HARSAH semblent remarquer la présence de changements dans les patterns de consommation selon le temps ou les périodes, surtout chez les jeunes HARSAH. Toutefois, très peu d'études se sont vraiment penchées sur la question. Le lien entre l'évolution de la consommation de drogues et les comportements sexuels à risque n'ayant été explorés que par une seule étude (Colfax et coll., 2005), d'autres travaux sont nécessaires dans d'autres communautés pour appuyer ce lien entre les comportements sexuels et les changements dans la consommation de drogues chez les HARSAH.

Les objectifs de cet article sont donc de présenter l'évolution de la consommation de certains types de drogues (par ex. : marijuana, cocaïne, *poppers*, ecstasy, GHB, héroïne, *speed* et hallucinogènes) entre 1997 et 2003 chez des HARSAH séronégatifs de la grande région de Montréal. De plus, nous examinerons les différences dans la consommation de ces drogues au cours de cette même période, selon l'âge et l'adoption de comportements sexuels à risque, soit le fait d'avoir des relations anales non protégées avec des partenaires de statut sérologique inconnu ou séropositifs au VIH (partenaires sérodiscordants).

Méthodologie

La Cohorte Oméga est une étude longitudinale sur l'incidence et les déterminants du VIH chez les HARSAH de la grande région de Montréal. La méthodologie détaillée de cette étude a été décrite ailleurs (Dufour et coll., 2000). Le recrutement a débuté en octobre 1996 et s'est terminé en juillet 2003, pour un maximum de 14 temps d'observation (T0 à T13) réalisés auprès des premiers participants recrutés. Au total, 1 890 participants ont répondu au questionnaire d'entrée dans la cohorte (T0). Pour faire partie de l'étude, les hommes devaient avoir eu des relations sexuelles avec d'autres hommes durant la dernière année, être séronégatifs, être âgés de 16 ans et plus et habiter la grande région de Montréal. Les hommes séropositifs se présentant à Oméga étaient exclus de l'étude et référés aux services médicaux appropriés. Le recrutement incluait de multiples stratégies impliquant la collaboration étroite des organismes communautaires de la communauté gaie et des cliniques médicales, des campagnes de publicité bilingues dans les médias généraux et les médias gais, des contacts individuels dans les événements gais et la distribution d'affiches et de dépliants dans des endroits fréquentés par les gais. L'implication ciblée de certains organismes communautaires du milieu gai de Montréal a aussi permis une certaine représentation dans la cohorte des minorités ethniques, des jeunes prostitués et des utilisateurs de drogues par injection.

Les participants d'Oméga ont été rencontrés individuellement tous les six mois pendant toute la durée de l'étude. À chaque rencontre, ils participaient d'abord à une entrevue dirigée face-à-face (l'interviewer posait les questions et indiquait les réponses dans un questionnaire), puis les participants répondaient au questionnaire auto-administré. Les variables psychosociales étaient davantage abordées au moment de l'entrevue et les questions plus personnelles d'ordre comportemental, incluant les questions sur la consommation de drogues et les comportements

sexuels, se trouvaient dans le questionnaire auto-administré. À chaque rencontre, le participant était aussi soumis à une prise de sang permettant le test sérologique à la base du diagnostic de séropositivité au VIH.

Pour chaque temps d'observation à partir du T1, les participants ont dû rapporter la fréquence de consommation de chacune des drogues suivantes : marijuana, *poppers*, cocaïne, ecstasy, *speed*, hallucinogènes, héroïne et GHB au cours des six derniers mois, et ce, indépendamment du fait que la consommation ait eu lieu ou non dans le contexte de relations sexuelles. Aux fins des présentes analyses, le fait d'avoir consommé au moins une fois le type de drogue énoncé est la mesure retenue. La variable âge est traitée en deux catégories, les moins de 30 ans et les 30 ans et plus. Les relations anales à risque se définissent comme «avoir eu une relation anale non protégée avec un partenaire séropositif au VIH (sérodiscordant) ou de statut sérologique inconnu au moins une fois dans les six derniers mois».

Les données de tous les temps d'observation disponibles pour les 1 587 participants ayant répondu au moins lors de la première visite de suivi (T1) à la Cohorte Oméga sont à la base des analyses. La description de cet échantillon est présentée au tableau 1. Dans l'ensemble, la moyenne d'âge des participants est de 32,7 ans (écart-type : 9,98 ans), plus de la moitié des participants étant âgés de 30 ans ou plus (65,8 %). Le tiers des participants sont nés dans la région de Montréal (33,3 %) et le français est la langue maternelle pour la majorité (81,8 %). Pour la plupart, les participants s'identifient comme étant gais ou homosexuels (65,8 %). Près de 70 % indiquent détenir au moins un diplôme d'études secondaires et un peu moins de la moitié (48,6 %) déclarent un revenu annuel brut de moins de 20 000 \$. En général, la majorité des participants disent avoir déjà passé un test sérologique pour le VIH avant leur entrée dans la cohorte (81,2 %), et 36,4 % ont déjà eu un diagnostic de maladie transmissible sexuellement au moins une fois dans leur

vie. Plus de la moitié des HARSAH de cet échantillon déclarent avoir eu moins de six partenaires sexuels réguliers (56,7%) et moins de 50 partenaires occasionnels (61,9%) à vie. D'autre part, près de 55% rapportent avoir eu au moins une partenaire sexuelle féminine dans leur vie et moins du tiers disent avoir déjà participé à des activités de prostitution, soit avoir eu des relations sexuelles en échange de drogues ou d'argent par le passé. Au cours des six mois qui ont précédé l'étude, 70,9% des participants indiquent avoir eu des relations anales avec leurs partenaires réguliers et 52,0%, avec leurs partenaires occasionnels.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants (n=1587)

	N	(%)
Caractéristiques sociodémographiques		
Âge :		
< 30 ans	540	(32,2)
≥ 30 ans	1 038	(65,8)
Scolarité :		
≤ Diplôme études secondaires	465	(29,6)
> Diplôme études secondaires	1 106	(70,4)
Revenu annuel :		
< 20 000 \$	744	(48,6)
≥ 20 000 \$	787	(51,4)
Lieu de naissance :		
Montréal	522	(33,3)
Ailleurs au Québec	692	(44,1)
Autres	354	(22,6)
Identité socio-sexuelle :		
Gaie ou homosexuelle	1 038	(65,8)
Autres	540	(34,2)
Test sérologique VIH dans le passé (au moins une fois) :		
Non	297	(18,7)
Oui	1 286	(81,2)

Maladie transmissible sexuellement dans le passé :		
Non	952	(63,6)
Oui	545	(36,4)

	N	(%)
--	---	-----

Caractéristiques comportementales

Nombre de partenaires sexuels réguliers à vie :		
< 6	896	(56,7)
≥ 6	684	(43,3)

Nombre de partenaires sexuels occasionnels à vie :		
< 50	979	(61,9)
≥ 50	602	(38,1)

