



Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH DE 1995 À 2014
ÉPIDÉMIOLOGIE DU VHC DE 2003 À 2014

Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH DE 1995 À 2014
ÉPIDÉMIOLOGIE DU VHC DE 2003 À 2014

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Juin 2015

AUTEURS

Pascale Leclerc, Direction de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud de l'Île de Montréal

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 de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

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

Raymond Parent

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

Éric Demers

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

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

Marie-Michèle Grenier

Nathalie Deshaies

Direction de santé publique, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Andrée Côté, Direction de santé publique, CISSS de la Montérégie-Centre

Geneviève Pouliot-Gagné, Direction de santé publique, CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean

Marcel Gauthier, Direction de santé publique, CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean

Marie-Andrée Roy, Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CISSS-
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

Nathanaëlle Thériault, Direction de santé publique, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Andrée Perreault, Direction de santé publique, CISSS de la Montérégie-Centre

Julie Levesque

Marie Hortas

Direction de santé publique, CISSS de l'Outaouais

MISE EN PAGE

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

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2016
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISSN : 1918-4557 (PDF)
ISBN : 978-2-550-75194-6 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2016)

Remerciements

Nous aimerions remercier toutes les personnes utilisatrices de drogue par injection qui ont bien voulu collaborer au réseau SurvUDI 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.

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. Le réseau SurvUDI, implanté depuis 1995, effectue une 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. Ce rapport concerne les données obtenues de 1995 à 2014. L'analyse des données du réseau SurvUDI aide à orienter les interventions et à planifier les ressources pour lutter contre ces infections.

Quatre chercheurs principaux sont en charge du réseau SurvUDI. Il s'agit du D^r Michel Alary, de l'Université Laval (Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval), 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), du D^{re} Carole Morissette et de M^{me} Pascale Leclerc, toutes deux de la Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Ces quatre chercheurs collaborent aux activités de l'INSPQ où est basé le projet.

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

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

En 2002, les autorités canadiennes ont implanté un réseau de surveillance similaire dans d'autres provinces, créant ainsi le réseau I-Track. Le réseau SurvUDI fait maintenant partie de cette étude. Le dernier rapport du réseau I-Track peut être téléchargé via le lien Internet suivant : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/reports/i-track-phase-3/index-fra.php>.

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

Table des matières

Liste des tableaux	VII
Liste des figures	XI
Messages clés	1
Sommaire	3
1 Introduction	5
2 Méthodologie	7
2.1 Population à l'étude	7
2.2 Débuts de l'étude.....	7
2.3 Stratégies de recrutement	7
2.4 Variables recueillies	8
2.5 Collecte et gestion de données	10
2.6 Laboratoire.....	11
2.7 Analyses statistiques	12
3 Résultats	15
3.1 Caractéristiques de l'échantillon	15
3.2 Comportements de consommation de drogues et d'injection.....	20
3.3 Comportements sexuels.....	42
3.4 Prévalence du VIH et du VHC.....	44
3.5 Prévalence du VIH et du VHC selon certaines caractéristiques et comportements.....	54
3.6 Dépistage, connaissance du statut, accès aux soins et services.....	59
3.7 Description des répéteurs et des non-répéteurs.....	67
3.8 Taux d'incidence du VIH et du VHC	70
3.9 Facteurs de risque de l'incidence du VIH et du VHC	74
3.10 Analyses spéciales : tendances de la drogue injectée le plus souvent	95
3.11 Analyses spéciales : utilisation du matériel d'injection, autre que les seringues et aiguilles, distribué par les centres d'accès au matériel d'injection	101
3.12 Analyses spéciales : dépistage et prise en charge des infections par le VIH et par le VHC.....	103
4 Discussion	115
5 Conclusion	119
Références	121
Annexe 1 Les sites collaborateurs du réseau SurvUDI-I-Track	123

Liste des tableaux

Tableau 1	Description de l'échantillon, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014	15
Tableau 2	Nombre maximal d'observations et comparaison de la proportion de participants de 24 ans et moins, par période d'analyse, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014	16
Tableau 3	Pays de naissance, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2014	16
Tableau 4	Niveau de scolarité atteint, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	17
Tableau 5	Lieu de résidence actuel et dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014	17
Tableau 6	Revenu mensuel habituel comprenant toutes les sources, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2014	18
Tableau 7	Principale source de revenus au cours de la dernière année, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2014	18
Tableau 8	Orientation sexuelle, par sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2014.....	19
Tableau 9	Drogues injectées dans les six derniers mois, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014.....	20
Tableau 10	Drogues injectées dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014	21
Tableau 11	Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois et dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014.....	22
Tableau 12	Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014.....	23
Tableau 13	Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014	23
Tableau 14	Drogues consommées autrement que par injection dans les six derniers mois, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014.....	24
Tableau 15	Drogues consommées autrement que par injection dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014.....	26
Tableau 16	Drogue consommée autrement que par injection le plus souvent dans les six derniers mois et dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014	27
Tableau 17	Médicaments opioïdes injectés dans les six derniers mois, selon qu'ils aient été prescrits ou non au participant, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014	34
Tableau 18	Médicaments opioïdes consommés autrement que par injection dans les six derniers mois, selon qu'ils aient été prescrits ou non au participant, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014.....	34
Tableau 19	Prise de traitement de substitution pour la dépendance aux opioïdes dans les six derniers mois et dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014	35
Tableau 20	Lieux d'injection dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2014	36
Tableau 21	Lieu d'injection le plus fréquent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2014	37
Tableau 22	Pratiques d'utilisation du matériel d'injection dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2006-2014.....	38

Tableau 23	Fréquences d'injection et d'usage de matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	39
Tableau 24	Comparaison des comportements d'injection au cours des six derniers mois des UDI recrutés en milieux urbains et semi-urbains, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	40
Tableau 25	Comparaison des comportements sexuels au cours des six derniers mois des UDI recrutés en milieux urbains et semi-urbains, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	42
Tableau 26	Utilisation du condom lors de relations anales ou vaginales dans les six derniers mois, chez les femmes par type de partenaires sexuels masculins, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	43
Tableau 27	Utilisation du condom lors de relations anales ou vaginales chez les hommes dans les six derniers mois, par type et sexe des partenaires sexuels, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	43
Tableau 28	Prévalence du VIH, par âge et sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	44
Tableau 29	Prévalence annuelle du VIH à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2013.....	45
Tableau 30	Prévalence du VHC, par âge et sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	46
Tableau 31	Prévalence annuelle du VHC à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013.....	46
Tableau 32	Prévalence et prévalence ajustée du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	47
Tableau 33	Prévalence du VIH, par région de résidence, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	47
Tableau 34	Prévalence et prévalence ajustée du VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	48
Tableau 35	Infection par le VIH et présence d'anticorps contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	48
Tableau 36	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques et certains comportements, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	55
Tableau 37	Prévalence du VHC selon certaines caractéristiques et certains comportements, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	57
Tableau 38	Description du testing antérieur pour le VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	59
Tableau 39	Description du testing antérieur pour le VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	60
Tableau 40	Connaissance du statut sérologique et suivi médical parmi ceux que nous avons trouvés infectés par le VIH et ayant des anticorps contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	62
Tableau 41	Connaissance du statut d'infection et suivi médical parmi ceux que nous avons trouvés infectés seulement par le VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	63
Tableau 42	Connaissance du statut sérologique et suivi médical parmi ceux qui avaient des anticorps seulement contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	64
Tableau 43	Niveau de difficulté à se procurer des seringues neuves dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2014.....	65

Tableau 44	Sources d’approvisionnement des seringues/aiguilles neuves dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2014	66
Tableau 45	Distribution des visites multiples générées par les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014	67
Tableau 46	Comparaison des comportements d’injection au cours des six derniers mois des répéteurs et des non-répéteurs, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014	68
Tableau 47	Comparaison des comportements sexuels au cours des six derniers mois des répéteurs et des non-répéteurs, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014	69
Tableau 48	Incidence du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014	70
Tableau 49	Incidence du VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1997-2014.....	71
Tableau 50	Analyse multivariée de l’incidence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014	74
Tableau 51	Analyse multivariée de l’incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1997-2014	75
Tableau 52	Tendances de l’utilisation de seringues déjà utilisées par quelqu’un d’autre dans les six derniers mois, parmi les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014.....	76
Tableau 53	Tendances de l’utilisation de matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu’un d’autre dans les six derniers mois, parmi les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2014	77
Tableau 54	Tendances de l’injection de cocaïne le plus souvent dans les six derniers mois, parmi les répéteurs par région, de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014.....	78
Tableau 55	Tendances de fréquence d’injection et d’usage de matériel d’injection déjà utilisé par quelqu’un d’autre dans le dernier mois, à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013.....	79
Tableau 56	Pratiques d’utilisation du matériel d’injection, autre que les seringues et aiguilles, distribué par les centres d’accès au matériel d’injection dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2006-2014.....	102

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, 2003-2013	29
Figure 2	Tendances de la consommation de drogues – Montréal – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013	30
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, 2003-2013	31
Figure 4	Tendances de la consommation de drogues – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013	32
Figure 5	Tendances de la consommation de drogues – Semi-urbains – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013	33
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, 1995-2013	50
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, 2003-2013	52
Figure 8	Tendances de l'incidence du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012	72
Figure 9	Tendances de l'incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1998-2012	73
Figure 10	Tendances dans les facteurs de risque – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2013	83
Figure 11	Tendances dans les facteurs de risque – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau, SurvUDI-I-Track, 1995-2011	85
Figure 12	Tendances dans les facteurs de risque – Montréal – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2013	87
Figure 13	Tendances dans les facteurs de risque – Montréal – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2013	88
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, 1995-2013	89
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, 1995-2013	90
Figure 16	Tendances dans les facteurs de risque – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1996-2013	91
Figure 17	Tendances dans les facteurs de risque – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1996-2013	92
Figure 18	Tendances dans les facteurs de risque – Semi-urbains – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2013	93
Figure 19	Tendances dans les facteurs de risque – Semi-urbains – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2013	94
Figure 20	Tendances de la drogue injectée le plus souvent – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2010-2013	96
Figure 21	Tendances de la drogue injectée le plus souvent – Montréal – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2010-2013	97

Figure 22	Tendances de la drogue injectée le plus souvent – Ville de Québec – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2010-2013	98
Figure 23	Tendances de la drogue injectée le plus souvent – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2010-2013	99
Figure 24	Tendances de la drogue injectée le plus souvent – Semi-urbains – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2010-2013	100
Figure 25	Tendances du dépistage du VIH et du VHC à vie - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013	105
Figure 26	Tendances du dépistage du VIH et du VHC au cours de la dernière année parmi les participants n'ayant jamais reçu un résultat positif - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013	106
Figure 27	Tendances de la proportion de participants qui ignorent leur statut d'infection (positif) par le VIH et par le VHC, parmi les participants trouvés infectés - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013	107
Figure 28	Tendances de la consultation d'un médecin pour son infection par le VIH chez les participants qui se savent VIH+ et consultation d'un médecin pour son infection par le VHC chez les participants qui se savent VHC+, au cours des 6 derniers mois - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013	108
Figure 29	Tendances de la consultation d'un médecin <u>pour son infection par le VIH</u> au cours des 6 derniers mois chez les participants qui se savent infectés, stratifié selon le statut de co-infection (VIH+ seulement ou VIH+ et VHC+) - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013	109
Figure 30	Tendances de la consultation d'un médecin <u>pour son infection par le VHC</u> au cours des 6 derniers mois chez les participants qui se savent infectés, stratifié selon le statut de co-infection (VHC+ seulement ou VHC+ et VIH+) - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013	110
Figure 31	Tendances de prise <u>actuelle</u> de médicaments contre son infection par le VIH chez les participants qui se savent VIH+ et de prise <u>à vie</u> de médicaments contre son infection par le VHC chez les participants qui se savent VHC+, au cours des 6 derniers mois - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013	111
Figure 32	Tendances de prise <u>actuelle</u> de médicaments contre son infection par le VIH chez les participants qui se savent VIH+, stratifié selon le statut de co-infection (VIH+ seulement ou VIH+ et VHC+), au cours des 6 derniers mois - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013	112
Figure 33	Tendances de prise <u>à vie</u> de médicaments contre son infection par le VHC chez les participants qui se savent VHC+, stratifié selon le statut de co-infection (VIH+ seulement ou VIH+ et VHC+), au cours des 6 derniers mois - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013	113
Figure 34	Éléments de la cascade de soins A) des infections par le VIH du 1 ^{er} avril 2003 au 31 mars 2005; B) des infections par le VIH du 1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2014; C) des infections par le VHC du 1 ^{er} avril 2003 au 31 mars 2005 et D) des infections par le VHC du 1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2014 – à la visite la plus récente pour la période, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014.....	114

Messages clés

Les infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les utilisateurs de drogue par injection (UDI) représentent un enjeu de santé publique important au Québec.

