

Surveillance
des infections
transmissibles
sexuellement
et par le sang

SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES
CHEZ LES UTILISATEURS DE DROGUE PAR INJECTION

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH DE 1995 À 2010
ÉPIDÉMIOLOGIE DU VHC DE 2003 À 2010

SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES
CHEZ LES UTILISATEURS DE DROGUE PAR INJECTION

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH DE 1995 À 2010
ÉPIDÉMIOLOGIE DU VHC DE 2003 À 2010

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Août 2012

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

Unité de recherche en santé des populations, Centre hospitalier universitaire *affilié* 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

Unité de recherche en santé des populations, Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec

Éric Demers

Unité de recherche en santé des populations, Centre hospitalier *affilié* universitaire 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

Jocelyne Daigneault

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

Gaby Tremblay

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

Lina Noël

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

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

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 – 4^e TRIMESTRE 2012

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISSN : 1918-4549 (VERSION IMPRIMÉE)

ISSN : 1918-4557 (PDF)

ISBN : 978-2-550-66361-4 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-550-66362-1 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2012)

REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier tous les utilisateurs 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 mesdames Céline Valin, Virginie Boué et Isabelle Petillot qui se sont chargées 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'Unité de recherche en santé des populations (Centre hospitalier *affilié* universitaire 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 ainsi aux activités de l'INSPQ où est basé le projet.

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

Les activités du réseau sont supportées financièrement par l'Agence de la 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/i-track/sr-re-1/index-fra.php>.

Nous nous adressons ici aux responsables régionaux de la lutte contre les ITSS, particulièrement à ceux qui œuvrent en santé publique dans le domaine de la réduction des méfaits chez les usagers de drogue par injection. Nous espérons aussi être utiles à leurs partenaires communautaires et institutionnels.

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 indiquent que la cocaïne demeure la drogue injectée par la plus grande proportion des participants (sauf à Ottawa où les opioïdes médicamenteux rattrapent la cocaïne), suivie par le Dilaudid, l'héroïne, la morphine, l'oxycodone et le crack/*freebase*. L'injection de certains opioïdes (Dilaudid, oxycodone) a augmenté de façon importante, de même que la consommation de crack/*freebase* non injecté.

Après une diminution observée entre 1995 et 2002, le taux d'incidence du VIH est maintenant relativement stable, mais demeure élevé. Le taux d'incidence du VHC, quant à lui, continue à osciller à des niveaux très élevés (entre 20 et 30 séroconversions par 100 personnes-année).

La proportion de participants qui déclarent avoir utilisé des seringues déjà utilisées par d'autres personnes est en constante diminution et à son plus bas en 2010. L'injection quotidienne semble être en augmentation, tandis que la cocaïne comme drogue la plus souvent injectée est en diminution.

Environ le quart des participants infectés par le VIH et/ou ayant des anticorps contre le VHC l'ignorent. Trop peu sont pris en charge et traités.

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. La promotion du dépistage régulier du VIH et du VHC doit également demeurer une priorité.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	IX
LISTE DES FIGURES.....	XIII
INTRODUCTION	1
1 MÉTHODOLOGIE.....	3
1.1 Population à l'étude	3
1.2 Débuts de l'étude.....	3
1.3 Stratégies de recrutement	3
1.4 Variables recueillies	4
1.5 Collecte et gestion de données	6
1.6 Laboratoire	6
1.7 Analyses statistiques	7
2 RÉSULTATS	9
2.1 Caractéristiques de l'échantillon	9
2.2 Comportements de consommation de drogues et d'injection.....	11
2.3 Comportements sexuels.....	31
2.4 Prévalence du VIH et du VHC	33
2.5 Facteurs de risque associés à la prévalence du VIH et du VHC	44
2.6 Dépistage, connaissance du statut et accès aux soins.....	50
2.7 Description des répéteurs et des non-répéteurs	56
2.8 Taux d'incidence du VIH et du VHC.....	59
2.9 Facteurs de risque de l'incidence du VIH et du VHC.....	63
3 DISCUSSION.....	81
BIBLIOGRAPHIE	85
ANNEXE 1 LES SITES COLLABORATEURS DU RÉSEAU SURVUDI-I-TRACK	89

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Description de l'échantillon, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010	9
Tableau 2	Groupe ethnique, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	9
Tableau 3	Niveau de scolarité atteint, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	10
Tableau 4	Lieu de résidence, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010.....	10
Tableau 5	Drogues injectées dans les six derniers mois, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	11
Tableau 6	Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois,Réseau SurvUDI- I-Track, 2003-2010	12
Tableau 7	Drogues injectées dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	13
Tableau 8	Drogues consommées autrement que par injection dans les six derniers mois, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010.....	14
Tableau 9	Drogues consommées autrement que par injection dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	15
Tableau 10	Utilisation d'héroïne (blanche ou beige/brune) comme drogue la plus souvent injectée, dans les six derniers mois, par groupe d'âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	16
Tableau 11	Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI- I-Track, 1995-2010	16
Tableau 12	Drogues consommées autrement que par injection le plus souvent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	17
Tableau 13	Drogue injectée le plus souvent dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2010	18
Tableau 14	Drogues consommées autrement que par injection le plus souvent dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2010	19
Tableau 15	Lieux d'injection dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2010	26
Tableau 16	Lieu d'injection le plus fréquent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI- I-Track, 2004-2010.....	27
Tableau 17	Emprunt et prêt du matériel d'injection dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	28
Tableau 18	Fréquence d'injection et emprunt du matériel d'injection dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010.....	29
Tableau 19	Comparaison des comportements d'injection au cours des six derniers mois des UDI recrutés en milieux urbains et semi-urbains, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	30

Tableau 20	Comparaison des comportements sexuels au cours des six derniers mois des UDI recrutés en milieux urbains et semi-urbains, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	31
Tableau 21	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, 2003-2010.....	32
Tableau 22	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, 2003-2010.....	32
Tableau 23	Prévalence du VIH, par âge et sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	33
Tableau 24	Prévalence annuelle du VIH à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (données au 31 décembre 2010)	34
Tableau 25	Prévalence du VHC, par âge et sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010.....	35
Tableau 26	Prévalence annuelle du VHC à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010 (données au 31 décembre 2010).....	36
Tableau 27	Prévalence et prévalence ajustée du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010.....	37
Tableau 28	Prévalence du VIH, par région de résidence, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	37
Tableau 29	Prévalence et prévalence ajustée du VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010.....	38
Tableau 30	Infection par le VIH et présence d’anticorps contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	38
Tableau 31	Facteurs de risque associés à la prévalence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	45
Tableau 32	Analyse multivariée par régression log-binomiale de la prévalence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	47
Tableau 33	Facteurs de risque associés à la prévalence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	48
Tableau 34	Description du testing antérieur pour le VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010.....	50
Tableau 35	Description du testing antérieur pour le VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	51
Tableau 36	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, 2003-2010.....	53
Tableau 37	Connaissance du statut d’infection et suivi médical parmi ceux que nous avons trouvés infectés seulement par le VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010.....	54
Tableau 38	Connaissance du statut sérologique et suivi médical parmi ceux qui avaient des anticorps seulement contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010	55

Tableau 39	Distribution des visites multiples générées par les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010.....	56
Tableau 40	Comparaison des comportements d'injection au cours des six derniers mois des répéteurs et des non-répéteurs, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010	57
Tableau 41	Comparaison des comportements sexuels au cours des six derniers mois des répéteurs et des non-répéteurs, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010	58
Tableau 42	Incidence du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (données au 31 décembre 2010)	59
Tableau 42	Incidence du VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1997-2010 (données au 31 décembre 2010)	60
Tableau 43	Analyse multivariée de l'incidence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010	63
Tableau 44	Analyse multivariée de l'incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1997-2010	64
Tableau 45	Tendances de l'utilisation de seringues déjà utilisées par d'autres dans les six derniers mois, parmi les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track 1995-2010	65
Tableau 46	Tendances de l'utilisation de matériel autre que seringues déjà utilisé par d'autres dans les six derniers mois, parmi les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track 1996-2010.....	66
Tableau 47	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 1995-2010	67
Tableau 48	Tendances de fréquence d'injection et d'emprunt de matériel d'injection dans le dernier mois, à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010 (données au 31 décembre 2010)	68
Tableau 49	Comparaison des données de prévalence et d'incidence du VIH et du VHC chez les UDI du Québec/Ottawa, du Canada, de l'Australie, du Royaume-Uni et des États-Unis.....	81

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, 2003-2010 (31 décembre 2010)	21
Figure 2	Tendances de la consommation de drogues – Montréal – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010 (31 décembre 2010)	22
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, 2003-2010 (31 décembre 2010)	23
Figure 4	Tendances de la consommation de drogues – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010 (31 décembre 2010)	24
Figure 5	Tendances de la consommation de drogues – Semi-urbains – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010 (31 décembre 2010)	25
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, 1995-2010 (31 décembre 2010)	40
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, 2003-2010 (31 décembre 2010)	42
Figure 8	Tendances de l'incidence du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2009 (données au 31 décembre 2010)	61
Figure 9	Tendances de l'incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1998-2009 (données au 31 décembre 2010)	62
Figure 10	Tendances dans les facteurs de risque – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (31 décembre 2010)	70
Figure 11	Tendances dans les facteurs de risque – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau, SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (31 décembre 2010)	71
Figure 12	Tendances dans les facteurs de risque – Montréal – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (31 décembre 2010)	72
Figure 13	Tendances dans les facteurs de risque – Montréal – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (31 décembre 2010)	73
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, 1995-2010 (31 décembre 2010)	74

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, 1995-2010 (31 décembre 2010).....	75
Figure 16	Tendances dans les facteurs de risque – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1996-2010 (31 décembre 2010)	76
Figure 17	Tendances dans les facteurs de risque – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1996-2010 (31 décembre 2010)	77
Figure 18	Tendances dans les facteurs de risque – Semi-urbains – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (31 décembre 2010).....	78
Figure 19	Tendances dans les facteurs de risque – Semi-urbains – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (31 décembre 2010).....	79

INTRODUCTION

Les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI) représentent l'un des groupes les plus vulnérables et les plus fortement touchés par les infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et par virus de l'hépatite C (VHC). 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^[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 UDI peuvent être réticents 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, il en résulte qu'une certaine proportion de cas n'est possiblement pas dépistée et serait ainsi non-déclarée 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 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.

1 MÉTHODOLOGIE

Les lecteurs intéressés par la méthodologie du réseau SurvUDI trouveront plus de détails dans : *Continuing HIV Transmission Among Injection Drug Users in Eastern Central Canada: The SurvUDI Study, 1995 to 2000*. Hankins C, Alary M, Parent R, Blanchette C, Claessens C and The SurvUDI Working Group. JAIDS 2002;30: 514–521.

À noter que dans le présent rapport, il y a deux dates différentes pour la fin de la période d'analyse. **La grande majorité des tableaux (tous sauf les tableaux 24, 26, 42, 43 et 49) présentent les données au 30 juin 2010.** Par contre, afin de profiter d'une récente mise à jour de la banque, **toutes les figures, ainsi que les tableaux 24, 26, 42, 43 et 49 présentent les données au 31 décembre 2010.** Une mention est faite dans le titre des tableaux concernés. Donc, l'année 2010 en entier est incluse dans les analyses de tendances annuelles.

1.1 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.

1.2 DÉBUTS 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. La majorité des ajouts au questionnaire ont été faits en 2003 lorsque le réseau SurvUDI s'est joint au réseau canadien I-Track. Les tableaux présentant ces nouvelles variables font donc référence à la période 2003-2010.

1.3 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 collab.^[5], les programmes de ces régions participantes se présentent sous trois structures différentes. La première est celle des centres spécialisés de prévention qui reposent 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.

Le deuxième type de programme a une approche communautaire et repose 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. Le programme « The Site Program » (Ottawa) fonctionne selon ce modèle.

Le troisième et dernier type de programme est multi-sites. Ce sont des programmes auxquels collaborent 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 y est très variable. Des travailleurs communautaires collaborent aussi à ces programmes. C'est le cas en Abitibi-Témiscamingue, au Saguenay–Lac-St-Jean et en Montérégie.

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 semaines à quelques mois. 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 (pavillon 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 la santé publique du Canada.

1.4 VARIABLES RECUEILLIES

Le questionnaire, administré par un interviewer, porte sur les aspects suivants :

1. Informations démographiques :

- âge, sexe et région ou ville de résidence, lieu de résidence;
- origine ethnoculturelle et niveau d'instruction;

2. Comportements d'injection :

- âge à la première injection de drogue;
- dans le dernier mois :
 - drogues injectées,
 - drogue la plus souvent injectée,
 - fréquence des injections;
- dans les six derniers mois :
 - types de partenaires d'injection (p. ex. : ami proche/partenaires sexuels vs inconnus),
 - fréquence d'utilisation de seringues et de matériel déjà utilisés par d'autres,
 - sources et source principale des seringues/matériel empruntés,
 - fréquence du prêt de seringues souillées,
 - drogues injectées,
 - drogue la plus souvent injectée;

3. Drogues utilisées autrement que par injection, incluant le crack/*freebase*;

4. Comportements sexuels :

- dans les six derniers mois :
 - le nombre de partenaires sexuels (hommes et femmes),
 - la fréquence d'utilisation du condom (jamais, parfois, toujours) :
 - o selon le type de partenaire sexuel (réguliers, occasionnels, clients),
 - o selon sexe de ces partenaires;
- Relations sexuelles dans le dernier mois :
 - utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle;

5. Dépistage et prise en charge des infections par le VIH et par le VHC :

- Dépistage antérieur;
- Nombre de tests de dépistage au cours des deux dernières années;
- Date du dernier dépistage;
- Résultat positif connu (date);
- Lieu/circonstance de la consultation pour le dépistage et pour le prélèvement;
- Consultation d'un médecin par ceux qui se savent infectés;
- Prise de médicaments pour le VIH ou le VHC;
- Raisons pour n'avoir jamais eu de test de dépistage;

6. Autres variables :

- Fréquentation des programmes d'accès aux seringues stériles;
- Récupération des seringues usagées.

Au fil des ans, tous les sites ont ajouté des questions locales à celles du questionnaire provincial pour mieux répondre à leurs besoins particuliers.

La manière de combiner les drogues en catégories a été modifiée dans ce rapport, afin de tenir compte des précisions concernant les opioïdes médicamenteux 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 5), nous avons choisi de présenter les opioïdes médicamenteux (globalement et individuellement) **en regroupant ceux « prescrits » et « non prescrits »**, lorsqu'applicable. Nous jugeons peu probable qu'un médecin prescrive une forme injectable d'un opioïde médicamenteux 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 8), nous avons choisi de présenter les opioïdes médicamenteux (globalement et individuellement) **séparément, c'est-à-dire en distinguant ceux « prescrits » et « non prescrits »** lorsqu'applicable. En effet, le participant peut avoir consommé autrement que par injection un opioïde médicamenteux qui lui était prescrit par un médecin.

De plus, nous avons voulu distinguer la prise de traitements de substitution prescrits vs les opioïdes médicamenteux consommés pour leur effet psychotrope. Nous avons donc retiré complètement la méthadone prescrite et le Suboxone prescrit, pris autrement que par injection, de ces tableaux (dans la

définition d'opioïdes médicamenteux prescrits). Étant donné que la distinction « prescrit » et « non prescrit » a été ajoutée systématiquement en juillet 2009, nous présentons les résultats pour le regroupement des opioïdes médicamenteux, et pour Dilaudid individuellement, à partir de cette date seulement, afin d'éviter des biais de mauvaise classification.

1.5 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 compléter 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 de l'UDI). 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 sur une fiche parallèle.

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.

1.6 LABORATOIRE

La personne qui consent à participer à l'étude est assistée d'un interviewer pour la prise de deux prélèvements d'exudat 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 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 ($\text{ratio} \geq 1,00$) sont considérés positifs aux anticorps anti-VIH-1 et VIH-2.

La recherche d'anticorps anti-VHC a débuté en 2003. Pour les participants recrutés avant 2003, nous avons utilisé les échantillons d'exsudat gingival déjà recueillis et conservés congelés au LSPQ. Le dépistage des anticorps anti-VHC a été fait au LSPQ en utilisant la méthode développée par Judd et collab.^[6]. Cette épreuve utilise une méthode modifiée de la trousse ORTHO® HCV 3.0 Test System. Depuis juillet 2003, le dépistage des anticorps anti-VHC est effectué de façon prospective 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 ($\text{ratio} \geq 1,00$) 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 viennent à bout de leur infection et évitent la chronicité^[7]. Par ailleurs, la littérature récente rapporte que les réinfections sont possibles voire fréquentes^[8-14] 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.

1.7 ANALYSES STATISTIQUES

Les données recueillies sont analysées grâce au logiciel SAS (SAS Institute Inc., Cary, NC, États-Unis). Lorsque des données sont manquantes, les résultats ne sont pas inclus dans les tableaux concernés. La prévalence et l'incidence du VIH et du VHC, variables dépendantes d'intérêt, sont analysées en tableaux croisés en fonction de l'âge, du sexe, du nombre d'années d'injection de drogues et du type de lieu de recrutement. Les autres variables indépendantes sont celles qui ont trait aux comportements d'injection et aux comportements sexuels. On compare les individus négatifs aux individus positifs ainsi que les individus ayant séroconverti aux individus n'ayant pas séroconverti.

Sauf mention contraire, lorsque les analyses 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 sur la rive-sud immédiate ou à Montréal), Ville de Québec, Ottawa/Outaouais et semi-urbains (Abitibi-Témiscamingue, Montérégie [sans ceux habitant sur la rive-sud immédiate ou à Montréal], 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 que l'on conserve la première visite à vie faite dans le réseau (un sujet recruté en 2000 et 2003 par exemple contribue seulement à l'année 2000). Soit que l'on conserve la première visite annuelle (donc un même sujet peut contribuer

à deux années s'il a été recruté en 2000 et 2003 par exemple). Il faut se référer au titre de la figure ou du tableau pour identifier quelle méthode a été utilisée.

Nous avons étudié l'instabilité de nos estimations des taux d'incidence des 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 2009. Les tendances pour les autres variables sont présentées jusqu'en 2010 inclusivement.

La prévalence de l'infection au VIH est estimée en fonction des variables recueillies. Les analyses comparatives sont effectuées à l'aide du rapport de prévalence (RP) et des tests statistiques du chi-carré de Pearson pour les variables discrètes, et de Student dans le cas des variables continues. Le chi-carré de Mantel-Haenszel (tendance linéaire) est utilisé pour examiner l'évolution de la prévalence dans le temps ainsi que pour les variables à catégories croissantes lorsqu'une seule visite par sujet est conservée. Le test de Bootstrap avec 1 000 itérations est utilisé pour examiner l'évolution de la consommation de certaines drogues et des facteurs de risque afin de tenir compte de la corrélation due aux visites multiples. Les analyses sont faites pour l'ensemble des programmes collaborateurs, pour l'ensemble des programmes semi-urbains, ainsi que par programme lorsque possible. La régression log-binomiale est utilisée pour l'analyse multivariée des données de prévalence.

Les taux d'incidence et leurs intervalles de confiance à 95 % (en utilisant une méthode exacte basée sur la loi de Poisson) sont calculés globalement, selon le facteur de risque et selon le temps. 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 D^r 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. Un test basé sur le modèle de Poisson permet de comparer deux taux d'incidence dans le cas des analyses comparatives univariées. De plus, la régression de Cox est utilisée pour l'analyse multivariée en utilisant, lorsque pertinent, des variables variant dans le temps^[17]. Le test de Bootstrap avec 1 000 itérations est utilisé pour examiner l'évolution des taux d'incidence afin de tenir compte de la corrélation due aux visites multiples.

2 RÉSULTATS

2.1 CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Tableau 1 Description de l'échantillon, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010

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	448	96/30,6 (30)	205/30,4 (28)
Estrie	1998	873	95/33,5 (34)	485/36,5 (36)
Mauricie et Centre-du-Québec	2000	491	88/31,8 (31,5)	251/36,0 (37)
Montréal	1995	269	46/29,0 (27,5)	206/34,6 (34)
Montréal	1995	10 023	1 277/27,3 (25)	4 003/34,0 (34)
Ottawa	1996	3 457	509/33,9 (34)	1 700/36,9 (37)
Outaouais	1997	400	56/35,3 (36,5)	216/39,6 (40,5)
Ville de Québec	1995	5 897	782/29,7 (29)	2 157/34,0 (34)
Saguenay–Lac-St-Jean	1995	324	70/24,8 (22)	168/26,0 (23)
Réseau	1995	22 182	2 907/29,8 (28)	8 987/34,8 (35)

Les durées moyenne et médiane d'injection chez les hommes sont de 12,3 et 10,0 ans. Elles sont de 8,8 et 6,0 ans chez les femmes.

- Au 30 juin 2010, 12 205 individus différents (dont 12 106 ont eu un test VIH valide à leur dernière visite) ont rempli 22 182 questionnaires :

1 165 questionnaires s'ajoutent donc aux 21 017 complétés au 30 juin 2009;

474 individus s'ajoutent donc aux 11 731 recrutés au 30 juin 2009.

- 8 683 individus sont des non-répéteurs qui ont généré 8 683 visites.

- 3 522 individus sont des répéteurs qui ont généré 13 499 visites.

Note : Le tableau 39 présente le détail de la distribution des dénominateurs globaux et par région.

Au 30 juin 2010, 22 182 questionnaires avaient été administrés à 12 205 individus (tableau 1). Les trois quarts sont des hommes (9 009/11 926). L'âge moyen chez les hommes est de 34,8 ans. L'âge moyen des femmes est de 29,8 ans (tableau 1).

Tableau 2 Groupe ethnique, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Ethnie	n/4 643	%
Canadiens – non autochtones	4 056	87,4
Canadiens – autochtones	362	7,8
Européens	133	2,9
Autres	68	1,4
Américains	24	0,5

Les UDI recrutés sont majoritairement des Canadiens non autochtones. Une proportion de 7,8 % des participants déclarent une origine Autochtone (tableau 2).

Tableau 3 Niveau de scolarité atteint, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Niveau de scolarité	n/4 966	%	% cumulatif
Aucune scolarité	5	0,1	0,1
Primaire – non complété	141	2,8	2,9
Primaire – complété	202	4,1	7,0
Secondaire – non complété	2 155	43,4	50,4
Secondaire – complété	1 104	22,2	72,6
Collégial – non complété	405	8,2	80,8
Collégial – complété	518	10,4	91,2
Universitaire – non complété	237	4,8	96,0
Universitaire – complété	199	4,0	100,0

Environ un participant sur deux (2 503/4 966) a terminé son cours secondaire (tableau 3).

Tableau 4 Lieu de résidence, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Lieu de résidence	Actuel ¹		Dans les derniers six mois ²	
	n/4 969	%	n/4 989	%
Résidence privée (appartement, maison)	3 038	61,1	4 055	81,3
Rue, squat, refuge, foyer	1 205	24,3	2 019	40,5
Chambre (hôtel, motel, pension)	439	8,8	1 198	24,0
Établissement (centre de transition, réadaptation, désintoxication, établissement psychiatrique)	146	2,9	489	9,8
Centre de détention	114	2,3	718	14,4
Autres	27	0,5	149	3,0

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, 81,3 % des participants ont habité une résidence privée et 40,5 % ont vécu dans la rue, un squat, un refuge ou un foyer. On trouve que 14,4 % des participants ont séjourné dans un centre de détention au cours de la même période (tableau 4).

2.2 COMPORTEMENTS DE CONSOMMATION DE DROGUES ET D'INJECTION

Tableau 5 Drogues injectées dans les six derniers mois, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Région de recrutement	N ¹	% des UDI qui se sont injectés						
		Cocaïne	Opioides médicamenteux ²	Dilaudid ³	Morphine ³	Héroïne beige/brune	Héroïne blanche	Crack
Abitibi-Témiscamingue	158	94,3	35,4	27,2	24,7	3,2	5,1	2,5
Estrie	327	93,0	25,1	17,1	18,0	11,9	11,6	5,5
Mauricie et Centre-du-Québec	209	87,1	40,2	35,4	18,7	12,4	18,7	1,0
Montréal	60	93,3	50,0	41,7	36,7	18,3	18,3	3,3
Montréal	2 151	87,1	45,7	43,1	15,8	35,2	30,7	7,8
Ottawa	1 134	68,1	65,6	36,6	57,4	16,8	13,6	42,1
Outaouais	102	77,5	47,1	20,6	41,2	4,9	6,9	22,6
Ville de Québec	921	91,9	50,8	44,6	15,7	7,1	5,3	0,2
Saguenay-Lac-Saint-Jean	74	78,4	70,3	66,2	51,4	10,8	16,2	9,5
Réseau	4 993	83,8	49,4	39,0	26,6	21,5 ⁴	18,9 ⁴	13,9

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

² La catégorie des opioïdes médicamenteux 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) et les autres opioïdes médicamenteux non prescrits (incluant oxycodone/oxycotin, fentanyl, codéine, demerol, Hydromorph-Contin).

³ Regroupant prescrit et non prescrit.

⁴ Si on combine héroïne blanche et héroïne beige/brune, 29,8 % des UDI ont rapporté en avoir consommé.

Les autres drogues injectées rapportées le plus fréquemment ($\geq 2\%$) sont :

Oxycodone/oxycotin non prescrit = 16,8 %, *Speedball*^a = 9,4 %, Amphétamines = 4,5 %, Fentanyl non prescrit = 3,6 %, Méthamphétamine = 2,4 %;

Benzodiazépines non prescrits = 2,4 %, Ritalin non prescrit = 2,0 %.

^a Mélange injectable de cocaïne et d'héroïne.

Tableau 6 Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Drogue	n/4 966	%
Cocaïne	2 990	60,2
Opioides médicamenteux ¹	1 173	23,6
Dilaudid ²	518	10,4
Morphine ²	471	9,5
Héroïne beige/brune ³	294	5,9
Héroïne blanche ³	222	4,5
Crack	187	3,8
Oxycodone/oxycontin non prescrit	139	2,8
Speedball ⁴	32	0,6
Amphétamines	24	0,5
Autres drogues ⁵	89	1,8

¹ La catégorie des opioïdes médicamenteux 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) et les autres opioïdes médicamenteux non prescrits (incluant oxycodone/oxycontin, fentanyl, codéine, demerol, Hydromorph-Contin).

² Regroupant prescrit et non prescrit.

³ Si on combine héroïne blanche et héroïne beige/brune, 10,4 % des UDI ont rapporté en avoir consommé le plus souvent.

⁴ Mélange injectable de cocaïne et d'héroïne.

⁵ L'utilisation la plus fréquente de 22 autres produits a été rapportée par un à 23 individus.

La cocaïne est la drogue dont l'injection est la plus répandue (83,8 % des 4 993 répondants en avaient fait usage); le Dilaudid suit avec 39,0 %. On retrouve ensuite l'héroïne (blanche ou beige/brune) avec 29,8 % (tableau 5).