Partenaires sexuelles féminines à vie (au moins une) :		
Non	716	(45,5)
Oui	859	(54,5)

Activités de prostitution à vie (au moins une fois) :		
Non	1 255	(79,6)
Oui	321	(20,4)

Relations anales avec partenaires réguliers dans les 6 derniers mois (au moins une fois) :		
Non	320	(29,1)
Oui	780	(70,9)

Relations anales avec partenaires occasionnels dans les 6 derniers mois (au moins une fois) :		
Non	576	(48,0)
Oui	624	(52,0)

Consommation de drogues à vie (au moins une fois) :		
Non	473	(30,4)
Oui	1 083	(69,6)

Injection de drogues à vie (au moins une fois) :		
Non	1 447	(92,9)
Oui	110	(7,1)

(Suite du tableau 1)

Puisque le recrutement des sujets dans la cohorte se faisait de façon continue tout au long de l'étude et considérant la mortalité expérimentale d'un temps à l'autre (environ 12 %), les sujets inclus dans les analyses de tendance par période de calendrier ne sont pas nécessairement les mêmes pour toutes les périodes de suivi. Les périodes de calendrier, basées sur le calendrier romain, ont été divisées en douze périodes de six mois à partir d'avril 1997 jusqu'à juillet 2003. La méthode d'équations d'estimation généralisées a été utilisée dans l'analyse de tendance parce qu'elle prend en considération les corrélations entre les mesures répétées pour le même individu (Zeger et Liang, 1986). Un modèle de régression logistique utilisant une estimation par équations généralisées a été généré pour chaque type de drogues. Dans chaque modèle, on retrouvait les variables suivantes : les périodes calendrier utilisées comme une variable continue, l'âge et l'adoption de comportements sexuels à risque. Les analyses de tendance ont été effectuées avec le logiciel SAS version 8.2 (SAS, Cary, NC).

Résultats

Dans cet échantillon, près de 70 % (69,6 %) des HARSAH interrogés déclarent avoir déjà consommé des drogues au moins une fois dans leur vie et 7,1 % rapportent avoir fait l'expérience de drogues par injection (Tableau 1). De 1997 à 2003, la marijuana, les *poppers* et la cocaïne ont été les drogues consommées par une plus forte proportion de participants d'une période de six mois à l'autre. Ainsi, plus du tiers des HARSAH interrogés rapportent avoir consommé de la marijuana pendant cette période. Malgré une légère augmentation de la prévalence de la consommation de marijuana entre 1997 et 2003 (36,5 % à 40,8 %) dans notre échantillon, celle-ci ne s'avère pas significative (RC=1,02 ; IC95 % = 1,00-1,04) (Tableau 2).

Tableau 2 : Évolution dans le temps de la prévalence de la consommation de drogues chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, 1997-2003, selon l'âge et selon le fait d'avoir eu des relations anales à risque

(mois/année)	04-97 10-97	10-97 04-98	04-98 10-98	10-98 04-99	04-99 10-99	10-99 04-00	04-00 10-00	10-00 04-01	04-01 10-01	10-01 04-02	04-02 10-02	10-02 07-03	p	
Marijuana :														
	Total	36,5	33,1	36,5	38,3	34,1	39,6	38,8	41,9	34,4	40,8	37,1	40,8	ns
	RAP	35,9	31,5	34,8	37,1	33,2	37,5	34,5	39,1	32,9	37,2	35,5	37,3	0,003
	RAR	49,1	38,8	47,9	45,2	43,1	47,8	52,4	54,7	41,7	55,6	44,8	44,8	
	< 30 ans	46,1	41,0	47,5	46,9	40,7	48,7	51,3	55,8	42,5	49,6	48,3	48,3	0,0001
≥ 30 ans	32,0	27,5	28,8	32,3	29,4	32,8	30,4	33,2	29,1	35,2	29,5	34,6		
Poppers :														
	Total	17,8	19,5	19,8	20,0	17,6	17,8	18,7	17,1	13,0	11,9	12,9	10,3	ns
	RAP	16,2	16,7	16,8	19,2	15,4	16,5	17,1	15,1	11,1	10,3	9,6	7,7	0,0001
	RAR	30,2	29,4	33,3	26,1	33,8	28,4	28,6	28,3	23,3	18,5	22,4	22,4	
	< 30 ans	12,2	19,3	16,3	20,4	16,7	17,1	16,7	15,1	10,8	10,8	10,5	10,0	ns
≥ 30 ans	20,5	19,7	22,2	19,7	18,3	18,4	20,1	18,0	14,5	12,5	14,5	10,5		
Cocaïne :														
	Total	9,7	9,8	8,4	10,7	10,5	14,7	11,8	14,7	15,7	12,5	15,4	15,4	0,001
	RAP	9,2	8,8	7,7	9,6	10,2	12,7	10,0	13,6	15,7	11,2	12,7	14,8	0,02
	RAR	15,1	14,1	12,5	15,7	12,2	22,4	15,9	20,8	15,0	16,7	19,0	19,0	
	< 30 ans	11,3	10,0	8,8	11,6	11,8	18,1	16,0	17,8	20,0	14,4	22,8	17,5	0,003
≥ 30 ans	9,0	9,6	8,2	10,1	9,7	12,1	8,9	12,7	12,8	11,4	10,2	13,7		
Ecstasy :														
	Total	7,5	7,0	7,8	9,2	7,1	9,4	12,3	13,5	12,0	14,6	12,5	11,8	0,001
	RAP	6,3	7,0	6,9	8,5	6,3	8,9	11,4	14,0	12,5	13,9	12,2	7,7	0,02
	RAR	15,1	9,4	13,5	13,0	10,8	14,9	15,9	5,7	11,7	20,4	12,1	27,6	
	< 30 ans	12,2	11,3	13,7	16,3	12,3	15,0	24,7	25,6	22,5	21,6	19,3	16,7	0,0001
≥ 30 ans	5,3	4,1	3,7	4,2	3,5	5,1	4,0	5,9	5,0	10,2	7,8	7,8		