Le réseau SurvUDI, implanté depuis 1995, effectue une 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. Ce rapport concerne les données obtenues de 1995 à 2014.

Les données les plus récentes du réseau SurvUDI (au 31 mars 2014) indiquent que :

- La cocaïne demeure la drogue injectée par la plus grande proportion des participants, suivie par les médicaments opioïdes, l'héroïne et le crack/freebase.
- L'injection de cocaïne ou de crack a diminué au cours des dernières années, alors que l'injection de Dilaudid® a augmenté de façon importante.
- L'injection de médicaments opioïdes est maintenant fréquente, surtout chez les jeunes de 24 ans et moins, et pourrait présenter des enjeux particuliers pour le risque de VIH et de VHC.
- Après une diminution importante observée entre 1995 et 2002, le taux d'incidence du VIH est maintenant plutôt stable, mais demeure élevé à 0,8 par 100 personnes-années en 2012. Ce taux d'incidence est plus élevé que ceux observés chez les UDI de beaucoup d'autres pays industrialisés.
- Une diminution statistiquement significative du taux d'incidence du VHC est observée, mais l'incidence continue néanmoins à osciller à des niveaux très élevés (entre 13 et 24 séroconversions par 100 personnes-années au cours des 5 dernières années disponibles).
- La proportion de participants qui déclarent avoir utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre est en constante diminution et à son plus bas en 2013, mais encore 16,9 % l'ont fait au moins une fois dans les six mois précédents.
- L'injection quotidienne est en augmentation, tandis que la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent est en diminution.
- En 2013, 9,0 % des participants infectés par le VIH, de même que 15,5 % de ceux ayant des anticorps contre le VHC l'ignorent.
- Entre 2003 et 2013, la prise en charge et le traitement se sont améliorés de façon importante pour le VIH, mais très peu pour le VHC.

La hausse de la consommation de médicaments opioïdes par injection fait craindre des impacts négatifs sur les épidémies de VIH et de VHC chez les UDI du Québec. Les efforts doivent se poursuivre pour augmenter l'utilisation de matériel d'injection stérile, et adapter le matériel distribué aux changements dans les drogues consommées. La promotion du dépistage régulier du VIH et du VHC ainsi que la prise en charge doivent également demeurer des priorités.

Sommaire

Le réseau SurvUDI est un réseau de surveillance épidémiologique chez les personnes UDI implanté au Québec et à Ottawa depuis 1995. Son objectif est la surveillance des infections par le VIH et par le VHC parmi les personnes UDI ainsi que le suivi des facteurs de risque de ces infections. Plusieurs changements ont été observés au cours des années, et les analyses effectuées ont souvent permis d'adapter les interventions auprès des personnes UDI.

Pour être recrutés, les participants doivent avoir fait usage de drogues par injection dans les six derniers mois et être âgés de 14 ans ou plus. Un questionnaire est administré par un intervieweur et un prélèvement oral est obtenu pour la mesure des anticorps contre le VIH et le VHC.

Une hausse importante de l'injection de médicaments opioïdes a été observée dans le réseau SurvUDI depuis quelques années. La proportion de participants qui se sont injecté du Dilaudid® au cours des six derniers mois est passée de 27,4 % en 2003 à 53,6 % en 2013. Une telle hausse est inquiétante car le risque de dépendance est très important, et la consommation d'un comprimé ou d'une capsule non prévus pour l'injection peut nécessiter jusqu'à trois ou quatre injections, ce qui augmente le nombre de manipulations et le risque de partage accidentel de matériel. Cette tendance doit être surveillée attentivement afin que du matériel mieux adapté à l'injection de ces substances non destinées à l'injection soit rendu disponible.

La proportion de participants qui a déclaré s'être injecté avec des seringues déjà utilisées par d'autres dans les six derniers mois était de 43,4 % en 1995 et de 16,9 % en 2013, soit une diminution statistiquement significative de près de 61 % ($p < 0,001$). Cette diminution est très encourageante mais souligne aussi l'ampleur du travail de prévention à accomplir. L'utilisation du matériel d'injection (autre qu'une seringue) déjà utilisé par quelqu'un d'autre est plus élevée que pour les seringues, soit autour de 30 %. Il semble nécessaire d'intensifier les interventions de prévention du partage de matériel de consommation autre que les seringues, en particulier dans notre contexte où la prévalence du VHC est très élevée.

Les comportements sexuels à risque sont également fréquemment rapportés, notamment l'utilisation irrégulière du condom et la pratique d'activités sexuelles en contexte de prostitution. Les personnes UDI sont exposées à un risque élevé de transmission sexuelle du VIH, en plus du risque de transmission lié à l'injection.

Après une diminution observée entre 1995 et 2012, le taux d'incidence du VIH est maintenant relativement stable. Il s'est maintenu entre 0,7 et 1,1 par 100 personnes-années entre 2008 et 2012, ce qui demeure toutefois élevé comparativement aux taux observés dans plusieurs autres pays dont le Royaume-Uni, les États-Unis et l'Australie. Le taux d'incidence du VHC, pour sa part, a fluctué à des niveaux très élevés entre 2008 et 2012, soit entre 12,8 et 23,9 par 100 personnes-années, et une diminution statistiquement significative est observée sur l'ensemble de la période.

L'injection avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ainsi que la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent sont demeurés associés significativement à l'incidence du VIH de façon constante pour toute la période 1995-2014. Une association statistiquement significative est observée entre la prostitution et l'incidence du VIH pour la période de 2003 à 2014, alors que cette association était absente entre 1995 et 2002.

La proportion de participants ayant eu un test de dépistage autant pour le VIH que pour le VHC au cours la dernière année a augmenté significativement entre 2003 et 2013, alors que la proportion de participants ignorant leur statut de séropositivité pour le VIH et pour le VHC a diminué significativement au cours de la même période. Ces résultats soulignent le travail soutenu des cliniciens et des autres intervenants en réduction des méfaits.

La prise en charge médicale des personnes UDI semble demeurer toutefois insuffisante, particulièrement pour l'infection par le VHC. La prise de médicaments actuelle pour le VIH et la prise de médicaments à vie pour le VHC ont augmenté significativement entre 2003 et 2013. La prise de médicaments à vie chez les participants ayant des anticorps contre le VHC demeure toutefois beaucoup moins fréquente comparativement à la prise actuelle de médicaments pour le VIH. Les tendances de traitement à vie du VHC et les comparaisons avec le traitement du VIH doivent être interprétées avec prudence compte tenu du fait qu'il n'est pas nécessairement indiqué de traiter d'emblée toutes les infections par le VHC.

1 Introduction

Les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI) représentent l'un des groupes les plus vulnérables aux infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et par virus de l'hépatite C (VHC) et sont les plus fortement touchées par ces infections. Chez les UDI, le partage de matériel d'injection est le principal facteur de risque d'infection par le VIH et par le VHC.

Pour plusieurs raisons (itinérance, toxicomanie, appartenance à des réseaux illicites et criminels, etc.), les personnes qui utilisent des drogues par injection sont très peu, sinon pas du tout, rejointes par les enquêtes populationnelles qui évaluent les indicateurs comportementaux. De plus, les personnes UDI peuvent être réticentes à fréquenter les services de santé dans les lieux dits « traditionnels », dont les services de dépistage et de traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Pour pallier ce problème, des services de santé et de dépistage sont souvent offerts en collaboration avec divers organismes communautaires. Malgré ces efforts, des cas ne sont possiblement pas détectés et, par le fait même, ne sont pas déclarés aux systèmes de surveillance populationnels (Programme de surveillance de l'infection par le VIH et Registre des maladies à déclaration obligatoire, pour le VHC). Les réseaux de surveillance de seconde génération sont donc nécessaires afin de suivre l'évolution des infections par le VIH et par le VHC ainsi que des comportements à risque au sein des populations vulnérables aux ITSS, dont les personnes UDI^[1].

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

2 Méthodologie

Les lecteurs intéressés par la méthodologie du réseau SurvUDI trouveront plus de détails dans l'article intitulé : *Continuing HIV Transmission Among Injection Drug Users in Eastern Central Canada: The SurvUDI Study, 1995 to 2000* publié dans le *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* en 2002^[2].

2.1 Population à l'étude

Le réseau SurvUDI s'intéresse 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. Dans la mesure du possible, les collaborations multiples de mêmes individus à l'intérieur de trop courts laps de temps sont limitées. On demande donc aux UDI de ne pas recollaborer à l'étude à l'intérieur d'une même période de six mois. La codification utilisée permet la détection des visites multiples faites par des répéteurs à l'étude.

2.2 Début de l'étude

Les régions qui collaborent au réseau depuis son 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 échantillonales moins importantes pour certains des comportements documentés.

2.3 Stratégies de recrutement

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

Comme l'ont décrit Noël et collaborateurs^[3], les programmes des régions participantes se présentent sous diverses structures. Certains centres spécialisés de prévention reposent principalement sur des sites fixes. Les programmes Cactus-Montréal et Point de Repères(Québec) en sont de bons exemples. Ils offrent une large gamme de services aux UDI dont, entre autres, la distribution de matériel d'injection et la possibilité d'y rapporter des seringues souillées.

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

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

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

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

2.4 Variables recueillies

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

^a Ajout en 2011.

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

^b Ajout en 2011.

La majorité des ajouts au questionnaire ont été faits en 2003, lorsque le réseau SurvUDI s'est joint au réseau canadien I-Track, ainsi qu'en 2011, lors de la phase 3 du réseau de surveillance I-Track. Quelques ajouts ont également été réalisés en 2004, en 2006 et en 2009. Les tableaux présentant ces nouvelles variables font donc référence à la période correspondante, soit quatre périodes principales : 1995-2014, 2003-2014, 2009-2014 et 2011-2014. Nous avons choisi de présenter les tableaux sur la consommation de drogues à partir de 2009, soit l'année des dernières modifications importantes à ces questions.

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

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

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

2.5 Collecte et gestion de données

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

Les renseignements recueillis sont ensuite rendus anonymes. En effet, durant l'entrevue, un numéro séquentiel est apposé sur le questionnaire et sur les prélèvements de salive. Ce numéro séquentiel est temporairement associé à des informations nominatives (initiales, sexe et date de naissance du participant). Après l'entrevue, les données nominatives sont utilisées pour générer un code d'identification crypté 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 crypté pour un participant est conservé.

Nous informons les personnes qui décident de participer que cette procédure nous empêche de leur transmettre leurs résultats de tests de dépistage des anticorps contre le VIH et le VHC. Nous les informons de la possibilité de passer des tests de dépistage, associés au counseling, 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 cryptés. Ceux-ci nous permettent de détecter les collaborations multiples de mêmes individus (les « répéteurs ») et de mesurer l'incidence du VIH et du VHC.

2.6 Laboratoire

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

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

Depuis juillet 2003, le dépistage des anticorps anti-VHC est effectué de façon prospective. Il est fait au LSPQ qui applique la méthode développée par Judd et collaborateurs^[4]. Cette épreuve utilise une méthode modifiée de la trousse ORTHO® HCV 3.0 Test System. Pour une partie des participants recrutés entre octobre 1997 et juin 2003 (nous avons sélectionné ceux avec au moins deux visites pouvant ainsi contribuer à l'analyse d'incidence), nous avons utilisé les échantillons d'exsudat gingival déjà recueillis et conservés congelés au LSPQ. Le dépistage rétrospectif des anticorps anti-VHC a été effectué selon la même méthode de laboratoire. Dans le cas du VHC, tous les spécimens initialement indéterminés ou faiblement réactifs (ratio inférieur à 1,30) sont analysés à nouveau en duplicata. Les spécimens réactifs de façon reproductible (ratio $\geq 1,00$) sont considérés positifs aux anticorps VHC.

La détection d'anticorps anti-VIH implique que l'individu est infecté par le virus. Cette équation n'est pas nécessairement vraie pour le VHC, certaines personnes réussissant à se débarrasser du virus. En effet, environ 14 à 46 % des individus infectés éliminent leur infection et évitent la chronicité^[5]. Par ailleurs, la littérature récente rapporte que les réinfections sont possibles, voire fréquentes,^[6-12] et que les infections mixtes ne sont pas rares^[12]. Nos données sur la prévalence et l'incidence du VHC, basées sur la détection d'anticorps, devraient donc être interprétées comme étant le reflet de premières infections, qu'elles soient encore présentes ou qu'elles soient résolues, et ne tiennent pas compte des réinfections.