L'usage des drogues injectées varie beaucoup d'une région à l'autre (tableau 5). Si la cocaïne est la drogue injectée par la plus grande proportion de participants dans toutes les régions (68,1 à 94,3 % des répondants dans chaque région), l'injection d'héroïne blanche et d'héroïne beige/brune est particulièrement répandue à Montréal (30,7 % et 35,2 % des 2 151 répondants respectivement) alors que celle de Dilaudid l'est moins en Estrie et en Outaouais (17,1 % et 20,6 % respectivement). L'injection de morphine et celle de crack est beaucoup plus répandue à Ottawa (57,4 % et 42,1 % des 1 134 répondants respectivement).

La cocaïne est aussi la drogue la plus souvent injectée par 60,2 % (2 990/4 966) des participants; les opioïdes médicamenteux suivent avec 23,6 % (1 173/4 966) (tableau 6).

Tableau 7 Drogues injectées dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Drogue (Total de ceux qui en ont consommé)	Proportion de consommateurs chez les		Valeur-p
	24 ans et moins % (N = 755)	25 ans et plus % (N = 4 238)	
Cocaïne (4 185)	74,4	85,5	< 0,001
Opioïdes médicamenteux ¹ (2 467)	58,7	47,7	< 0,001
Dilaudid ² (1 949)	49,8	37,1	< 0,001
Morphine ² (1 329)	34,2	25,3	< 0,001
Héroïne beige/brune ³ (1 073)	37,9	18,6	< 0,001
Héroïne blanche ³ (944)	36,0	15,9	< 0,001
Oxycodone/oxycontin non prescrit (839)	21,1	16,1	< 0,001
Crack (696)	14,8	13,8	0,441
Speedball ⁴ (469)	15,4	8,3	< 0,001
Amphétamines (222)	8,9	3,7	< 0,001
Fentanyl non prescrit (181)	4,4	3,5	0,234
Benzodiazépines non prescrits (121)	5,3	1,9	< 0,001
Métamphétamine (118)	5,0	1,9	< 0,001
Ritalin seul non prescrit (102)	2,3	2,0	0,660
Méthadone ² (121)	2,8	2,4	0,489
Plus d'une drogue (2 944)	73,4	56,4	< 0,001

¹ La catégorie des opioïdes médicamenteux 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) et les autres opioïdes médicamenteux non prescrits (incluant oxycodone/oxycontin, fentanyl, codéine, demerol, Hydromorph-Contin).

² Regroupant prescrit et non prescrit.

³ Si on combine héroïne blanche et héroïne beige/brune, la proportion des UDI qui ont rapporté en avoir consommé est de 52,9 % chez les 24 ans et moins et de 25,7 % chez les 25 ans et plus (p < 0,001).

⁴ Mélange injectable de cocaïne et d'héroïne.

On remarque des différences importantes concernant les drogues injectées selon l'âge (tableau 7). Presque toutes les drogues sont injectées par des proportions plus élevées de 24 ans et moins. L'injection d'opioïdes médicamenteux, par exemple, est rapportée par 58,7 % des UDI de 24 ans et moins (443/755) et par 47,7 % des UDI plus âgés (2 024/4 238). La cocaïne est une exception étant donné qu'une plus grande proportion de 25 ans et plus s'en injecte.

Tableau 8 Drogues consommées autrement que par injection dans les six derniers mois, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Région de recrutement	N ¹	% des UDI qui ont consommé autrement que par injection ⁴						
		Alcool	Cannabis	Crack/ freebase	Cocaïne	Opioides médica- menteux non prescrits ^{2,3}	Benzo- diazépines non prescrits	Amphéta- mines
Abitibi-Témiscamingue	158	88,0	70,3	65,2	82,3	37,7	20,9	44,3
Estrie	327	86,5	84,1	54,4	75,8	44,0	35,2	47,7
Mauricie et Centre-du-Québec	210	85,2	70,0	48,6	65,9	38,5	25,7	36,7
Montréal	60	81,7	81,7	66,7	85,0	41,7	43,3	60,0
Montréal	2 153	77,8	77,2	68,1	38,0	34,5	29,7	29,0
Ottawa	1 134	68,8	78,8	83,5	51,9	41,1	24,3	15,5
Outaouais	102	87,3	96,1	86,3	69,6	N.D.	35,3	37,3
Ville de Québec	920	81,1	71,1	57,4	50,4	31,3	54,5	40,3
Saguenay-Lac-Saint-Jean	75	82,7	80,0	48,0	78,7	69,2	40,0	62,7
Réseau	4 996	77,7	76,8	67,9	49,4	36,8	33,1	30,7

¹ Nombre qui ont répondu à la question sur les drogues consommées autrement que par injection au cours des six derniers mois, incluant 118 personnes qui ont répondu n'avoir consommé aucune drogue autrement que par injection.

² La catégorie des opioïdes médicamenteux 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, fentanyl, codéine, demerol, Hydromorph-Contin.

³ Questions ajoutées en 2009, donc le dénominateur est de 907 participants.

⁴ Les autres drogues consommées autrement que par injection rapportées le plus fréquemment (≥ 5 %) sont :

Dilaudid non prescrit = 21,8 %	Ecstasy = 21,0 %	Morphine non prescrite = 15,8 %
PCP = 14,5 %	Oxycodone/oxycotin non prescrit = 14,2 %	Tylenol pris pour buzzer = 12,8 %
Opioides médicamenteux prescrits ^{3a} = 12,2 %	Champignons hallucinogènes = 10,9 %	Méthadone non prescrite = 9,5 %
Dilaudid prescrit ³ = 8,5 %	Héroïne beige/brune = 7,4 %	Métamphétamine = 7,2 %
Héroïne blanche ^b = 6,9 %	Barbituriques non prescrits = 6,7 %	Kétamine = 5,8 %
LSD (acide) = 5,6 %	Ritalin non prescrit = 5,3 %	Morphine prescrite = 5,3 %
Demerol non prescrit = 5,2 %		

Les personnes recrutées font aussi usage de drogues non injectées (tableau 8). Parmi 4 996 répondants, 77,7 % rapportent avoir consommé de l'alcool, 76,8 % du cannabis, 67,9 % ont fumé du crack/freebase et 49,4 % ont consommé de la cocaïne autrement que par injection.

Si l'usage d'alcool et de cannabis est très répandu dans chacun des sites de recrutement, celui des autres drogues non injectées varie (tableau 8). L'usage de benzodiazépines non prescrits n'est rapporté, par exemple, que par 20,9 % des UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue mais par 54,5 % de ceux de la ville de Québec. Dans les six derniers mois, 17,0 % (866/5 104) des participants ont pris,

^a Regroupement des drogues individuelles suivantes prescrites : Dilaudid et morphine.

^b Si on combine héroïne blanche et héroïne beige/brune, 11,4 % des UDI ont rapporté en avoir consommé.

autrement que par injection, de la méthadone qui leur était prescrite à eux (traitement de substitution aux opioïdes, données non présentées dans les tableaux).

Tableau 9 Drogues consommées autrement que par injection dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Drogue (Total de ceux qui en ont consommé)	Proportion de consommateurs chez les		Valeur-p
	24 ans et moins % (N = 757)	25 ans et plus % (N = 4 239)	
Alcool (3 882)	83,1	76,7	< 0,001
Cannabis (3 838)	80,5	76,2	0,010
Crack/freebase (3 394)	64,3	68,6	0,021
Cocaïne (2 469)	55,6	48,3	< 0,001
Opioïdes médicamenteux non prescrits ^{1,2} (334)	39,3	36,7	0,607
Benzodiazépines non prescrits (1 651)	31,2	33,4	0,235
Amphétamines (1 533)	46,0	28,0	< 0,001
Dilaudid non prescrit ² (198)	21,3	21,9	0,908
Ecstasy (1 047)	41,2	17,3	0,003
Morphine non prescrite (789)	19,4	15,2	< 0,001
PCP (723)	39,9	9,9	< 0,001
Oxycodone/oxycotin non prescrit (709)	14,0	14,2	0,872
Tylenol pris pour <i>buzzer</i> (638)	13,6	12,6	0,454
Champignons hallucinogènes (546)	25,1	8,4	< 0,001
Opioïdes médicamenteux prescrits ^{2,3} (110)	11,2	12,3	0,771
Méthadone non prescrite (472)	16,1	8,3	< 0,001
Héroïne beige/brune ⁴ (369)	9,4	7,0	0,023
Dilaudid prescrit ² (77)	7,9	8,6	0,922
Méthamphétamine (361)	12,2	6,4	< 0,001
Héroïne blanche ⁴ (342)	11,5	6,0	< 0,001
Barbituriques non prescrits (334)	5,3	6,9	0,094
Kétamine (289)	13,0	4,5	< 0,001
LSD (acide) (282)	16,5	3,7	< 0,001
Ritalin seul non prescrit (267)	5,0	5,4	0,666
Morphine prescrite (262)	4,5	5,4	0,709
Demerol non prescrit (259)	4,9	5,2	0,690

¹ La catégorie des opioïdes médicamenteux 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, fentanyl, codéine, demerol, Hydromorph-Contin.

² Questions ajoutées en 2009, donc le dénominateur est de 907 participants.

³ La catégorie des opioïdes médicamenteux prescrits est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes prescrites, qui sont parfois aussi présentées dans le tableau : Dilaudid et morphine.

⁴ Si on combine héroïne blanche et héroïne beige/brune, la proportion des UDI qui ont rapporté en avoir consommé est de 17,7 % chez les 24 ans et moins et de 10,3 % chez les 25 ans et plus (p < 0,001).

Presque toutes les drogues consommées autrement que par injection le sont par des proportions plus élevées de 24 ans et moins (tableau 9). Parmi les drogues les plus fréquentes, les benzodiazépines et le Dilaudid (prescrit et non prescrit) sont toutes deux consommées par des proportions comparables de participants des deux groupes d'âge alors que le crack/*freebase* l'est par moins de 24 ans et moins. Les drogues de type amphétamine et de synthèse sont consommées par davantage de jeunes.

Tableau 10 Utilisation d'héroïne (blanche ou beige/brune) comme drogue la plus souvent injectée, dans les six derniers mois, par groupe d'âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Région de recrutement	% qui se sont le plus souvent injecté de l'héroïne (blanche ou beige/brune) (N)	% chez les 24 ans et moins (N)	% chez les 25 ans et plus (N)
Abitibi-Témiscamingue	0,6 (158)	0,0 (51)	0,9 (107)
Estrie	4,6 (327)	10,0 (30)	4,0 (297)
Mauricie et Centre-du-Québec	8,7 (208)	25,9 (27)	6,1 (181)
Montréal	19,3 (2 144)	39,3 (366)	15,2 (1 778)
Ottawa	5,2 (1 127)	6,6 (151)	4,9 (976)
Outaouais	2,0 (101)	0,0 (7)	2,1 (94)
Ville de Québec	1,8 (910)	5,8 (104)	1,2 (806)
Saguenay-Lac-Saint-Jean	5,5 (73)	12,1 (33)	0,0 (40)
Réseau	10,4 (4 966)	23,0 (749)	8,2 (4 217)

Tableau 11 Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010¹

Drogue	n/12 108	%
Cocaïne	8 337	68,9
Héroïne ²	1 838	15,2
PCP	117	1,0
Speedball ³	62	0,5
Stéroïdes	23	0,2
Autres drogues ⁴	1 731	14,3

¹ Ce tableau 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 (tableaux 44 et 45).

² Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

³ Mélange injectable de cocaïne et d'héroïne.

⁴ Les autres drogues les plus fréquentes sont : Dilaudid (prescrit ou non) à 5,2 % (n = 625), morphine (prescrite ou non) à 4,9 % (n = 595), crack à 1,6 % (n = 199) et oxycodone (non prescrit) à 1,2 % (n = 141).

L'héroïne comme drogue la plus souvent injectée est déclarée plus fréquemment à Montréal, et davantage par des jeunes de moins de 25 ans (tableau 10).

Pour la période 1995 à 2010, la drogue injectée déclarée par la plus grande proportion des participants dans les six derniers mois est la cocaïne, suivie de l'héroïne (tableau 11).

La drogue consommée autrement que par injection la plus fréquemment rapportée est le crack/freebase (par 26,9 % des participants), suivie de près par le cannabis et l'alcool. Une faible proportion des participants consomment des opioïdes médicamenteux non prescrits autrement que par injection (tableau 12).

Tableau 12 Drogues consommées autrement que par injection le plus souvent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Drogue	n/4 618 ¹	%
Crack/freebase	1 305	28,3
Cannabis	1 088	23,6
Alcool	987	21,4
Cocaïne	396	8,6
Opioïdes médicamenteux non prescrits ^{2,3}	46	5,3
Benzodiazépines non prescrits	143	3,1
Amphétamines	139	3,0
Dilaudid non prescrit ³	16	1,8
PCP	77	1,7
Morphine non prescrite	73	1,6
Oxycodone/oxycotin non prescrit	58	1,3
Morphine prescrite	30	0,7
Héroïne beige/brune ⁴	22	0,5
Héroïne blanche ⁴	20	0,4
Ecstasy	20	0,4
Tylenol pris pour buzzer	17	0,4
Ritalin seul non prescrit	14	0,3
Autres drogues ⁵	117	2,5

¹ Excluant 345 personnes qui ont répondu n'avoir consommé aucune drogue autrement que par injection au cours des six derniers mois.

² La catégorie des opioïdes médicamenteux 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, fentanyl, codéine, demerol, Hydromorph-Contin.

³ Question ajoutée en 2009, donc le dénominateur est de 867 participants.

⁴ Si on combine héroïne blanche et héroïne beige/brune, 0,9 % des UDI ont rapporté en avoir consommé le plus souvent.

⁵ Vingt-trois autres drogues consommées autrement que par injection le plus souvent ont été rapportées par un à 13 individus.

Tableau 13 Droque injectée le plus souvent dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2010

Droque	n/3 967 ¹	%
Cocaïne	2 297	57,9
Opioides médicamenteux ²	1 047	26,4
Dilaudid ³	519	13,1
Morphine ³	376	9,5
Héroïne beige/brune ⁴	223	5,6
Héroïne blanche ⁴	169	4,3
Crack	164	4,1
Oxycodone/oxycontin non prescrit	119	3,0
<i>Speedball</i> ⁵	21	0,5
Hydromorph-Contin	20	0,5
Amphétamines	17	0,4
Autres drogues ⁶	62	1,6

¹ Excluant 669 personnes qui ont répondu n'avoir consommé aucune drogue par injection au cours du dernier mois.

² La catégorie des opioïdes médicamenteux 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) et les autres opioïdes médicamenteux non prescrits (incluant oxycodone/oxycontin, fentanyl, codéine, demerol, Hydromorph-Contin).

³ Regroupant prescrit et non prescrit.

⁴ Si on combine héroïne blanche et héroïne beige/brune, 9,9 % des UDI ont rapporté s'en être injectés le plus souvent.

⁵ Mélange injectable de cocaïne et d'héroïne.

⁶ Dix-huit autres drogues injectées le plus souvent dans le dernier mois ont été rapportées par un à sept individus.

Dans le dernier mois, les participants ont déclaré s'injecter le plus souvent de la cocaïne et des opioïdes médicamenteux (tableau 13). Ces données sont similaires à celles pour les six derniers mois (tableau 6).

Tableau 14 Drogues consommées autrement que par injection le plus souvent dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2010

Drogue	n/4 146 ¹	%
Crack/ <i>freebase</i>	1 189	28,7
Cannabis	1 053	25,4
Alcool	901	21,7
Cocaïne	268	6,5
Benzodiazépines non prescrits	190	4,6
Opioides médicamenteux non prescrits ^{2,3}	35	4,2
Amphétamines	95	2,3
Oxycodone/oxycotin non prescrit	59	1,4
Morphine non prescrite	47	1,1
PCP	46	1,1
Dilaudid non prescrit ³	8	1,0
Morphine prescrite	31	0,8
Ecstasy	26	0,6
Tylenol pris pour <i>buzzer</i>	19	0,5
Ritalin seul non prescrit	15	0,4
Héroïne blanche ⁴	13	0,3
Héroïne beige/brune ⁴	10	0,2
Autres drogues ⁵	94	2,3

¹ Excluant 493 personnes qui ont répondu n'avoir consommé aucune drogue autrement que par injection au cours du dernier mois.

² La catégorie des opioïdes médicamenteux 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, fentanyl, codéine, demerol, Hydromorph-Contin.

³ Question ajoutée en 2009, donc le dénominateur est de 837 participants.

⁴ Si on combine héroïne blanche et héroïne beige/brune, 0,5 % des UDI ont rapporté en avoir consommé le plus souvent.

⁵ Dix-huit autres drogues consommées autrement que par injection le plus souvent ont été rapportées par un à 12 individus.

Des données très similaires à celles observées pour les six derniers mois (tableau 12) ont été observées pour le dernier mois pour les drogues consommées autrement que par injection. Les plus fréquemment rapportées comprennent le crack/*freebase*, le cannabis, l'alcool et la cocaïne (tableau 14).

Les tendances dans la consommation de différentes drogues par injection et par un autre mode entre 2003 et 2010 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 crack est stable à Montréal et dans les programmes semi-urbains, alors qu'à Québec et à Ottawa/Outaouais elle est à la baisse. À noter que dans la plupart des régions autres qu'Ottawa/Outaouais, c'est la cocaïne et non le crack qui est la principale substance concernée.

L'injection de Dilaudid est à la hausse jusqu'en 2010 dans tous les sites de recrutement sauf dans les programmes semi-urbains où la hausse s'est terminée en 2006.

L'injection d'oxycodone non prescrite semble être en émergence, plus particulièrement à Québec et dans la région Ottawa/Outaouais. Cette drogue n'ayant été ajoutée explicitement au questionnaire qu'en fin d'année 2005 (avant elle pouvait être nommée dans la catégorie des autres drogues), sa consommation pourrait être sous-estimée pour 2003 à 2005.

L'injection d'opioïdes médicamenteux est à la hausse jusqu'en 2010 dans tous les sites de recrutement sauf dans les programmes semi-urbains où la hausse s'est terminée en 2005. Cette tendance doit être interprétée avec précaution, car ce regroupement a changé dans le temps (consulter la section « 2.4 Méthodologie » pour de plus amples informations).

L'injection d'héroïne est à la baisse à Montréal jusqu'en 2007, mais à la hausse entre 2007 et 2010. Elle est à la hausse entre 2006 et 2010 à Ottawa/Outaouais, alors qu'elle est à la baisse dans les programmes semi-urbains entre 2003 et 2010.

La consommation du crack/*freebase* non injecté a augmenté à Montréal jusqu'en 2010, jusqu'en 2007 à Québec, jusqu'en 2006 à Ottawa/Outaouais et jusqu'en 2005 dans les programmes semi-urbains. Par contre, elle est à la baisse à Québec depuis 2007 et à Ottawa/Outaouais depuis 2006.

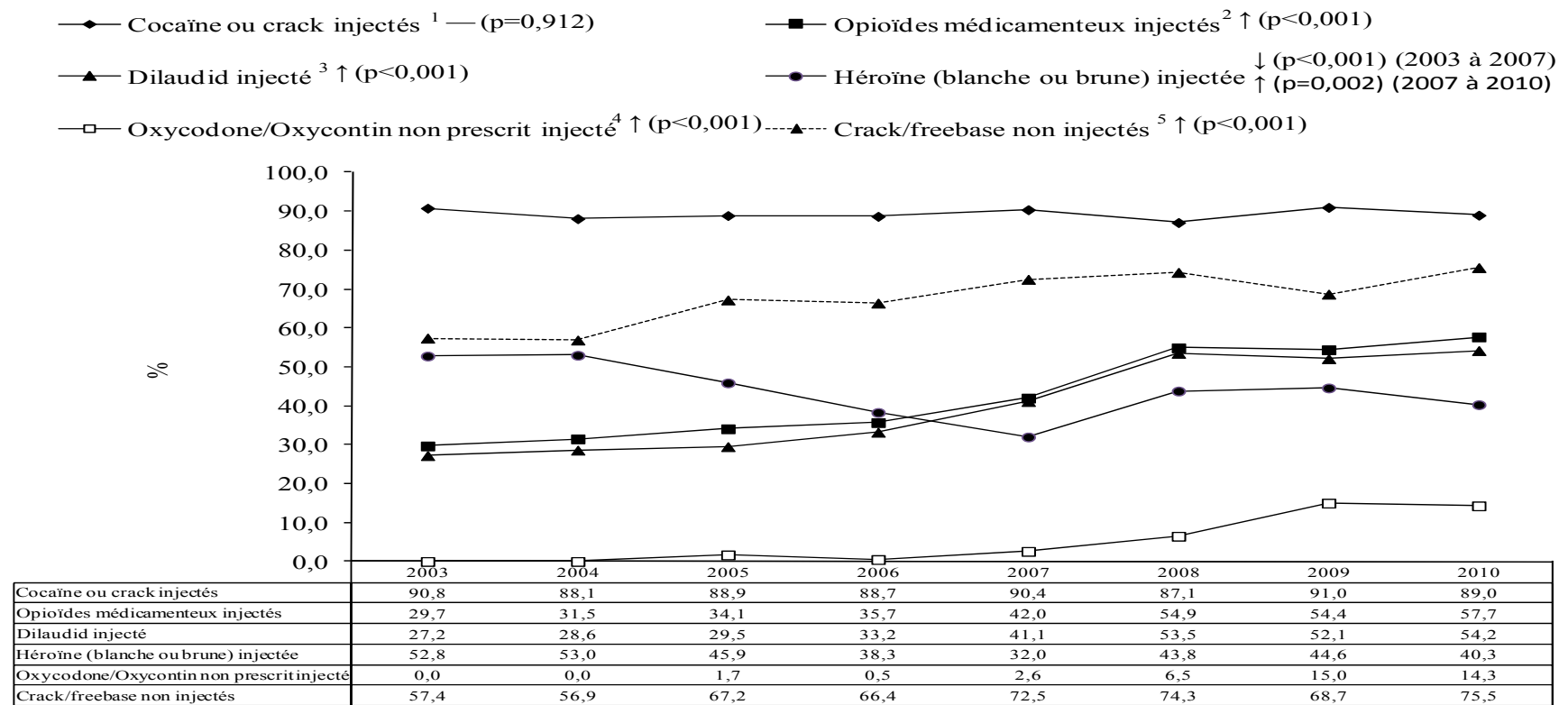


Figure 2 Tendances de la consommation de drogues – Montréal – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010 (31 décembre 2010)

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 les drogues individuelles suivantes : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non) et les autres opioides médicamenteux non prescrits (oxycodone/oxycontin, fentanyl, codéine, demerol, Hydromorph-Contin). La tendance doit être interprétée avec précaution, car ce regroupement a changé dans le temps (voir la section Méthodologie, 2.4).

³ Regroupant prescrit et non prescrit.

⁴ L'oxycodone n'ayant été ajoutée explicitement au questionnaire qu'en fin d'année 2005, cela pourrait sous-estimer la consommation de 2003 à 2005.

⁵ 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.

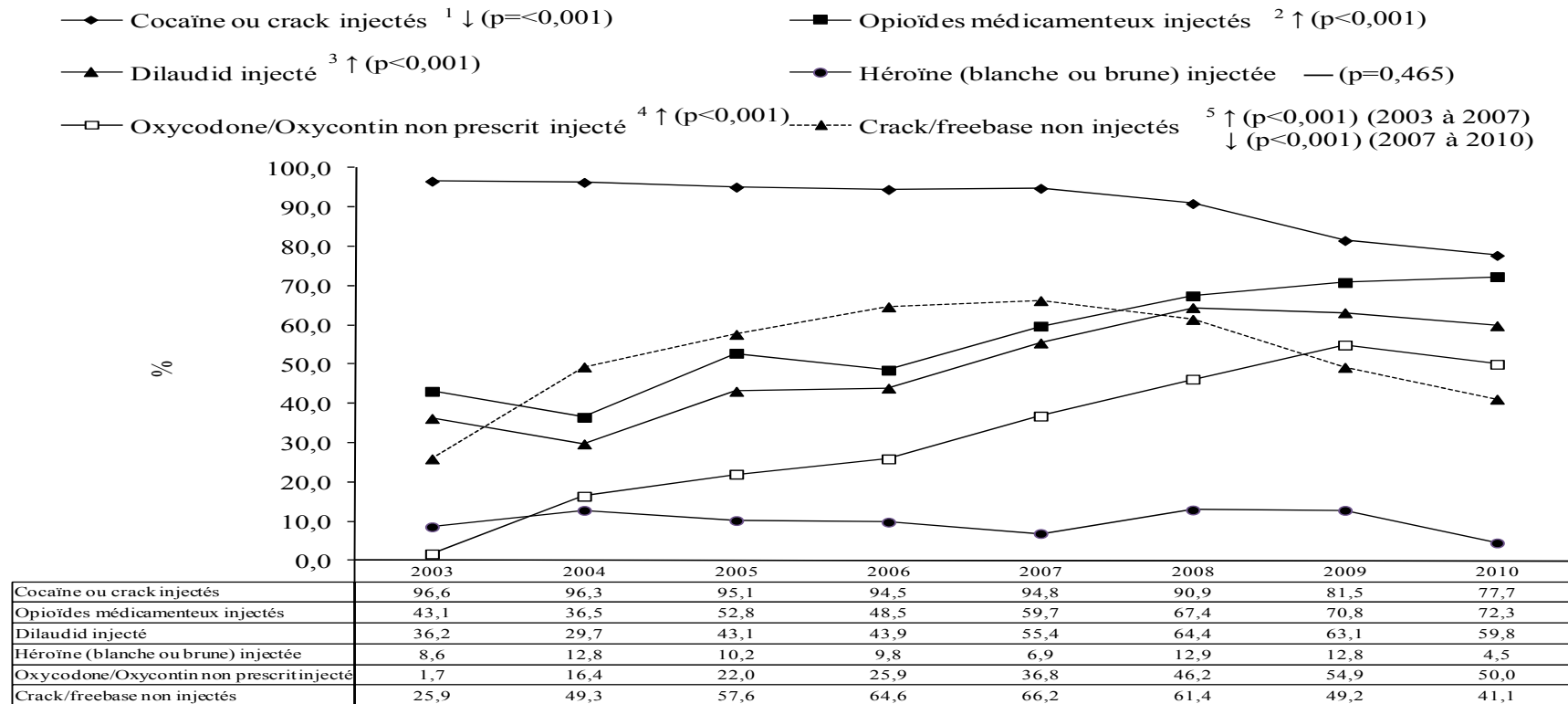


Figure 3 Tendances de la consommation de drogues – Ville de Québec – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010 (31 décembre 2010)

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 les drogues individuelles suivantes : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non) et les autres opioïdes médicamenteux non prescrits (oxycodone/oxycontin, fentanyl, codéine, demerol). La tendance doit être interprétée avec précaution, car ce regroupement a changé dans le temps (voir la section Méthodologie, 2.4).

³ Regroupant prescrit et non prescrit.