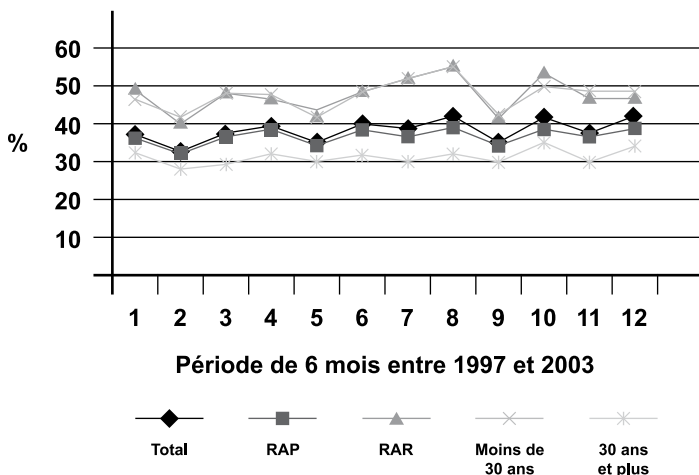
(mois/année)		04-97	10-97	04-98	10-98	04-99	10-99	04-00	10-00	04-01	10-01	04-02	10-02	<i>p</i>
		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
Hallucinogène :	Total	2,8	5,5	4,5	8,3	5,7	6,9	7,5	6,3	9,4	8,0	7,5	7,4	
	RAP	2,1	4,3	4,6	7,3	5,8	7,4	6,8	5,8	9,3	6,7	6,6	3,3	
	RAR	5,7	11,8	6,3	14,7	8,1	6,0	11,1	7,5	10,0	13,0	10,3	19,0	
	< 30 ans	6,7	10,0	8,0	13,3	10,3	11,9	14,7	11,6	15,8	10,8	11,4	9,2	
	≥ 30 ans	0,8	2,3	2,1	4,9	2,4	3,1	2,7	2,9	5,0	6,3	4,8	7,8	
Speed :	Total	1,4	4,5	3,4	2,8	4,5	6,2	8,8	9,3	8,7	9,8	8,6	8,8	0,0001
	RAP	1,4	4,3	2,6	2,4	4,2	5,9	9,3	10,1	8,3	8,1	8,1	6,2	0,02
	RAR	1,9	7,1	8,3	6,1	6,8	9,0	6,3	3,8	11,7	18,5	12,1	20,7	
	< 30 ans	2,6	8,4	6,1	5,4	9,3	11,9	19,3	21,7	18,3	18,0	15,8	15,8	0,0001
	≥ 30 ans	0,8	1,7	1,6	0,9	1,0	2,0	1,8	1,5	2,2	4,5	3,6	3,3	
Héroïne :	Total	0,0	0,3	1,7	1,1	1,4	2,0	1,1	1,5	1,3	1,0	1,8	0,7	ns
	RAP	0,0	0,2	2,0	0,9	1,8	1,5	0,7	1,2	0,9	0,0	2,0	0,5	ns
	RAR	0,0	1,2	1,0	2,6	0,0	3,0	0,0	1,9	1,7	5,6	0,0	1,7	
	< 30 ans	0,0	0,4	2,7	0,7	1,5	2,6	2,0	2,3	2,5	2,7	2,6	0,8	ns
	≥ 30 ans	0,0	0,3	1,1	1,4	1,4	1,6	0,4	1,0	0,6	0,0	1,2	0,6	
GHB :	Total	0,0	0,2	2,0	0,0	0,8	0,7	1,3	1,8	4,0	4,9	2,9	3,7	0,0001
	RAP	0,0	0,2	1,4	0,0	0,5	0,9	0,7	2,3	4,2	4,0	2,5	1,9	0,005
	RAR	0,0	0,0	5,2	0,0	2,7	0,0	3,2	0,0	3,3	11,1	5,2	10,3	
	< 30 ans	0,0	0,4	4,6	0,0	2,0	1,0	2,7	3,1	9,2	9,0	2,6	6,7	0,0001
	≥ 30 ans	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,4	0,4	1,0	0,6	2,3	3,0	1,3	

RAP : parmi ceux qui ont eu des relations anales protégées ou aucune relation anale durant la période

RAR : parmi ceux qui ont eu des relations anales à risque durant la période

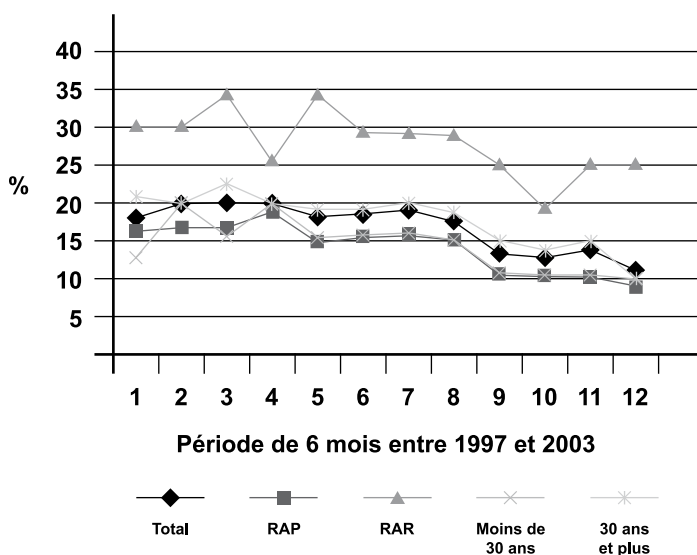
La figure 1 illustre toutefois les différences dans la consommation de marijuana selon l'âge et selon l'adoption de relations anales à risque chez les HARSAH. En effet, il semble qu'en contrôlant pour la période de calendrier, les hommes âgés de moins de 30 ans aient été plus enclins à consommer de la marijuana que les hommes de 30 ans ou plus (RC=1,79; IC95%=1,51-2,13). Par ailleurs, les résultats suggèrent que, pendant la période de 1997 à 2003, les hommes qui ont eu des relations anales à risque étaient plus enclins à consommer de la marijuana que ceux qui n'ont pas eu des relations anales à risque (RC=1,23; IC95%=1,07-1,42).

Figure 1 : Évolution dans le temps de la consommation de marijuana selon l'âge et selon les relations anales à risque (RAR)



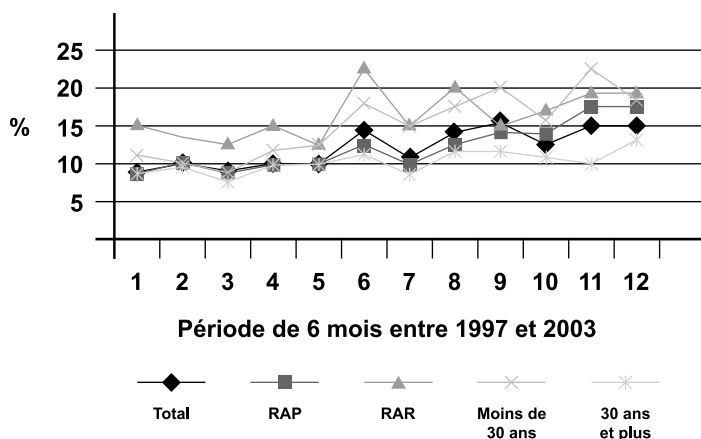
De façon générale, la prévalence de la consommation de *poppers* chez les HARSAH a légèrement diminué pendant la période si situant entre 1997 et 2003, mais de façon non significative ($RC=0,98$; $IC95\% = 0,96-1,01$), passant de 17,8 % en 1997 à 10,3 % en 2003 (Tableau 2). Néanmoins, la figure 2 montre qu'en contrôlant pour la période de calendrier, les HARSAH ayant eu des relations anales à risque étaient plus enclins que les autres à consommer des *poppers* ($RC=1,56$; $IC95\% = 1,30-1,87$). Cependant, la consommation de *poppers* ne semble pas avoir varié selon l'âge.