2.7 Analyses statistiques

Pour ce rapport, les données recueillies jusqu'au 31 mars 2014 sont utilisées. Sauf mention contraire, lorsque les analyses transversales portent sur le réseau pris dans son ensemble, on présente le portrait des individus à leur dernière visite pour que chaque sujet compte une seule fois. Lorsqu'on présente des résultats par région de recrutement, on conserve la dernière visite par région (donc un même sujet peut contribuer à deux régions s'il a été recruté à Ottawa et à Montréal par exemple). Pour certaines analyses, on regroupe les régions de recrutement en quatre catégories : Montréal (incluant les individus recrutés en Montérégie, mais habitant à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate), Ville de Québec, Ottawa/Outaouais et semi-urbains (Abitibi-Témiscamingue, Montérégie [sans ceux habitant à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate], Saguenay-Lac-Saint-Jean, Estrie et Mauricie et Centre-du-Québec).

Pour les analyses de tendances annuelles concernant la prévalence du VIH et du VHC ou celles concernant la consommation de drogues et les facteurs de risque, deux façons de traiter les sujets avec visites multiples sont utilisées, selon l'objectif de chaque analyse. Soit l'on conserve la première visite à vie faite dans le réseau (un sujet recruté en 2009 et 2011 par exemple contribue seulement à l'année 2009). Soit l'on conserve la première visite annuelle (donc un même sujet peut contribuer à deux années s'il a été recruté en 2009 et 2011 par exemple). Il faut se référer au titre de la figure ou du tableau pour identifier quelle méthode a été utilisée. Ces analyses de tendances sont présentées jusqu'en 2013 inclusivement, car les données pour 2014 ne sont pas encore complètes.

Nous avons étudié l'instabilité de nos estimations des taux annuels d'incidence du VIH et du VHC pour les années d'observation les plus récentes. Nous préférons ne plus inclure les données de la dernière année complète. Le rapport présente donc, cette année, les tendances des taux d'incidence jusqu'à 2012.

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

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

Les taux d'incidence du VIH et du VHC et leurs intervalles de confiance à 95 % (en utilisant une méthode exacte basée sur la loi de Poisson) sont calculés globalement, selon la région de recrutement et selon l'année. On assume ici que l'infection a eu lieu à la moitié de l'intervalle écoulé entre la dernière visite avec un résultat négatif et la première visite avec un résultat positif. Cette façon de faire fausserait toutefois l'observation des tendances temporelles. Dans ce dernier cas, nous nous servons de la méthode développée par le D^r W. Meade Morgan des CDC à Atlanta^[13]. Cette méthode fractionne au numérateur la contribution de chaque individu ayant séroconverti sur une base journalière en répartissant uniformément la probabilité de survenue de l'infection sur tout

l'intervalle. Le dénominateur devient alors la somme des observations contribuées par les individus demeurés négatifs combinée à une fraction décroissante des observations contribuées par les individus ayant séroconverti. La régression de Cox est utilisée pour les analyses portant sur les facteurs prédictifs des nouvelles infections dues au VIH et VHC en utilisant, lorsque pertinent, des variables variant dans le temps^[14].

Le rapport contient une nouvelle section présentant des analyses spéciales. Le contenu de cette section, qui se trouve à la fin de la section « Résultats », variera d'un rapport à l'autre, selon les thématiques particulières qu'il sera pertinent de traiter. Dans le présent rapport, trois sections spéciales portent respectivement sur les tendances temporelles des drogues injectées le plus souvent (section 3.10), sur l'utilisation du matériel provenant des trousses Stericup (section 3.11) et sur les tendances temporelles du dépistage, de la connaissance du statut, de la prise en charge et du traitement (section 3.12).

3 Résultats

3.1 Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 1 Description de l'échantillon, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014

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	578	115/31,3 (30)	235/31,7 (30)
Estrie	1998	933	98/33,5 (34)	527/36,5 (37)
Mauricie et Centre-du-Québec	2000	505	92/32,0 (32)	267/36,1 (36)
Montérégie	1995	342	57/30,0 (28)	232/35,5 (35)
Montréal	1995	12 165	1 409/28,0 (25)	4 558/34,8 (35)
Ottawa	1996	4 259	648/34,9 (35)	2 080/38,2 (38)
Outaouais	1997	516	77/36,0 (37)	294/40,7 (42)
Ville de Québec	1995	6 303	816/30,3 (29)	2 256/34,4 (34)
Saguenay-Lac-St-Jean	1995	375	77/26,2 (24)	192/27,0 (23,5)
Urbains	1995	23 386	2 876/30,5 (29)	8 956/35,8 (36)
Semi-urbains ¹	1995	2 590	387/31,5 (31)	1 223/34,4 (34)
Réseau	1995	25 976	3 263/30,7 (29)	10 179/35,6 (36)

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

Voir le tableau 45 qui présente le détail de la distribution des dénominateurs globaux et par région.

Au 31 mars 2014, 13 723 individus différents (dont 13 646 ont eu un test VIH valide à leur dernière visite) ont rempli 25 976 questionnaires :

- 1 883 questionnaires s'ajoutent donc aux 24 093 complétés au 31 mars 2012.
- 725 individus s'ajoutent aux 12 998 recrutés au 31 mars 2012.
- 9 753 individus sont des non-répéteurs qui ont généré 9 753 visites.
- 3 970 individus sont des répéteurs qui ont généré 16 223 visites.

Les trois quarts des participants sont des hommes (10 179/13 442) dont l'âge moyen est de 35,6 ans (tableau 1). L'âge moyen des femmes est de 30,7 ans. Les durées moyenne et médiane d'injection chez les hommes sont de 13,0 et 11 ans. Elles sont de 9,4 et 7 ans chez les femmes (données non montrées dans les tableaux, 1995-2014).

Tableau 2 Nombre maximal d’observations et comparaison de la proportion de participants de 24 ans et moins, par période d’analyse, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014

Période	Proportion des UDI de 24 ans et moins	
	n/N ¹	%
1995-2014	2 929/13 461 ²	21,8
2003-2014	874/6 591	13,3
2004-2014	807/6 287	12,8
2006-2014	472/4 496	10,5
2009-2014	266/2 910	9,1
2011-2014	167/1 953	8,6

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

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

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

Le tableau 2 présente également la proportion de jeunes UDI de 24 ans et moins selon les périodes d’analyse. On remarque qu’il y a de moins en moins de jeunes UDI de 24 ans et moins recrutés dans le réseau au fil des années (21,8% pour la période 1995-2014 comparativement à 8,6 % pour 2011-2014).

Tableau 3 Pays de naissance, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2014

Pays de naissance	n/1 936	%
Nés au Canada – non autochtones	1622	83,8
Nés au Canada – Autochtones	237	12,2
Nés ailleurs qu’au Canada ¹	77	4,0

¹ Ils vivent au Canada en moyenne depuis 25,2 ans (médiane 25 ans, intervalle interquartile 15 à 33 ans).

Les UDI recrutés sont majoritairement nés au Canada et non autochtones. Une proportion de 12,2 % des participants déclarent une origine autochtone (tableau 3).

Tableau 4 Niveau de scolarité atteint, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

Niveau de scolarité	n/6 542	%	% cumulatif
Aucune scolarité	9	0,1	0,1
Primaire – non complété	227	3,5	3,6
Primaire – complété	255	3,9	7,5
Secondaire – non complété	2 801	42,8	50,3
Secondaire – complété	1 426	21,8	72,1
Collégial – non complété	559	8,5	80,7
Collégial – complété	684	10,5	91,1
Universitaire – non complété	307	4,7	95,8
Universitaire – complété	274	4,2	100,0

Environ un participant sur deux (3 250/6 542) a terminé son cours secondaire (tableau 4).

Tableau 5 Lieu de résidence actuel et dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

Lieu de résidence	Actuel ¹		Dans les six derniers mois ²	
	n/6 535	%	n/6 576	%
Résidence privée (appartement, maison)	3 942	60,3	5 164	78,5
Sans domicile fixe (rue, squat, refuge, foyer)	1 700	26,0	2 635	40,1
Chambre (hôtel, motel, pension)	541	8,3	1 336	20,3
Établissement (centre de transition, réadaptation, désintoxication, établissement psychiatrique)	197	3,0	637	9,7
Centre de détention	143	2,2	829	12,6
Autres	12	0,2	31	0,5

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, 78,5 % des participants ont habité une résidence privée et 40,1 % ont vécu dans la rue, un squat, un refuge ou un foyer. On trouve que 12,6% des participants ont séjourné dans un centre de détention au cours de la même période (tableau 5). Le quart des personnes UDI (26,0%) étaient sans domicile fixe et 2,2 % en centre de détention au moment de l'entrevue.

Tableau 6 Revenu mensuel habituel comprenant toutes les sources, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2014

Revenu mensuel (\$)	n/1 917	%
Moins de 500	118	6,2
500 à 999	1 050	54,8
1 000 à 1 999	369	19,2
2 000 et plus	380	19,8

Près des deux tiers des participants (60,9 %) ont un revenu mensuel inférieur à 1 000 \$ (tableau 6).

Tableau 7 Principale source de revenus au cours de la dernière année, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2014

Source de revenus	n/1 937	% ¹
Aide ou soutien social	1 112	57,4
Économie de la rue ²	247	12,8
Prestations d'invalidité	211	10,9
Travail régulier ³	152	7,9
Quête	134	6,9
Travail du sexe	80	4,1
Assurance-emploi	36	1,9
Travail saisonnier	35	1,8
Argent de la famille ou d'amis	29	1,5
Pension	29	1,5
Vente de drogue	14	0,7
Autres ⁴	47	2,4

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

² Incluant vol, crime, *squeegee*.

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

⁴ Par exemple : travail au noir, héritage.

Pour plus de la moitié des participants (57,4 %), la principale source de revenus au cours de la dernière année était l'aide ou le soutien social (tableau 7). Pour presque le quart des participants (24,5 %), l'économie de la rue, la quête, le travail du sexe ou la vente de drogues représentaient la principale source de revenus dans la dernière année.

Tableau 8 Orientation sexuelle, par sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2014

Orientation sexuelle	Femmes		Hommes	
	n/434	%	n/1508	%
Hétérosexuelle	314	72,4	1 346	89,3
Bisexuelle	97	22,3	88	5,8
Homosexuelle	21	4,8	67	4,4
Autres	2	0,5	7	0,5

Près des trois quarts des femmes (72,4 %) et près de 90 % (89,3 %) des hommes déclarent une orientation sexuelle hétérosexuelle (tableau 8). L'orientation bisexuelle est davantage présente chez les femmes (22,3 % vs. 5,8 %), alors que l'orientation homosexuelle est retrouvée dans des proportions similaires chez les deux sexes, soit entre 4 et 5 %.

3.2 Comportements de consommation de drogues et d'injection

Tableau 9 Drogues injectées dans les six derniers mois, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014

Région de recrutement	N ¹	% des UDI qui se sont injectés ⁶							
		Cocaïne	Médicaments opioïdes ²	Dilaudid ³	Hydromorph Contin ^{3, 4}	Héroïne ⁵	Morphine ³	Oxycodone/Oxycontin ³	Crack/freebase
Abitibi-Témiscamingue	109	91,7	34,3	21,1	21,1	2,8	25,9	11,9	1,8
Estrie	102	85,3	34,3	22,6	23,7	16,7	12,8	9,8	5,9
Mauricie et Centre-du-Québec	27	88,9	74,1	66,7	50,0	7,4	37,0	22,2	3,7
Montérégie	53	79,3	56,6	47,2	38,5	18,9	41,5	20,8	3,8
Montréal	1 374	78,3	58,0	54,4	42,8	40,3	13,6	7,7	10,3
Ottawa	792	56,3	75,4	52,7	42,3	39,1	61,2	39,5	35,9
Outaouais	98	70,4	45,9	22,5	24,0	19,4	34,7	23,5	19,4
Ville de Québec	338	75,4	68,4	51,8	52,6	11,5	23,1	32,3	1,8
Saguenay-Lac-Saint-Jean	49	46,9	100,0	87,8	91,7	16,3	60,4	55,1	6,1
Réseau	2 906	72,0	62,8	50,9	42,7	32,7	30,2	20,7	15,9

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

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

³ Regroupant prescrit et non prescrit.

⁴ Questions ajoutées en 2011, donc le dénominateur est de 1 947 participants.

⁵ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁶ Les autres drogues injectées rapportées le plus fréquemment ($\geq 2\%$) sont : Fentanyl non prescrit = 11,1 %, *Speedball* = 6,7 %, Amphétamines = 5,8 %, Cocaïne et opiacés autres que l'héroïne⁴ = 4,9 %, Ritalin seul non prescrit = 3,4 %, Méthamphétamine = 2,4 %, Méthadone³ = 2,3 %, Benzodiazépines non prescrites = 2,3 %, Kétamine non prescrit = 2,3 %.

La cocaïne est la drogue dont l'injection est la plus répandue (72,0 % des 2 906 répondants en avaient fait usage); le Dilaudid suit avec 50,9 %. On retrouve ensuite l'Hydromorph Contin, puis l'héroïne (blanche ou beige/brune) et la morphine sur un pied d'égalité, avec environ un tiers des répondants qui en consomment (tableau 9). L'injection d'Oxycodone/Oxycontin est observée chez 20,7 % des participants et l'injection de crack/freebase chez 15,9 % des participants du réseau.