⁴ L'oxycodone n'ayant été ajoutée explicitement au questionnaire qu'en fin d'année 2005, cela pourrait sous-estimer la consommation de 2003 à 2005.

⁵ 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.

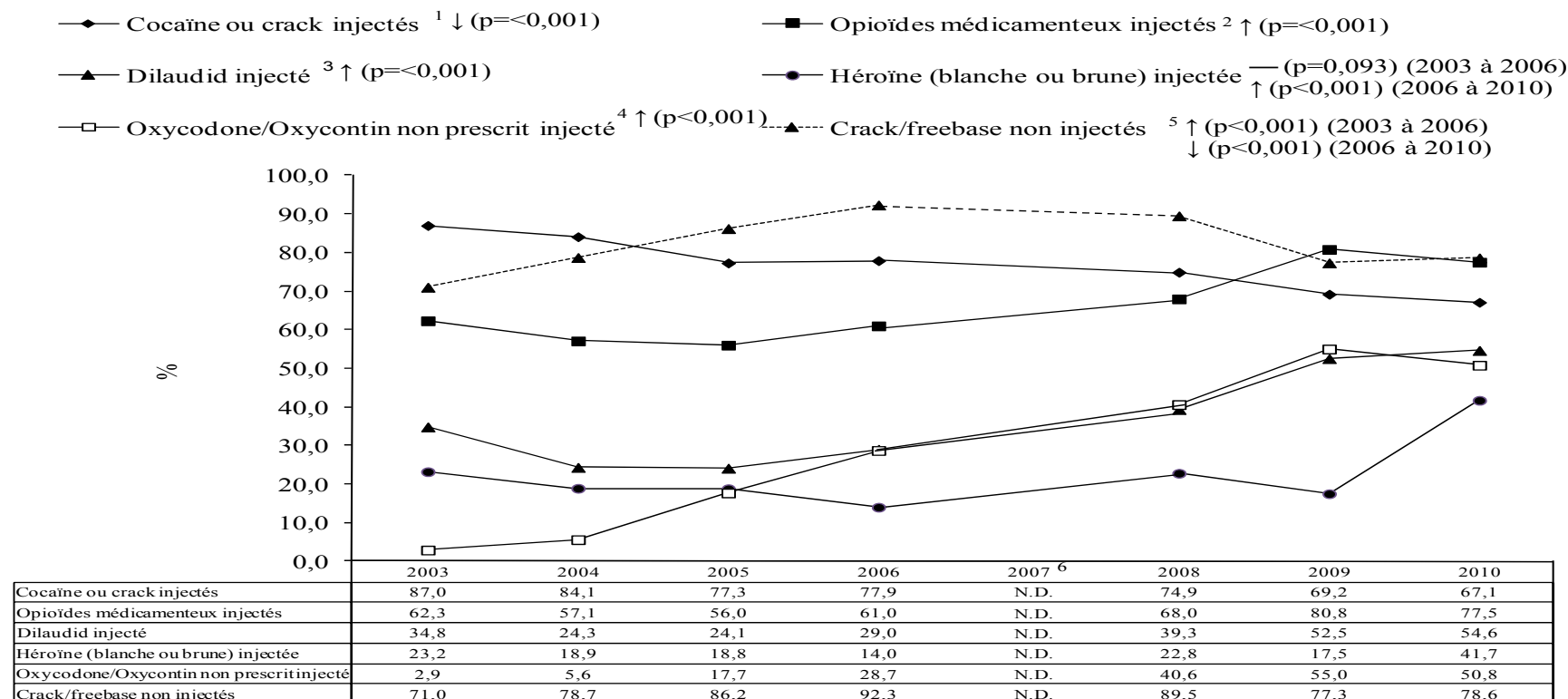


Figure 4 Tendances de la consommation de drogues – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010 (31 décembre 2010)

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 les drogues individuelles suivantes : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non) et les autres opioïdes médicamenteux non prescrits (oxycodone/oxycontin, fentanyl, codéine, demerol, Hydromorph-Contin). La tendance doit être interprétée avec précaution, car ce regroupement a changé dans le temps (voir la section Méthodologie, 2.4).

³ Regroupant prescrit et non prescrit.

⁴ L'oxycodone n'ayant été ajoutée explicitement au questionnaire qu'en fin d'année 2005, cela pourrait sous-estimer la consommation de 2003 à 2005.

⁵ 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.

⁶ Étant donné que seulement 33 UDI ont été recrutés dans cette région en 2007, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

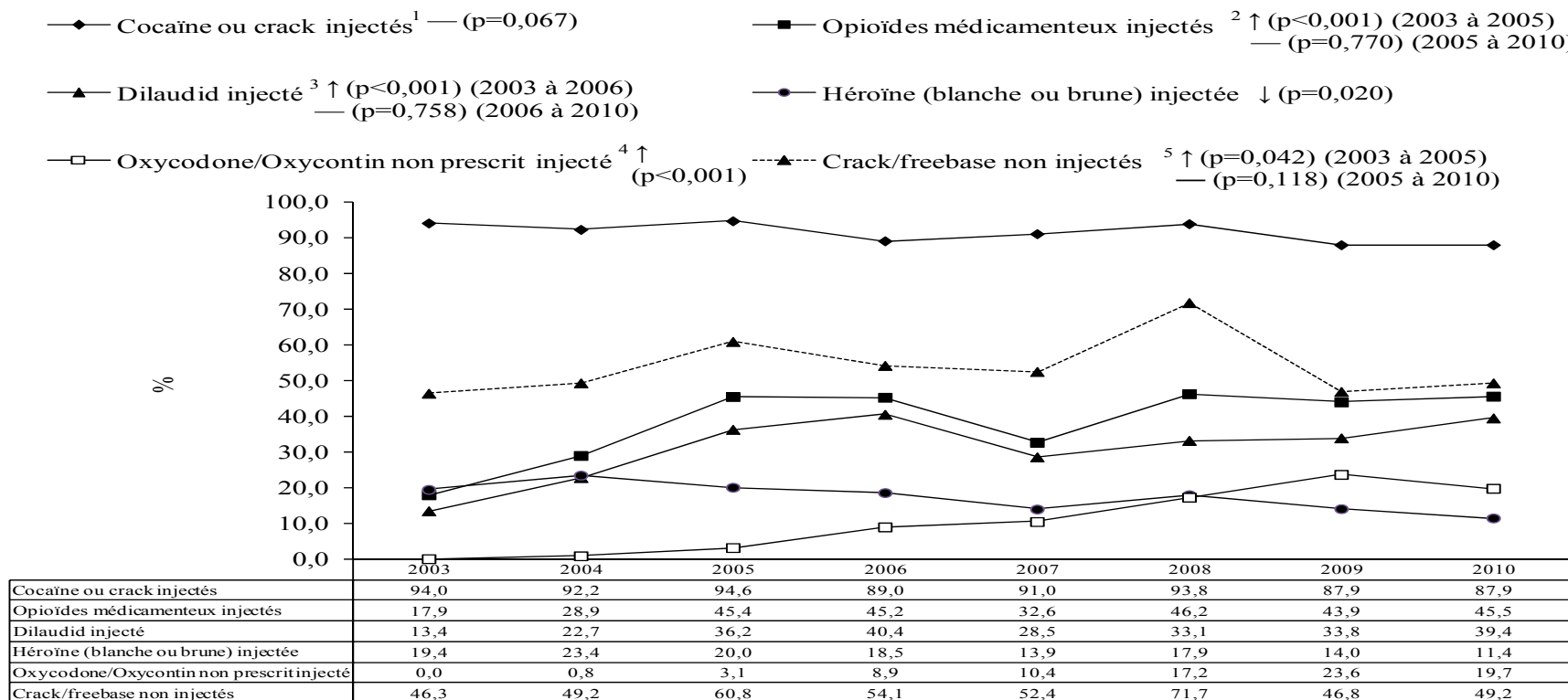


Figure 5 Tendances de la consommation de drogues – Semi-urbains – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010 (31 décembre 2010)

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 les drogues individuelles suivantes : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non) et les autres opioïdes médicamenteux non prescrits (oxycodone/oxycotin, fentanyl, codéine, demerol, Hydromorph-Contin). La tendance doit être interprétée avec précaution, car ce regroupement a changé dans le temps (voir la section Méthodologie, 2.4).

³ Regroupant prescrit et non prescrit.

⁴ L'oxycodone n'ayant été ajoutée explicitement au questionnaire qu'en fin d'année 2005, cela pourrait sous-estimer la consommation de 2003 à 2005.

⁵ 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.

Tableau 15 Lieux d'injection dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2010

S'est injecté dans :	n/4 665	%
Sa propre résidence	2 852	61,1
Un lieu public :	2 520	54,0
- La rue/un stationnement extérieur	1 848	39,6
- Des toilettes publiques	1 551	33,3
- Un boisé/un parc	1 155	24,8
- Un « squat »	248	5,3
- Une entrée/un escalier ou un corridor d'un immeuble	152	3,3
- Un lieu commercial ¹	111	2,4
- Un stationnement intérieur/un garage	95	2,0
- Autres ²	103	2,2
La résidence d'un ami	2 009	43,1
Un hôtel/motel	1 152	24,7
Une maison de chambre/pension	555	11,9
Un refuge, foyer	315	6,8
Un véhicule privé	310	6,7
La résidence des parents	296	6,4
La résidence d'une personne peu ou pas connue	179	3,8
Un lieu de résidence de la parenté	153	3,3
Un centre de détention	70	1,5
Ailleurs ³	125	2,7

¹ Incluant les bars, *peep show*, sauna.

² Par exemple : hôpital (15), véhicule public (30).

³ Par exemple : clinique de réadaptation (35), maison de transition (31), institution psychiatrique (13), piquerie (29), travail (15).

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 15).

Tableau 16 Lieu d'injection le plus fréquent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2010

S'est injecté le plus souvent dans :	Réseau		UDI urbains		UDI semi-urbains ¹	
	n/4 642	%	n/3 924	%	n/718	%
Sa propre résidence	2 282	49,2	1 861	47,4	421	58,6
Un lieu public :	1 114	24,0	1 056	26,9	58	8,1
- La rue/un stationnement intérieur	601	13,0	579	14,8	22	3,1
- Des toilettes publiques	276	6,0	261	6,7	15	2,1
- Un boisé/un parc	166	3,6	152	3,9	14	2,0
- Un lieu commercial ²	21	0,5	21	0,5	0	0,0
Une entrée/un escalier ou un corridor d'un immeuble	20	0,4	18	0,5	2	0,3
- Un « squat »	14	0,3	11	0,3	3	0,4
- Un stationnement/un garage	6	0,1	6	0,2	0	0,0
- Autres ³	10	0,2	8	0,2	2	0,3
La résidence d'un ami	601	13,0	480	12,2	121	16,9
Une maison de chambre/pension	234	5,0	212	5,4	22	3,1
Un hôtel/motel	170	3,7	131	3,3	39	5,4
Un refuge, foyer	73	1,6	71	1,8	2	0,3
La résidence des parents	46	1,0	25	0,6	21	2,9
Un véhicule privé	45	1,0	36	0,9	9	1,3
La résidence d'une personne peu ou pas connue	27	0,6	22	0,6	5	0,7
Un lieu de résidence de la parenté	18	0,4	12	0,3	6	0,8
Un centre de détention	16	0,3	5	0,1	11	1,5
Ailleurs ⁴	16	0,3	13	0,3	3	0,4

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

² Incluant les bars, *peep show*, sauna.

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

⁴ Par exemple : piquerie (11).

La moitié des participants s'injecte le plus souvent à sa propre résidence (49,2 %). Les lieux publics sont également mentionnés fréquemment avec un individu sur quatre (24,0 %) en faisant mention (tableau 16). 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 17 Emprunt et prêt du matériel d’injection dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

	n/N	%
A emprunté¹		
Eau	1 098/4 943	22,2
Filtre	699/4 950	14,1
Contenant	1 047/4 953	21,1
Tourniquet/garrot ²	419/4 004	10,5
Tampon alcoolisé ³ (avant injection)	82/2 783	3,0
Tampon sec ³ (post-injection)	105/2 778	3,8
Acidifiant ²	153/3 976	3,9
Seringue ⁴	1 170/4 916	23,8
A prêté¹		
Eau ⁵	813/4 638	17,5
Filtre ⁵	517/4 636	11,2
Contenant ⁵	800/4 625	17,3
Tourniquet/garrot ²	340/4 005	8,5
Tampon alcoolisé ³ (avant injection)	72/2 779	2,6
Tampon sec ³ (post-injection)	77/2 774	2,8
Acidifiant ²	138/3 971	3,5
Seringue ⁴	974/4 870	20,0

¹ Parmi tous les UDI, peu importe s’ils utilisent le matériel.

² Variable ajoutée à partir de décembre 2004.

³ Variable ajoutée à partir d’août 2006.

⁴ Pour la période 1995-2010, 31,6 % (3 816/12 084) des UDI ont rapporté avoir emprunté des seringues alors que 26,8 % (3 230/12 053) ont rapporté en avoir prêté.

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

70,9 % (3 305/4 665) des UDI qui ont rapporté avoir fumé des drogues dans les derniers six mois ont rapporté avoir emprunté du matériel pour ce faire.

Un individu sur quatre (23,8 %) s’est injecté avec des seringues déjà utilisées par quelqu’un d’autre, un sur quatre (22,2 %) a emprunté de l’eau et un sur cinq (21,1 %) des contenants pour diluer ou chauffer la drogue. On note aussi que 20,0 % des UDI ont donné des seringues qu’ils avaient utilisées (tableau 17).

Tableau 18 Fréquence d'injection et emprunt du matériel d'injection dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Comportement dans le dernier mois (N)		n	%
Fréquence d'injection dans le dernier mois (4 976)	jamais	687	13,8
	pas toutes sem.	1 147	23,1
	1-2 jours/sem.	765	15,4
	3 à 6 jours/sem.	809	16,3
	tous les jours	1 568	31,5
Nombre d'injections dans le dernier mois (4 177) ¹	1 à 4	650	15,6
	5 à 10	590	14,1
	11 à 20	529	12,7
	21 à 40	453	10,9
	41 à 60	418	10,0
	61 à 100	435	10,4
	101 à 200	541	13,0
	201 à 3 000	561	13,4
Proportion d'injections pour lesquelles une seringue déjà utilisée par d'autres a été utilisée (4 242) ¹	aucune	3 551	83,7
	1 à 20 %	475	11,2
	21 à 40 %	81	1,9
	41 à 60 %	75	1,8
	61 à 80 %	28	0,7
	81 à 100 %	32	0,8
Proportion d'injections pour lesquelles du matériel autre que des seringues déjà utilisé par d'autres a été utilisé (4 245) ¹	aucune	3 370	79,4
	1 à 20 %	458	10,8
	21 à 40 %	125	2,9
	41 à 60 %	106	2,5
	61 à 80 %	55	1,3
	81 à 100 %	131	3,1

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

Près du tiers des UDI (31,5%) se sont injectés à tous les jours dans le dernier mois (tableau 18). Un autre tiers (31,7 %) s'est injecté au moins une fois par semaine. Au total, environ 80 % des injections (83,7 % pour les seringues et 79,4 % pour les autres matériels) ont été faites avec du matériel neuf.

Tableau 19 Comparaison des comportements d'injection au cours des six derniers mois des UDI recrutés en milieux urbains et semi-urbains, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Comportement dans les six derniers mois	% UDI urbains (N)	% UDI semi-urbains ¹ (N)	Valeur-p
Partenaires d'injection principaux :			
inconnu	18,7 (4 203)	16,4 (770)	
connu	55,2 (4 203)	56,9 (770)	0,311
toujours seul	26,2 (4 203)	26,8 (770)	(2dl) ²
S'injectent depuis 6 ans et plus	73,9 (4 214)	60,1 (722)	< 0,001
Ont prêté leurs seringues	19,0 (4 104)	25,2 (766)	< 0,001
Se sont injectés au moins une fois à tous les jours dans le dernier mois ³	33,6 (4 212)	19,9 (764)	< 0,001
Ont emprunté des seringues	22,6 (4 163)	30,3 (753)	< 0,001
Se sont procuré leurs seringues empruntées principalement d'inconnus (chez les 1 130 emprunteurs de seringues qui ont répondu)	28,1 (901)	24,9 (229)	0,334
Ont emprunté du matériel autre que seringues ⁴	28,7 (3 361)	44,1 (608)	< 0,001
Se sont procuré leur matériel emprunté principalement d'inconnus (chez les 1 176 emprunteurs de matériel qui ont répondu) ⁴	24,8 (918)	24,4 (258)	0,891
Ont fumé du crack/ <i>freebase</i>	70,4 (4 221)	54,3 (775)	< 0,001
Se sont injecté plus d'une drogue	61,9 (4 220)	43,2 (773)	< 0,001
Drogue la plus souvent injectée :			
cocaïne	57,0 (4 195)	77,4 (771)	
héroïne (blanche ou beige/brune)	11,5 (4 195)	4,7 (771)	
opioïdes médicamenteux ⁵	25,2 (4 195)	15,3 (771)	< 0,001
autre	6,3 (4 195)	2,6 (771)	(3dl) ²

¹ UDI semi-urbains : Abitibi-Témiscamingue, Mauricie et Centre-du-Québec, Montérégie (à l'exception de ceux de la rive-sud immédiate ou qui disent résider à Montréal), 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 2005 seulement afin de tenir compte de tous les items de matériel (eau, filtre, contenant, tourniquet/garrot, tampon alcoolisé, tampon sec et acidifiant) questionnés maintenant.

⁵ La catégorie des opioïdes médicamenteux 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) et les autres opioïdes médicamenteux non prescrits (incluant oxycodone/oxycotin, fentanyl, codéine, demerol, Hydromorph-Contin).

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, tant au niveau de la consommation de drogues (tableau 19) qu'au plan sexuel (tableau 20). 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

(emprunt ou prêt) et ils rapportent davantage la cocaïne comme drogue la plus souvent injectée (tableau 19).

2.3 COMPORTEMENTS SEXUELS

Tableau 20 Comparaison des comportements sexuels au cours des six derniers mois des UDI recrutés en milieux urbains et semi-urbains, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Comportements dans les six derniers mois	% UDI urbains (N)	% UDI semi-urbains ¹ (N)	Valeur-p
Parmi les femmes :			
Prostitution ²	31,3 (979)	32,2 (208)	0,788
Nb de partenaires sexuels masculins :			
0	14,4 (970)	11,1 (208)	
1	34,0 (970)	32,2 (208)	
2-5	22,8 (970)	33,7 (208)	0,008
≥ 6	28,8 (970)	23,1 (208)	(3dl) ³
Parmi les hommes :			
Prostitution	5,4 (3 211)	5,4 (554)	0,997
Nb de partenaires sexuels masculins :			
0	90,6 (3 213)	92,8 (558)	
1	3,1 (3 213)	2,7 (558)	
2-5	3,3 (3 213)	3,4 (558)	0,061
≥ 6	3,1 (3 213)	1,1 (558)	(3dl)
Nb de partenaires sexuels féminins :			
0	37,2 (3 210)	27,7 (563)	
1	30,3 (3 210)	36,6 (563)	
2-5	25,6 (3 210)	30,4 (563)	< 0,001
≥ 6	6,9 (3 210)	5,3 (563)	(3dl)

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

² On inclut ici la prostitution en échange d'argent, de drogues ou d'autres biens et services.

³ Degrés de liberté.

Parmi les 203 hommes qui rapportent avoir eu des activités de prostitution dans les six derniers mois, 118 (58,1 %) rapportent avoir eu moins de six partenaires sexuels masculins pendant cette période.

Parmi les 373 femmes qui rapportent avoir eu des activités de prostitution dans les six derniers mois, 85 (22,8 %) rapportent avoir eu moins de six partenaires sexuels masculins pendant cette période.

Parmi les 3 559 hommes qui ne rapportent pas avoir eu des activités de prostitution dans les six derniers mois, 19 (0,5 %) rapportent avoir eu six partenaires sexuels masculins ou plus pendant cette période.

Parmi les 801 femmes qui ne rapportent pas avoir eu des activités de prostitution dans les six derniers mois, 39 (4,9 %) rapportent avoir eu six partenaires sexuels masculins ou plus pendant cette période.

Les analyses des données brutes (sans ajuster pour d'autres caractéristiques comme l'âge ou le sexe) montrent qu'une plus grande proportion des hommes recrutés en milieu semi-urbain rapportent des relations hétérosexuelles que ceux recrutés en milieu urbain (tableau 20).

Tableau 21 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, 2003-2010

Fréquence d'utilisation du condom par les femmes :	Part. réguliers	Part. occas.	Clients
	N = 730 ¹	N = 323	N = 317
toujours	140 19,2 %	156 48,3 %	232 73,2 %
parfois	147 20,1 %	97 30,0 %	70 22,1 %
jamais	443 60,7 %	70 21,7 %	15 4,7 %

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

Depuis 1995, 38,8 % des femmes (1 124/2 895) ont rapporté avoir eu des activités de prostitution (échange d'argent, de drogues ou d'autres biens et services) dans les derniers six mois.

43,5 % des femmes (355/816) ont rapporté avoir utilisé le condom lors de leurs dernières relations sexuelles (orales, vaginales ou anales).

73,8 % des femmes (824/1 117) ont rapporté avoir eu des relations sexuelles dans le dernier mois (orales, vaginales ou anales).

Tableau 22 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, 2003-2010

Fréquence d'utilisation du condom par les hommes :	Part. réguliers		Part. occas.		Clients	
	H	F	H	F	H	F
	N = 67 ¹	N = 1 386	N = 79	N = 1 229	N = 65	N = 52
toujours	30 44,8 %	359 25,9 %	47 59,5 %	684 55,7 %	41 63,1 %	30 57,7 %
parfois	8 11,9 %	268 19,3 %	12 15,2 %	287 23,4 %	10 15,4 %	14 26,9 %
jamais	29 43,3 %	759 54,8 %	20 25,3 %	258 21,0 %	14 21,5 %	8 15,4 %

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

Depuis 1995, 7,7 % des hommes (693/8 955) ont rapporté avoir eu des activités de prostitution (échange d'argent, de drogues ou d'autres biens et services) dans les derniers six mois.

Depuis 1995, 12,1 % des hommes (1 082/8 976) ont rapporté avoir eu des partenaires sexuels masculins dans les six derniers mois.

45,5 % (722/1 586) des hommes ont rapporté avoir utilisé le condom lors de leurs dernières relations sexuelles (orales, vaginales ou anales).

45,4 % (1 606/3 536) des hommes ont rapporté avoir eu des relations sexuelles dans le dernier mois (orales, vaginales ou anales).

La proportion de participants qui déclarent toujours utiliser le condom lors des relations anales ou vaginales est plus élevée avec les partenaires sexuels clients et avec les partenaires occasionnels qu'avec les partenaires réguliers (tableaux 21 et 22). Depuis 1995, près d'un homme sur 10 (693/8 955) et près de deux femmes sur cinq (1 124/2 895) rapportent avoir eu des activités de prostitution (tableaux 21 et 22, note de bas de tableau).

2.4 PRÉVALENCE DU VIH ET DU VHC

Tableau 23 Prévalence du VIH, par âge et sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Âge/Sexe	% Pos VIH ¹ N						
	Femmes		Hommes		Données manquantes pour le sexe	Total	
< 20	0,0	97	0,0	82	1 (0 pos)	0,0	180
20-24	3,8	211	4,7	359	2 (1 pos)	4,6	572
25-29	14,1	199	8,2	523	4 (1 pos)	9,9	726
30-34	11,6	155	10,2	512	8 (0 pos)	10,4	675
35-39	17,1	175	18,2	603	7 (4 pos)	18,3	785
≥ 40	16,9	343	22,5	1 659	6 (2 pos)	21,6	2 008
Total	12,0	1 180	15,9	3 738	28 (8 pos)	15,1 ²	4 946

¹ Le résultat au test VIH (salive) est manquant pour 12 femmes et 42 hommes.

² IC 95 % : 14,1-16,1.

La différence significative de prévalence du VIH entre les hommes et les femmes est causée par le fait que les hommes recrutés sont plus vieux.

La prévalence du VIH sur l'ensemble de la période d'observation (2003-2010) est de 15,1 % (746/4 946). 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 23).

Tableau 24 Prévalence annuelle du VIH à la première visite^d annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (données au 31 décembre 2010)

Année	Réseau		Montréal ¹		Ville de Québec		Ottawa/Outaouais		Semi-urbains ²	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1995	983	11,5	506	13,2	452	9,7			34	5,9
1996	1 736	14,5	932	18,0	587	9,2	185	17,8	46	0,0
1997	1 744	15,9	684	20,9	674	8,5	330	23,3	71	2,8
1998	1 297	16,4	398	20,4	363	10,7	458	19,9	90	2,2
1999	1 114	15,0	407	14,5	310	12,3	238	25,6	163	5,5
2000	1 402	16,4	643	17,4	311	16,7	283	20,1	175	5,7
2001	1 666	16,3	782	19,3	352	14,2	249	21,3	302	7,0
2002	1 287	18,3	613	22,7	262	15,6	230	17,8	192	7,8
2003	871	18,8	459	22,0	182	19,8	125	16,8	111	6,3
2004	1 208	17,7	565	23,0	217	17,5	301	10,6	131	11,5
2005	1 087	16,7	449	23,6	243	14,0	276	11,2	129	9,3
2006	1 277	17,1	550	22,7	325	16,9	268	11,2	139	6,5
2007	911	17,9	511	21,5	231	16,9	N.D. ³	N.D. ³	142	9,9
2008	960	15,4	477	20,3	130	14,6	218	10,6	143	7,0
2009	907	16,0	441	21,1	192	14,6	119	10,1	158	7,6
2010	1 077	17,7	466	26,2	111	20,7	373	9,4	130	8,5

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

² UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (sans ceux disant résider sur la rive-sud immédiate ou à Montréal), 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 (2010), la prévalence du VIH dans le réseau est de 17,7 % (191/1 077) (tableau 24). En 2010, la prévalence de VIH la plus élevée a été observée à Montréal et à Québec (voir la figure 6 pour l'analyse de tendance).

^d On conserve ici la première visite par année (donc un même sujet peut contribuer à deux années). 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 25 Prévalence du VHC, par âge et sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Âge ² /Sexe	% Pos VHC ¹ N						
	Femmes		Hommes		Données manquantes pour le sexe	Total	
< 20	20,6	97	19,5	82	1 (0 pos)	20,0	180
20-24	49,1	212	36,7	360	2 (1 pos)	41,3	574
25-29	54,5	200	50,3	531	4 (3 pos)	51,6	735
30-34	65,8	158	52,8	513	8 (6 pos)	56,1	679
35-39	76,7	176	69,1	608	7 (5 pos)	70,8	791
≥ 40	75,0	344	76,2	1 674	6 (5 pos)	76,0	2 024
Total	61,5	1 187	63,2	3 768	28 (20 pos)	62,9 ³	4 983

¹ Le résultat au test VHC (salive) est inconnu pour 5 femmes et 12 hommes.