Figure 2 : Évolution dans le temps de la consommation de *poppers* selon l'âge et selon les relations anales à risque (RAR)



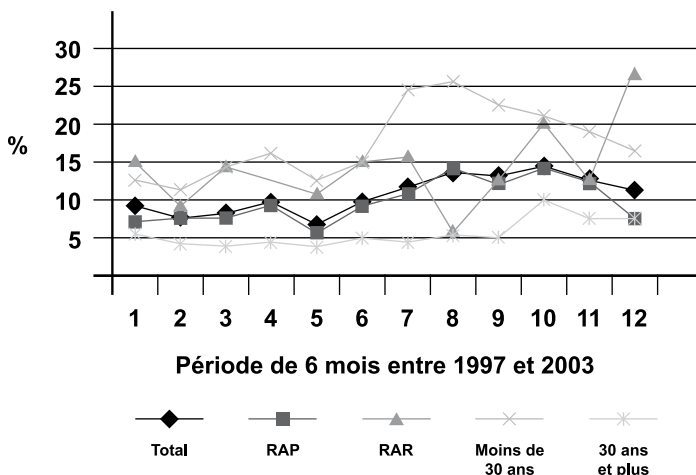
Entre 1997 et 2003, la prévalence de la consommation de cocaïne chez les HARSAH est passée de 9,7 % à 15,4 %, une hausse considérée comme significative ($RC=1,06$; $IC95\% = 1,02-1,09$) (Tableau 2). De plus, les résultats indiquent que la consommation de cocaïne varie en fonction de l'âge et de l'adoption de relations anales à risque (Figure 3). En effet, en contrôlant pour la période calendrier, il semble que les hommes âgés de moins de 30 ans ($RC=1,40$; $IC95\% = 1,12-1,76$) et les HARSAH ayant eu des relations anales à risque ($RC=1,28$; $IC95\% = 1,04-1,58$) étaient plus enclins que leurs homologues à consommer de la cocaïne entre 1997 et 2003.

Figure 3 : Évolution dans le temps de la consommation de cocaïne selon l'âge et selon les relations anales à risque (RAR)



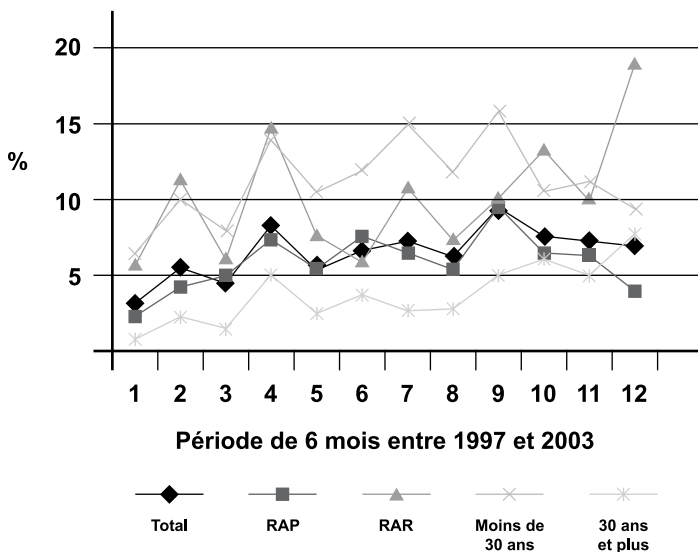
La période entre 1997 et 2003 est aussi caractérisée par une augmentation significative de la prévalence de la consommation d'ecstasy chez les HARSAH ($RC=1,07$; $IC95\%=1,03-1,11$), celle-ci étant passée de 7,5 % à 11,8 % (Tableau 2). Tout comme c'est le cas pour la cocaïne et la marijuana, les résultats montrent que les hommes ayant eu des relations anales à risque étaient plus enclins à avoir consommé de l'ecstasy ($RC=1,27$; $IC95\%=1,04-1,55$). De plus, ceux âgés de moins de 30 ans étaient trois fois plus enclins à consommer de l'ecstasy que les autres pendant cette même période ($RC=3,11$; $IC95\%=2,29-4,21$) (Figure 4).

Figure 4 : Évolution dans le temps de la consommation d'ecstasy selon l'âge et selon les relations anales à risque (RAR)



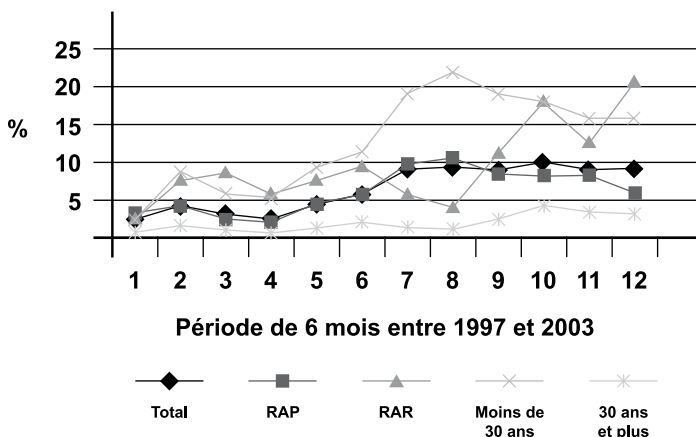
En ce qui concerne la prévalence de la consommation de drogues hallucinogènes, elle s'est aussi accrue de façon significative entre 1997 et 2003 (RC=1,05 ; IC95 % = 1,01-1,10), passant de 2,8 % à 7,4 % (Tableau 2). Dans l'ensemble, la figure 5 illustre bien comment la consommation de drogues hallucinogènes varie selon l'âge et l'adoption de comportements sexuels à risque. Les hommes ayant eu des relations anales à risque (RC=1,54 ; IC95 % = 1,15-2,05) et les plus jeunes (<30 ans) (RC=3,35 ; IC95 % = 2,37-4,72) étaient plus enclins à consommer des hallucinogènes durant la période entre 1997 et 2003.