Le type de drogues injectées varie beaucoup d'une région à l'autre (tableau 9). La cocaïne est la drogue injectée par la plus grande proportion de participants dans presque toutes les régions sauf à Ottawa et au Saguenay–Lac-St-Jean où ce sont les médicaments opioïdes. Les régions de la Mauricie et Centre-du-Québec, la Montérégie, Ottawa, du Saguenay–Lac-St-Jean, de Montréal et Québec ont les plus grandes proportions de consommateurs de médicaments opioïdes (56,6 à 100 % des répondants de chaque région). L'injection d'héroïne blanche ou beige/brune est particulièrement répandue à Ottawa et à Montréal avec respectivement 39,1 % et 40,3 % des répondants qui en consomment. L'injection de crack/*freebase* est beaucoup plus répandue à Ottawa (35,9 % des 792 répondants).

Tableau 10 Drogues injectées dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurVUDI-I-Track, 2009-2014

Drogue (Total de ceux qui en ont consommé)	Proportion de consommateurs chez les		Valeur-p
	24 ans et moins % (N = 266)	25 ans et plus % (N = 2 640)	
Cocaïne (2 092)	63,9	72,8	0,002
Médicaments opioïdes ¹ (1 820)	79,7	61,1	< 0,001
Dilaudid ² (1 473)	70,7	48,9	< 0,001
Hydromorph Contin ^{2,3} (832)	66,5	40,5	< 0,001
Héroïne ⁴ (949)	56,0	30,3	< 0,001
Morphine ² (875)	36,5	29,6	0,020
Oxycodone/oxycotin ² (601)	30,1	19,8	< 0,001
Crack/ <i>freebase</i> (463)	20,7	15,5	0,027
Fentanyl non prescrit (323)	15,8	10,6	0,010
<i>Speedball</i> ⁵ (195)	10,2	6,4	0,019
Cocaïne et opiacé autre que l'héroïne ³ (96)	6,0	4,8	0,506
Amphétamines (168)	11,3	5,2	< 0,001
Ritalin seul non prescrit (99)	4,5	3,3	0,298
Méthadone ² (67)	4,5	2,1	0,012
Méthamphétamines (71)	4,1	2,3	0,061
Benzodiazépines non prescrites (66)	3,4	2,2	0,201
Plus d'une drogue (1 693)	77,4	56,3	< 0,001

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

² Regroupant prescrit et non prescrit.

³ Questions ajoutées en 2011, donc le dénominateur est de 1 950 participants.

⁴ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁵ Mélange injectable de cocaïne et d'héroïne.

On remarque des différences importantes selon l'âge concernant les drogues injectées au cours des 6 derniers mois (tableau 10). Presque toutes les drogues sont injectées par des proportions plus élevées de 24 ans et moins. L'injection de médicaments opioïdes, par exemple, est rapportée par 79,7 % des UDI de 24 ans et moins (212/266) et par 61,1 % des UDI plus âgés (1 608/2 633). La

cocaïne est une exception étant donné qu'une plus grande proportion de 25 ans et plus s'en injecte. Les jeunes sont également plus nombreux à s'être injecté plus d'une drogue dans les 6 derniers mois (77,4 % vs. 56,3 %).

Tableau 11 Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois et dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014

Drogue	Six derniers mois		Dernier mois	
	n/2 873 ¹	%	n/2 604 ²	%
Cocaïne	1 266	44,1	1 107	42,5
Médicaments opioïdes non prescrits ³	1 170	40,7	1 109	42,6
Dilaudid non prescrit	527	18,3	522	20,1
Hydromorph Contin non prescrit ⁴	229	11,9	217	12,3
Morphine non prescrite	281	9,8	256	9,8
Héroïne ⁵	279	9,7	245	9,4
Oxycodone/Oxycontin non prescrit	85	3,0	71	2,7
Crack/freebase	94	3,3	84	3,2
Fentanyl non prescrit	27	0,9	24	0,9
Amphétamines	15	0,5	15	0,6
Ritalin seul non prescrit	12	0,4	12	0,5
Speedball ⁶	11	0,4	12	0,5
Autres ⁷	37	1,3	30	1,2

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

² Excluant 262 participants qui ont répondu n'avoir consommé aucune drogue non prescrite par injection au cours du dernier mois (car la question sur le choix de la drogue la plus souvent consommée n'inclut que les drogues non prescrites depuis 2009).

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

⁴ Question ajoutée en 2011, donc le dénominateur est de 1 921 participants.

⁵ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁶ Mélange injectable de cocaïne et d'héroïne.

⁷ L'utilisation la plus fréquente de 20 autres produits a été rapportée par un à 7 individus au cours des six derniers mois.

Au cours des six derniers mois, la cocaïne est la drogue injectée le plus souvent déclarée par la plus grande proportion des participants, soit 44,1 % (1 266/2 873). Les médicaments opioïdes non prescrits suivent avec 40,7 % (1 170/2 873) des participants (tableau 11). Dans le dernier mois, le profil de consommation est très similaire (tableau 11).

Tableau 12 Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014

Drogue (Total de ceux qui en ont consommé)	Proportion de consommateurs chez les	
	24 ans et moins % (N = 264)	25 ans et plus % (N = 2 609)
Cocaïne (1 266)	20,1	46,5
Médicaments opioïdes non prescrits ¹ (1 170)	56,1	39,2
Dilaudid non prescrit (527)	26,9	17,5
Morphine non prescrite (281)	11,0	9,7
Héroïne ² (279)	17,8	8,9
Hydromorph Contin non prescrit ³ (239)	11,7	8,0
Crack/freebase (94)	1,5	3,5
Oxycodone/Oxycontin non prescrit (85)	5,7	2,7
Fentanyl non prescrit (27)	0,4	1,0
Autres ⁴ (75)	4,9	2,4

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

² Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

³ Question ajoutée en 2011, donc le dénominateur est de 1 921 participants.

⁴ L'utilisation la plus fréquente de 14 autres produits a été rapportée par un à 15 individus au cours des six derniers mois.

Chez les participants de 25 ans et plus, 46,5 % déclarent que la cocaïne est la drogue qu'ils s'injectent le plus souvent, alors que chez les 24 ans et moins, ce sont les médicaments opioïdes non prescrits qui sont les plus populaires. Plus de la moitié des jeunes UDI de 24 ans et moins (56,1 %) déclarent un médicament opioïde comme drogue injectée le plus souvent (tableau 12) au cours des 6 derniers mois.

Tableau 13 Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014

Drogue	n/13 602	%
Cocaïne	8 859	65,1
Héroïne ¹	1 982	14,6
PCP	114	0,8
Speedball ²	68	0,5
Stéroïdes	24	0,2
Autres ³	2 555	18,8

¹ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

² Mélange injectable de cocaïne et d'héroïne.

³ Les autres drogues les plus fréquentes sont : Dilaudid (prescrit ou non) à 6,7 % (n = 910), morphine (prescrite ou non) à 5,0 % (n = 680), crack/freebase à 2,0 % (n = 270) et oxycodone/oxycotin (non prescrit) à 1,3 % (n = 173).

Le tableau 13 présente toutes les données recueillies depuis 1995 (avec les catégories de réponses présentes à l'époque), soit celles dont nous nous servons pour l'analyse multivariée de l'incidence du VIH et du VHC présentée aux tableaux 50 et 51. Pour la période 1995 à 2014, la drogue injectée le plus souvent déclarée par la plus grande proportion des participants dans les six derniers mois est la cocaïne, suivie de l'héroïne.

Tableau 14 Drogues consommées autrement que par injection dans les six derniers mois, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014

Région de recrutement	N ¹	% des UDI qui ont consommé autrement que par injection ³						
		Cannabis	Alcool	Crack/ freebase	Cocaïne	Amphé- tamines	Médica- ments opioïdes non prescrits ²	Benzo- diazépines non prescrits
Abitibi- Témiscamingue	111	73,0	90,9	56,8	74,8	46,9	33,3	12,6
Estrie	102	85,3	86,3	43,1	60,8	57,8	47,1	24,5
Mauricie et Centre-du- Québec	27	74,1	81,5	22,2	44,4	51,9	44,4	25,9
Montérégie	53	73,6	77,4	41,5	62,3	64,2	50,9	24,5
Montréal	1 374	74,5	64,6	72,2	24,5	34,9	18,6	17,5
Ottawa	791	73,6	64,2	70,9	51,2	13,8	47,9	24,5
Outaouais	98	87,8	79,6	75,5	67,4	69,4	51,0	19,4
Ville de Québec	338	68,3	72,5	33,4	37,3	52,4	34,6	25,2
Saguenay-Lac- Saint-Jean	50	56,0	64,0	14,0	42,0	52,0	54,0	40,0
Réseau	2 908	73,9	67,9	64,0	38,8	34,2	32,1	20,9

¹ Nombre qui ont répondu à la question sur les drogues consommées autrement que par injection au cours des six derniers mois, incluant 100 personnes qui ont répondu n'avoir consommé aucune de ces drogues.

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

³ Les autres drogues consommées autrement que par injection rapportées le plus fréquemment (≥ 2 %) sont :
 Dilaudid non prescrit = 16,8 % Héroïne^c = 7,7 % Fentanyl non prescrit = 4,9 %
 Ecstasy = 16,5 % Kétamine = 6,1 % PCP = 4,0 %
 Morphine non prescrite = 13,7 % Champignons hallucinogènes = 5,9 % LSD (acide) = 3,5 %
 Oxycodone/oxycontin non prescrit = 12,2 % Méthadone non prescrite = 5,9 % Barbituriques non prescrits = 3,2 %
 Hydromorph Contin non prescrit^d = 11,1 % Métamphétamine = 5,8 % GHB^d = 2,9 %
 Tylenol avec codéine pris pour buzzer = 7,8 % Ritalin seul non prescrit = 5,0 %

Les personnes recrutées font aussi usage de drogues non injectées (tableau 14). Parmi 2 908 répondants, 73,9 % rapportent avoir consommé du cannabis, 67,9 % de l'alcool, 64,0 % ont fumé du crack/freebase et 38,8 % ont consommé de la cocaïne autrement que par injection. Les médicaments opioïdes non prescrits sont consommés, autrement que par injection, par 32,1 % des participants.

^c Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

^d Questions ajoutées en 2011, donc le dénominateur est de 1 952 participants.

Si l'usage de cannabis et d'alcool est très répandu dans chacun des sites de recrutement, celui des autres drogues non injectées varie (tableau 14). L'usage de crack/*freebase* n'est rapporté, par exemple, que par 14,0 % des UDI recrutés au Saguenay-Lac-St-Jean mais par 70,9 % de ceux de la ville d'Ottawa.

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

Tableau 15 Drogues consommées autrement que par injection dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014

Drogue (Total de ceux qui en ont consommé)	Proportion de consommateurs chez les		Valeur-p
	24 ans et moins % (N = 266)	25 ans et plus % (N = 2 642)	
Cannabis (2 150)	78,6	73,5	0,071
Alcool (1 973)	76,3	67,0	0,002
Crack/freebase (1 860)	60,9	64,3	0,276
Cocaïne (1 127)	42,1	38,4	0,239
Amphétamines (995)	42,9	33,4	0,002
Médicaments opioïdes non prescrits ¹ (934)	42,9	31,0	< 0,001
Benzodiazépines non prescrites (608)	32,3	19,8	< 0,001
Dilaudid non prescrit (489)	22,6	16,2	0,009
Ecstasy (481)	32,3	15,0	< 0,001
Morphine non prescrite (399)	16,2	13,5	0,224
Oxycodone/Oxycontin non prescrit (355)	18,8	11,5	0,001
Tylenol avec codéine pris pour buzzer (226)	9,4	7,6	0,299
Héroïne ² (223)	11,3	7,3	0,020
Hydromorph Contin non prescrit ³ (217)	18,6	10,4	0,001
Kétamine (178)	19,9	4,7	< 0,001
Méthadone non prescrite (171)	11,3	5,3	< 0,001
Champignons hallucinogènes (170)	18,4	4,6	< 0,001
Méthamphétamine (169)	8,7	5,5	0,038
Ritalin seul non prescrit (144)	6,4	4,8	0,256
Fentanyl non prescrit (142)	8,7	4,5	0,003
PCP (116)	11,3	3,3	< 0,001
LSD (acide) (102)	13,2	2,5	< 0,001
Barbituriques non prescrits (93)	3,4	3,2	0,857
GHB ² (56)	7,2	2,5	0,001
MDA (56)	4,1	1,7	0,006
Demerol non prescrit (56)	3,0	1,8	0,178

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

² Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

³ Questions ajoutées en 2011, donc le dénominateur est de 1 952 participants.