² L'âge n'est manquant pour aucun individu.

³ IC 95 % : 61,5-64,2.

La prévalence du VHC (anticorps contre le VHC) sur l'ensemble de la période d'observation (2003-2010) est de 62,9 % (3 132/4 983), 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 41,3 % 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 25).

Tableau 26 Prévalence annuelle du VHC à la première visite^e annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010 (données au 31 décembre 2010)

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	70,1	219	64,8	300	57,3	130	53,1
2005	1 104	64,1	461	70,9	246	70,7	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	68,1	531	73,3	231	71,9	N.D. ³	N.D. ³	144	47,9
2008	976	69,5	493	74,8	132	68,9	218	62,4	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

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

² UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (sans ceux disant résider sur la rive-sud immédiate ou à Montréal), 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 (2010), la prévalence du VHC dans le réseau est de 70,5 % (778/1 103) selon le tableau 26. En 2010, la prévalence de VHC la plus élevée a été observée à Québec et à Montréal (voir la figure 7 pour l'analyse de tendance).

^e On conserve ici la première visite par année (donc un même sujet peut contribuer à deux années). 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.

Tableau 27 Prévalence et prévalence ajustée du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Région de recrutement	N	% Pos VIH	IC 95 % ¹	% Pos VIH ajusté ²
Abitibi-Témiscamingue	155	3,9	0,1 – 8,2	4,7
Estrie	325	11,4	8,1 – 15,4	10,6
Mauricie et Centre-du-Québec	207	7,3	4,1 – 11,7	7,3
Montréal	61	13,1	5,8 – 24,2	12,0
Montréal	2 120	20,4	18,7 – 22,1	20,2
Ottawa	1 124	10,1	8,4 – 12,0	9,2
Ontario	101	10,9	5,6 – 18,7	9,9
Ville de Québec	913	14,4	12,1 – 16,8	12,8
Saguenay-Lac-Saint-Jean	74	5,4	1,5 – 13,3	10,2

¹ Intervalle de confiance sur la prévalence non ajustée.

² On a ajusté la prévalence de chacun des programmes en fonction de la structure d'âge et de sexe des UDI recrutés dans l'ensemble des sites collaborateurs montréalais. Seuls les UDI d'âge et de sexe connus sont inclus.

La prévalence brute dans les programmes urbains est de 16,2 % (IC95 % : 15,1-17,3) et de 8,5 % (IC95 % : 6,6-10,6) dans les programmes semi-urbains.

Tableau 28 Prévalence du VIH, par région de résidence, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Région de résidence ¹	N	% Pos VIH	IC 95 %
Abitibi-Témiscamingue	155	3,9	1,4 – 8,2
Estrie	327	11,3	8,1 – 15,3
Mauricie et Centre-du-Québec	234	7,3	4,3 – 11,4
Montréal	161	13,0	8,3 – 19,2
Montréal	1 977	21,0	19,2 – 22,9
Ottawa	1 114	10,2	8,5 – 12,2
Ontario	110	9,1	4,4 – 16,1
Ville de Québec	903	14,4	12,2 – 16,9
Saguenay-Lac-Saint-Jean	73	5,5	1,5 – 13,4

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.

La prévalence du VIH est présentée par région de recrutement (tableau 27) et par région de résidence des participants (tableau 28). La prévalence du VIH est la plus élevée à Montréal, à Québec et en Montérégie, variant entre 13,1 et 20,4 % (tableau 27). L'ajustement pour l'âge et le sexe change peu les résultats de prévalence du VIH sauf pour le Saguenay-Lac-Saint-Jean (tableau 27).

Tableau 29 Prévalence et prévalence ajustée du VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Région de recrutement	N	% Pos VHC	IC 95 % ¹	% Pos VHC ajusté ²
Abitibi-Témiscamingue	157	49,7	41,6 – 57,8	57,3
Estrie	327	53,8	48,3 – 59,3	52,7
Mauricie et Centre-du-Québec	208	62,0	55,1 – 68,6	61,7
Montréal ³	61	59,0	45,7 – 71,5	53,2
Montréal	2 152	68,5	66,4 – 70,4	68,3
Ottawa	1 125	58,0	55,0 – 60,9	55,1
Outaouais	102	52,9	42,8 – 62,9	48,8
Ville de Québec	920	67,7	64,6 – 70,7	64,9
Saguenay–Lac-Saint-Jean	74	18,9	10,8 – 29,7	33,9

¹ Intervalle de confiance sur la prévalence non ajustée.

² On a ajusté la prévalence de chacun des programmes en fonction de la structure d'âge et de sexe des UDI recrutés dans l'ensemble des sites collaborateurs montréalais. Seuls les UDI d'âge et de sexe connus sont inclus.

³ 164 individus disant résider en Montérégie ont été recrutés, la plupart à Montréal. 80 de ceux-ci ont été trouvés positifs au VHC (48,8 %; 40,1-56,7).

La prévalence brute dans les programmes urbains est de 65,2 % (IC95 % : 63,7-66,6) et de 52,3 % (IC95 % : 48,8-55,7) dans les programmes semi-urbains.

La prévalence du VHC est présentée seulement par région de recrutement (tableau 29). La prévalence brute est de 65,2 % en milieu urbain et de 52,3 % en milieu semi-urbain (tableau 29, note de bas de tableau). La prévalence du VHC ajustée pour l'âge varie de 33,9 % au Saguenay–Lac-Saint-Jean à 68,3 % à Montréal.

Tableau 30 Infection par le VIH et présence d'anticorps contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

	Anticorps contre le VHC		Total
	Oui	Non	
Infection par le VIH?			
Oui	641 ^{1,2,3}	105 ⁴	746
Non	2 459 ⁵	1 741 ⁶	4 200
Total	3 100	1 846	4 946

¹ 85,9 % (641/746) de ceux qui sont infectés par le VIH ont aussi des anticorps contre le VHC.

² 20,7 % (641/3 100) de ceux qui ont des anticorps contre le VHC sont aussi infectés par le VIH.

³ 13,0 % (641/4 946) sont séropositifs pour les deux virus.

⁴ 5,7 % (105/1 846) de ceux qui ne sont pas séropositifs pour le VHC sont infectés par le VIH.

⁵ 58,6 % (2 459/4 200) de ceux qui ne sont pas infectés par le VIH sont séropositifs pour le VHC.

⁶ 35,2 % (1 741/4 946) ne sont infectés ni par le VIH, ni par le VHC.

Parmi les participants que nous avons trouvés infectés par le VIH, 85,9 % (641/746) ont aussi des anticorps contre le VHC. À l'inverse, 20,7 % (641/3 100) de ceux qui ont des anticorps contre le VHC sont aussi infectés par le VIH. Parmi l'ensemble, 35,2 % (1 741/4 946) ne sont infectés ni par le VIH ni par le VHC (tableau 30).

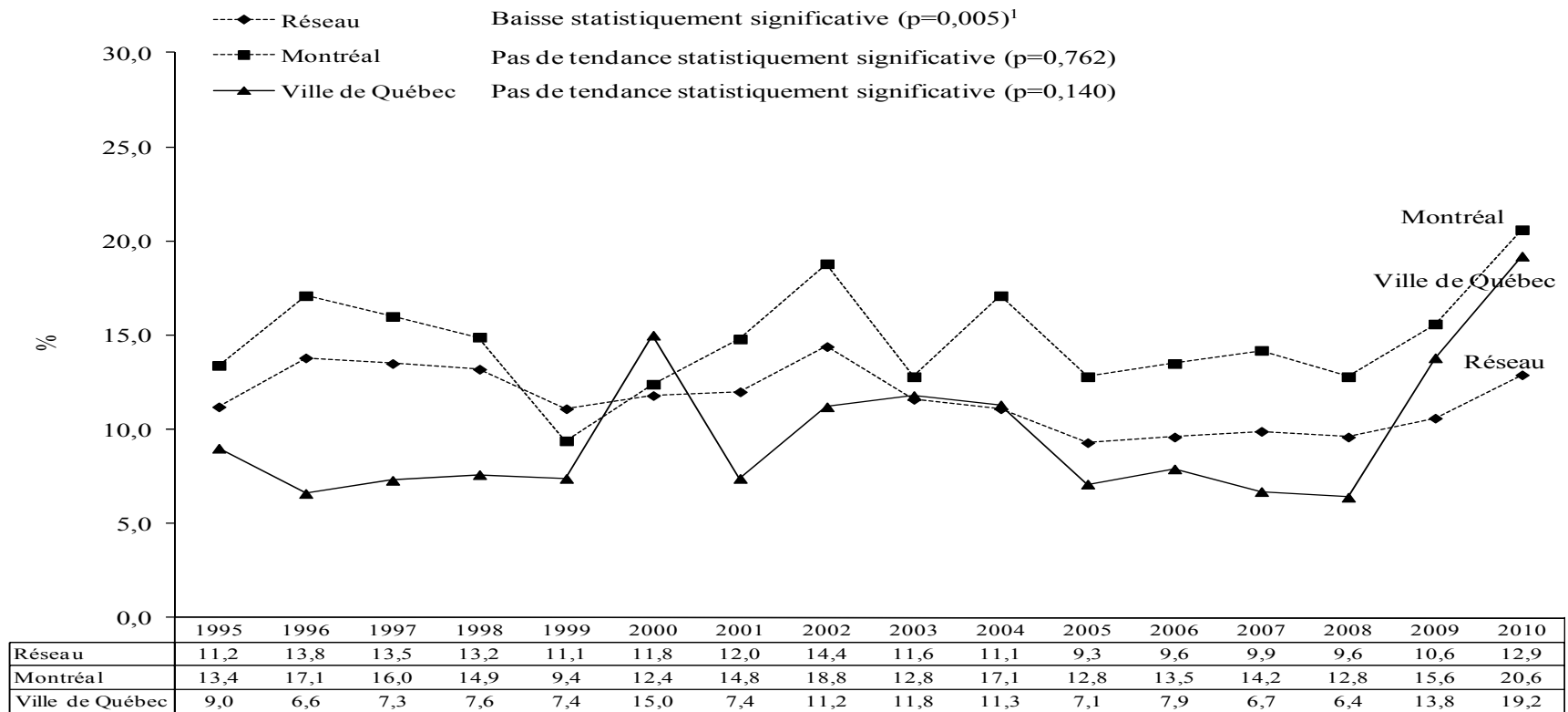


Figure 6 Tendances de la prévalence du VIH à la première visite à vie dans le réseau, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (31 décembre 2010)

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

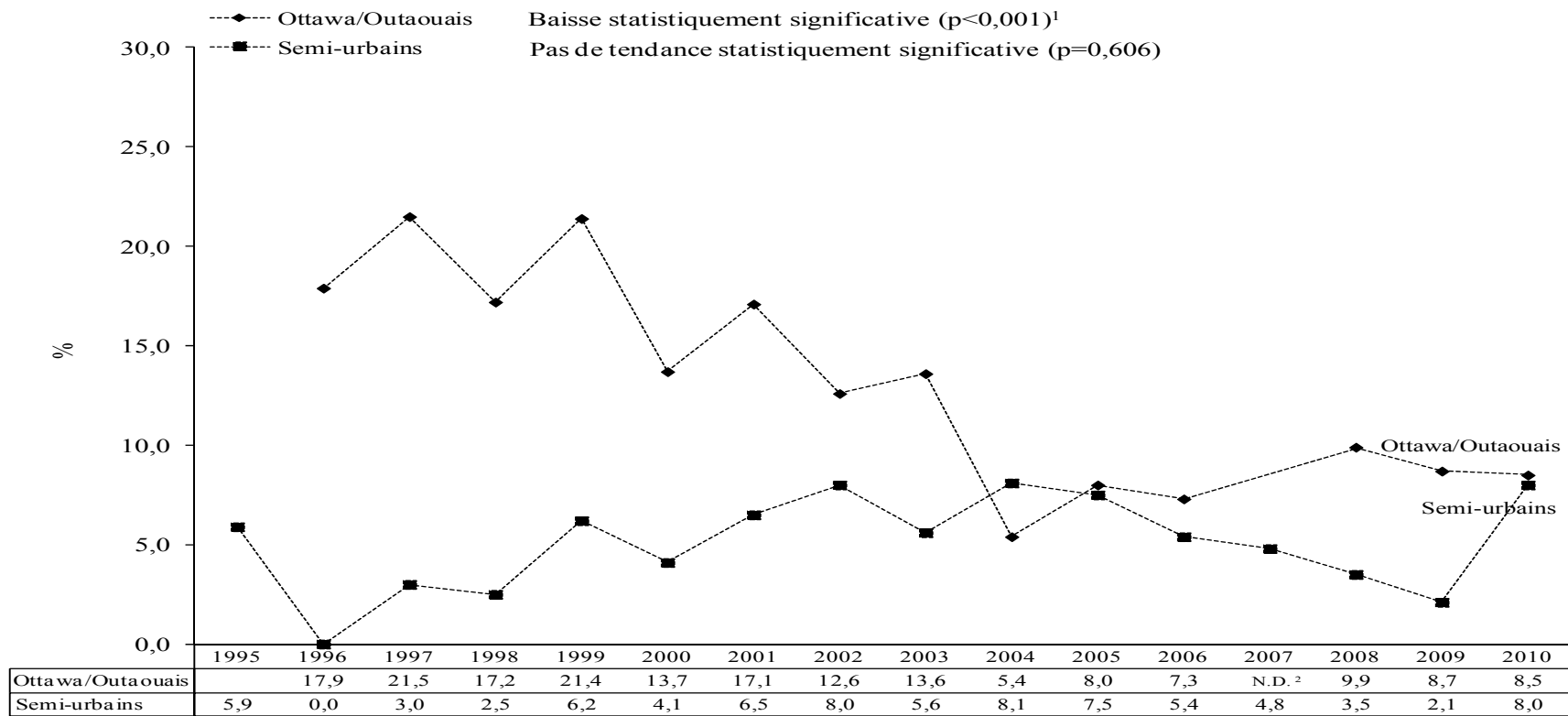


Figure 6 Tendances de la prévalence du VIH à la première visite à vie dans le réseau, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (31 décembre 2010) (suite)

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.

Sur la période 1995-2010, la prévalence du VIH semble être globalement à la baisse dans le réseau depuis quelques années, malgré une hausse récente en 2010 (figure 6). La seule sous-région où une baisse est observée est à Ottawa/Outaouais (figure 6 - suite).

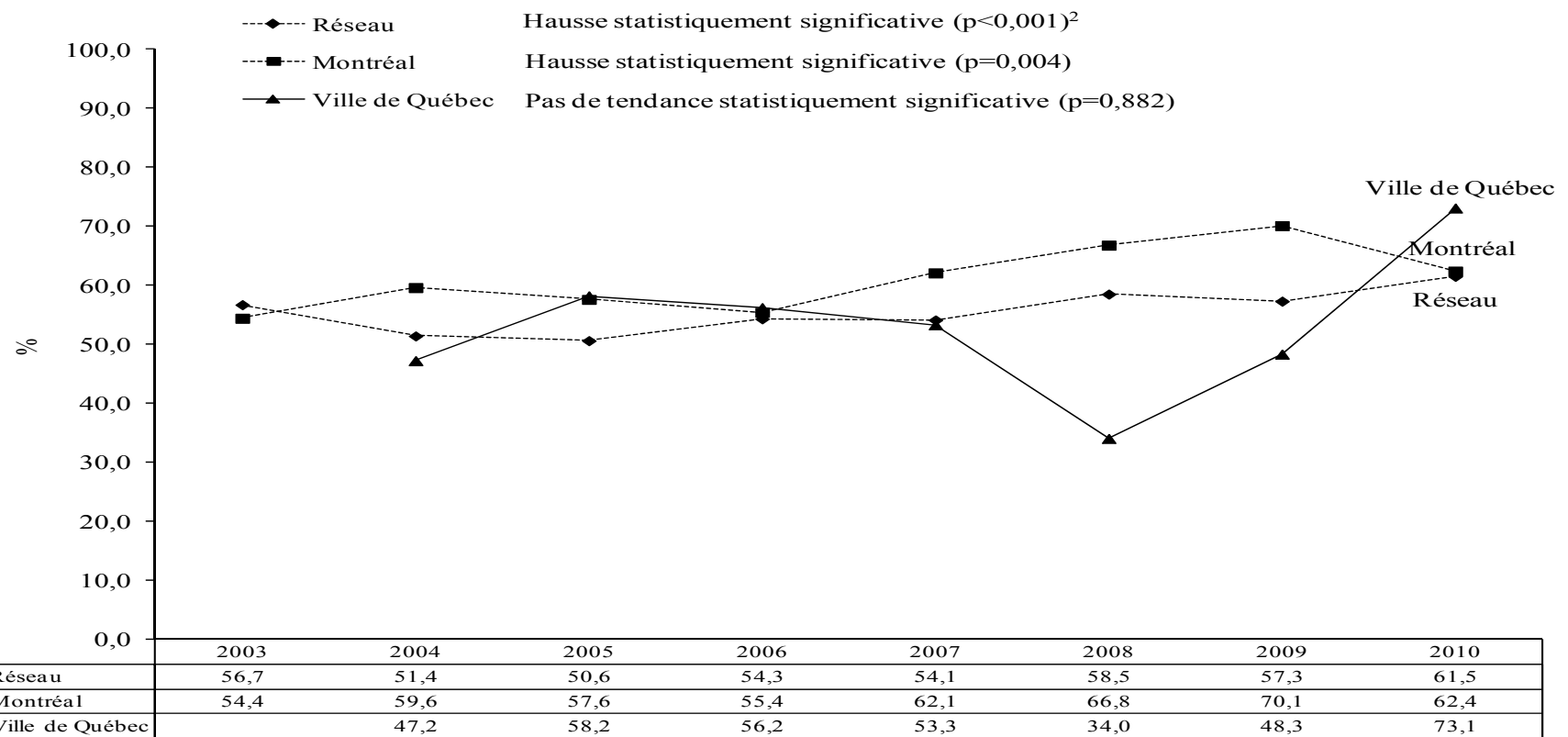


Figure 7 Tendances de la prévalence du VHC à la première visite¹ à vie dans le réseau, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010 (31 décembre 2010)

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.

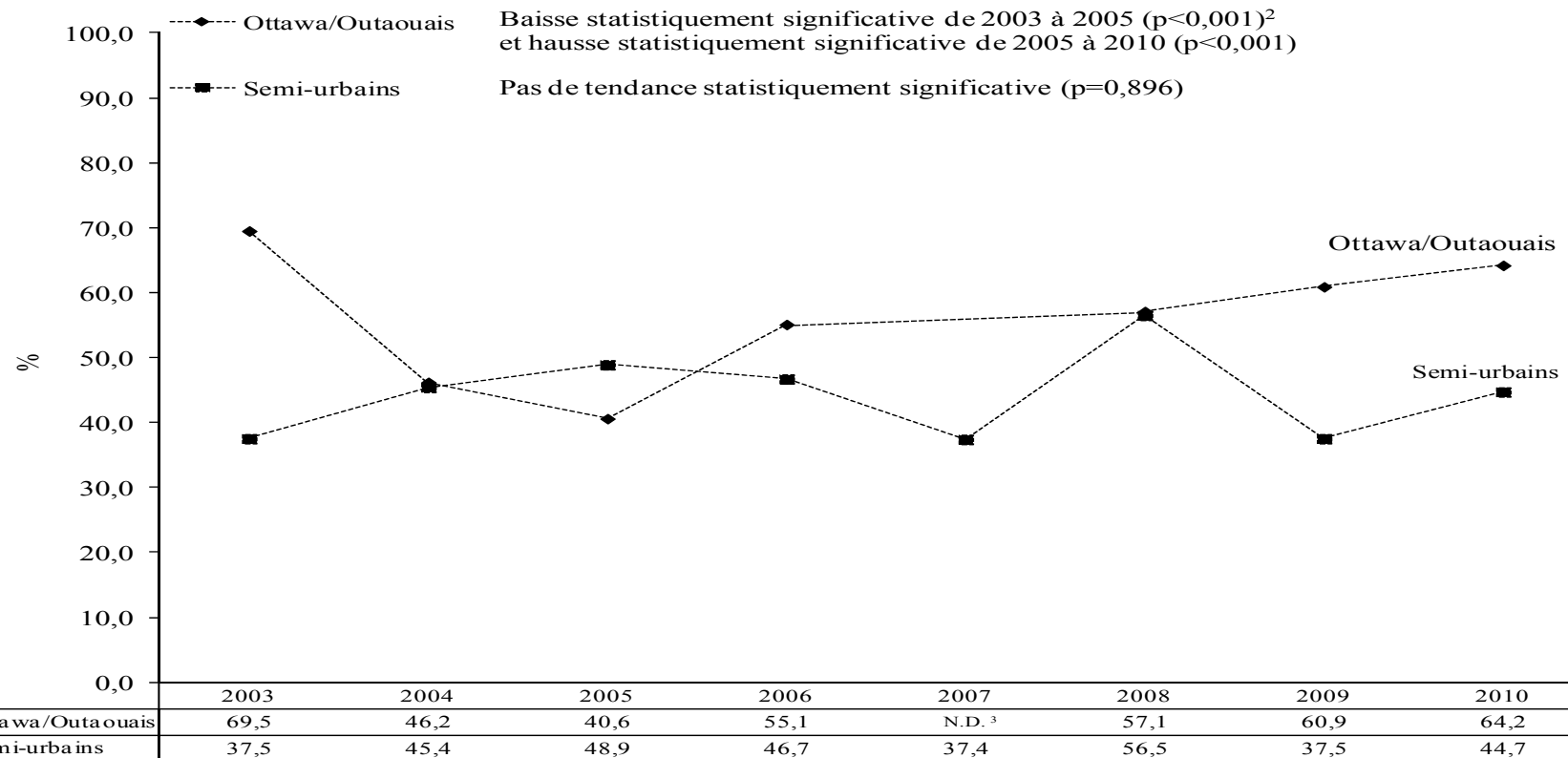


Figure 7 Tendances de la prévalence du VHC à la première visite¹ à vie dans le réseau, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010 (31 décembre 2010) (suite)

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.

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.

La prévalence du VHC est stable à Québec et dans les programmes semi-urbains alors qu'elle est à la hausse à Montréal (figure 7). À Ottawa/Outaouais, la prévalence du VHC est à la baisse de 2003 à 2005 et à la hausse de 2005 à 2010 (figure 7 - suite).

2.5 FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À LA PRÉVALENCE DU VIH ET DU VHC

Les tableaux 31 à 33 montrent l'analyse des facteurs de risque associés à la prévalence du VIH et du VHC pour la période de 2003 à 2010.

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 empruntées à d'autres, emprunter des seringues à des inconnus, s'injecter une seule drogue et s'injecter le plus souvent de la cocaïne (tableau 31).

Les participants qui déclarent prêter leurs seringues ont une prévalence du VIH moins élevée que ceux ne prêtant jamais leurs seringues (tableau 31).

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 31, 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 partenaire 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 31, suite).

L'analyse multivariée montre que les variables suivantes sont associées de façon indépendante à la prévalence du VIH : s'injecter le plus souvent de la cocaïne, s'injecter depuis six ans ou plus, se servir de seringues empruntées principalement d'inconnus et, chez les hommes, ne pas avoir de partenaire sexuel(le) ainsi que n'avoir que des partenaires sexuels masculins (tableau 32). Les participants qui n'ont pas de partenaire sexuel sont plus âgés et s'injectent depuis plus longtemps que les autres.

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 empruntées à d'autres, emprunter des seringues à des inconnus 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 d'autres 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. La prévalence du VHC augmente de façon statistiquement significative avec la fréquence d'injection dans le dernier mois (tableau 33).

Tableau 31 Facteurs de risque associés à la prévalence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Comportement dans les six derniers mois (N)		% infectés par le VIH	Valeur-p
Partenaires d'injection principaux (4 931)	inconnu	18,0	< 0,001 (2dl) ¹
	connu	13,3	
	toujours seul	16,7	
Durée d'injection (4 932)	moins de 6 ans	5,7	< 0,001
	6 ans ou plus	18,9	
Ont prêté leurs seringues (4 816)	oui	8,9	< 0,001
	non	16,7	
Fréquence d'injection dans le dernier mois (4 923) ²	jamais	10,7	0,433 test de tendance
	pas toutes sem.	16,6	
	1-2 jours/sem.	16,0	
	3 à 6 jours/sem.	18,1	
	tous les jours	13,9	
Se sont injectés avec des seringues empruntées (4 863)	chaque fois	10,2	0,001 (3dl)
	des fois	19,2	
	une seule fois	10,8	
	jamais	15,0	
De qui se sont principalement procuré des seringues empruntées (4 825)	inconnu	21,9	0,001 (2dl)
	connu	13,1	
	pas utilisé	15,0	
Ont emprunté du matériel autre que seringues (3 918) ³	oui	14,1	0,234
	non	15,6	
De qui se sont principalement procuré du matériel emprunté autre que seringues (3 861) ³	inconnu	18,7	0,263 (2dl)
	connu	12,5	
	pas utilisé	15,6	
Utilisation de seringues et de matériel déjà utilisés par d'autres (3 854) ³	seringue et matériel	14,3	0,189 (3dl)
	matériel seulement	14,6	
	seringue seulement	19,8	
	ni seringue ni matériel	15,3	
Ont fumé du crack/freebase (4 942)	oui	14,8	0,473
	non	15,6	
Se sont injecté plus d'une drogue (4 939)	oui	13,1	< 0,001
	non	17,9	
Drogue la plus souvent injectée (4 912)	cocaïne	18,5	< 0,001 (3dl)
	héroïne (blanche ou beige/brune)	5,5	
	opioïdes médicamenteux ⁴	11,7	
	autre	10,6	

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 2005 seulement afin de tenir compte de tous les items de matériel (eau, filtre, contenant, tourniquet/garrot, tampon alcoolisé, tampon sec et acidifiant) questionnés maintenant.

⁴ La catégorie des opioïdes médicamenteux 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) et les autres opioïdes médicamenteux non prescrits (incluant oxycodone/oxycotin, fentanyl, codéine, demerol, Hydromorph-Contin).

Tableau 31 Facteurs de risque associés à la prévalence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010 (suite)

Comportement dans les six derniers mois (N)		% infectés par le VIH		Valeur-p
Parmi les femmes :				
Prostitution (1 175) ⁴	oui	14,8	0,048	
	non	10,7		
Nombre de partenaires masculins (1 166)	0	19,3	< 0,001 (3dl)	
	1	9,5		
	2-5	8,0		
	≥ 6	14,8		
Parmi les hommes :				
Prostitution (3 723)	oui	16,4	0,854	
	non	15,9		
Nombre de partenaires masculins (3 729)	0	15,2	< 0,001 (3dl)	
	1	18,8		
	2-5	25,8		
	≥ 6	27,2		
Nombre de partenaires féminines (3 731)	0	24,7	< 0,001 (3dl)	
	1	12,4		
	2-5	10,8		
	≥ 6	6,0		
Relations sexuelles avec d'autres hommes (3 729)	oui	23,9	< 0,001	
	non	15,2		

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 2005 seulement afin de tenir compte de tous les items de matériel (eau, filtre, contenant, tourniquet/garrot, tampon alcoolisé, tampon sec et acidifiant) questionnés maintenant.