Figure 5 : Évolution dans le temps de la consommation d'hallucinogène selon l'âge et selon les relations anales à risque (RAR)



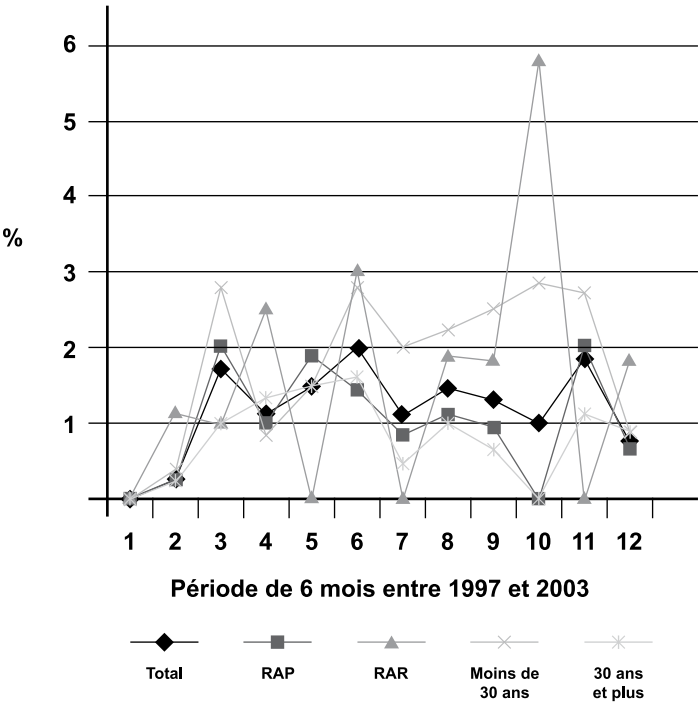
Les résultats présentés au tableau 2 (voir pages 176-177) suggèrent que la prévalence de la consommation de *speed* a significativement augmenté durant la période entre 1997 et 2003, passant de 1,4% en 1997 à 8,8% en 2003 (RC=1,12; IC95 % = 1,07-1,18). Aussi, les résultats présentés à la figure 6 indiquent que les HARSAH plus jeunes (<30 ans) ont une probabilité environ six fois plus forte d'avoir consommé du *speed* dans la période entre 1997 et 2003 (RC=6,38; IC95 % = 4,18-9,73). Par ailleurs, ceux qui ont pris de risques sexuels étaient aussi plus enclins à consommer du *speed* pendant cette même période (RC=1,40; IC95 % = 1,01-1,85).

Figure 6 : Évolution dans le temps de la consommation de *speed* selon l'âge et selon les relations anales à risque (RAR)



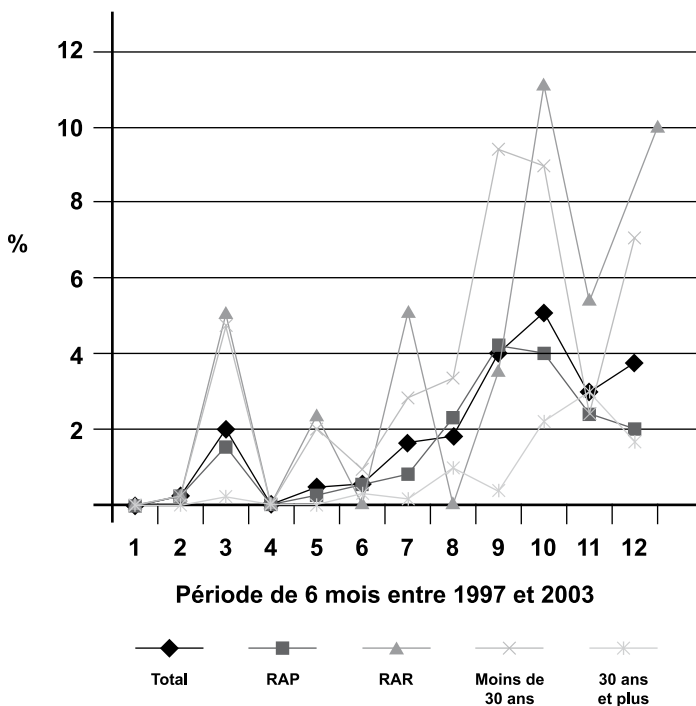
La consommation d'héroïne est demeurée plutôt stable entre 1997 et 2003 (RC=1,05 ; IC95%=0,97-1,13), avec une prévalence faible variant autour de 1 % (Tableau 2, voir pages 176-177). De plus, comme l'illustre la figure 7, la consommation d'héroïne ne semble pas avoir varié selon l'âge ou les pratiques sexuelles à risque des HARSAH participants.

Figure 7 : Évolution dans le temps de la consommation d'héroïne selon l'âge et selon les relations anales à risque (RAR)



Enfin, la période entre 1997 et 2003 est aussi caractérisée par une augmentation significative de la prévalence de la consommation de GHB, celle-ci étant passée de 0% en 1997 à 3,7% en 2003 chez les HARSAH (RC=1,26; IC95 % = 1,17-1,36) (Tableau 2). Comme c'est le cas pour plusieurs autres drogues, les résultats suggèrent que la consommation de GHB varie selon l'âge des participants et leurs comportements sexuels à risque, les hommes plus jeunes (RC=5,25; IC95 % = 2,50-10,99) et ceux qui adoptent des comportements sexuels à risque (RC=2,03; IC95 % = 1,24-3,31) semblent plus enclins à avoir consommé du GHB durant la période entre 1997 et 2003 (Figure 8).

Figure 8 : Évolution dans le temps de la consommation de GHB selon l'âge et selon les relations anales à risque (RAR)



Discussion

De nature essentiellement descriptive, cette étude illustre l'évolution de la consommation de certaines drogues entre 1997 et 2003 chez des hommes gais et bisexuels séronégatifs de la grande région montréalaise. L'étude a aussi tenu compte de l'âge et a exploré la co-occurrence des comportements de consommation avec les relations anales non protégées avec tout partenaire de statut sérologique inconnu ou séropositif, comportement sexuel reconnu à risque pour le VIH.

Rappelons ici que les résultats présentés ne donnent qu'un portrait limité du phénomène de consommation de drogues chez les HARSAH montréalais compte tenu, entre autres, de la façon dont la prévalence de la consommation de chacune des drogues a été mesurée, soit le fait d'avoir consommé au moins une fois durant les six derniers mois tel ou tel type de drogues. Ce type de mesure ne permet pas de qualifier l'ampleur de la consommation et d'en évaluer l'éventuel impact sur la santé en général et encore moins, relativement à la santé sexuelle. Sur ce dernier point, il aurait été souhaitable de mesurer plutôt la proportion de relations sexuelles à risque vécues au cours des six derniers mois alors que le participant était sous l'influence de drogues. Cette façon de faire aurait permis de discuter de l'impact plus spécifique de l'une ou l'autre des drogues étudiées sur la prise de risques sexuels, compte tenu de sa nature et de ses effets, notamment sur le système nerveux central et par ricochet, sur le contexte sexuel. Néanmoins, malgré ces limites et si l'on tient compte de la rareté des études longitudinales sur la consommation de drogues chez les HARSAH, notamment selon l'âge et selon le risque au VIH, les résultats de la présente étude sont porteurs de pistes pour la prévention et la promotion de la santé auprès des HARSAH.

La consommation de drogues semble relativement fréquente chez les HARSAH puisque près de 70 % des participants d'Oméga déclarent avoir vécu cette expérience au moins une fois par le passé.

Cette prévalence est nettement plus élevée que celle récemment rapportée dans l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) (Adlaf et coll., 2005) où l'on indique qu'en 2004, 45 % de tous les Canadiens et Canadiennes interrogés rapportaient avoir déjà consommé des drogues. Cet écart se manifeste d'ailleurs pour l'ensemble des prévalences observées, drogue par drogue, dans Oméga. Tel que présenté à titre indicatif au tableau 3, puisque les intervalles de temps considérés dans les deux études sont différents, les prévalences de consommation de chaque drogue seraient de deux à dix fois plus élevées chez les hommes ayant participé à Oméga comparativement à celles observées chez les hommes ayant répondu à l'ETC (Adlaf et coll., 2005).