Tableau 16 Drogue consommée autrement que par injection le plus souvent dans les six derniers mois et dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014

Drogue	Six derniers mois		Dernier mois	
	n/2 779 ¹	%	n/2 681 ²	%
Crack/freebase	850	30,6	808	30,1
Cannabis	742	26,7	749	27,9
Alcool	491	17,7	497	18,5
Cocaïne	199	7,2	176	6,6
Médicaments opioïdes non prescrits ³	194	7,0	179	6,7
Amphétamines	158	5,7	127	4,7
Dilaudid non prescrit	61	2,2	50	1,9
Benzodiazépines non prescrites	57	2,1	66	2,5
Morphine non prescrite	40	1,4	43	1,6
Oxycodone/Oxycontin non prescrit	40	1,4	38	1,4
Héroïne ⁴	21	0,8	14	0,5
Hydromorph Contin non prescrit ⁵	17	0,9	18	0,9
Fentanyl non prescrit	15	0,5	9	0,3
Ectasy	13	0,5	15	0,6
Méthadone non prescrite	10	0,4	9	0,3
Kétamine	9	0,3	7	0,3
Méthamphétamines	8	0,3	5	0,2
Tylénol avec codéine pris pour buzzer	7	0,3	9	0,3
Ritalin seul non prescrit	7	0,3	7	0,3
Autres ⁶	34	1,2	4	1,3

¹ Excluant 100 personnes qui ont répondu n'avoir consommé aucune drogue autrement que par injection au cours des six derniers mois (car la question sur le choix de la drogue la plus souvent consommée n'inclut que les drogues non prescrites depuis 2009).

² Excluant 163 personnes qui ont répondu n'avoir consommé aucune drogue autrement que par injection au cours du dernier mois (car la question sur le choix de la drogue la plus souvent consommée n'inclut que les drogues non prescrites depuis 2009).

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

⁴ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁵ Question ajoutée en 2011, donc le dénominateur est de 1 859 participants.

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

Au cours des six derniers mois, la drogue consommée autrement que par injection le plus souvent par la plus grande proportion de participants est le crack/freebase (par 30,6 % des participants), suivie par le cannabis et l'alcool. Précisément 7 % des participants déclarent les médicaments opioïdes non prescrits consommés autrement que par injection comme drogue de choix (consommée le plus souvent). Des données très similaires à celles observées pour les six derniers mois sont observées pour le dernier mois (tableau 16).

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

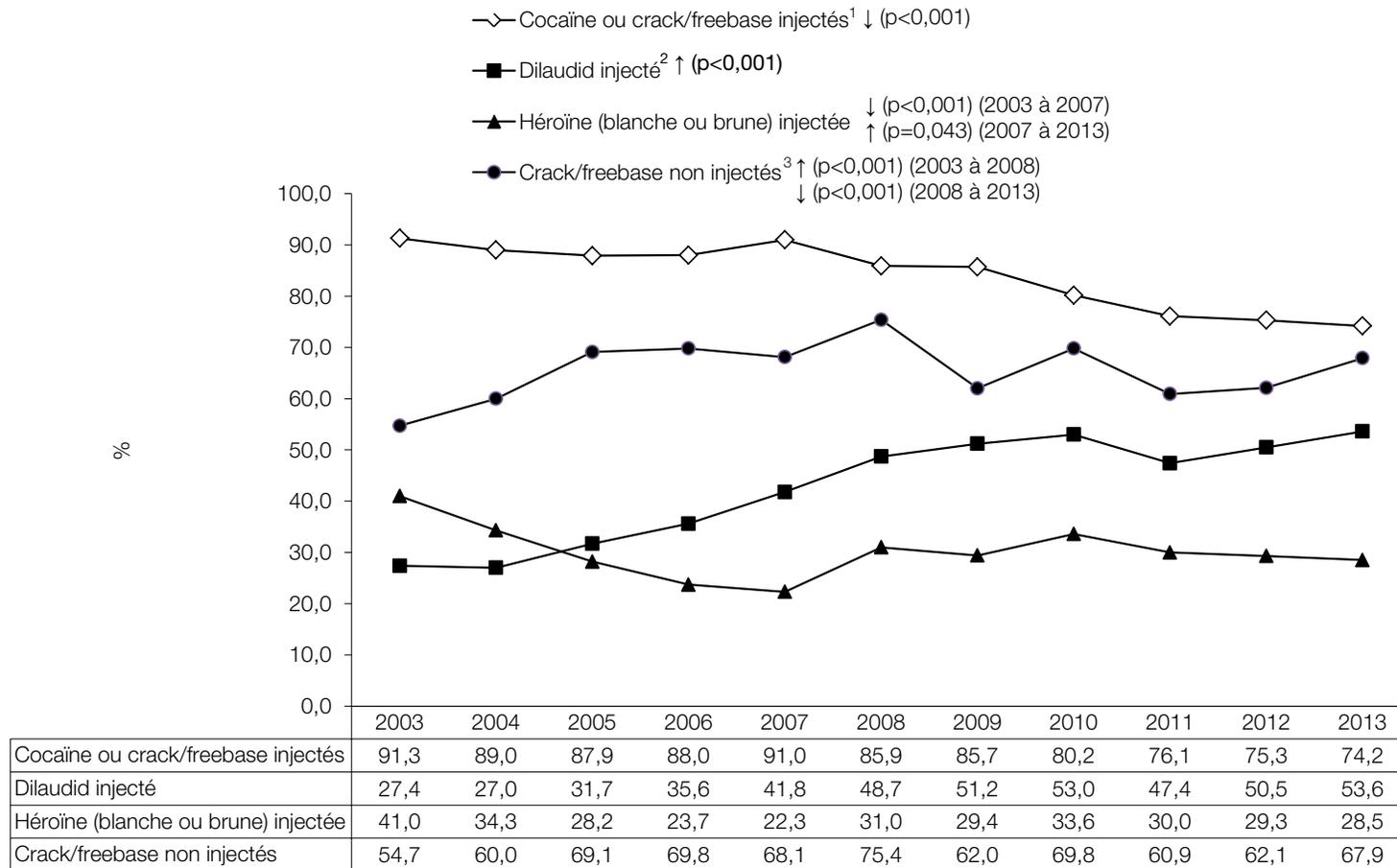
L'injection de cocaïne ou de crack/*freebase* est à la baisse dans tous les sites de recrutement. Il est à noter que dans la plupart des régions autres qu'Ottawa/Outaouais, c'est la cocaïne et non le crack/*freebase* qui est la principale substance concernée.

L'injection de Dilaudid est à la hausse jusqu'en 2013 dans tous les sites de recrutement sauf à Québec où elle s'est plutôt terminée en 2008, pour être ensuite à la baisse jusqu'en 2013 (à Québec).

L'injection d'héroïne est à la baisse à Montréal jusqu'en 2013. Elle est à la hausse entre 2006 et 2013 à Ottawa/Outaouais, alors qu'elle est à la baisse dans les programmes semi-urbains entre 2003 et 2013.

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

Figure 1 Tendances de la consommation de drogues – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013

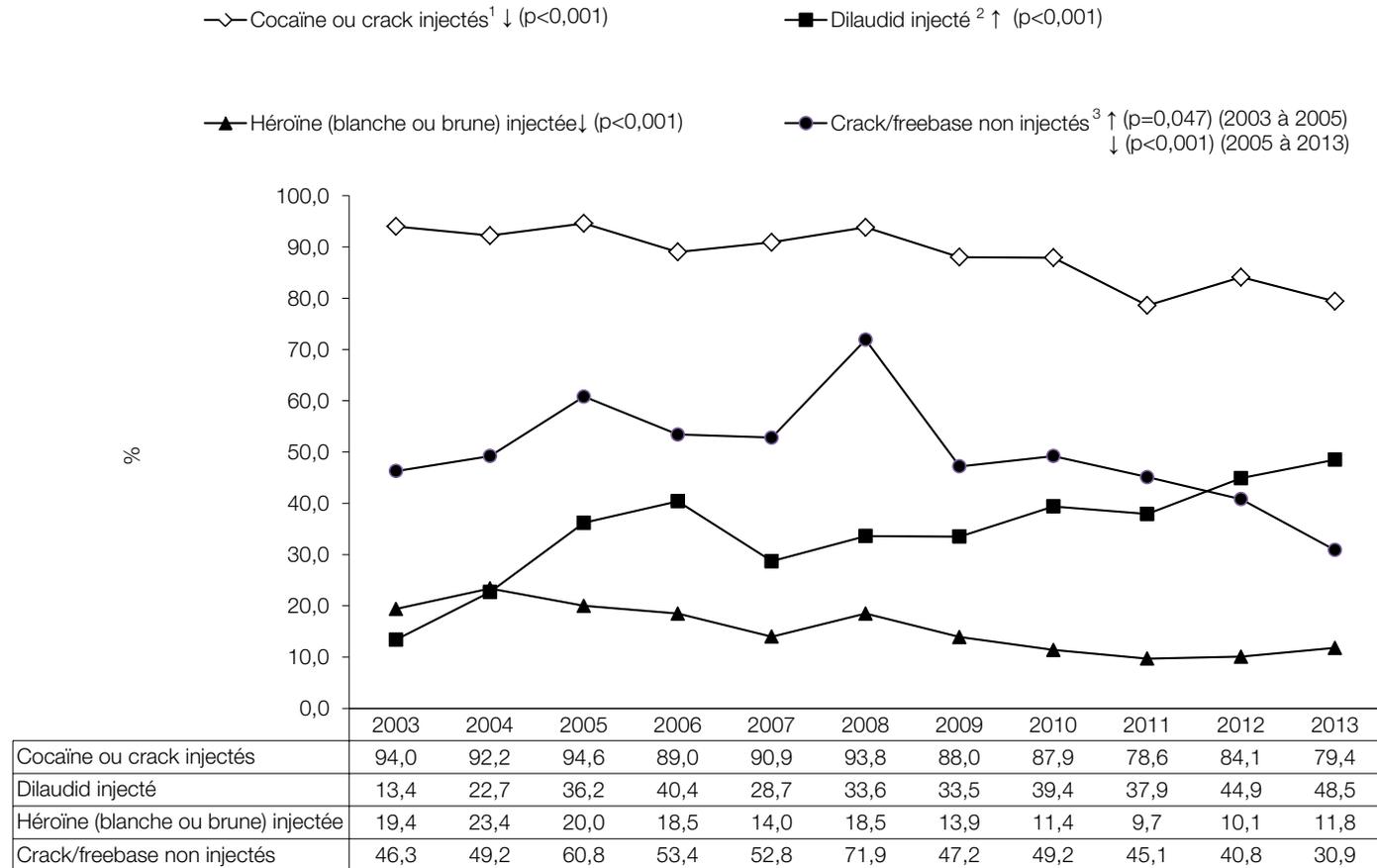


¹ Test par *bootstrap* (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.
 — = pas de tendance statistiquement significative; ↑ = hausse statistiquement significative; ↓ = baisse statistiquement significative.

² Regroupant prescrit et non prescrit.

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

Figure 5 Tendances de la consommation de drogues – Semi-urbains^f – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013



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

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

² Regroupant prescrit et non prescrit.

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

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

Tableau 17 Médicaments opioïdes injectés dans les six derniers mois, selon qu'ils aient été prescrits ou non au participant, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014

Drogue (Total de ceux qui en ont consommé/N total)	Prescrite seulement		Non prescrite seulement		Prescrite et non prescrite	
	n	% ¹	n	%	n	%
Dilaudid (1 470/2 893)	60	4,1	1 223	83,2	187	12,7
Morphine (872/2 891)	49	5,6	720	82,6	103	11,8
Hydromorph-Contin ² (826/1 934)	31	3,8	719	87,0	76	9,2
Oxycodone/Oxycontin ² (314/1 933)	11	3,5	280	89,2	23	7,3
Méthadone (65/2 894)	18	27,7	41	63,1	6	9,2
Suboxone (6/2 887)	3	50,0	3	50,0	0	0,0

¹ Parmi ceux qui ont consommé cette drogue.

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

La très grande majorité des participants (83,2 % à 89,2 %) s'injecte exclusivement des médicaments opioïdes qui ne leur sont pas prescrits (tableau 17). Entre 3,5 % et 5,6 % des participants ne s'injectent que leurs médicaments opioïdes prescrits (excluant méthadone et Suboxone). Approximativement 10 % des participants s'injectent à la fois des médicaments opioïdes prescrits et non prescrits. L'injection de méthadone et de Suboxone est peu fréquente (71 participants).

Tableau 18 Médicaments opioïdes consommés autrement que par injection dans les six derniers mois, selon qu'ils aient été prescrits ou non au participant, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014

Médicaments (Total de ceux qui en ont consommé/N total)	Prescrite seulement		Non prescrite seulement		Prescrite et non prescrite	
	n	% ¹	n	%	n	%
Méthadone (825/2 904)	654	79,3	116	14,0	55	6,7
Dilaudid (625/2 891)	138	22,1	411	65,8	76	12,1
Morphine (493/2 892)	95	19,3	336	68,1	62	12,6
Hydromorph-Contin ² (267/1 940)	50	18,7	183	68,5	34	12,7
Oxycodone/Oxycontin ² (230/1 939)	30	13,0	171	74,4	29	12,6
Suboxone (81/2 890)	55	67,9	15	18,5	11	13,6

¹ Parmi ceux qui ont consommé cette drogue.