⁴ On inclut ici la prostitution en échange d'argent, de drogues ou d'autres biens et services.

La durée moyenne d'injection chez les infectés est de 17,5 ans vs 12,7 ans chez les non infectés (valeur-p < 0,001). Pour l'âge on a 40,8 vs 35,6 (valeur-p < 0,001) et pour le nombre d'injections dans le dernier mois on a 100,2 vs 81,3 (valeur-p = 0,019).

Tableau 32 Analyse multivariée par régression log-binomiale de la prévalence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Comportement dans les six derniers mois		RP ¹ brut	RP ajusté	IC 95 % ²	Valeur- p
Durée d'injection ET drogue la plus souvent injectée					
Moins de 6 ans	pas cocaïne	1,0	1,0	-	-
Moins de 6 ans	cocaïne	2,1	1,9	1,2 – 3,1	0,007
6 ans et plus	pas cocaïne	3,6	3,4	2,2 – 5,3	< 0,001
6 ans et plus	cocaïne	6,2	5,3	3,5 – 8,1	< 0,001
Emprunt de seringues déjà utilisées par d'autres					
	N'ont pas emprunté de seringues	1,0	1,0	-	-
	Se sont servis de seringues empruntées principalement de part. sex. rég./d'amis proches ou de la famille	0,9	1,0	0,8 – 1,2	0,875
	Se sont servis de seringues empruntées principalement d'inconnus	1,5	1,3	1,0 – 1,6	0,033
Genre et partenaires sexuels					
Parmi les femmes					
	pas de prostitution	1,0	1,0	-	-
	prostitution ³	1,4	1,1	0,8 – 1,5	0,526
Parmi les hommes					
	Ont des part. sex. féminines seulement	1,0	1,0	-	-
	Ont des part. sex. féminines et masculins	1,2	1,1	0,7 – 1,6	0,742
	Ont des part. sex. masculins seulement	3,1	2,7	2,1 – 3,4	< 0,001
	N'ont pas de partenaires sexuels ⁴	2,1	1,9	1,7 – 2,3	< 0,001

¹ RP : Rapport de prévalences.

² Intervalle de confiance à 95 %.

³ On inclut ici la prostitution en échange d'argent, de drogues ou d'autres biens et services.

⁴ Ces individus sont plus âgés et s'injectent depuis plus longtemps.

Tableau 33 Facteurs de risque associés à la prévalence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

Comportement dans les six derniers mois (N)		% infectés par le VHC	Valeur-p
Âge (4 983)	< 25 ans	36,2	< 0,001
	25 ans et +	67,6	
Sexe (4 955)	masculin	63,2	0,286
	féminin	61,5	
Durée d'injection (4 969)	moins de 6 ans	39,9	< 0,001
	6 ans ou plus	71,9	
Ont fumé du crack/freebase (4 979)	oui	63,3	0,360
	non	62,0	
Utilisation matériel déjà utilisé par d'autres pour fumer ou inhaler (4 916)	chaque fois	60,3	0,002 (3dl) ¹
	des fois	61,4	
	une seule fois	59,3	
	jamais	66,5	
Injection de cocaïne (4 976)	oui	66,1	< 0,001
	non	46,5	
Injection de cocaïne le plus souvent (4 949)	oui	66,5	< 0,001
	non	57,7	
Partenaires d'injection principaux (4 956)	inconnu	66,3	0,002 (2dl)
	connu	60,7	
	seul	65,1	
Ont emprunté des seringues (4 899)	chaque fois	57,1	< 0,001 (3dl)
	des fois	72,9	
	une seule fois	64,7	
	jamais	61,0	
De qui se sont procuré des seringues principalement (4 859)	inconnu	75,8	< 0,001 (2dl)
	connu	67,2	
	pas utilisé	61,0	
Ont emprunté du matériel autre que seringues ² (3 954)	oui	64,4	0,966
	non	64,3	
Ont emprunté eau (4 910)	oui	64,2	0,348
	non	62,7	
Ont emprunté filtre (4 470)	oui	62,6	0,709
	non	61,8	
Ont emprunté contenant (4 707)	oui	61,7	0,537
	non	62,7	
De qui se sont procuré du matériel autre que seringues principalement ² (3 897)	inconnu	71,4	0,010 (2dl)
	connu	61,5	
	pas utilisé	64,3	

Tableau 33 Facteurs de risque associés à la prévalence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010 (suite)

Comportement dans les six derniers mois (N)		% infectés par le VHC	Valeur-p
Fréquence d'injection dans le dernier mois (4 960) ³	jamais	47,2	< 0,001 test de tendance
	pas toutes sem.	61,1	
	1-2 jours/sem.	64,0	
	3 à 6 jours/sem.	64,7	
	tous les jours	69,7	
Nombre d'injections dans le dernier mois (4 853) ³	aucune	47,2	< 0,001 test de tendance
	1 à 4	58,1	
	5 à 10	61,0	
	11 à 20	64,6	
	21 à 40	61,4	
	41 à 60	69,0	
	61 à 100	64,6	
	101 à 200	69,9	
	201 à 3 000	76,1	
Proportion d'injections pour lesquelles une seringue déjà utilisée par d'autres a été utilisée (4 228) ^{3,4}	aucune	64,9	0,094 test de tendance
	1 à 20 %	67,5	
	21 à 40 %	69,1	
	41 à 60 %	74,3	
	61 à 80 %	71,4	
	81 à 100 %	65,6	
Proportion d'injections pour lesquelles du matériel autre que des seringues déjà utilisé par d'autres a été utilisé (4 231) ^{3,4}	aucune	65,9	0,058 test de tendance
	1 à 20 %	64,9	
	21 à 40 %	67,1	
	41 à 60 %	59,2	
	61 à 80 %	54,6	
	81 à 100 %	61,8	
Se sont injectés au moins une fois dans un endroit public (4 650) ⁵	oui	65,1	0,002
	non	60,8	
Se sont injectés le plus souvent dans un endroit public (4 627) ⁵	oui	68,3	< 0,001
	non	61,4	
Prostitution (4 963) ⁶	oui	71,1	< 0,001
	non	61,8	
Région de recrutement (4 983)	Montréal	68,3	< 0,001 (3dl)
	Ville de Québec	67,6	
	Ott./Out.	57,5	
	Semi-urbains	51,0	

¹ Degrés de liberté.

² Variable analysée à partir de 2005 seulement afin de tenir compte de tous les items de matériel (eau, filtre, contenant, tourniquet/garrot, tampon alcoolisé, tampon sec et acidifiant) questionnés maintenant.

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 Chez ceux qui se sont injectés dans le dernier mois.

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

⁶ On inclut ici la prostitution en échange d'argent, de drogues ou d'autres biens et services.

La durée moyenne d'injection chez les infectés est de 15,9 ans vs 9,3 ans chez les non infectés (valeur-p < 0,001). Pour l'âge on a 38,7 vs 32,5 (valeur-p < 0,001) et pour le nombre d'injections dans le dernier mois on a 96,9 vs 64,1 (valeur-p < 0,001).

2.6 DÉPISTAGE, CONNAISSANCE DU STATUT ET ACCÈS AUX SOINS

Tableau 34 Description du testing antérieur pour le VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

	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	4 492/4 963	90,5	1 939/2 096	92,5	803/878	91,5	1 062/1 222	86,9	688/767	89,7
Non	471/4 963	9,5	157/2 096	7,5	75/878	8,5	160/1 222	13,1	79/767	10,3
Résultat reçu parmi les individus testés :										
Positif	620/4 469	13,9	342/1 938	17,7	120/803	14,9	119/1 048	11,4	39/680	5,7
Négatifs	3 449/4 469	77,2	1 394/1 938	71,9	634/803	79,0	868/1 048	82,8	553/680	81,3
En attente du résultat	271/4 469	6,1	139/1 938	7,2	35/803	4,4	34/1 048	3,2	63/680	9,3
Pas allés chercher résultat	123/4 469	2,8	60/1 938	3,1	12/803	1,5	27/1 048	2,6	24/680	3,5
Résultat indéterminé	6/4 469	0,1	3/1 938	0,2	2/803	0,3	0/1 048	0,0	1/680	0,2
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	423/692	61,1	138/292	47,3	59/106	55,7	131/182	72,0	95/112	84,8
Milieus de vie ⁵	115/692	16,6	8/292	2,7	46/106	43,4	47/182	25,8	14/112	12,5
Études épidémiologiques ⁶	143/692	20,7	140/292	47,9	1/106	0,9	0/182	0,0	2/112	1,8
Autres ⁷	11/692	1,6	6/292	2,1	0/106	0,0	4/182	2,2	1/112	0,9
Endroit où le prélèvement de sang a été fait pour le dernier test parmi les individus testés³ :										
Cliniques et établissements ⁴	404/691	58,5	137/293	46,8	55/104	52,9	114/182	62,6	98/112	87,5
Milieus de vie ⁵	116/691	16,8	9/293	3,1	48/104	46,2	46/182	25,3	13/112	11,6
Études épidémiologiques ⁶	148/691	21,4	146/293	49,8	1/104	1,0	0/182	0,0	1/112	0,9
Autres ⁷	23/691	3,3	1/293	0,3	0/104	0,0	22/182	12,1	0/112	0,0
Connaissance du statut d'infection parmi ceux trouvés infectés par le VIH :										
Oui	570/740	77,0	321/426	75,4	110/130	84,6	101/124	81,5	38/60	63,3
Non	170/740	23,0	105/426	24,6	20/130	15,4	23/124	18,5	22/60	36,7

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

² UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (sans ceux disant résider sur la rive-sud immédiate ou à Montréal), 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 35 Description du testing antérieur pour le VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

	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	4 358/4 920	88,6	1 885/2 080	90,6	789/871	90,6	1 032/1 207	85,5	652/762	85,6
Non	562/4 920	11,4	195/2 080	9,4	82/871	9,4	175/1 207	14,5	110/762	14,4
Résultat reçu parmi les individus testés :										
Positif	2 311/4 339	53,3	1 006/1 885	53,4	432/788	54,8	582/1 024	56,8	291/642	45,3
Négatifs	1 701/4 339	39,2	713/1 885	37,8	313/788	39,7	396/1 024	38,7	279/642	43,5
En attente du résultat	234/4 339	5,4	121/1 885	6,4	33/788	4,2	26/1 024	2,5	54/642	8,4
Pas allés chercher résultat	69/4 339	1,6	37/1 885	2,0	6/788	0,8	12/1 024	1,2	14/642	2,2
Résultat indéterminé	24/4 339	0,6	8/1 885	0,4	4/788	0,5	8/1 024	0,8	4/642	0,6
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	454/687	66,1	154/285	54,0	58/107	54,2	148/183	80,9	94/112	83,9
Milieus de vie ⁵	101/687	14,7	7/285	2,5	49/107	45,8	31/183	16,9	14/112	12,5
Études épidémiologiques ⁶	122/687	17,8	120/285	42,1	0/107	0,0	0/183	0,0	2/112	1,8
Autres ⁷	10/687	1,5	4/285	1,4	0/107	0,0	4/183	2,2	2/112	1,8
Endroit où le prélèvement de sang a été fait pour le dernier test parmi les individus testés³ :										
Cliniques et établissements ⁴	448/681	65,8	156/285	54,7	57/106	53,8	141/181	77,9	94/109	86,2
Milieus de vie ⁵	102/681	15,0	8/285	2,8	49/106	46,2	31/181	17,1	14/109	12,8
Études épidémiologiques ⁶	121/681	17,8	120/285	42,1	0/106	0,0	0/181	0,0	1/109	0,9
Autres ⁷	10/681	1,4	1/285	0,4	0/106	0,0	9/181	5,0	0/109	0,0
Connaissance du statut sérologique parmi ceux trouvés infectés par le VHC :										
Oui	2 414/3 102	77,8	1 085/1 420	76,4	467/592	78,9	561/699	80,3	301/391	77,0
Non	688/3 102	22,2	335/1 420	23,6	125/592	21,1	138/699	19,7	90/391	23,0

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

² UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (sans ceux disant résider sur la rive-sud immédiate ou à Montréal), 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.

Les tableaux 34 et 35 présentent les antécédents de dépistage du VIH et du VHC autorapportés. Parmi ceux que nous avons recrutés, 17,4 % ignorent leur statut d'infection par le VIH (471 jamais testés, 271 en attente de leur résultat et 123 qui ne sont pas allés chercher leur résultat parmi 4 963, tableau 34). Chez ceux trouvés infectés par le VIH, 23,0 % ne sont pas au courant de leur infection.

Parmi ceux que nous avons recrutés, 17,6 % ignorent leur statut de séropositivité par le VHC (562 jamais testés, 234 en attente de leur résultat et 69 qui ne sont pas allés chercher leur résultat parmi 4 920, tableau 35). Chez ceux ayant des anticorps contre le VHC, 22,2 % ne sont pas au courant de leur statut. Parmi ceux qui ne se savent pas infectés par le VIH, 55,9 % (1 181/3 188) ont passé un test de dépistage VIH au cours des six derniers mois. Cette proportion est de 53,5 % (690/1 290) pour le VHC (données non montrées dans les tableaux).

Tableau 36 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, 2003-2010

	n	%
Connaissance du statut d'infection (N = 629) :		
Se croient séropositifs pour les deux virus	58	9,2
Savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC mais ne savent pas qu'ils sont infectés par le VIH	80	12,7
Savent qu'ils sont infectés par le VIH mais ne savent pas qu'ils ont des anticorps contre le VHC	30	4,8
Savent qu'ils sont séropositifs pour les deux virus	461	73,3
Testing antérieur chez ceux qui se croient séronégatifs pour les deux virus (N = 58) :		
Jamais testés ni pour le VIH ni pour le VHC	11	19,0
Déjà testés pour le VHC mais pas pour le VIH	2	3,5
Déjà testés pour le VIH mais pas pour le VHC ¹	17	29,3
Déjà testés pour le VIH et pour le VHC ²	28	48,3
Visite chez un médecin dans les derniers 6 mois parmi ceux qui savent qu'ils sont séropositifs pour les deux virus (N = 449) :		
Pas vu médecin ni pour le VIH ni pour le VHC	60	13,4
Vu médecin pour le VHC mais pas pour le VIH	6	1,3
Vu médecin pour le VIH mais pas pour le VHC	109	24,3
Vu médecin pour le VIH et pour le VHC	274	61,0
Prise à vie de médicaments prescrits parmi ceux qui savent qu'ils sont séropositifs pour les deux virus (N = 327³) :		
N'en n'ont jamais pris ni pour le VIH ni pour le VHC	79	24,2
En ont pris pour le VHC mais pas pour le VIH	6	1,8
En ont pris pour le VIH mais pas pour le VHC	203	62,1
En ont pris pour le VIH et pour le VHC	39	11,9
Prise actuelle de médicaments prescrits parmi ceux qui savent qu'ils sont séropositifs pour les deux virus (N = 440) :		
N'en prennent pas actuellement ni pour le VIH ni pour le VHC	195	44,3
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	231	52,5
En prennent actuellement pour le VIH et pour le VHC	13	3,0

¹ Le dernier test pour le VIH remonte à un an ou moins pour 58,8 % des individus (10/17).

² Les derniers tests pour le VIH et pour le VHC remontent à un an ou moins pour 53,9 % des individus (14/26).

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

L'accès aux soins pour le VIH et le VHC dépend de la connaissance du statut d'infection. Parmi ceux ayant des anticorps à la fois contre le VIH et le VHC, 73,3 % le savaient pour les deux virus (tableau 36). Parmi ceux-ci, 86,6 % ont vu un médecin pour l'une ou l'autre de leurs infections dans les 6 mois précédents, 62,1 % avaient déjà pris des médicaments pour le VIH mais pas pour le VHC, et 52,5 % en prenaient encore au moment de l'entrevue.

Tableau 37 Connaissance du statut d'infection et suivi médical parmi ceux que nous avons trouvés infectés seulement par le VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

	n	%
Connaissance du statut d'infection (N = 104) :		
Ne savent pas qu'ils sont infectés par le VIH	29	27,9
Savent qu'ils sont infectés par le VIH	75	72,1
Testing antérieur chez ceux qui ne savent pas qu'ils sont infectés par le VIH (N = 29) :		
Jamais testés pour le VIH	5	17,2
Dernier test pour le VIH remonte à il y a plus d'un an	9	31,0
Dernier test pour le VIH remonte à un an ou moins	15	51,7
Visite chez un médecin dans les derniers 6 mois parmi ceux qui savent qu'ils sont infectés par le VIH (N = 75) :		
Pas vu médecin pour le VIH	14	18,7
Vu médecin pour le VIH	61	81,3
Prise à vie de médicaments prescrits pour le VIH parmi ceux qui savent qu'ils sont infectés par le VIH (N = 59¹) :		
N'en n'ont jamais pris	12	20,3
En ont déjà pris	47	79,7
Prise actuelle de médicaments prescrits pour le VIH parmi ceux qui savent qu'ils sont infectés par le VIH (N = 75) :		
N'en prennent pas actuellement	26	34,7
En prennent actuellement	49	65,3

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, 72,1 % savaient qu'ils étaient infectés par ce virus (tableau 37). Parmi ceux-ci, 81,3 % ont vu un médecin dans les 6 mois précédents, 79,7 % avaient déjà pris des médicaments pour cette infection et 65,3 % en prenaient encore au moment de l'entrevue.

Tableau 38 Connaissance du statut sérologique et suivi médical parmi ceux qui avaient des anticorps seulement contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010

	n	%
Connaissance du statut sérologique (N = 2 438) :		
Ne savent pas qu'ils ont des anticorps contre le VHC	593	24,3
Savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC	1 845	75,7
Testing antérieur chez ceux qui ne savent pas qu'ils ont des anticorps contre le VHC (N = 571) :		
Jamais testés pour le VHC	160	28,0
Dernier test pour le VHC remonte à il y a plus d'un an	129	22,6
Dernier test pour le VHC remonte à un an ou moins	282	49,4
Visite chez un médecin dans les derniers 6 mois parmi ceux qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC (N = 1 776) :		
Pas vu médecin pour le VHC	1 080	60,8
Vu médecin pour le VHC	696	39,2
Prise à vie de médicaments prescrits pour le VHC parmi ceux qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC (N = 1 322¹) :		
N'en n'ont jamais pris	1 152	87,1
En ont déjà pris	170	12,9
Prise actuelle de médicaments prescrits pour le VHC parmi ceux qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC (N = 1 761) :		
N'en prennent pas actuellement	1 718	97,6
En prennent actuellement	43	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, 75,7 % savaient qu'ils avaient des anticorps contre ce virus. Parmi ceux-ci, 39,2 % ont vu un médecin dans les 6 mois précédents et 12,9 % avaient déjà pris des médicaments pour cette infection (tableau 38).

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 (62,4 %, 280/449, tableau 36) que chez ceux qui savent qu'ils ont des anticorps seulement contre le VHC (39,2 %, 696/1 776, tableau 38).

2.7 DESCRIPTION DES RÉPÉTEURS ET DES NON-RÉPÉTEURS

Tableau 39 Distribution des visites multiples générées par les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010

Région de recrutement	Doublons intra-régions ¹		Doublons inter-régions ²		Dernières visites		Total des visites
	n	%	n	%	Globales ³ N	Par région ⁴ N	
Abitibi-Témiscamingue	146	32,6	6	1,3	296	302	448
Estrie	187	21,4	39	4,5	647	686	873
Mauricie et Centre-du-Québec	76	15,5	33	6,7	382	415	491
Montréal	16	5,9	40	14,9	213	253	269
Montréal	4 708	47,0	192	1,9	5 123	5 315	10 023
Ottawa	1 241	35,9	2	0,1	2 214	2 216	3 457
Outaouais	41	10,3	15	3,8	344	359	400
Ville de Québec	2 953	50,1	170	2,9	2 774	2 944	5 897
Saguenay–Lac-Saint-Jean	86	26,5	26	8,0	212	238	324
Réseau	9 454	-	523	-	12 205	12 728	22 182

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 doublons inter et intra-régions).

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

71,1 % (8 683/12 205) des individus n'ont collaboré qu'une fois à l'étude.

28,9 % (3 522/12 205) y ont collaboré 2 fois ou plus.

Au 30 juin 2010, 28,9 % des participants (3 522, voir la note en bas du tableau 39) ont collaboré plus d'une fois à l'étude alors que 71,1 % (8 683) n'ont participé qu'à une seule reprise. En tout, les participants ont généré 22 182 visites (tableau 39).

Les tableaux 40 et 41 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 40 Comparaison des comportements d'injection au cours des six derniers mois des répéteurs et des non-répéteurs, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010

Comportement dans les six derniers mois	% non-répéteurs (N)	% répéteurs ² (N)	Valeur-p
Partenaires d'injection principaux ¹ :			
inconnu	18,0 (3 016)	21,5 (806)	
connu	56,4 (3 016)	60,3 (806)	< 0,001
toujours seul	25,7 (3 016)	18,2 (806)	(2dl) ³
S'injectent depuis 6 ans ou plus	59,0 (8 371)	53,8 (3 489)	< 0,001
Ont prêté leurs seringues	26,9 (8 567)	33,6 (3 492)	< 0,001
Se sont injectés au moins une fois par jour dans le dernier mois ⁴	27,4 (8 539)	30,3 (3 401)	0,001
Ont emprunté des seringues	32,2 (8 594)	38,3 (3 489)	< 0,001
Se sont procuré leurs seringues empruntées principalement d'inconnus (chez les 3 886 emprunteurs de seringues qui ont répondu à la question)	26,3 (2 644)	24,2 (1 242)	0,172
Ont emprunté du matériel autre que seringues ⁵	31,5 (2 307)	34,8 (538)	0,147
Se sont procuré leur matériel emprunté principalement d'inconnus (chez les 873 emprunteurs de matériel qui ont répondu à la question) ⁵	25,0 (692)	27,6 (181)	0,471
Ont fumé du crack/freebase	59,4 (8 644)	58,5 (3 497)	0,359
Se sont injecté plus d'une drogue	45,1 (8 672)	45,7 (3 520)	0,601
Droque la plus souvent injectée :			
cocaïne	69,7 (8 617)	71,0 (3 505)	
héroïne (blanche ou beige/brune)	15,4 (8 617)	17,1 (3 505)	
opioïdes médicamenteux ⁶	10,3 (8 617)	8,5 (3 505)	< 0,001
autre	4,7 (8 617)	3,3 (3 505)	(3dl)

¹ Question ajoutée en 2003, donc le dénominateur est de 3 822 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 2005 seulement afin de tenir compte de tous les items de matériel (eau, filtre, contenant, tourniquet/garrot, tampon alcoolisé, tampon sec et acidifiant) questionnés maintenant.

⁶ La catégorie des opioïdes médicamenteux 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) et les autres opioïdes médicamenteux non prescrits (incluant oxycodone/oxycotin, fentanyl, codéine, demerol, Hydromorph-Contin).

Les hommes représentent 76,2 % (6 419/8 423) des non-répéteurs et 74,0 % (2 593/3 506) des répéteurs recrutés (p = 0,009).

Les UDI âgés de 25 ans et plus représentent 73,6 % (6 206/8 432) des non répéteurs et 70,8 % (2 485/3 511) des répéteurs (p = 0,002).

Au total, 12,9 % (1 575/12 205) des UDI proviennent d'une région semi-urbaine (Abitibi-Témiscamingue, Mauricie et Centre-du-Québec, Montérégie [à l'exception de ceux de la rive-sud immédiate ou qui disent résider à Montréal], le Saguenay-Lac-Saint-Jean et l'Estrie). Les UDI semi-urbains représentent 14,8 % (1 286/8 683) des non-répéteurs et 8,2 % (289/3 522) des répéteurs (p < 0,001).

Les analyses des 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 ont prêté ou emprunté des seringues et se sont injectés 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 40).

Tableau 41 Comparaison des comportements sexuels au cours des six derniers mois des répéteurs et des non-répéteurs, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010

Comportement dans les six derniers mois	% non-répéteurs (N)	% répéteurs ¹ (N)	Valeur-p
Parmi les femmes :			
Prostitution ²	37,3 (1 986)	45,9 (907)	< 0,001
Nb de partenaires sexuels masculins :			
0	8,7 (1 989)	5,6 (909)	
1	28,1 (1 989)	24,3 (909)	
2-5	28,5 (1 989)	25,1 (909)	< 0,001
≥ 6	34,8 (1 989)	45,0 (909)	(3dl) ³
Parmi les hommes :			
Prostitution	8,2 (6 369)	9,3 (2 579)	0,100
Nb de partenaires sexuels masculins :			
0	87,6 (6 380)	85,8 (2 581)	
1	3,7 (6 380)	5,0 (2 581)	
2-5	4,4 (6 380)	3,9 (2 581)	0,004
≥ 6	4,3 (6 380)	5,4 (2 581)	(3dl)
Nb de partenaires sexuels féminins :			
0	26,1 (6 376)	25,9 (2 580)	
1	29,4 (6 376)	29,8 (2 580)	
2-5	32,4 (6 376)	33,5 (2 580)	0,298
≥ 6	12,1 (6 376)	10,8 (2 580)	(3dl)

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

² On inclut ici la prostitution en échange d'argent, de drogues ou d'autres biens et services.

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 plus grande proportion de répéteurs rapporte des partenaires sexuels masculins (tableau 41).

2.8 TAUX D'INCIDENCE DU VIH ET DU VHC

Tableau 42 Incidence du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (données au 31 décembre 2010)

	Réseau	Montréal ¹	Ville de Québec	Ottawa/ Outaouais	Semi-urbains ²
Nombre de répéteurs testés	3 531	1 606	967	609	349
Nombre de répéteurs testés initialement VIH séronégatifs	3 121	1 371	891	525	334
Suivi (PA) ³	11 698,0	5 296,0	3 599,1	1 497,5	1 305,4
Nombre de séroconversions	302	163	77	43	19
Taux d'incidence (par 100 PA)	2,6	3,1	2,1	2,9	1,5
IC 95 % (par 100 PA)	2,3 – 2,9	2,6 – 3,6	1,7 – 2,6	2,0 – 3,7	0,8 – 2,1

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

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

³ PA = personne-années.

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

Le suivi moyen par répéteur est de 4,2 ans (médiane = 2,9).

Au 31 décembre 2010, 3 121 individus étaient initialement VIH séronégatifs.

Parmi les répéteurs testés initialement VIH séronégatifs entre 1995 et 2010, l'incidence du VIH est de 2,6 par 100 personnes-années (PA). Elle est de 3,1 par 100 PA à Montréal, de 2,9 par 100 PA à Ottawa/Outaouais, de 2,1 par 100 PA à Québec et de 1,5 par 100 PA dans les programmes semi-urbains (tableau 42).