Tableau 3 : Prévalence de la consommation de certaines drogues. Mise en parallèle des données d'Oméga avec celles de l'Ontario Men's Survey¹ et de l'ETC²

	OMÉGA	Ontario Men's Survey ¹	ETC ²
	HARSAH Montréal	HARSAH Toronto	HOMMES Canada
	Variations par intervalle de 6 mois (1997-2003)	Dans les 12 derniers mois (2002)	Dans les 12 derniers Mois (2004)
Consommation de cannabis	33,1 % à 41,9 %	46,2 %	18,2 %
Consommation de cocaïne	8,4 % à 15,6 %	20,6 %	2,7 %
Consommation d'ecstasy	7,0 % à 15,6 %	22,9 %	1,5 %
Consommation de LSD et hallucinogènes	2,8 % à 9,4 %	3,4 %	1,0
Consommation de <i>speed</i>	1,4 % à 9,8 %	6,1 %	1,0
Consommation de <i>poppers</i>	10,3 % à 20,0 %	23,1 %	ND
Consommation de d'héroïne	0,0 % à 2,0 %	0,8 %	ND
Consommation de GHB	0,0 % à 4,9 %	6,6 %	ND

¹ Myers et coll., 2004

ND = Donnée non disponible

² Adlaf et coll., 2005

En revanche, rien ne laisse croire que ce phénomène soit unique à la communauté gaie montréalaise. En effet, les données recueillies en 2002 à Toronto auprès d'un échantillon de près de 2 500 HARSAH indiquent des prévalences à peu près du même ordre, si l'on considère que la consommation de chacune des drogues a été prise sur un intervalle de temps de douze mois dans cette étude plutôt que de six mois comme dans Oméga (Myers et coll., 2004). D'autre part, un regard sur les prévalences obtenues dans les travaux recensés (Koblin et al., 2003 ; Operario et coll., 2005 ; Stall et coll., 2001 ; Thiede et coll., 2003 ; Woody et coll., 2001) permet de situer nos résultats à peu près dans les mêmes intervalles, les distinctions mineures observées pouvant s'expliquer par des différences en termes de caractéristiques des échantillons ou de mesures. Dans l'ensemble, la présente étude confirme aussi la préférence actuelle des HARSAH pour la consommation de marijuana, de *poppers*, de cocaïne et d'ecstasy, suivie de près par la consommation d'hallucinogènes telle que documentée dans d'autres travaux (Halkitis et Parsons, 2002 ; Hirshfield et coll., 2004 ; Koblin et coll., 2003 ; Woody et coll., 2001), notamment auprès des HARSAH torontois de l'Ontario Men's Survey (Myers et coll., 2004).

La plus forte prévalence de consommation de drogues dans les populations d'hommes gais comparativement à celle observée chez les hommes hétérosexuels semble un phénomène largement documenté. En revanche, les facteurs explicatifs de cet état de fait ont été peu explorés et mériteraient davantage d'attention compte tenu des effets néfastes sur la santé physique et sociale des hommes qui en font un usage régulier. Stall et ses collaborateurs (2001) mettent en relief la complexité de ce comportement qui, dans leur étude, s'explique à la fois par des caractéristiques sociodémographiques, des circonstances de vie difficiles par le passé, un état de santé psychologique actuel marqué par la détresse et la dépression, un plus grand nombre de partenaires sexuels, une fréquentation plus importante des bars

gais et un réseau composé plus fortement de personnes vivant avec le VIH. D'autres travaux tant qualitatifs que quantitatifs sont nécessaires de manière à mettre en relief les facteurs de tous ordres impliqués dans l'adoption et le maintien de cette habitude, particulièrement chez les jeunes HARSAH. En effet, selon les résultats de la présente étude, entre 1997 et 2003, la prévalence de la consommation de drogues telles le GHB, le *speed*, les hallucinogènes et l'ecstasy était trois à six fois plus élevée chez les HARSAH de moins de 30 ans comparativement à ceux de 30 ans et plus, en plus d'être près de deux fois plus importante pour la marijuana et la cocaïne. Bien que les études récentes recensées s'étant penchées sur la variation de la consommation de drogues selon l'âge chez les HARSAH sont peu nombreuses, la prévalence de la consommation de ces mêmes drogues avait tendance à être plus élevée dans les échantillons où la moyenne d'âge des HARSAH était plus jeune (Clatts et coll., 2005 ; Operario et coll., 2005 ; Thiede et coll., 2003). Rappelons que l'ETC réalisée dans la population canadienne en général soutient des prévalences plus élevées chez les plus jeunes sur la plupart des drogues considérées (Adlaf et coll., 2005).

Puisque peu d'études se sont attardées à décrire l'évolution de la consommation de drogues chez les HARSAH entre 1997 et 2003, il est difficile de comparer les résultats de notre étude avec ceux des études recensées. Néanmoins, les résultats de la présente étude semblent confirmer l'augmentation de la consommation d'ecstasy chez les HARSAH telle que rapportée par plusieurs auteurs (Colfax et coll., 2005 ; Crosby et coll., 1998 ; Lampinen et coll., 2003). Une augmentation de la prévalence de la consommation de cocaïne durant la période entre 1997 et 2003 a aussi été remarquée, ce qui concorde avec les résultats de Colfax et de ses collaborateurs (2005). Toutefois, contrairement à Lampinen et ses associés (2003), aucune augmentation significative de la prévalence de la

consommation de marijuana n'a été observée dans Oméga, alors que l'augmentation significative des prévalences de la consommation de cocaïne et de *speed*, en particulier, a été constatée. Les résultats de notre étude sont aussi différents de ceux de l'étude de Lampinen et coll. (2003), puisque aucune augmentation de la consommation de *poppers* chez les HARSAH d'Oméga n'est tangible : au contraire, une tendance à la baisse semble plutôt se manifester. Par ailleurs, nos résultats montrent que la consommation d'héroïne est demeurée faible et plutôt stable dans la cohorte Oméga, alors qu'elle avait légèrement augmenté dans l'étude de Lampinen et ses collaborateurs (2003). Selon Crosby et ses collaborateurs, la consommation d'hallucinogènes chez les HARSAH s'était stabilisée entre 1988 et 1992. Or, nos résultats suggèrent que celle-ci a repris de la vigueur entre 1997 et 2003. De plus, nos résultats montrent une hausse significative de la consommation de GHB chez les HARSAH montréalais durant la période de 1997 et 2003, ce qu'aucune autre étude n'avait encore démontré. Outre des disparités méthodologiques évidentes pouvant expliquer les variations observées sur l'évolution de ces prévalences d'un échantillon de HARSAH à l'autre, notamment avec les résultats de l'étude de Lampinen et de ses collaborateurs (2003) réalisée à Vancouver, il est aussi probable que ces disparités soient le reflet de variations socioculturelles entre les diverses communautés gaies interrogées et de variations régionales inhérentes au marché de la drogue lui-même. Par ailleurs, les tendances à la hausse observées dans Oméga concernant la consommation de cocaïne, de *speed* et d'hallucinogènes et la relative stabilité de la consommation d'héroïne concordent avec les patterns qui sont rapportés entre 1994 et 2004 dans l'enquête canadienne (ETC) (Adlaf et coll., 2005). L'augmentation de la prévalence de la consommation de drogues est donc un phénomène social qui semble dépasser largement le contexte gai.