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

Le médicament opioïde consommé autrement que par injection par le plus grand nombre de participants est la méthadone. Plus des trois quarts des participants (79,3 %) ne consomment que de la méthadone qui leur est prescrite. Pour ce qui est des médicaments opioïdes consommés autrement que par injection, le tableau 18 montre qu'à l'exception de la méthadone et de la Suboxone, un grand nombre et une proportion importante de participants ne consomment que des médicaments opioïdes qui ne leur sont pas prescrits (entre 65,8 % et 74,4 %).

Tableau 19 **Prise de traitement de substitution pour la dépendance aux opioïdes dans les six derniers mois et dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2014**

Consommation de méthadone ou de Suboxone prescrites autrement que par injection	Six derniers mois		Dernier mois	
	n/N	%	n/N	%
Parmi tous les UDI	760/2 904	26,2	621/2 882	21,6
Parmi les UDI qui ont consommé (par injection ou autrement) des opioïdes durant la période	680/2 206	30,8	495/1 950	25,4
Parmi les UDI qui se sont injecté des opioïdes durant la période	664/2 015	33,0	472/1 777	26,6

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) propose de suivre la couverture des traitements de substitution pour la dépendance aux opioïdes (TDO) parmi les injecteurs d'opioïdes^[15]. Selon cet organisme, la couverture (proportion des personnes qui prennent des traitements de substitution parmi les personnes qui s'injectent des opioïdes) des TDO est considérée faible lorsque la proportion de consommateurs qui en prennent est inférieure à 20 %, elle est considérée moyenne lorsque cette proportion se situe entre 20 et 40 % et élevée lorsqu'elle est supérieure à 40 %. Selon les données recueillies, le niveau de couverture en TDO parmi les participants de SurvUDI-I-Track qui se sont injecté des opioïdes serait considéré moyen par l'OMS (33,0 % et 26,6 %, respectivement, dans les six derniers mois et dans le dernier mois, tableau 19).

Tableau 20 Lieux d'injection dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2014

Lieu d'injection	n/6 269	%
Sa propre résidence	3 747	59,8
Un lieu public :	3 359	53,6
La rue/un stationnement extérieur	2 370	37,8
Des toilettes publiques	2 100	33,5
Un boisé/un parc	1 596	25,5
Une entrée/un escalier ou un corridor d'un immeuble	389	6,2
Un « squat »/piquerie	326	5,2
Un stationnement intérieur/un garage	293	4,7
Un lieu commercial ¹	206	3,3
Autres ²	132	2,1
La résidence d'un ami	2 473	39,5
Un hôtel/motel	1 266	20,2
Une maison de chambre/pension	725	11,6
Un véhicule privé	470	7,5
Un refuge, foyer	447	7,1
La résidence d'une personne peu ou pas connue	340	5,4
La résidence des parents	338	5,4
Un lieu de résidence de la parenté	206	3,3
Un centre de détention	97	1,6
Un lieu de soins ³	71	1,1
Ailleurs ⁴	85	1,4

¹ Incluant bar, peep-show, sauna.

² Par exemple : véhicule public (72).

³ Incluant hôpital, clinique de réadaptation, institution psychiatrique.

⁴ Par exemple : maison de transition (56), travail (20).

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

Tableau 21 Lieu d'injection le plus fréquent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2014

Lieu d'injection	Réseau		UDI urbains		UDI semi-urbains ¹	
	n/6 240	%	n/5 376	%	n/864	%
Sa propre résidence	3 075	49,3	2 562	47,7	513	59,4
Un lieu public :	1 614	25,9	1 535	28,6	79	9,1
La rue/un stationnement intérieur	829	13,3	794	14,8	35	4,1
Des toilettes publiques	418	6,7	404	7,5	14	1,6
Un boisé/un parc	223	3,6	209	3,9	14	1,6
Une entrée/un escalier ou un corridor d'un immeuble	39	0,6	35	0,7	4	0,5
Un « squat »/ piquerie	39	0,6	32	0,6	7	0,8
Un lieu commercial ²	30	0,5	29	0,5	1	0,1
Un stationnement/un garage	16	0,3	15	0,3	1	0,1
Autres ³	20	0,3	7	0,3	3	0,4
La résidence d'un ami	747	12,0	614	11,4	133	15,4
Une maison de chambre/pension	295	4,7	269	5,0	26	3,0
Un hôtel/motel	180	2,9	137	2,6	43	5,0
Un refuge, foyer	112	1,8	110	2,1	2	0,2
La résidence des parents	60	1,0	38	0,7	22	2,6
Un véhicule privé	49	0,8	39	0,7	10	1,2
La résidence d'une personne peu ou pas connue	44	0,7	34	0,6	10	1,2
Un lieu de résidence de la parenté	27	0,4	16	0,3	11	1,3
Un centre de détention	22	0,4	7	0,1	15	1,7
Ailleurs ⁴	15	0,2	15	0,3	0	0,0

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

² Incluant bar, peep-show, sauna.

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

⁴ Par exemple : maison de transition (14).

Pour la moitié des participants (49,3 %), le lieu d'injection le plus fréquent est sa propre résidence. Pour un individu sur quatre (25,9 %), le lieu d'injection le plus fréquent est un lieu public (tableau 21). Parmi les lieux publics, la rue est celui mentionné le plus fréquemment. Les analyses des données brutes (sans ajuster pour d'autres caractéristiques comme l'âge ou le sexe) montrent que les UDI des programmes semi-urbains s'injectent davantage dans leur propre résidence et s'injectent moins dans les lieux publics que ceux des programmes urbains.

Tableau 22 Pratiques d'utilisation du matériel d'injection dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2006-2014

Item	A utilisé cet item ¹		A utilisé cet item ² déjà utilisé par quelqu'un d'autre		A passé à quelqu'un d'autre cet item ² qu'il avait déjà utilisé	
	n/N	%	n/N	%	n/N	%
Seringue ³	4 425/4 425	100	868/4 425	19,6	731/4 386	16,7
Eau	4 319/4 362	99,0	895/4 319	20,7	790/4 319	18,3
Filtre	3 786/4 367	86,7	604/3 786	16,0	535/3 786	14,1
Contenant	4 096/4 367	93,8	893/4 096	21,8	803/4 096	19,6
Tourniquet/garrot	2 543/4 370	58,2	484/2 543	19,0	413/2 543	16,2
Tampon alcoolisé (avant injection)	3 524/4 380	80,5	151/3 524	4,3	145/3 524	4,1
Tampon sec (post-injection)	2 981/4 360	68,4	146/2 981	4,9	132/2 981	4,4
Acidifiant	1 618/4 334	37,3	187/1 618	11,6	178/1 618	11,0
Au moins un item de matériel (excluant la seringue)	4 288/4 314	99,4	1 292/4 288	30,1	1 114/4 288	26,0

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

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

³ Pour la période 1995-2014, 29,6 % (4 026/13 587) des UDI ont rapporté avoir utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre alors que 25,3 % (3 428/13 565) ont rapporté avoir passé à quelqu'un d'autre des seringues qu'ils avaient déjà utilisées. Consulter la figure 10 pour la tendance temporelle de l'usage de seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre.

Entre 2006 et 2014, un individu sur cinq (19,6 %) s'est injecté avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre au cours des 6 mois précédents. On observe des proportions similaires pour l'utilisation de l'eau (20,7 %) et des contenants pour diluer ou chauffer la drogue (21,8 %) déjà utilisés par quelqu'un d'autre. On note aussi que 16,7 % des UDI ont passé à quelqu'un d'autre des seringues qu'ils avaient déjà utilisées (tableau 22). Lorsque l'on combine tous les items de matériel autres que la seringue, on trouve que 30,1 % (1 292/4 288) des UDI ont utilisé au moins une fois du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre et que 26,0 % (1 114/4 288) ont passé à quelqu'un d'autre leur matériel au moins une fois après usage.

Depuis 2011, au moment de leur dernière injection, 7,2 % (140/1 942) des participants n'ont pas utilisé une seringue stérile (données non montrées dans les tableaux).

Depuis 2011, 59,1 % (1 135/1 920) des UDI ont rapporté s'être injecté des restes de drogues (souvent appelés « wash »). Parmi ceux-ci, 30,5 % (340/1 115) ont rapporté avoir utilisé un coton, un filtre ou un contenant, pour faire le « wash », qui avait déjà été utilisé par quelqu'un d'autre (données non montrées dans les tableaux).

De 2011 à 2012, 83,8 % (1 033/1 233) des participants ont déclaré avoir déjà été incarcérés dans une prison, un pénitencier ou un établissement correctionnel, 15,9 % (164/1 030) s'y sont déjà injectés des drogues, et 58,8 % (94/160) de ceux qui s'y sont injectés y ont partagé des seringues (partage sans autres précisions, données non montrées dans les tableaux, variables retirées du questionnaire au début de 2013).

Tableau 23 Fréquences d'injection et d'usage de matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

Comportement dans le dernier mois (N)		n	%
Fréquence d'injection dans le dernier mois (6 553)	Jamais	855	13,0
	pas toutes sem.	1 490	22,7
	1-2 jours/sem.	1 013	15,5
	3 à 6 jours/sem.	1 013	15,5
	tous les jours	2 182	33,3
Nombre d'injections dans le dernier mois ¹ (5 584)	1 à 4	903	16,2
	5 à 10	789	14,1
	11 à 20	705	12,6
	21 à 40	580	10,4
	41 à 60	551	9,9
	61 à 100	591	10,6
	101 à 200	786	14,1
Proportion d'injections pour lesquelles une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre a été utilisée ¹ (5 633)	201 à 3 000	679	12,2
	aucune	4 726	83,9
	1 à 20 %	626	11,1
	21 à 40 %	106	1,9
	41 à 60 %	92	1,6
	61 à 80 %	31	0,6
Proportion d'injections pour lesquelles du matériel autre que des seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre a été utilisé ¹ (5 636)	81 à 100 %	52	0,9
	aucune	4 446	78,9
	1 à 20 %	606	10,8
	21 à 40 %	174	3,1
	41 à 60 %	149	2,6
	61 à 80 %	64	1,1
	81 à 100 %	197	3,5

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

Pour la période de 2003 à 2014, le tiers des participants (33,3 %) se sont injectés à tous les jours dans le dernier mois (tableau 23). Un autre tiers (31,0 %) s'est injecté au moins une fois par semaine. Environ 20 % (16,1 % pour les seringues et 21,1 % pour les autres matériels) des participants rapportent s'être injectés avec du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre. Le tableau 55 présente les tendances temporelles pour cette analyse.

Des 517 216 injections au total faites dans le dernier mois par 5 525 participants, 23 502 (4,5 %) ont été faites avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre et 42 472 (8,2 %) ont été faites avec du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre (données non montrées dans les tableaux, 2003-2014).

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

Depuis 2003, 67,8 % (4 154/6 125) des UDI qui ont rapporté avoir fumé des drogues dans les six derniers mois ont rapporté avoir utilisé du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre pour le faire (données non montrées dans les tableaux).

3.3 Comportements sexuels

Tableau 25 Comparaison des comportements sexuels au cours des six derniers mois des UDI recrutés en milieux urbains et semi-urbains, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

Comportements dans les six derniers mois	Réseau		UDI urbains		UDI semi-urbains ¹		Valeur-p
	%	(N)	%	(N)	%	(N)	
Parmi les femmes :							
Ont eu des relations sexuelles ²	87,1	(1 540)	85,9	(1 293)	93,9	(247)	0,001
Ont eu des relations sexuelles au cours du dernier mois ^{3,4}	73,5	(1 480)	72,6	(1 246)	78,2	(234)	0,076
Prostitution ^{5,6}	29,6	(1 545)	29,1	(1 301)	32,8	(244)	0,241
Nb de partenaires sexuels masculins :							
0	15,7	(1 539)	16,6	(1 292)	10,9	(247)	
1	35,6	(1 539)	35,9	(1 292)	34,0	(247)	
2-5	23,2	(1 539)	21,5	(1 292)	32,0	(247)	0,002
≥ 6	25,5	(1 539)	26,0	(1 292)	23,1	(247)	(3 dl) ⁷
Parmi les hommes :							
Ont eu des relations sexuelles ²	67,1	(4 994)	66,0	(4 321)	74,3	(673)	< 0,001
Ont eu des relations sexuelles au cours du dernier mois ^{3,4}	44,4	(4 775)	45,1	(4 137)	40,1	(638)	0,019
Prostitution ^{5,6}	4,7	(4 987)	4,7	(4 325)	5,0	(662)	0,702
Nb de partenaires sexuels masculins ⁸ :							
0	91,5	(4 990)	91,2	(4 323)	93,2	(667)	
1	3,0	(4 990)	3,0	(4 323)	3,0	(667)	
2-5	3,1	(4 990)	3,1	(4 323)	2,9	(667)	0,045
≥ 6	2,4	(4 990)	2,7	(4 323)	0,9	(667)	(3 dl)
Nb de partenaires sexuels féminins :							
0	37,6	(4 993)	38,8	(4 320)	29,6	(673)	
1	31,4	(4 993)	30,9	(4 320)	34,5	(673)	
2-5	24,6	(4 993)	23,6	(4 320)	30,6	(673)	< 0,001
≥ 6	6,5	(4 993)	6,6	(4 320)	5,3	(673)	(3 dl)

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

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

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

⁴ Variable ajoutée à partir de février 2004.