Tableau 42 Incidence du VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1997-2010 (données au 31 décembre 2010)

	Réseau	Montréal ¹	Ville de Québec	Ottawa/ Outaouais	Semi-urbains ²
Nombre de répéteurs testés	2 566	1 178	660	478	250
Nombre de répéteurs testés initialement VHC séronégatifs	1 001	464	270	144	123
Suivi (PA) ³	1 893,8	914,5	499,9	218,1	261,2
Nombre de séroconversions	471	233	139	57	42
Taux d'incidence (par 100 PA)	24,9	25,5	27,8	26,1	16,1
IC 95 % (par 100 PA)	22,6 – 27,1	22,2 – 28,7	23,2 – 32,4	19,3 – 32,9	11,2 – 20,9

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

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

³ PA = personne-années.

Parmi les répéteurs qui n'avaient initialement pas d'anticorps contre le VHC entre 1997 et 2010, l'incidence des séroconversions au VHC est de 24,9 par 100 PA. Elle est de 27,8 par 100 PA à Québec, de 26,1 par 100 PA à Ottawa/Outaouais, de 25,5 par 100 PA à Montréal, et de 16,1 par 100 PA dans les programmes semi-urbains (tableau 43).

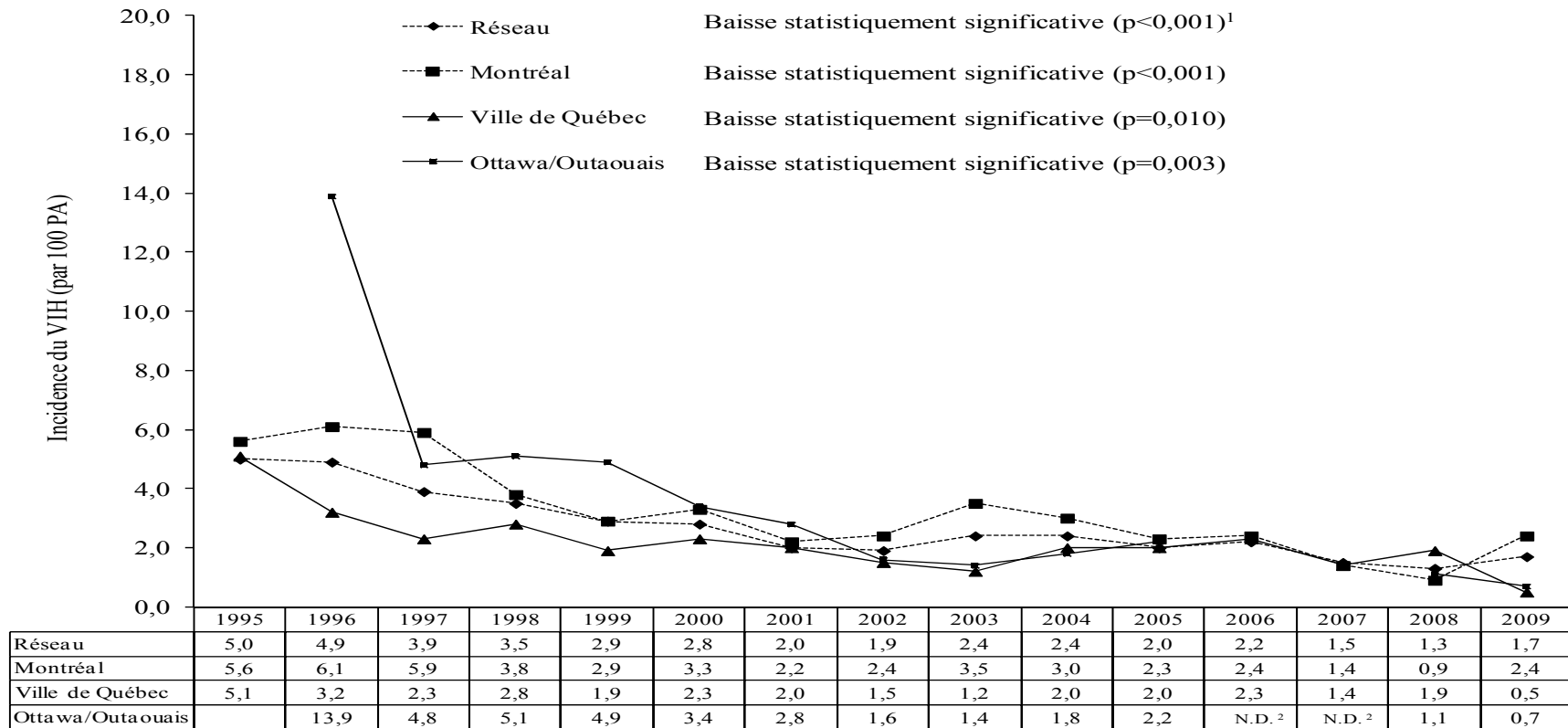


Figure 8 Tendances de l'incidence du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2009 (données au 31 décembre 2010)

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 1995-2002, on observe des diminutions significatives dans le réseau pris dans son ensemble. Sur la période 1995-2003, on observe des diminutions significatives à Québec et à Ottawa/Outaouais. Aucune tendance depuis 2002 dans le réseau, et depuis 2003 à Québec et Ottawa/Outaouais n'est observée.

Sur l'ensemble de la période 1995-2009, 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. Des analyses plus fines à l'intérieur de la période montrent que les taux d'incidence du VIH ont baissé significativement pour l'ensemble du réseau jusqu'en 2002. Pour Québec et Ottawa/Outaouais, les taux d'incidence du VIH ont diminué de façon significative jusqu'en 2003 (figure 8).

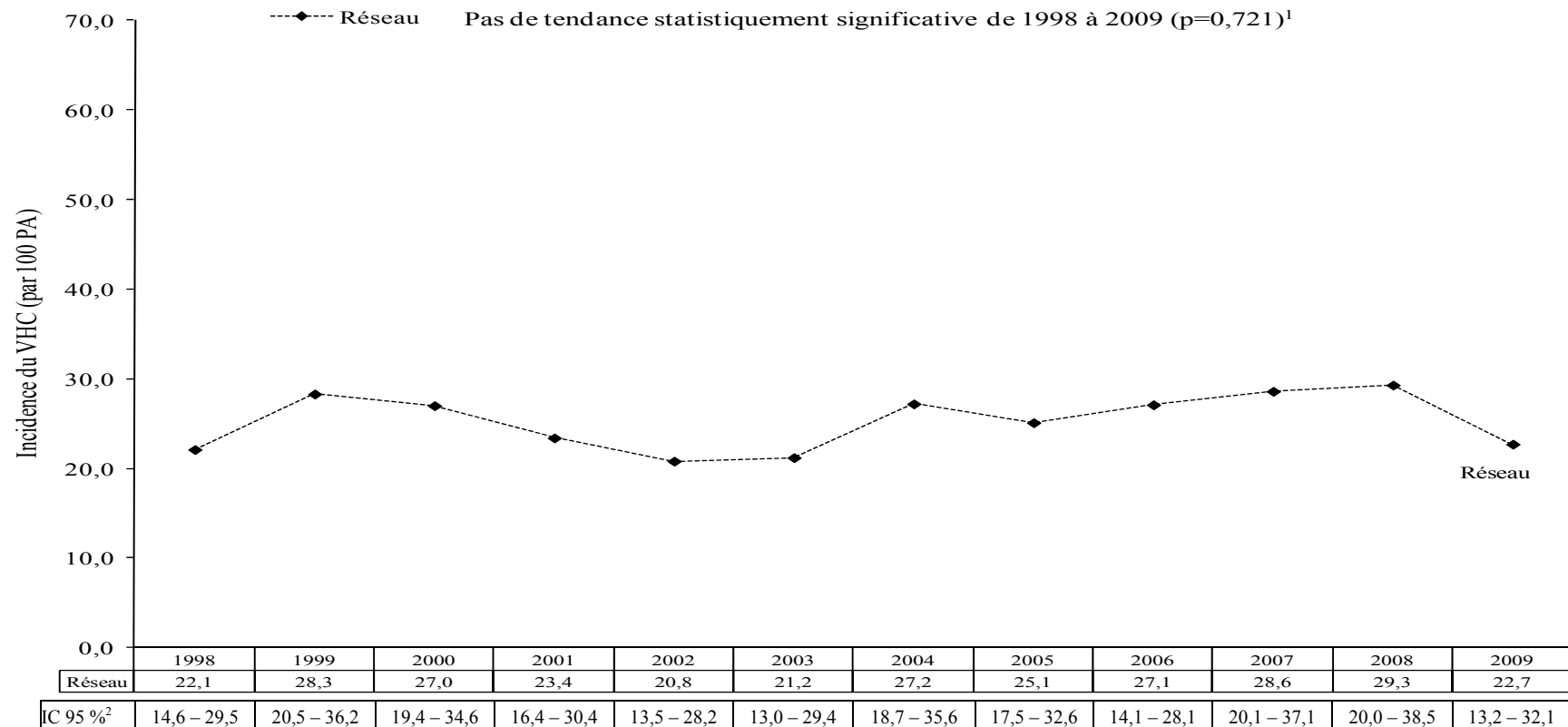


Figure 9 Tendances de l'incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1998-2009 (données au 31 décembre 2010)

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 %.

Bien qu'il n'y ait pas de tendance statistiquement significative pour l'ensemble de la période, des analyses plus fines montrent que le taux d'incidence des séroconversions au VHC était à la hausse entre 2002 et 2008 ($p = 0,069$, non significatif). Une baisse est cependant observée en 2009 pour l'ensemble du réseau (figure 9).

2.9 FACTEURS DE RISQUE DE L'INCIDENCE DU VIH ET DU VHC

Tableau 43 Analyse multivariée de l'incidence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010

Facteurs de risque	RR ¹ brut	RR ajusté	IC 95 % ²	Valeur-p
S'injecter avec des seringues empruntées ³	2,35	2,31	1,82 – 2,94	< 0,001
Cocaïne comme drogue la plus souvent injectée ³	1,99	1,76	1,29 – 2,41	< 0,001
Âge 25 ans et plus	1,74	1,73	1,23 – 2,44	0,002
Prostitution chez les femmes ^{3,4,5}	2,75	2,26	1,30 – 3,96	0,004
Prostitution chez les hommes ^{3,4,6}	1,78	1,55	1,04 – 2,30	0,031
Aussi dans le modèle :				
Région de recrutement				
Semi-urbains	1,00	1,00		(référence)
Montréal	1,76	1,90	1,18 – 3,08	0,009
Ville de Québec	1,19	1,23	0,74 – 2,05	0,431
Ottawa/Outaouais	1,47	1,72	0,98 – 3,02	0,058

¹ Rapport de risque obtenu par le modèle de Cox.

² Intervalle de confiance à 95 %.

³ Au cours des six derniers mois.

⁴ On inclut ici la prostitution en échange d'argent, de drogues ou d'autres biens et services.

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

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

L'emprunt de seringues et la cocaïne comme drogue la plus souvent injectée sont les facteurs de risque principaux associés à la transmission du VIH. Le fait d'avoir 25 ans ou plus et le fait de faire de la prostitution sont aussi associés indépendamment à un risque plus élevé de contracter le VIH (tableau 44).

Tableau 44 Analyse multivariée de l'incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1997-2010

Facteurs de risque	RR ¹ brut	RR ajusté	IC 95 % ²	Valeur-p
S'injecter avec des seringues empruntées ³	1,59	1,62	1,33 – 1,97	< 0,001
Cocaïne comme drogue la plus souvent injectée ³	1,25	1,23	1,00 – 1,51	0,049
Âge 25 ans et plus	1,20	1,25	1,01 – 1,55	0,040
Prostitution chez les femmes ^{3,4,5}	1,99	1,86	1,31 – 2,65	< 0,001
Prostitution chez les hommes ^{3,4,6}	1,47	1,30	0,92 – 1,82	0,139
Aussi dans le modèle :				
Région de recrutement				
Semi-urbains	1,00	1,00		(référence)
Montréal	1,68	1,80	1,27 – 2,57	0,001
Ville de Québec	1,72	1,81	1,25 – 2,62	0,002
Ottawa/Outaouais	1,49	1,66	1,07 – 2,57	0,023

¹ Rapport de risque obtenu par le modèle de Cox.

² Intervalle de confiance à 95 %.

³ Au cours des six derniers mois.

⁴ On inclut ici la prostitution en échange d'argent, de drogues ou d'autres biens et services.

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

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

L'emprunt de seringues, la cocaïne comme drogue la plus souvent injectée, le fait d'avoir 25 ans ou plus et le fait de faire de la prostitution chez les femmes sont associés indépendamment à un risque plus élevé de développer des anticorps contre le VHC (tableau 45).

Les tableaux 46 à 48 montrent la tendance 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 d'autres a été observée à Montréal, à Québec et à Ottawa/Outaouais entre ces visites des répéteurs (tableau 46). Une baisse statistiquement significative a également été observée pour le partage de matériel d'injection autre que seringues à Montréal, à Québec et à Ottawa/Outaouais entre la première et la dernière visite (tableau 47). La cocaïne comme drogue la plus souvent injectée 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 48).

Tableau 45 Tendances de l'utilisation de seringues déjà utilisées par d'autres dans les six derniers mois, parmi les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track 1995-2010

Se sont injectés avec des seringues déjà utilisées par d'autres		Baisse statistiquement significative ($p < 0,001$) ¹			Baisse statistiquement significative ($p < 0,001$)		
		Montréal à la dernière visite			Ville de Québec à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	308	320	628 (39,0 %)	142	233	375 (40,1 %)
	Non	215	768		102	458	
	Total	523 (32,5 %)		1 611	244 (26,1 %)		935

Se sont injectés avec des seringues déjà utilisées par d'autres		Baisse statistiquement significative ($p = 0,030$)			Pas de tendance statistiquement significative ($p = 0,114$)		
		Ottawa/Outaouais à la dernière visite			Semi-urbains à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	76	97	173 (30,0 %)	77	74	151 (45,2 %)
	Non	69	335		56	127	
	Total	145 (25,1 %)		577	133 (39,8 %)		334

¹ Test de McNemar pour les échantillons appariés.

Tableau 46 Tendances de l'utilisation de matériel autre que seringues déjà utilisé par d'autres dans les six derniers mois, parmi les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track 1996-2010

Se sont injectés avec du matériel autre que seringues déjà utilisé par d'autres		Baisse statistiquement significative ($p < 0,001$) ¹			Baisse statistiquement significative ($p < 0,001$)		
		Montréal à la dernière visite			Ville de Québec à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	238	257	495 (43,7 %)	107	123	230 (39,9 %)
	Non	176	461		64	283	
	Total	414 (36,6 %)		1 132	171 (29,6 %)		577

Se sont injectés avec du matériel autre que seringues déjà utilisé par d'autres		Baisse statistiquement significative ($p < 0,001$)			Pas de tendance statistiquement significative ($p = 0,173$)		
		Ottawa/Outaouais à la dernière visite			Semi-urbains à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	96	104	200 (43,0 %)	83	68	151 (53,2 %)
	Non	55	210		53	80	
	Total	151 (32,5 %)		465	136 (47,9 %)		284

¹ Test de McNemar pour les échantillons appariés.

Tableau 47 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 1995-2010

		Baisse statistiquement significative (p = 0,010) ¹			Baisse statistiquement significative (p = 0,008)		
Se sont injecté de la cocaïne le plus souvent		Montréal à la dernière visite			Ville de Québec à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	893	196	1 089 (67,5 %)	654	105	759 (80,9 %)
	Non	148	377		70	109	
	Total	1 041 (64,5 %)		1 614	724 (77,2 %)		938

		Baisse statistiquement significative (p < 0,001)			Pas de tendance statistiquement significative (p = 0,569)		
Se sont injecté de la cocaïne le plus souvent		Ottawa/Outaouais à la dernière visite			Semi-urbains à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	254	110	364 (63,2 %)	226	36	262 (75,7 %)
	Non	40	172		41	43	
	Total	294 (51,0 %)		576	267 (77,2 %)		346

¹ Test de McNemar pour les échantillons appariés.

Tableau 48 Tendances de fréquence d'injection et d'emprunt de matériel d'injection dans le dernier mois, à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010 (données au 31 décembre 2010)

		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		377/390	96,7		54/58	93,1	
	2004	1 110/1 225	90,6		554/581	95,4		202/219	92,2	
	2005	987/1 110	88,9		444/461	96,3		225/246	91,5	
	2006	1 150/1 306	88,1		545/566	96,3		294/328	89,6	
	2007	820/933	87,9		500/531	94,2		209/231	90,5	
	2008	861/980	87,9		478/495	96,6		122/132	92,4	
	2009	835/935	89,3		455/466	97,6		185/195	94,9	
	2010	997/1 102	90,5	0,434	475/489	97,1	0,242	101/112	90,2	0,854
Nombre et % d'injections avec seringue déjà utilisée par d'autres^{4,5}	2003	3 628,0/44 568	8,1		2 588,3/34 519	7,5		752,6/6 285	12,0	
	2004	6 769,7/104 775	6,5		2 785,8/56 145	5,0		2 578,8/28 028	9,2	
	2005	8 313,3/98 196	8,5		5 093,7/47 531	10,7		1 250,7/34 142	3,7	
	2006	5 083,4/109 447	4,6		1 888,8/48 371	3,9		1 833,9/44 678	4,1	
	2007	3 862,9/82 474	4,7		1 894,4/47 686	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	2 721,1/96 835	2,8	< 0,001 (baisse) ³	1 252,6/58,849	2,1	< 0,001 (baisse)	97,9/9 232	1,1	0,001 (baisse)
Nombre et % d'injections avec autre matériel déjà utilisé par d'autres^{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	11 813,4/106 145	11,1		5 230,0/56 220	9,3		3 140,9/29 335	10,7	
	2005	14 060,5/97 888	14,4		8 215,1/47 531	17,3		2 237,5/33 834	6,6	
	2006	5 746,8/108 847	5,3		2 016,9/48 311	4,2		1 945,4/44 078	4,4	
	2007	4 312,3/82 534	5,2		1 344,4/47 696	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	6 212,4/96 576	6,4	< 0,001 (baisse)	3 818,7/58 731	6,5	< 0,001 (baisse)	262,0/9 082	2,9	< 0,001 (baisse)

Tableau 48 Tendances de fréquence d'injection et d'emprunt de matériel d'injection dans le dernier mois, à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2010 (données au 31 décembre 2010) (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	263/301	87,4		97/130	74,6	
	2005	231/282	81,9		97/131	74,0	
	2006	207/272	76,1		110/146	75,3	
	2007	N.D. ⁷	N.D.		97/144	67,4	
	2008	163/220	74,1		109/145	75,2	
	2009	103/120	85,8		96/158	60,8	
	2010	319/373	85,5	0,350	165/132	79,5	0,123
Nombre et % d'injections avec seringue déjà utilisée par d'autres^{4,5}	2003	129,3/2 189	5,9		157,8/1 665	9,5	
	2004	1 002,8/14 057	7,1		418,3/7 310	5,7	
	2005	1 719,5/12 463	13,8		359,4/4 977	7,2	
	2006	464,3/9 735	4,8		911,4/7 248	12,6	
	2007	N.D.	N.D.		951,4/10 503	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	963,6/21 036	4,6	0,501	407,0/9 528	4,3	0,115
Nombre et % d'injections avec autre matériel déjà utilisé par d'autres^{4,5}	2003	270,8/2 189	12,4		238,2/1 665	14,3	
	2004	2 452,7/14 057	17,4		1 074,8/7 298	14,7	
	2005	2 907,7/12 463	23,3		791,2/4 977	15,9	
	2006	596,8/9 735	6,1		1 187,7/7 308	16,3	
	2007	N.D.	N.D.		1 837,2/10 553	17,4	
	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	1 628,4/21 036	7,7	0,117	503,3/9 537	5,3	0,041 (baisse)

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 sur la rive-sud immédiate ou à Montréal.

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 d'autres ou d'autre matériel déjà utilisé par d'autres sont calculés à partir du nombre d'injections dans le dernier mois et du pourcentage d'emprunt de chaque UDI.

⁶ UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (sans ceux disant résider sur la rive-sud immédiate ou à Montréal), 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'emprunt de matériel d'injection dans le réseau et par programme de recrutement sont présentées au tableau 49 pour les années 2003 à 2010. Les nombres totaux d'injections faites avec des seringues déjà utilisées par d'autres ou d'autre matériel déjà utilisé par d'autres sont calculés à partir du nombre d'injections dans le dernier mois et du pourcentage d'emprunt de chaque UDI. On constate, dans l'ensemble du réseau et pour la période de 2003 à 2010, que ce sont de 91,5 à 97,6 % des injections 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 d'autres.

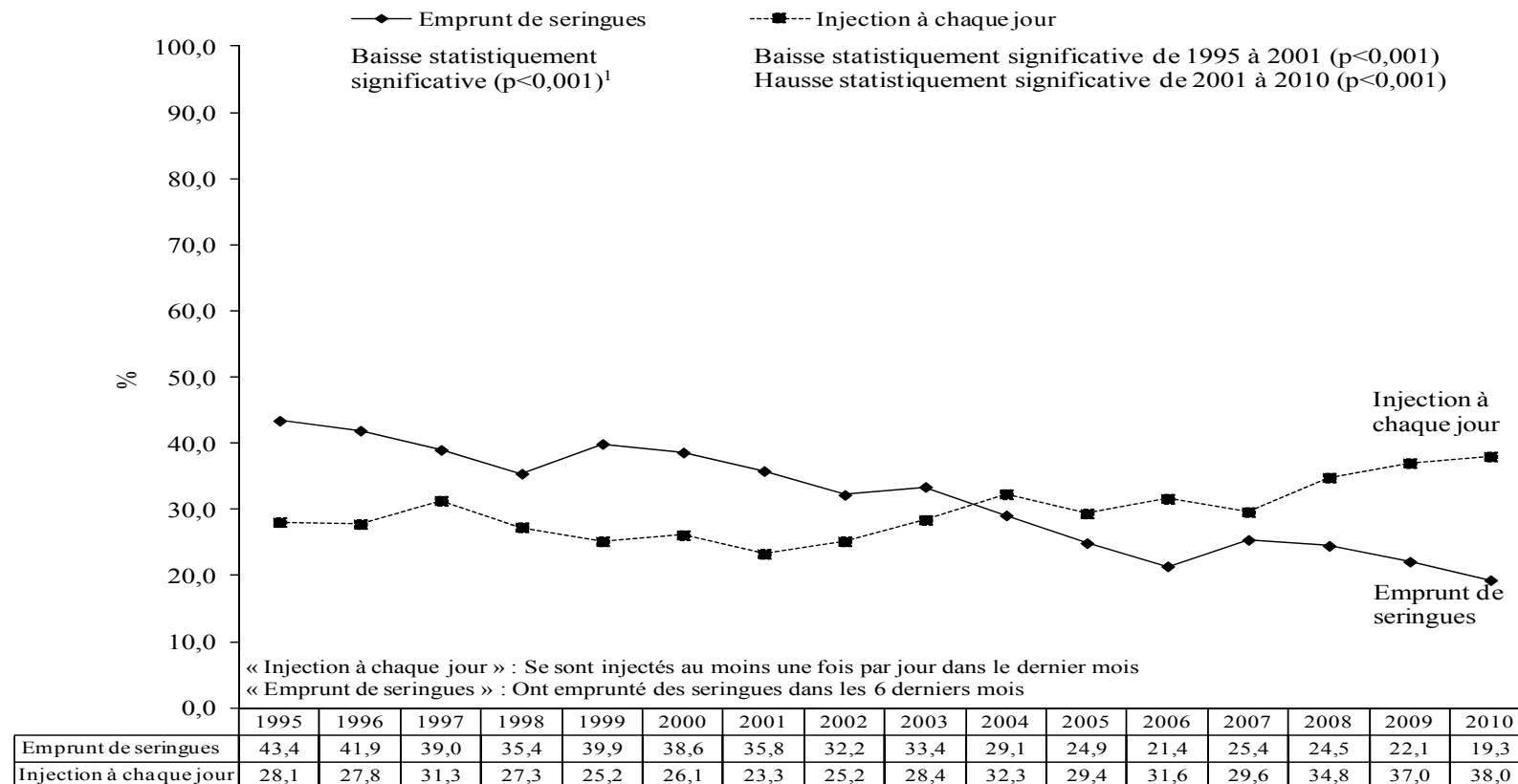


Figure 10 Tendances dans les facteurs de risque – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (31 décembre 2010)

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

Les tendances observées de 1995 à 2010 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 (figures 10 à 19).

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 2010 (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 2010 (figures 14 et 18).

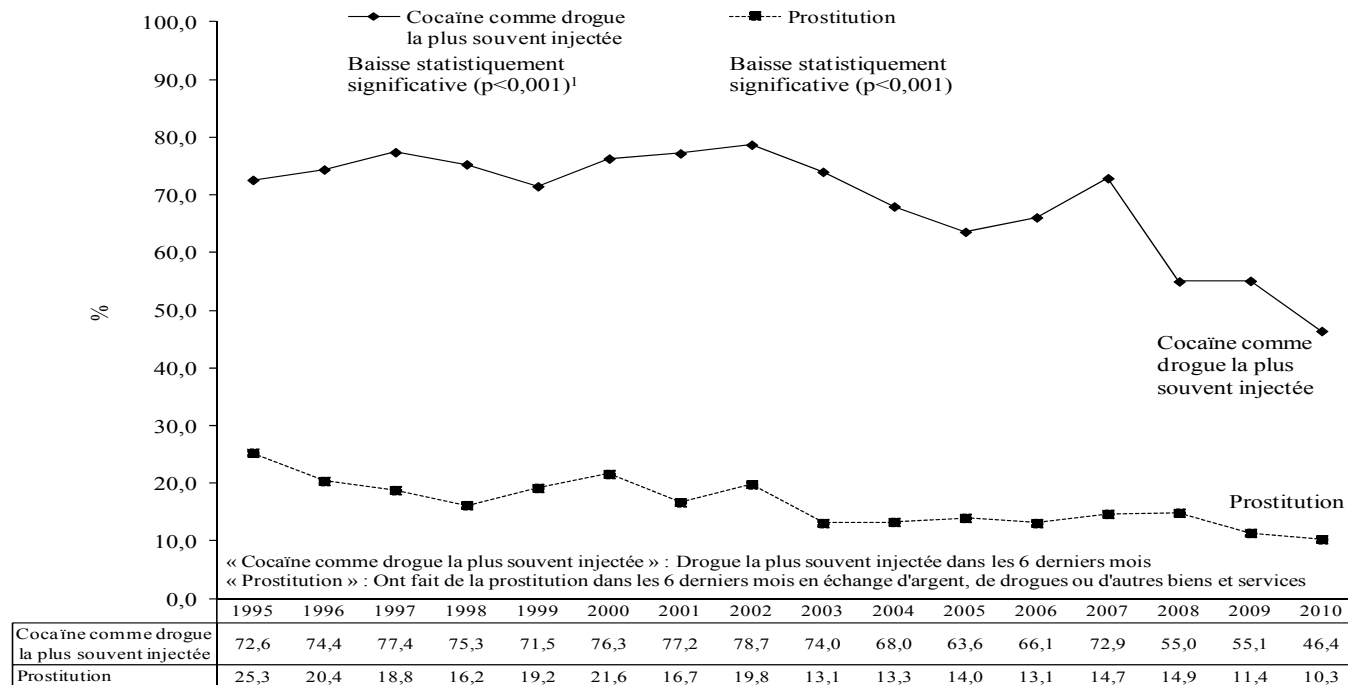


Figure 11 Tendances dans les facteurs de risque – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau, SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (31 décembre 2010)

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

Globalement, on observe dans le réseau une diminution significative de la cocaïne comme drogue la plus souvent injectée (figure 11). On observe cette baisse de 1995 à 2009 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). De plus, on observe 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). Elle a diminué significativement dans les régions semi-urbaines jusqu'en 2003 pour demeurer stable par la suite (figure 19).