Enfin, bien que cette étude ne nous permette pas d'expliquer directement l'augmentation des comportements sexuels à risque chez les HARSAH par l'évolution de la consommation de drogues chez ces hommes, elle montre tout de même la co-occurrence de ces conduites dans le temps et une association importante et significative entre l'adoption de comportements sexuels à risque et la consommation de certaines drogues (marijuana, *poppers*, cocaïne, ecstasy, hallucinogènes, *speed* et GHB). En effet, durant la période de 1997 à 2003, la consommation de ces drogues était jusqu'à deux fois plus importante, entre autres, pour le GHB, chez les hommes ayant rapporté des relations anales à risque. Ces résultats supportent les résultats des études transversales qui ont observé une association entre la consommation de ces drogues (*poppers*, marijuana, cocaïne, amphétamines, méthamphétamines, et hallucinogènes) et les relations anales non protégées chez les HARSAH (Clatts et coll., 2005 ; Clutterbuck et coll., 2001 ; Colfax et coll., 2005 ; Dolezal et coll., 2000 ; Halkitis et Parsons, 2002 ; Hirshfield et coll., 2004 ; Klitzman et coll., 2002 ; Koblin et coll., 2003 ; Lampinen et coll., 2003 ; Mattison et coll., 2001 ; Molitor et coll., 1998 ; Ross et coll., 2002 ; Schilder et coll., 2005 ; Strathdee et coll., 1998). De plus, ils renforcent les constats émis dans les deux seules études recensées montrant une association persistante à travers le temps entre la consommation de cocaïne, de marijuana, d'ecstasy et de *poppers* et le risque sexuel chez les HARSAH (Colfax et coll., 2005 ; Lampinen et coll., 2003).

En conclusion, cette étude démontre qu'à l'instar de ce qui a été observé dans la population générale quant à l'augmentation de la consommation de diverses drogues, notamment des drogues dites récréatives (Adlaf et coll., 2005), la communauté gaie est largement affectée par ce phénomène social, mais d'une manière beaucoup plus marquante, particulièrement parmi les plus jeunes. D'autre part, l'évolution de la consommation de certaines drogues en lien avec l'adoption concordante de

comportements sexuels à risque chez les HARSAH met en relief l'urgence de comprendre les spécificités de ce phénomène dans la communauté gaie, compte tenu de la menace que ceci représente sur l'image actuelle de l'épidémie du VIH dans cette communauté, dans un contexte de banalisation du VIH et de résurgence d'infections transmises sexuellement telles que la syphilis et le lymphogranulome vénérien (Jayaraman et coll., 2003 ; Kropp et Wong, 2005). En termes de recherche, une meilleure compréhension des significations distinctes de la consommation de drogues dans le contexte sexuel et des impacts de ces dernières sur la prise de risques sexuels ainsi que l'exploration des liens entre sexualité, risques et drogues, tout en tenant compte de la diversification actuelle des espaces sociosexuels et des événements socioculturels gais sont nécessaires. Ces actions sont essentielles si l'on veut mieux contrer les effets néfastes de la consommation de drogues sur les diverses sphères de vie des HARSAH, sur leur santé en général et plus spécifiquement sur leur santé sexuelle et leur vulnérabilité au VIH. Outre les efforts visant spécifiquement la prévention et le traitement de la consommation abusive de drogues chez les HARSAH, avec tous les défis que cela pose (Stall et Purcell, 2000), les stratégies de prévention du VIH doivent tenir compte du rôle grandissant de la consommation de drogues sur le relâchement des pratiques sécuritaires, que ce soit dans le contexte d'interventions individuelles ou communautaires, notamment dans les espaces sociosexuels où ces drogues sont consommées. Ces interventions doivent, de plus, être ciblées selon l'âge certes, mais aussi selon le profil de consommation (types de drogues consommées et voies d'administration).

Références

- Adlaf, E.M., Begin, P. et Sawka, E. (Eds.). (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Agence de santé publique du Canada. (2005). *Le VIH et le sida au Canada*. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2005. Gouvernement du Canada.
- Boily, M. C., Godin, G., Hogben, M., Sherr, L. et Bastos. (2005). «The impact of the transmission dynamics of the HIV/AIDS epidemic on sexual behavior: a new hypothesis to explain recent increases in risk taking-behaviour among men who have sex with men». *Medical Hypothesis*. 65 (2), p. 215-226.
- Ciesielski, C. A. (2003). «Sexually transmitted diseases in men who have sex with men: an epidemiologic review». *Current Infectious Diseases Reports*. 5 (2), p. 145-152.
- Clatts, M. C., Goldsamt, L. A. et Yi, H. (2005). «Drug and sexual risk in four men who have sex with men populations: evidence for a sustained HIV epidemic in New York city». *Journal of Urban Health*. 82 (1 suppl. 1), p. i9-i17.
- Clutterbuck, D. J., Gorman, D., McMillan, A., Lewis, R. et Macintyre, C. C. A. (2001). «Substance use and unsafe sex amongst homosexual men in Edinburgh». *AIDS Care*. 13 (4), p. 527-535.
- Cochran, S. D., Ackerman, D., Mays, V. M. et Ross, M. W. (2004). «Prevalence of non-medical drug use and dependence among homosexually active men and women in the US population». *Addiction*. 99 (8), p. 989-998.