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

⁶ Pour la période 1995-2014, 38,8 % (1 256/3 237) des femmes et 7,9 % (801/10 115) des hommes ont rapporté avoir eu des activités de prostitution dans les derniers six mois. Consulter la figure 11 pour la tendance temporelle de la pratique de la prostitution.

⁷ Degrés de liberté.

⁸ Pour la période 1995-2014, 12,0 % des hommes (1 216/10 124) ont rapporté avoir eu des partenaires sexuels masculins dans les six derniers mois.

Pour la période 2003-2014, 87,1 % des femmes et 67,1 % des hommes rapportent avoir eu des relations sexuelles orales, vaginales ou anales au cours des six derniers mois précédant l'entrevue. Au cours du dernier mois, environ les trois quarts des femmes (73,5 %) et près de la moitié des hommes (44,4 %) déclarent avoir eu des relations sexuelles (tableau 25). Près du tiers des femmes

(29,6 %) et 4,7 % des hommes rapportent des activités de prostitution (partenaires sexuels clients) au cours des 6 mois précédents.

Parmi les hommes qui rapportent avoir eu des activités de prostitution dans les six derniers mois, 42,1 % (98/233) rapportent avoir eu six partenaires sexuels masculins ou plus pendant cette période. Cette proportion est de 0,5 % (24/4 746) parmi les hommes qui ne rapportent pas d'activités de prostitution (données non montrées dans les tableaux).

Parmi les femmes qui rapportent avoir eu des activités de prostitution dans les six derniers mois, 76,0 % (348/458) rapportent avoir eu six partenaires sexuels masculins ou plus pendant cette période. Cette proportion est de 4,2 % (45/1 073) parmi les femmes qui ne rapportent pas d'activités de prostitution (données non montrées dans les tableaux).

Tableau 26 Utilisation du condom lors de relations anales ou vaginales dans les six derniers mois, chez les femmes par type de partenaires sexuels masculins, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

Fréquence d'utilisation du condom par les femmes	Partenaires réguliers Hommes		Partenaires occasionnels Hommes		Clients Hommes	
	n/906 ¹	%	n/386	%	n/393	%
Toujours	167	18,4	183	47,4	279	71,0
Parfois	172	19,0	117	30,3	92	23,4
Jamais	567	62,6	86	22,3	22	5,6

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

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

Une proportion élevée de femmes n'utilisent pas toujours le condom avec leurs partenaires sexuels occasionnels hommes (52,6 %, 203/386). Cette proportion est également importante avec les partenaires masculins clients (29,0 %, 114/393) (tableau 26).

Tableau 27 Utilisation du condom lors de relations anales ou vaginales chez les hommes dans les six derniers mois, par type et sexe des partenaires sexuels, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

Fréquence d'utilisation du condom par les hommes	Partenaires réguliers Hommes		Partenaires réguliers Femmes		Partenaires occasionnels Hommes		Partenaires occasionnels Femmes		Clients Hommes		Clients Femmes	
	n/77 ¹	%	n/1 733	%	n/108	%	n/1 604	%	n/70	%	n/59	%
	Toujours	29	37,7	427	24,6	64	59,3	856	53,4	48	68,6	34
Parfois	11	14,3	310	17,9	17	15,7	399	24,9	10	14,3	15	25,4
Jamais	37	48,0	996	57,5	27	25,0	349	21,7	12	17,1	10	17,0

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

Une proportion non négligeable d'hommes n'utilisent pas toujours le condom avec leurs partenaires sexuels occasionnels, soit 46,6 % (748/1 604) avec leurs partenaires femmes et 40,7 % (44/108) avec leurs partenaires hommes. Cette proportion est également importante avec les partenaires sexuels

clients, soit 42,4 % (25/59) avec les partenaires femmes et 31,4 % (22/70) avec les partenaires hommes (tableau 27).

Depuis 2011, lors de la dernière relation sexuelle avec un client, 50,0 % (3/6) des hommes ont utilisé un condom pour les relations vaginales et 63,6 % (7/11) pour les relations anales (données non montrées dans les tableaux).

Depuis 2011, lors de la dernière relation sexuelle avec un client, 79,4 % (54/68) des femmes ont utilisé un condom pour les relations vaginales et 69,2 % (9/13) pour les relations anales (données non montrées dans les tableaux).

3.4 Prévalence du VIH et du VHC

Tableau 28 Prévalence du VIH, par âge et sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

Âge	Femmes		Hommes		Données manquantes pour le sexe	Total	
	N	%	N	%		N	%
< 20	102	0,0	84	0,0	1 (0 pos)	187	0,0
20-24	242	2,1	437	3,9	2 (1 pos)	681	3,4
25-29	261	13,0	616	5,4	4 (1 pos)	881	7,7
30-34	213	11,3	691	10,3	8 (0 pos)	912	10,4
35-39	223	14,4	762	14,4	8 (5 pos)	993	14,8
≥ 40	502	17,9	2 391	21,4	7 (2 pos)	2 900	20,8
Total	1 543	12,0	4 981	14,9	30 (9 pos)	6 554 ¹	14,3 ²

¹ Le résultat au test VIH (salive) est inconnu pour 11 femmes et 26 hommes.

² Intervalle de confiance 95 % : 13,5-15,1.

La prévalence du VIH sur l'ensemble de la période d'observation (2003-2014) est de 14,3 % (937/6 554). Elle augmente avec l'âge pour atteindre un maximum chez les 40 ans et plus. Chez ceux-ci, plus d'un individu sur cinq est déjà infecté par le VIH (tableau 28). La différence significative de prévalence du VIH entre les hommes et les femmes est expliquée par le fait que les hommes recrutés sont plus vieux.

Tableau 29 Prévalence annuelle du VIH à la première visite⁹ annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2013

Année	Réseau		Montréal ¹		Ville de Québec		Ottawa/Outaouais		Semi-urbains ²	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1995	992	11,7	510	13,3	456	10,1			35	5,7
1996	1 753	14,7	941	18,2	591	9,5	190	17,9	46	0,0
1997	1 754	16,0	684	20,9	677	8,6	333	23,7	75	4,0
1998	1 308	16,7	400	20,5	367	11,2	462	20,1	91	3,3
1999	1 122	15,2	408	14,5	314	13,1	239	25,5	165	5,5
2000	1 416	16,5	653	17,5	314	16,6	285	20,4	177	6,2
2001	1 679	16,4	791	19,3	355	14,6	251	21,5	302	7,0
2002	1 305	18,8	626	23,0	267	16,9	231	17,7	193	8,3
2003	882	19,3	469	22,6	182	19,8	125	16,8	112	7,1
2004	1 224	18,1	579	23,5	219	18,3	301	10,6	131	11,5
2005	1 102	17,2	459	24,4	246	14,6	277	11,2	130	9,2
2006	1 297	17,7	564	23,4	327	17,4	269	11,2	143	7,7
2007	931	18,5	530	22,3	231	16,9	N.D. ³	N.D.	143	10,5
2008	978	16,1	493	21,5	132	15,9	219	10,5	146	7,5
2009	930	16,6	462	21,9	193	15,0	120	10,8	159	7,5
2010	1 099	16,0	485	23,3	112	21,4	374	9,4	132	3,8
2011	939	19,2	479	25,7	173	13,9	191	12,6	103	8,7
2012	876	15,9	462	21,9	124	15,3	221	8,1	71	1,4
2013	773	17,2	486	20,6	N.D. ⁴	N.D.	221	13,6	67	6,0

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

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

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

⁴ Aucun UDI n'a été recruté dans cette région en 2013.

Pour la dernière année complète de recrutement (2013), la prévalence du VIH dans le réseau est de 17,2 % (133/773) (tableau 29). En 2013, la prévalence de VIH la plus élevée a été observée à Montréal (voir la figure 6 pour l'analyse de tendance).

⁹ On conserve ici la première visite par année (donc un même sujet peut contribuer à deux années, mais pas deux fois dans la même année). Ces données ne peuvent servir pour l'analyse des tendances. Il faut plutôt se référer à la figure 6 pour les tendances, car on conserve alors la première visite à vie faite dans le réseau (donc un même sujet contribue à une seule année). Cette façon de faire évite de compter les cas incidents qui font augmenter la prévalence d'année en année.

Tableau 30 Prévalence du VHC, par âge et sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

Âge	Femmes		Hommes		Données manquantes pour le sexe	Total	
	N	%	N	%		N	%
< 20	102	22,6	84	14,3	1 (0 pos)	187	18,7
20-24	243	49,8	438	37,4	2 (1 pos)	683	41,9
25-29	261	53,6	619	47,8	4 (3 pos)	884	49,7
30-34	214	68,2	691	52,5	8 (6 pos)	913	56,4
35-39	223	75,3	762	64,7	8 (6 pos)	993	67,2
≥ 40	501	75,9	393	75,1	7 (5 pos)	2 901	75,3
Total	1 544	63,3	4 987	62,7	30 (21 pos)	6 561 ¹	62,9 ²

¹ Le résultat au test VHC (salive) est inconnu pour 10 femmes et 20 hommes.

² Intervalle de confiance 95 % : 61,7-64,0.

La prévalence du VHC (anticorps contre le VHC) sur l'ensemble de la période d'observation (2003-2014) est de 62,9 % (4 125/6 561), 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 41,9 % chez les 20 à 24 ans. Chez les 35 ans et plus, près des trois quarts des participants ont des anticorps contre le VHC (tableau 30).

Tableau 31 Prévalence annuelle du VHC à la première visite^h annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013

Année	Réseau		Montréal ¹		Ville de Québec		Ottawa/Outaouais		Semi-urbains ²	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2003	580	66,2	389	64,3	58	87,9	68	73,5	66	51,5
2004	1 224	64,1	581	69,9	219	65,3	300	57,0	130	53,1
2005	1 104	64,1	461	70,7	246	71,1	277	52,0	130	53,8
2006	1 299	66,3	566	70,3	328	69,5	268	61,2	143	53,1
2007	933	68,2	532	73,5	231	71,9	N.D. ³	N.D.	143	47,6
2008	975	69,3	492	75,0	132	68,9	217	61,8	146	63,7
2009	933	70,0	464	75,9	194	74,7	120	65,0	159	51,6
2010	1 103	70,5	489	75,3	112	82,1	374	67,4	132	52,3
2011	937	70,2	478	70,7	173	74,6	190	72,1	103	58,3
2012	874	68,3	461	69,6	124	75,0	221	68,3	70	48,6
2013	772	68,8	486	72,0	N.D. ⁴	N.D.	221	67,4	66	48,5

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

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

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

⁴ Aucun UDI n'a été recruté dans cette région en 2013.

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

Pour la dernière année complète de recrutement (2013), la prévalence du VHC dans le réseau est de 68,8 % (531/772) selon le tableau 31. En 2013, la prévalence du VHC la plus élevée a été observée à Montréal (voir la figure 7 pour l'analyse de tendance).

Tableau 32 Prévalence et prévalence ajustée du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

Région de recrutement	N	% brute	IC 95 % ¹	% ajustée ²
Abitibi-Témiscamingue	204	3,4	0,9 – 5,9	3,0
Estrie	371	10,8	7,6 – 13,9	10,3
Mauricie et Centre-du-Québec	222	7,7	4,2 – 12,0	8,1
Montérégie	98	7,1	2,0 – 12,2	7,1
Montréal	2 867	19,3	17,9 – 20,8	19,2
Ottawa	1 648	10,4	9,0 – 11,9	9,3
Outaouais	177	9,0	4,8 – 13,3	8,8
Ville de Québec	1 065	13,8	11,7 – 15,9	12,5
Saguenay-Lac-Saint-Jean	107	4,7	0,7 – 8,7	7,8

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

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

Tableau 33 Prévalence du VIH, par région de résidence, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

Région de résidence ¹	N	%	IC 95 % ²
Abitibi-Témiscamingue	203	3,5	0,9 – 6,0
Estrie	371	10,8	7,6 – 13,9
Mauricie et Centre-du-Québec	251	7,6	4,3 – 10,8
Montérégie	237	13,1	8,8 – 17,4
Montréal	2 701	19,7	18,2 – 21,2
Ottawa	1 635	10,5	9,0 – 12,0
Outaouais	193	7,8	4,0 – 11,6
Ville de Québec	1 057	13,8	11,7 – 15,9
Saguenay-Lac-Saint-Jean	107	4,7	0,7 – 8,7
Laval	34	20,6	7,0 – 34,2
Lanaudière	32	28,1	12,6 – 43,7

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

² Intervalle de confiance à 95 %.