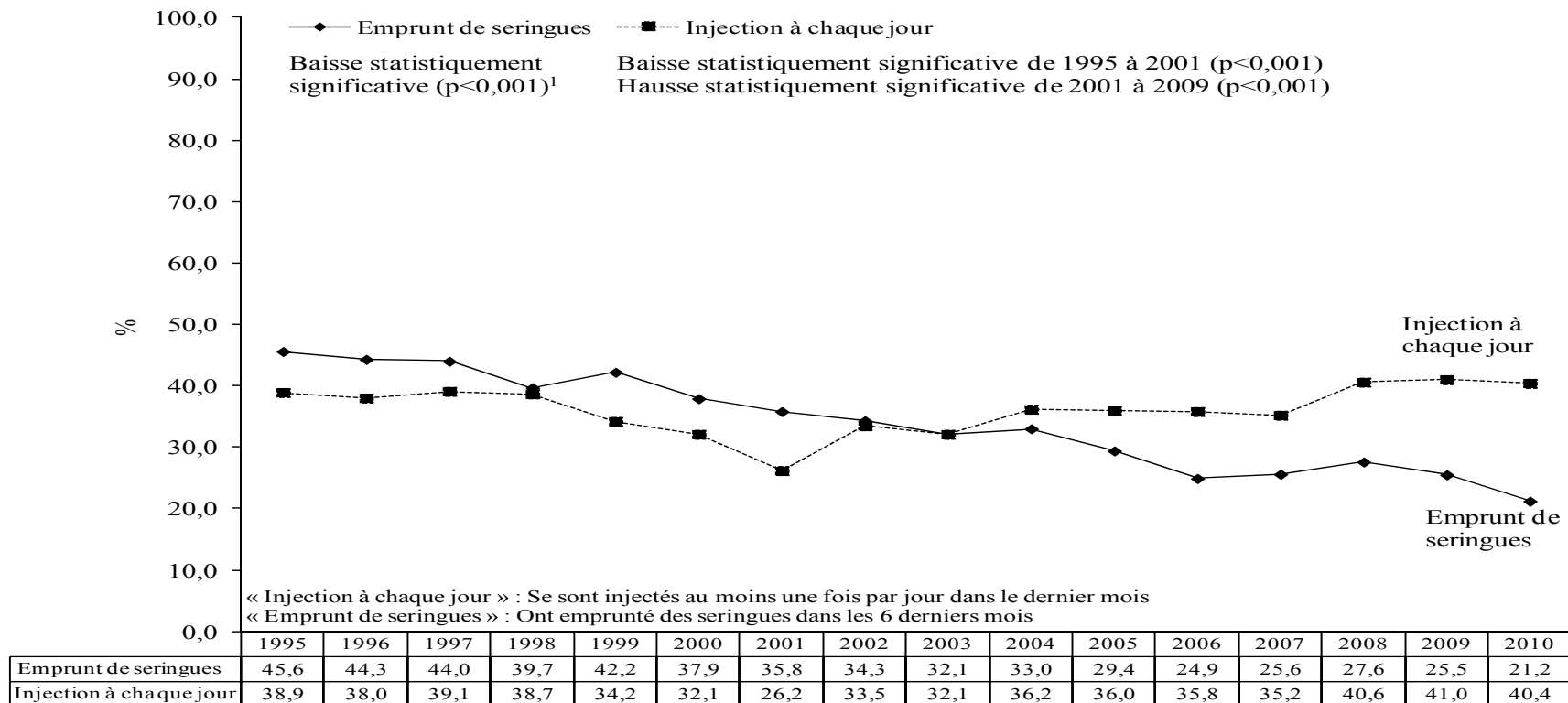


Figure 12 Tendances dans les facteurs de risque – Montréal – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (31 décembre 2010)

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

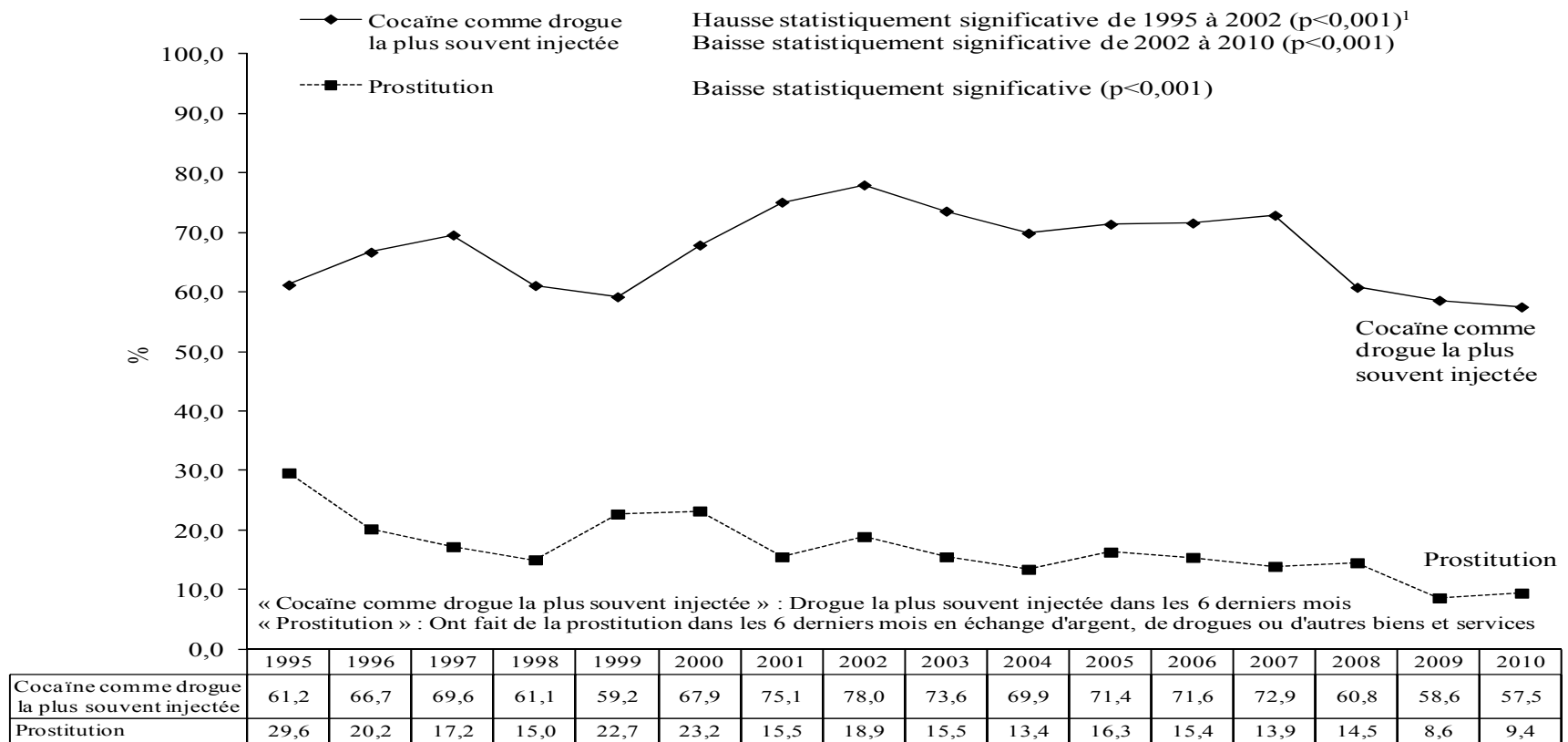


Figure 13 Tendances dans les facteurs de risque – Montréal – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (31 décembre 2010)

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

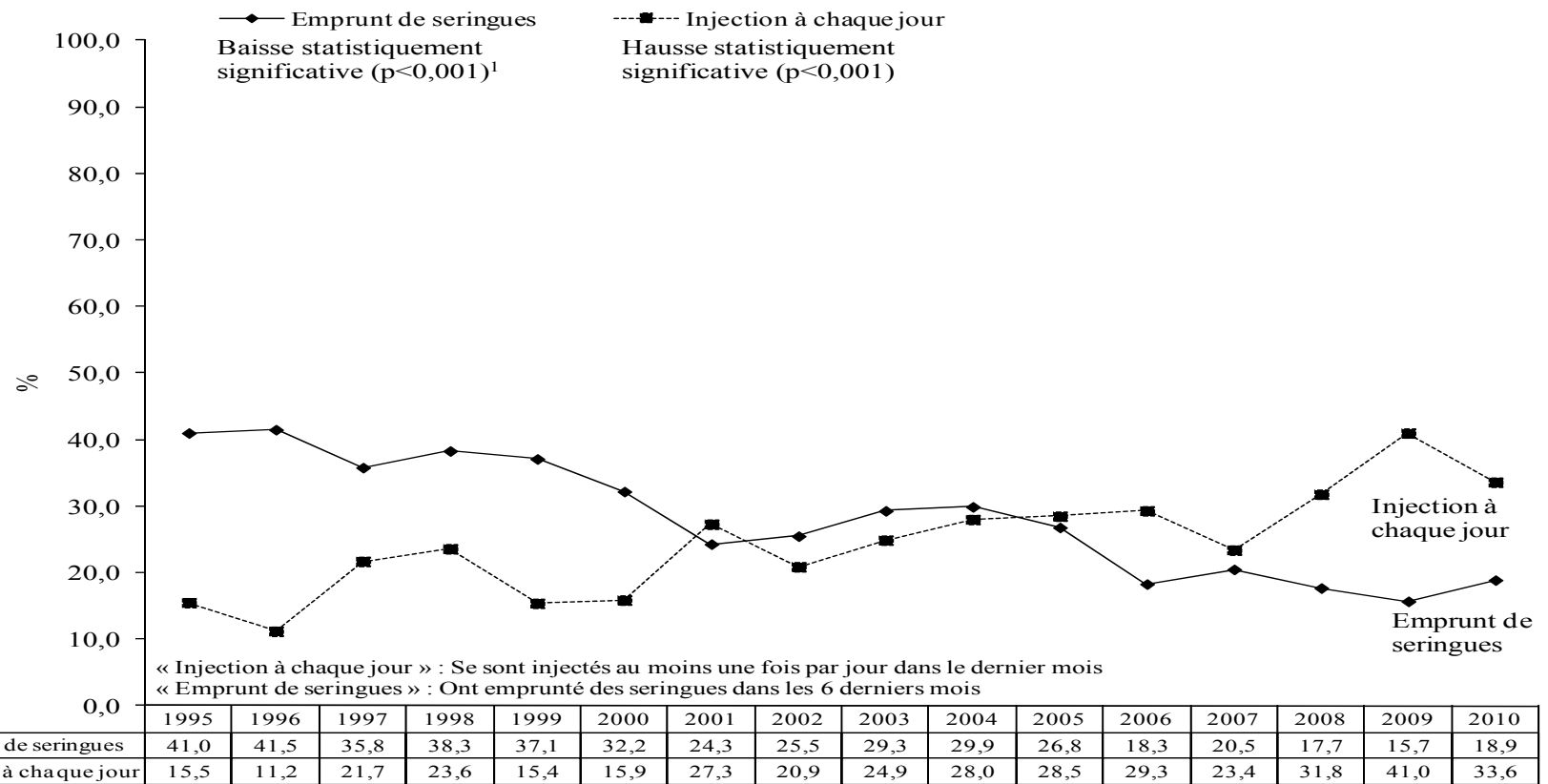


Figure 14 Tendances dans les facteurs de risque – Ville de Québec – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (31 décembre 2010)

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

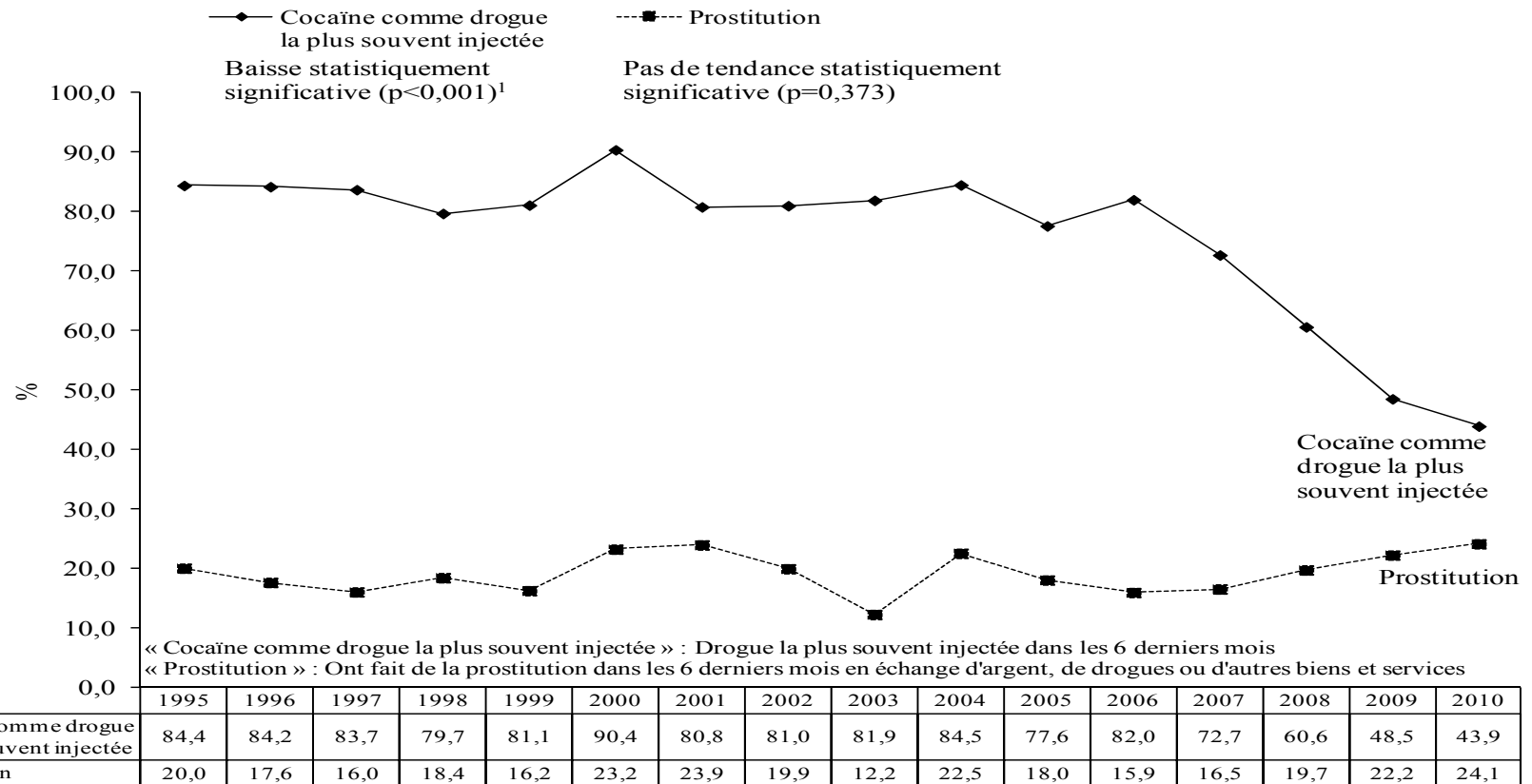


Figure 15 Tendances dans les facteurs de risque – Ville de Québec – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (31 décembre 2010)

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

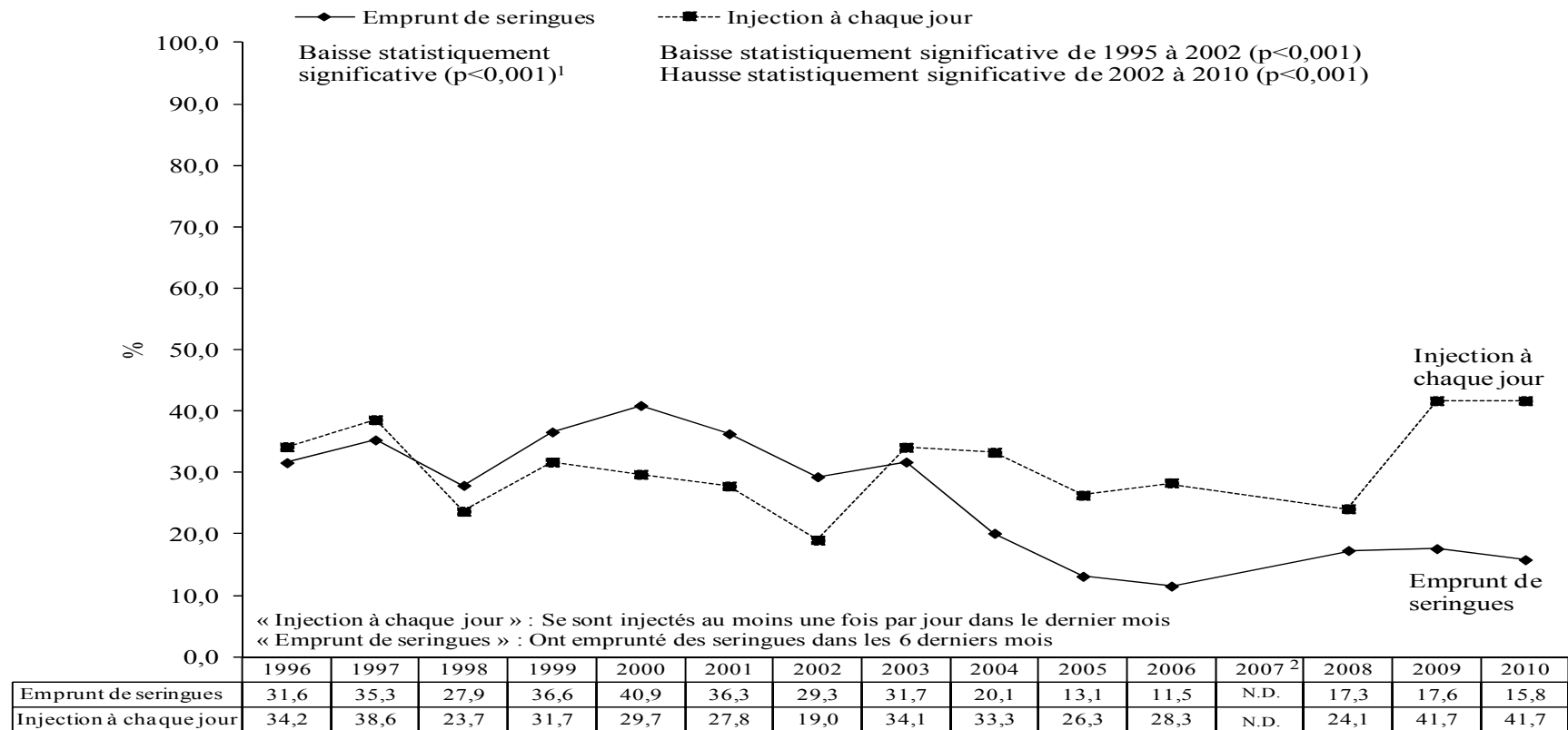


Figure 16 Tendances dans les facteurs de risque – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1996-2010 (31 décembre 2010)

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.

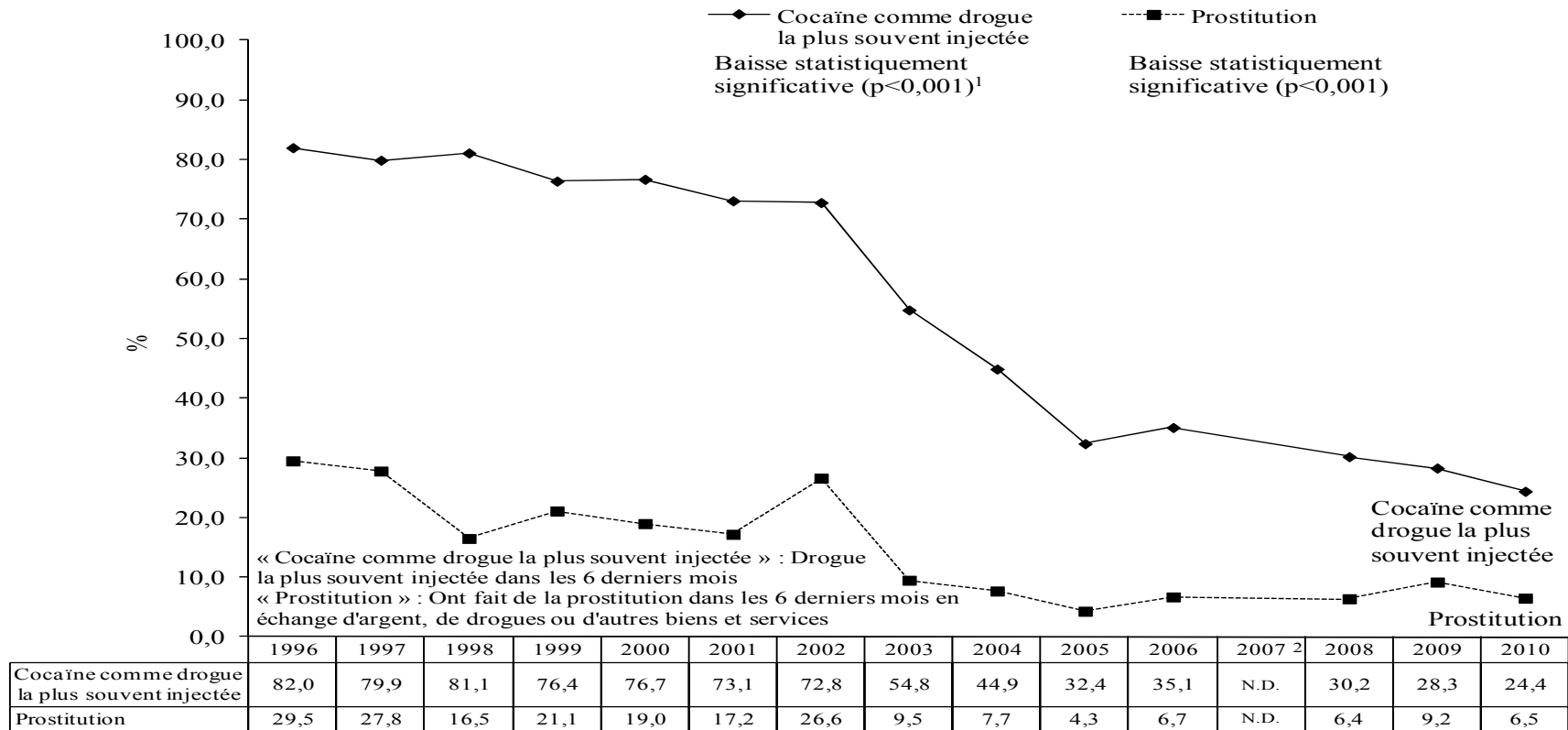


Figure 17 Tendances dans les facteurs de risque – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1996-2010 (31 décembre 2010)

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.