- Colfax, G. N., Coates, T. J., Husnik, M. L., Huang, Y., Buchbinder, S., Koblin, B., Chesney, M., Vittinghoff, E. et the EXPLORE study team. (2005). «Longitudinal patterns of methamphetamine, popper (Amyl Nitrite), and cocaine use and high-risk sexual behaviour among a cohort of San Francisco men who have sex with men». *Journal of Urban Health*. 82 (1 suppl 1), p. i62-i70.
- Crosby, G. M., Stall, R. D., Paul, J. P. et Barrett, D. C. (1998). «Alcohol and drug use patterns have declined between generations of younger gay-bisexual men in San Francisco». *Drug and Alcohol Dependence*. 52, p. 177-182.
- Dodds, J. P., Mercey, D. E., Parry, J. V., et coll. (2003). «Prevalence of HIV and recent trends in sexual behaviour among a community sample of men who have sex with men in London». 15^e congrès du International Society of sexually Transmitted Diseases Research. Ottawa, Ontario, Canada.
- Dodds, J. P., Mercey, D. E., Parry, J. V., et coll. (2004). «Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men». *Sexually Transmitted Infections*. 80, p. 236-240.
- Dolezal, C., Carballo-Diéguez, A., Nieves-Rosa, L. et Diaz, F. (2000). «Substance use and sexual risk behavior: understanding their association among four ethnic groups of latino men who have sex with men». *Journal of Substance Abuse*. 11 (4), p. 323-336.
- Dufour, A., Alary, M., Otis, J., et coll. (2000). «Risk behaviours and HIV infection among men having sexual relations with men: baseline characteristics of participants in the Omega Cohort Study, Montreal, Quebec, Canada». *Canadian Journal of Public Health*. 91, p. 345-349.
- George, C., Alary, M., Otis, J., Demers, E., Mâsse, B., Lavoie, R., Remis, R. S., Turmel, B., Vincelette, J., Parent, R. et the Omega study group : Omega Cohort, Montreal, Québec. (2006). «Nonnegligible increasing temporal trends in unprotected anal intercourse among men who have sexual relations with other men in Montreal». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 41 (3), p. 1-6.

- Halkitis, P. N. et Parsons, J. T. (2002). «Recreational drug use and HIV-risk sexual behaviour among men frequenting gay social venues». *Journal of Gay & Lesbian Social Services*. 14 (4), p. 19-38.
- Hirshfield, S., Remien, R. H., Humberstone, M., Walavalkar, I. et Chiasson, M. A. (2004). «Substance use and high-risk sex among men who have sex with men: a national online study in the USA». *AIDS Care*. 16 (8), p. 1036-1047.
- Jayaraman, G.C., Read, R.R. et Sing, A. (2003). «Characteristics of individuals with male-to-male and heterosexual acquired infections syphilis during an outbreak in Calgary, Alberta, Canada». *Sexually Transmitted Diseases*. 30 (4), p. 315-319.
- Kalichman, S.C., Heckman, T. et Kelly, J. A. (1996). «Sensation seeking as an explanation for the association between substance use and HIV-related risky sexual behaviour». *Archives of Sexual Behavior*. 25, p. 141-154.
- Klitzman, R. L., Greenberg, J. D., Pollack, L. M. et Dolezal, C. (2002). «MDMA ('ecstasy') use, and its association with high risk behaviours, mental health, and other factors among gay/bisexual men in New York City». *Drug and Alcohol Dependence*. 66, p. 115-125.
- Koblin, B. A., Chesney, M. A., Husnik, M. J., Bozeman, S., Celum, C. L., Buchbinder, S., Mayer, K., McKirnan, D., Judson, F. N., Huang, Y., Coates, T. J., et the EXPLORE Study Team. (2003). «High-risk behaviours among men who have sex with men in 6 US cities: baseline data from the explore study». *American Journal of Public Health*. 93 (6), p. 926-932.
- Kropp, R. Y. et Wong, T. (2005). «Emergence of lymphogranuloma venereum in Canada». *Canadian Medical Association Journal*. 172 (13), p. 1674-1676.
- Lewis, L. et Ross, M. (1995). *A select body: The gay dance party subculture and the HIV/AIDS pandemic*. New York : Cassell.
- Mattison, A. M., Ross, M. W., Wolfson, T., Franklyn, D. et HNRG Group. (2001). «Circuit party attendance, club drug use, and unsafe sex in gay men». *Journal of Substance Abuse*. 13, p. 119-126.

- Molitor, F., Truax, S. R., Ruiz, J. D. et Sun, R. K. (1998). «Association of methamphetamine use during sex with risky sexual behaviors and HIV infection among non-injection drug users». *Western Journal of Medicine*. 168 (2), p. 93-97.
- Myers, T., Allman, D., Calzavara, L., Maxwell, J., Remis, R., Swantee, C., Travers, R. (2004). *Ontario Men's Survey. Final report*. Toronto : HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, University of Toronto, 100 p.
- ONUSIDA. (2006). *Rapport sur l'épidémie mondial du sida*.
- Operario, D., Choi, K-H., Chu, P. L., McFarland, W., Secura, G. M., Behel, S., MacKellar, D. et Valleroy, L. (2006). «Prevalence and correlates of substance use among young asian pacific islander men who have sex with men». *Prevention Science*. p. 1-11.
- Ostrow, D. G. (1996). «Substance use, HIV, and gay men». *FOCUS: A Guide to AIDS Research and Counseling*. 11, p 1-3.
- Ostrow, D. G. (2000). «The role of drugs in the sexual lives of men who have sex with men: continuing barriers to researching this question». *AIDS and Behavior*. 4 (2), p. 205-219.
- Remien, R., Goetz, R., Rabkin, J., Williams, J., Bradbury, M., Ehrhardt, A., et Gorman, J. (1995). «Remission of substance use disorders: Gay men in the first decade of AIDS». *Journal of Studies on Alcohol*. 56, p. 226-232.
- Schilder, A. J., Lampinen, T. M., Miller, M. L. et Hogg, R. S. (2005). «Crystal metamphetamine and ecstasy differ in relation to unsafe sex among young gay men». *Canadian Journal of Public Health*. 96 (5), p. 340-343.
- Stall, R. et Purcell, D. W. (2000). «Intertwining epidemics: a review of research on substance use among men who have sex with men and its connection to the AIDS epidemic». *AIDS and Behavior*. 4 (2), p. 181-192.

- Stall, R., Paul, J. P., Greenwood, G., Pollack, L. M., Bein, E., Crosby, G. M., Mills, T. C., Binson, D., Coates, T. J. et Catania, J. A. (2001). «Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: the Urban Men's Health Study». *Addiction*. 96, p. 1589-1601.
- Strathdee, S. A., Hogg, R. S., Martindale, S. L. et coll. (1998). «Determinants of sexual risk-taking among young HIV-negative gay and bisexual men». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*. 19, p. 61-66.
- Sullivan, P. S., Drake, A. J., Sanchez, T. H. (2007). «Prevalence of treatment optimism-related risk behavior and associated factors among men who have sex with men in 11 states, 2000-2001». *AIDS and behavior*. 11 (1), p. 123-129.
- Thiede, H., Valleroy, L. A., MacKellar, D. A., Celentano, D. D., Ford, W. L., Hagan, H., Koblin, B. A., Lalota, M., McFarland, W., Shehan, D. A. et Torian, L. V. (2003). «Regional patterns and correlates of substance use among young men who have sex with men in 7 US urban areas». *American Journal of Public Health*. 93 (11), p. 1915-1921.
- Woody, G. E., Vanetten-Lee, M. L., McKirnan, D., Donnell, D., Metzger, D., Seage III, G., Gross, M. et the HIVNET VPS 001 Protocol Team. (2001). «Substance use among men who have sex with men: comparison with a national household survey». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 27, p. 86-90.
- Zeger, S. L. et Liang, K. Y. (1986). «Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes». *Biometrics*. 42, p. 121-130.