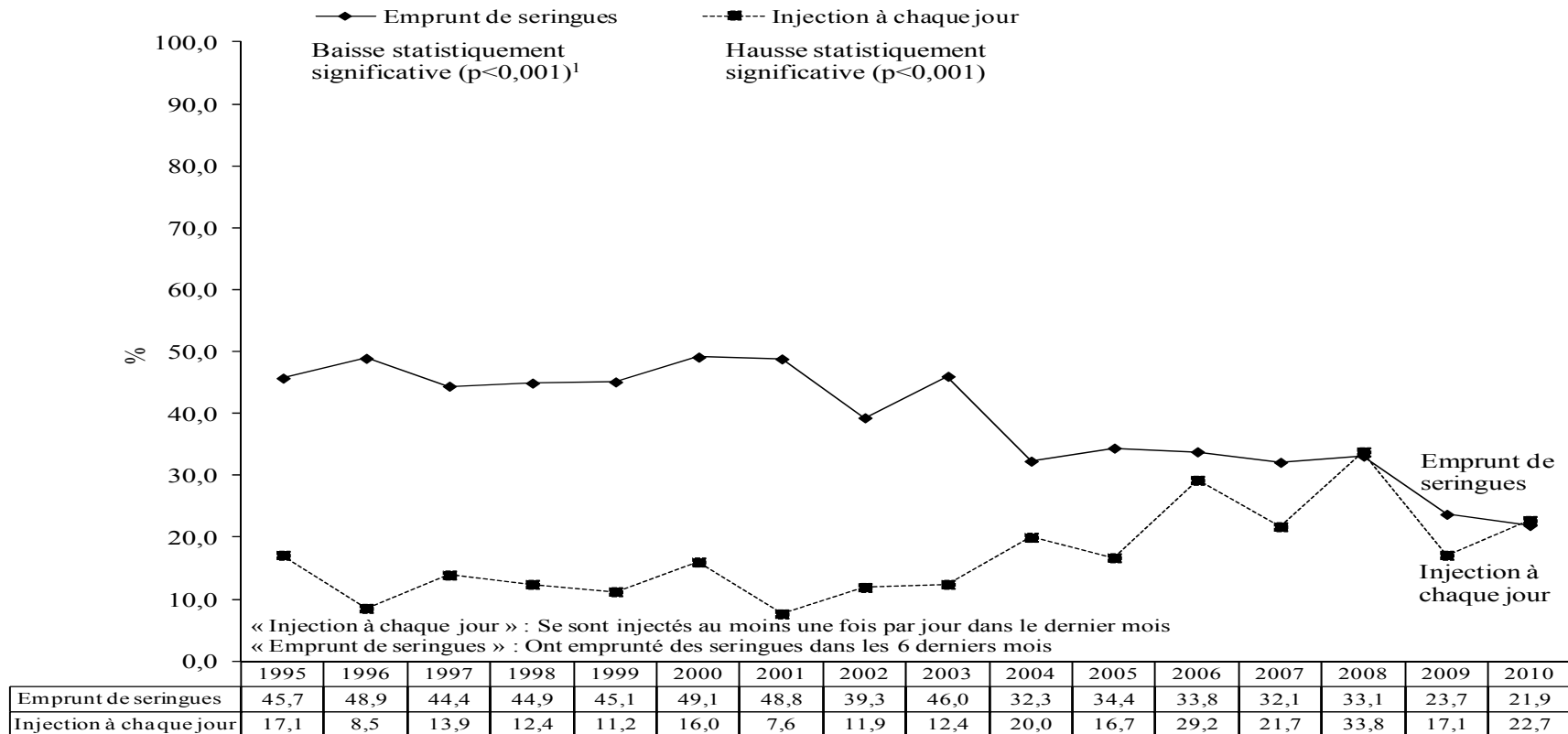
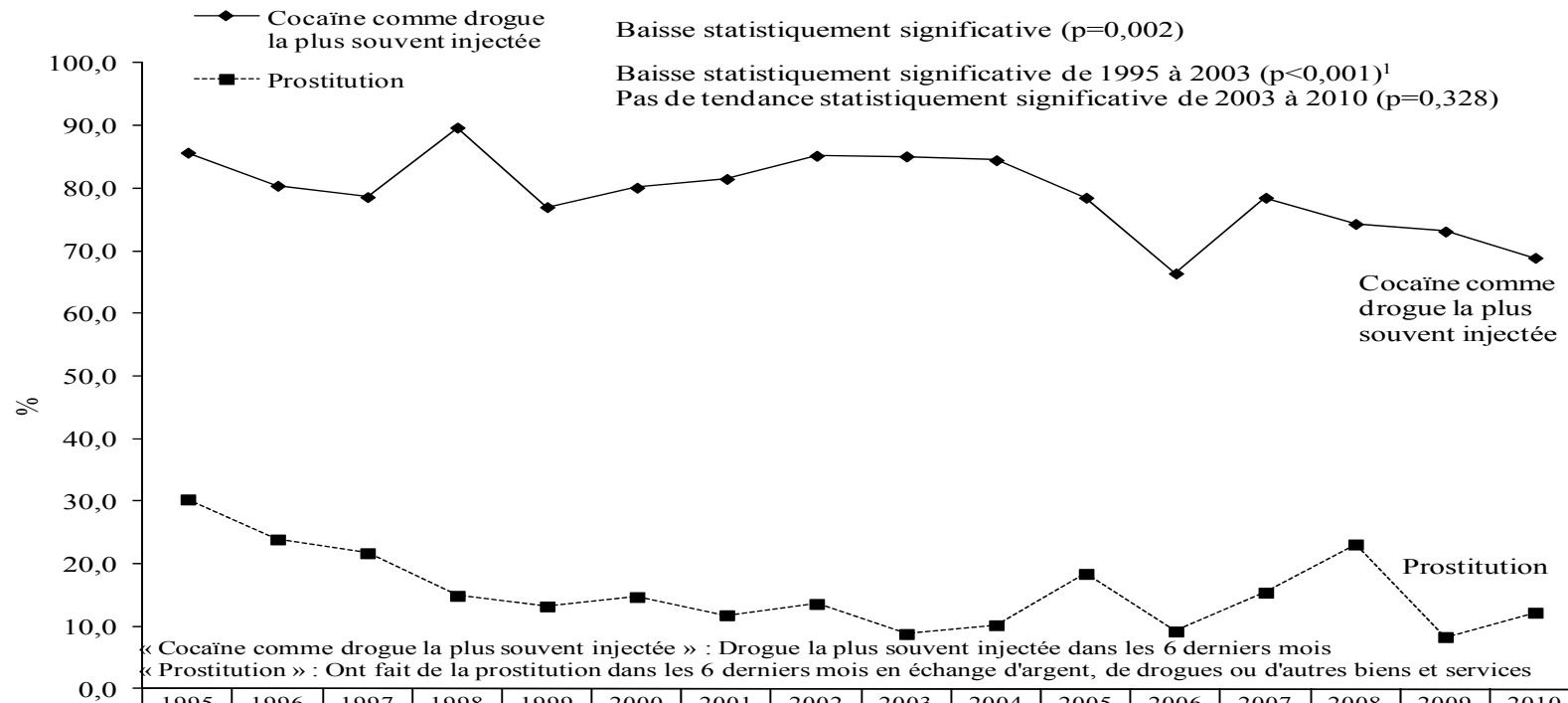


Figure 18 Tendances dans les facteurs de risque – Semi-urbains – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (31 décembre 2010)

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



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cocaïne comme drogue la plus souvent injectée	85,7	80,4	78,6	89,7	77,0	80,1	81,5	85,2	85,1	84,5	78,5	66,4	78,5	74,3	73,1	68,9
Prostitution	30,3	23,9	21,7	14,9	13,2	14,7	11,8	13,6	8,8	10,2	18,4	9,2	15,4	23,1	8,3	12,2

Figure 19 Tendances dans les facteurs de risque – Semi-urbains – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010 (31 décembre 2010)

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

3 DISCUSSION

Au niveau mondial, les épidémies de VIH les plus inquiétantes chez les personnes UDI sont observées en Ukraine, en Russie et en Chine, notamment en raison du grand nombre de personnes qui s'injectent des drogues dans ces régions^[18, 19]. On estime que l'Asie compte approximativement 4,5 millions de personnes UDI, dont plus de la moitié en Chine^[18].

Le tableau 49 permet de comparer les prévalences et les taux d'incidence d'infection par le VIH et par le VHC chez les personnes UDI du réseau SurvUDI à ceux observés chez les UDI de quelques autres pays et de plusieurs villes canadiennes. Il est intéressant de remarquer que la prévalence du VIH observée dans SurvUDI est nettement plus élevée que celles de l'Australie, du Royaume-Uni et de la plupart des villes américaines à l'exception de certaines villes à prévalence très élevée telles que New York et Baltimore^[20]. La prévalence du VHC est assez comparable à ce qui est observé ailleurs. Les taux d'incidence du VIH et du VHC observés dans le réseau SurvUDI sont parmi les plus élevés. Il faut cependant noter que les échantillons de ces études ne sont pas directement comparables en raison de différences méthodologiques importantes.

Tableau 49 Comparaison des données de prévalence et d'incidence du VIH et du VHC chez les UDI du Québec/Ottawa, du Canada, de l'Australie, du Royaume-Uni et des États-Unis

	Prévalence (%)		Taux d'incidence (par 100 personnes-années)	
	VIH	VHC	VIH	VHC
Réseau SurvUDI*	15,1	62,9	2,6	24,9
Réseau I-Track - Canada^{[21]**}			ND	ND
Victoria	12	74	ND	ND
Centre et nord de l'Île de Vancouver ^[22, 23]	6	72	2,7	16,9 à 43,5
Prince George	18	77		
Edmonton	13	69	ND	ND
Regina	9	69	ND	ND
Thunder bay	5	51		
Sudbury	14	67	ND	ND
Toronto	5	65	ND	ND
Kingston	3	73	ND	ND
Australie^[24-30]	0,5 à 2,5	45,0 à 70,0	0,17 à 0,2	10,7 à 55,9
Royaume-Uni^[31-34]	1,1	28,7 à 70,0	3,4	1,2 à 12,9
États-Unis^[20, 24, 35-41]	0,8 à 21,5	8,0 à 88,3	0 à 2,49	5,4 à 28,1

* Données de SurvUDI : 2003-2010 pour la prévalence, 1995-2010 pour le taux d'incidence du VIH et 1997-2010 pour le taux d'incidence du VHC.

** 2005-2008, ces données incluent celles du réseau SurvUDI, ND : non disponible.

Les figures 10 à 19 montrent que la proportion de participants qui déclarent s'injecter quotidiennement a augmenté au cours des dernières années, alors que la proportion de participants qui déclarent la cocaïne comme drogue la plus souvent injectée a diminué de façon importante. Cette évolution des tendances dans le réseau SurvUDI pourrait être expliquée en grande partie par des changements majeurs observés au niveau du marché de la drogue au cours des dernières années. Une étude récente

menée par Roy et collab. chez des usagers de cocaïne à Montréal a permis d'observer que la cocaïne sous forme de poudre est de moins en moins disponible dans la rue^[42]. Cette substance s'obtiendrait maintenant par commande téléphonique et nécessiterait une bonne connaissance du marché et un bon sens de l'organisation. Dans la rue, la cocaïne sous forme de roche prête à fumer (crack) a progressivement remplacé la cocaïne en poudre. Dans SurvUDI, la cocaïne en poudre demeure la forme de prédilection pour la consommation par injection; le crack n'est injecté qu'exceptionnellement (il doit d'abord être solubilisé à l'aide d'un agent acidifiant). Étant donné les changements observés au niveau de la disponibilité de ces substances dans la rue, nous pouvions nous attendre à observer dans SurvUDI une diminution de la cocaïne comme drogue la plus souvent injectée (observée effectivement à Québec et à Ottawa mais moins prononcée à Montréal et dans les régions semi-urbaines, figures 11 à 19) et une augmentation de la consommation de crack autrement que par injection (hausse observée partout à l'exception des régions semi-urbaines, suivie d'une baisse depuis 2006, sauf à Montréal, figures 1 à 5). Le passage vers l'injection d'opioïdes médicamenteux pourrait aussi être impliqué dans la diminution de la cocaïne comme drogue la plus souvent injectée.

Une hausse importante de l'injection d'opioïdes médicamenteux a été observée dans le réseau SurvUDI depuis quelques années. Roy et collab. ont également constaté que, tout comme le crack, les opioïdes médicamenteux sont très disponibles dans le marché de la rue et sont vendus en petites quantités (valeur de cinq dollars), ce qui les rend très populaires^[42]. D'ailleurs, la combinaison de consommation crack/opioïdes médicamenteux a été celle observée le plus fréquemment chez les participants de l'étude de Roy et collab.^[42]. Le contenu pharmacologique contrôlé des opioïdes médicamenteux ainsi que leur effet psychotrope complémentaire au crack présentent certains avantages pour le consommateur. Il est toutefois très inquiétant d'observer une telle hausse de la consommation des opioïdes médicamenteux pour plusieurs raisons : le risque de dépendance est très important, une grande proportion des consommateurs se les injectent et la consommation d'une dose peut nécessiter jusqu'à trois ou quatre injections, ce qui augmente le nombre de manipulations et donc le risque d'infection par le VIH et le VHC^[42].

Dans une récente étude menée par Bruneau et collab. à Montréal, l'injection d'opioïdes médicamenteux était un prédicteur indépendant de la transmission du VHC^[43]. De plus, les participants qui s'étaient injectés des opioïdes médicamenteux sans s'injecter d'héroïne dans les six derniers mois présentaient un rapport de hasard de séroconversion à VHC plus élevé que les participants qui s'étaient injecté à la fois de l'héroïne et des opioïdes médicamenteux. Ces données suggèrent que les personnes qui s'injectent des opioïdes médicamenteux sans s'injecter d'héroïne sont moins expérimentées, moins bien informées et plus à risque d'infection par le VHC comparativement aux personnes qui s'injectent aussi de l'héroïne et qui font probablement partie de réseaux « traditionnels » d'injecteurs d'héroïne^[43].

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^[44]. Entre les périodes de 1995 à 2002 et de 2003 à 2009, le taux d'incidence du VIH a diminué significativement chez les hommes (stable chez les femmes) et chez les participants de 25 ans et plus, tandis qu'il a augmenté significativement chez les moins de 25 ans (de 1,5 à 3,1 par 100 PA, $p = 0,0243$). L'analyse multivariée a permis d'observer que l'injection avec des seringues déjà utilisées par d'autres ainsi que la cocaïne comme drogue la plus souvent injectée demeurent les facteurs de risques de l'incidence du VIH les plus importants pour toute la durée de l'étude. Cependant, le fait d'être âgé de 25 ans et plus, d'avoir été recruté en région urbaine et de s'injecter quotidiennement, qui étaient des facteurs de risque de séroconversion au VIH

entre 1995 et 2002, ne sont plus des facteurs de risque statistiquement significatifs pour la période de 2003 à 2009. Au contraire, alors que la prostitution n'était pas associée de façon statistiquement significative à l'incidence du VIH entre 1995 et 2002, elle l'est maintenant pour la période de 2003 à 2009^[44].

La prévalence du VIH à la première visite à vie dans le réseau a augmenté brusquement à partir de 2009, en particulier à Québec et à Montréal (figure 6). Le même phénomène a été observé pour le VHC, mais uniquement à Québec (figure 7). Les raisons de cette augmentation ne sont pas établies, mais des analyses préliminaires montrent que les participants qui ont été recrutés pour la première fois dans SurvUDI à partir de 2009, comparativement à ceux recrutés entre 2003 et 2008, étaient en moyenne plus âgés, étaient moins nombreux à déclarer la cocaïne comme drogue la plus souvent injectée, plus nombreux à déclarer un opioïde médicamenteux comme drogue la plus souvent injectée et plus nombreux à déclarer s'injecter quotidiennement et à s'injecter depuis 6 ans et plus. Ces augmentations des tendances de la prévalence du VIH et du VHC à la première visite à vie dans le réseau devront être suivies avec attention.

Dans le réseau SurvUDI, la proportion de participants qui a déclaré s'être injecté avec des seringues déjà utilisées par d'autres personnes dans les six derniers mois était de 43,4 % en 1995 et de 19,3 % en 2010, soit une diminution statistiquement significative de plus de 50 % ($p < 0,001$). Entre 2003 et 2010, au cours du dernier mois, 16,3 % des participants à SurvUDI ont rapporté s'être injecté au moins une fois avec une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre (tableau 18). Cette proportion est comparable à celle observée en Australie où, pour la période 1998-2008, 16 % des participants ont déclaré s'être injecté avec des seringues déjà utilisées^[28]. Aux États-Unis, en 2009, la proportion de participants qui ont déclaré avoir partagé des seringues (emprunt ou prêt dans la dernière année) était de 34 %, tandis que cette proportion (dans le dernier mois) était de 21 % au Royaume-Uni en 2010^[33, 41]. Dans le réseau SurvUDI, en 2010-2011, la proportion de participants qui a rapporté avoir emprunté ou prêté des seringues dans les six derniers mois était de 24,3 % (analyse complémentaire, données non présentées), soit une proportion similaire à celle observée au Royaume-Uni et moins élevée que celle mesurée aux États-Unis. En résumé, malgré le fait que les questions couvrent souvent des périodes différentes (dernière année, six derniers mois et dernier mois), la fréquence de partage de seringues dans le réseau SurvUDI serait assez similaire à celle observée au Royaume-Uni et en Australie, mais elle serait moins élevée qu'aux États-Unis. De plus, la diminution observée dans SurvUDI entre 1995 et 2010 est très encourageante, mais il serait souhaitable que le partage de seringues devienne nul. Ces chiffres illustrent 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.

Les données obtenues par le biais 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^[45]. 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)^[46] et de réinfection^[2, 8, 11, 12, 14, 47], 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 élevé et le taux d'incidence du VHC très élevé, malgré le fait que l'injection avec des seringues déjà utilisées soit en constante diminution et à son plus bas en 2010. Des changements importants dans les habitudes de consommation et les facteurs de risques 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.

BIBLIOGRAPHIE

1. Spittal, P.M., Bruneau, J., Craib, K.J., *et al.* (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 al.* (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. 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.
6. Judd, A., Parry, J., Hickman, M., *et al.* (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.
7. Seeff, L.B. (1997) Natural history of hepatitis C. *Hepatology*, 26(3 Suppl 1), 21S-28S.
8. Aitken, C.K., Lewis, J., Tracy, S.L., *et al.* (2008) High incidence of hepatitis C virus reinfection in a cohort of injecting drug users. *Hepatology*, 48(6), 1746-52.
9. Currie, S.L., Ryan, J.C., Tracy, D., *et al.* (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.
10. Grebely, J., Conway, B., Raffa, J.D., *et al.* (2006) Hepatitis C virus reinfection in injection drug users. *Hepatology*, 44(5), 1139-45.
11. Grebely, J., Knight, E., Ngai, T., *et al.* (2010) Reinfection with hepatitis C virus following sustained virological response in injection drug users. *J Gastroenterol Hepatol*, 25(7), 1281-4.
12. Micallef, J.M., Macdonald, V., Jauncey, M., *et al.* (2007) High incidence of hepatitis C virus reinfection within a cohort of injecting drug users. *J Viral Hepat*, 14(6), 413-8.
13. Page, K., Hahn, J.A., Evans, J., *et al.* (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.
14. van de Laar, T.J., Molenkamp, R., van den Berg, C., *et al.* (2009) Frequent HCV reinfection and superinfection in a cohort of injecting drug users in Amsterdam. *J Hepatol*, 51(4), 667-74.

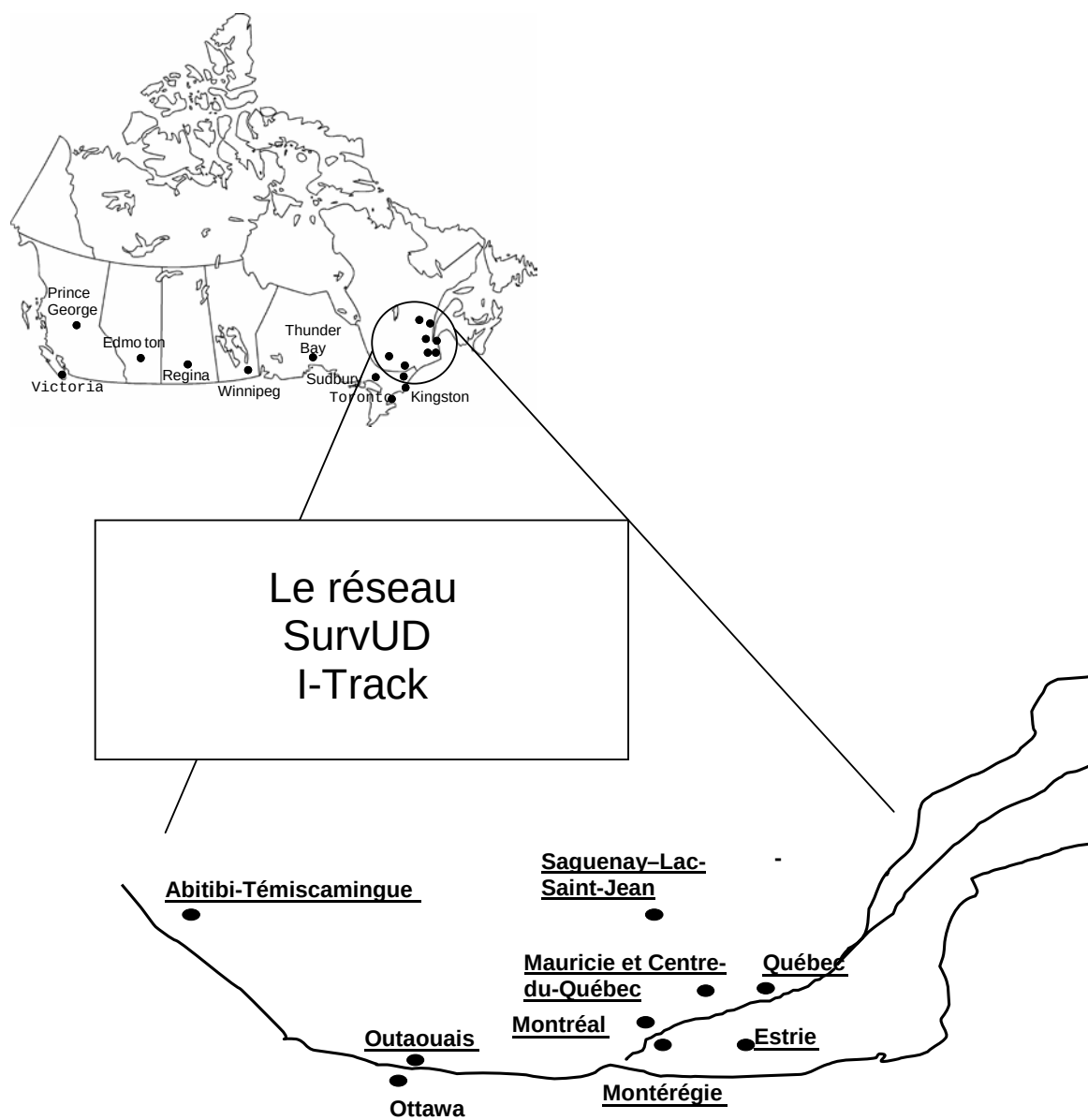
15. van de Laar, T.J., Molenkamp, R., van den Berg, C., *et al.* (2009) Frequent HCV reinfection and superinfection in a cohort of injecting drug users in Amsterdam. *Journal of hepatology*, 51(4), 667-74.
16. Kitayaporn, D., Uneklabh, C., Weniger, B.G., *et al.* (1994) HIV-1 incidence determined retrospectively among drug users in Bangkok, Thailand. *AIDS*, 8(10), 1443-50.
17. Lawless, J.F. (1982) *Statistical models and methods for lifetime data*. New York, John Wiley & Sons.
18. World Health Organization, UNAIDS and UNICEF (2011) *Global HIV/AIDS response - Epidemic update and health sector progress towards universal access - Progress report 2011*, Geneva, World Health Organization, 229 p.
19. Des Jarlais, D.C., Arasteh, K., Semaan, S., *et al.* (2009) HIV among injecting drug users: current epidemiology, biologic markers, respondent-driven sampling, and supervised-injection facilities. *Curr Opin HIV AIDS*, 4(4), 308-13.
20. Garfein, R.S., Monterroso, E.R., Tong, T.C., *et al.* (2004) Comparison of HIV infection risk behaviors among injection drug users from East and West Coast US cities. *J Urban Health*, 81(2), 260-7.
21. Agence de la santé publique du Canada, *Chapitre 10 : Le VIH/sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, in *Actualités en épidémiologie du VIH/sida - Juillet 2010*. p. 16.
22. DeBeck, K., Kerr, T., Li, K., *et al.* (2009) Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *CMAJ*, 181(9), 585-9.
23. Kim, C., Kerr, T., Li, K., *et al.* (2009) Unstable housing and hepatitis C incidence among injection drug users in a Canadian setting. *BMC public health*, 9, 270.
24. Lelutiu-Weinberger, C., Pouget, E.R., Des Jarlais, D.D., *et al.* (2009) A meta-analysis of the hepatitis C virus distribution in diverse racial/ethnic drug injector groups. *Soc Sci Med*, 68(3), 579-90.
25. Crofts, N. and Aitken, C.K. (1997) Incidence of bloodborne virus infection and risk behaviours in a cohort of injecting drug users in Victoria, 1990-1995. *Med J Aust*, 167(1), 17-20.
26. Kwon, J.A., Iversen, J., Maher, L., *et al.* (2009) The impact of needle and syringe programs on HIV and HCV transmissions in injecting drug users in Australia: a model-based analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 51(4), 462-9.
27. van Beek, I., Dwyer, R., Dore, G.J., *et al.* (1998) Infection with HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in a prevention setting: retrospective cohort study. *BMJ*, 317(7156), 433-7.
28. Iversen, J., Wand, H., Gonnermann, A., *et al.* (2010) Gender differences in hepatitis C antibody prevalence and risk behaviours amongst people who inject drugs in Australia 1998-2008. *Int J Drug Policy*, 21(6), 471-6.

29. Wand, H., Spiegelman, D., Law, M., *et al.* (2009) Estimating population attributable risk for hepatitis C seroconversion in injecting drug users in Australia: implications for prevention policy and planning. *Addiction*, 104(12), 2049-56.
30. Miller, E.R., Hellard, M.E., Bowden, S., *et al.* (2009) Markers and risk factors for HCV, HBV and HIV in a network of injecting drug users in Melbourne, Australia. *J Infect*, 58(5), 375-82.
31. Abou-Saleh, M., Davis, P., Rice, P., *et al.* (2008) The effectiveness of behavioural interventions in the primary prevention of hepatitis C amongst injecting drug users: a randomised controlled trial and lessons learned. *Harm reduction journal*, 5, 25.
32. Balogun, M.A., Murphy, N., Nunn, S., *et al.* (2009) Prevalence and incidence of hepatitis C in injecting drug users attending genitourinary medicine clinics. *Epidemiol Infect*, 137(7), 980-7.
33. Health Protection Agency, Health Protection Scotland, Public Health Wales, *et al.* (2011) *Shooting up: Infections among people who inject drugs in the United Kingdom 2010*, London, Health Protection Agency, 14 p.
34. Turner, K.M., Hutchinson, S., Vickerman, P., *et al.* (2011) The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*, 106(11), 1978-88.
35. Aceijas, C. and Rhodes, T. (2007) Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users. *Int J Drug Policy*, 18(5), 352-8.
36. Bluthenthal, R.N., Do, D.P., Finch, B., *et al.* (2007) Community characteristics associated with HIV risk among injection drug users in the San Francisco Bay Area: a multilevel analysis. *J Urban Health*, 84(5), 653-66.
37. Hagan, H., Des Jarlais, D.C., Stern, R., *et al.* (2007) HCV synthesis project: preliminary analyses of HCV prevalence in relation to age and duration of injection. *Int J Drug Policy*, 18(5), 341-51.
38. Neaigus, A., Zhao, M., Gyarmathy, V.A., *et al.* (2008) Greater drug injecting risk for HIV, HBV, and HCV infection in a city where syringe exchange and pharmacy syringe distribution are illegal. *J Urban Health*, 85(3), 309-22.
39. Rondinelli, A.J., Ouellet, L.J., Strathdee, S.A., *et al.* (2009) Young adult injection drug users in the United States continue to practice HIV risk behaviors. *Drug Alcohol Depend*, 104(1-2), 167-74.
40. Shafer, K.P., Hahn, J.A., Lum, P.J., *et al.* (2002) Prevalence and correlates of HIV infection among young injection drug users in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 31(4), 422-31.
41. Centers for Disease Control and Prevention (2012) HIV infection and HIV-associated behaviours among injecting drug users - 20 cities, United States, 2009. *MMWR*, 16(8).
42. Roy, E., Arruda, N., Vaillancourt, E., *et al.* (2012) Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montreal. *Drug Alcohol Rev*, 31(1), 72-80.

43. Bruneau, J., Roy, E., Arruda, N., *et al.* (2012) The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users. *Addiction*, 107(7), 1318-1327.
44. Roy, E., Richer, I., Morissette, C., *et al.* (2011) Temporal changes in risk factors associated with HIV seroconversion among injection drug users in eastern central Canada. *AIDS*, 25(15), 1897-903.
45. Suzuki, T., Omata, K., Satoh, T., *et al.* (2005) Quantitative detection of hepatitis C virus (HCV) RNA in saliva and gingival crevicular fluid of HCV-infected patients. *J Clin Microbiol*, 43(9), 4413-7.
46. Seeff, L.B. (2002) Natural history of chronic hepatitis C. *Hepatology*, 36(5 Suppl 1), S35-46.
47. Kondili, L.A., Chionne, P., Costantino, A., *et al.* (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



www.inspq.qc.ca

Québec 

- Institut national de santé publique
- Ministère de la Santé et des Services sociaux