La prévalence brute du VIH dans les programmes urbains est de 15,4 % (IC 95 % : 14,5 - 16,4) et de 7,6 % (IC 95 % : 5,9 - 9,2) dans les programmes semi-urbains (données non montrées dans les tableaux, 2003-2014).

La prévalence du VIH est présentée par région de recrutement (tableau 32) et par région de résidence des participants (tableau 33). La prévalence du VIH est la plus élevée parmi les UDI recrutés à Montréal, à Québec et en Estrie, variant entre 10,8 et 19,3 % (tableau 32). L'ajustement pour l'âge et le sexe change peu les résultats de prévalence du VIH sauf pour le Saguenay–Lac-Saint-Jean dont la prévalence augmente légèrement à la suite de l'ajustement (tableau 32).

Tableau 34 Prévalence et prévalence ajustée du VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

Région de recrutement	N	% brute	IC 95 % ¹	% ajustée ²
Abitibi-Témiscamingue	203	48,8	41,9 – 55,6	52,7
Estrie	371	52,8	47,8 – 57,9	52,3
Mauricie et Centre-du-Québec	222	62,2	55,8 – 68,5	62,4
Montérégie ³	98	57,1	47,4 – 66,9	53,7
Montréal	2 874	67,3	65,6 – 69,0	67,2
Ottawa	1 648	61,3	58,9 – 63,6	57,4
Outaouais	177	52,5	45,2 – 60,1	47,0
Ville de Québec	1 066	68,1	65,3 – 70,9	65,1
Saguenay–Lac-Saint-Jean	107	22,4	14,5 – 30,3	30,0

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

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

³ 238 individus disant résider en Montérégie ont été recrutés, la plupart à Montréal. 125 de ceux-ci ont été trouvés positifs au VHC (52,5 %; IC 95 % : 46,2 - 58,9).

La prévalence brute du VHC dans les programmes urbains est de 65,3 % (IC 95 % : 64,0 - 66,5) et de 51,2 % (IC 95 % : 48,1 - 54,3) dans les programmes semi-urbains (données non montrées dans les tableaux, 2003-2014).

La prévalence du VHC est présentée seulement par région de recrutement (tableau 34). La prévalence du VHC ajustée pour l'âge et le sexe varie de 30,0 % au Saguenay–Lac-Saint-Jean à 67,2 % à Montréal. La région de la Mauricie et Centre-du-Québec ainsi que la région de Québec sont également des régions avec des prévalences du VHC parmi les plus élevées.

Tableau 35 Infection par le VIH et présence d'anticorps contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

Infection par le VIH	Anticorps contre le VHC		Total
	Oui	Non	
Oui	798 ^{1,2,3}	138 ⁴	936
Non	3 320 ⁵	2 297 ⁶	5 617
Total	4 118	2 435	6 553

¹ 85,3 % (798/936) de ceux qui sont infectés par le VIH ont aussi des anticorps contre le VHC.

² 19,4 % (798/4 118) de ceux qui ont des anticorps contre le VHC sont aussi infectés par le VIH.

³ 12,2 % (798/6 553) sont séropositifs pour les deux virus.

⁴ 5,7 % (138/2 435) de ceux qui ne sont pas séropositifs pour le VHC sont infectés par le VIH.

⁵ 59,1 % (3 320/5 617) de ceux qui ne sont pas infectés par le VIH sont séropositifs pour le VHC.

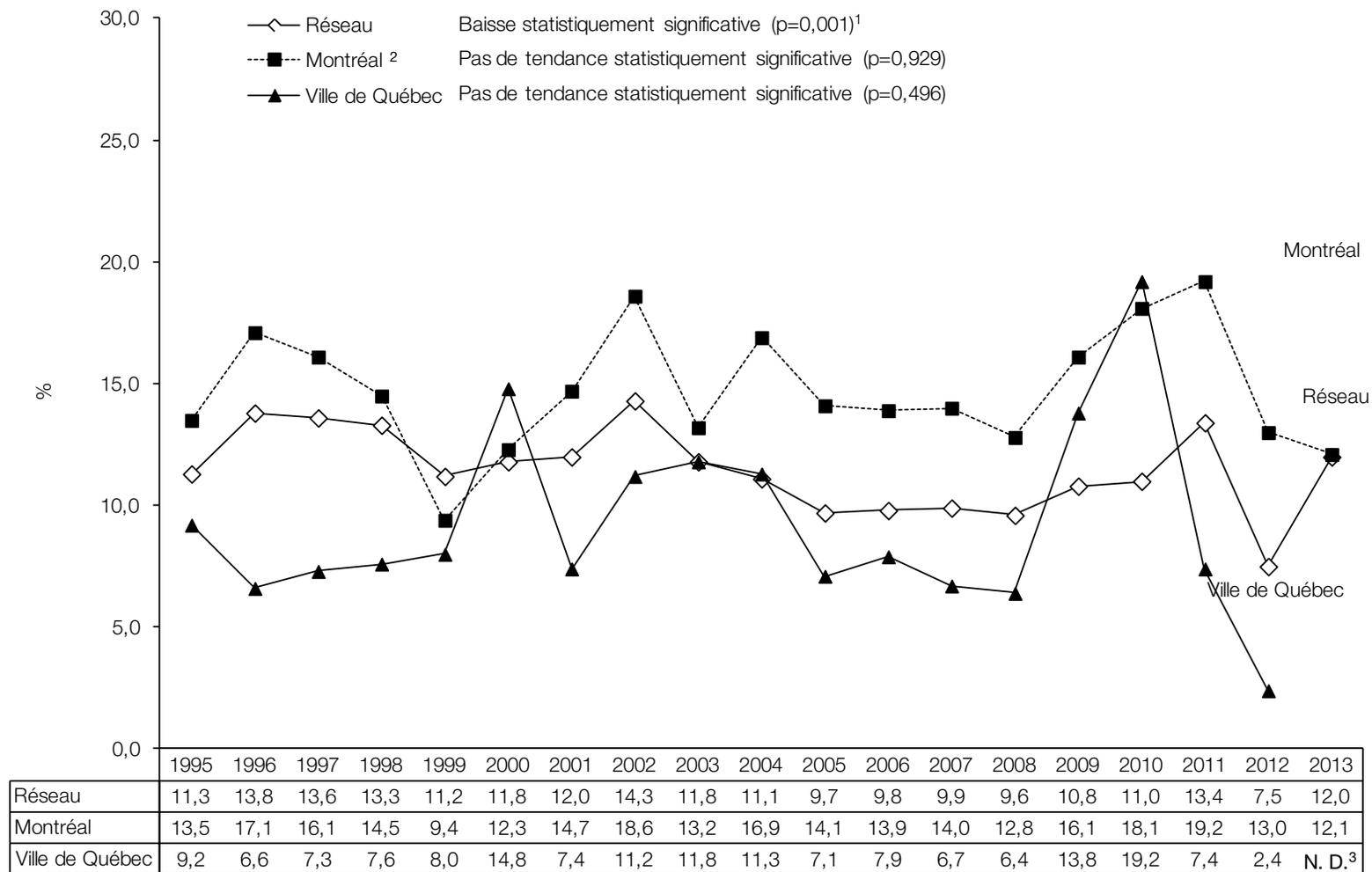
⁶ 35,1 % (2 297/6 553) ne sont infectés ni par le VIH, ni par le VHC.

Parmi les participants que nous avons trouvés infectés par le VIH, 85,3 % (798/936) ont aussi des anticorps contre le VHC. À l'inverse, 19,4 % (798/4 118) de ceux qui ont des anticorps contre le VHC sont aussi infectés par le VIH. Parmi l'ensemble des participants, 35,1 % (2 297/6 553) ne sont infectés ni par le VIH ni par le VHC (tableau 35).

Sur la période 1995-2013, la prévalence du VIH à la première visite à vie dans le réseau semble être globalement à la baisse depuis quelques années, malgré une hausse récente entre 2009 et 2013 (figure 6). La seule sous-région où une baisse statistiquement significative est observée est à Ottawa/Outaouais (figure 6 – suite).

La prévalence du VHC à la première visite à vie dans le réseau est stable à Québec et dans les programmes semi-urbains alors qu'elle est à la hausse à Montréal de 2003 à 2009, mais à la baisse depuis 2009 (figure 7). À Ottawa/Outaouais, la prévalence du VHC est à la baisse de 2003 à 2005 et à la hausse de 2005 à 2013 (figure 7 - suite).

Figure 6 Tendances de la prévalence du VIH à la première visite à vie dans le réseau, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2013

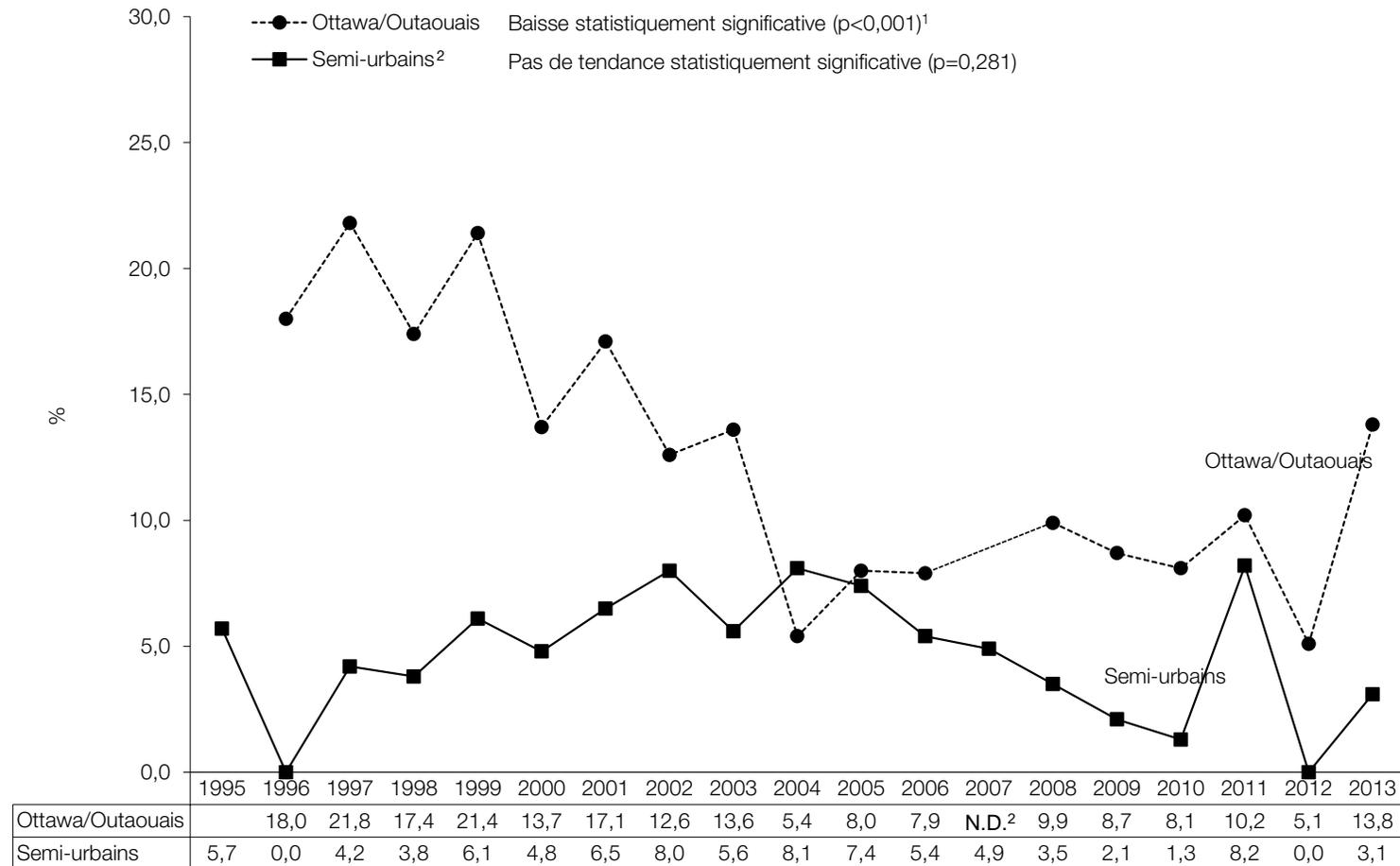


¹ Test du chi-carré de Mantel-Haenszel. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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

³ Aucun UDI n'a été recruté à Québec en 2013.

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, 1995-2013 (suite)

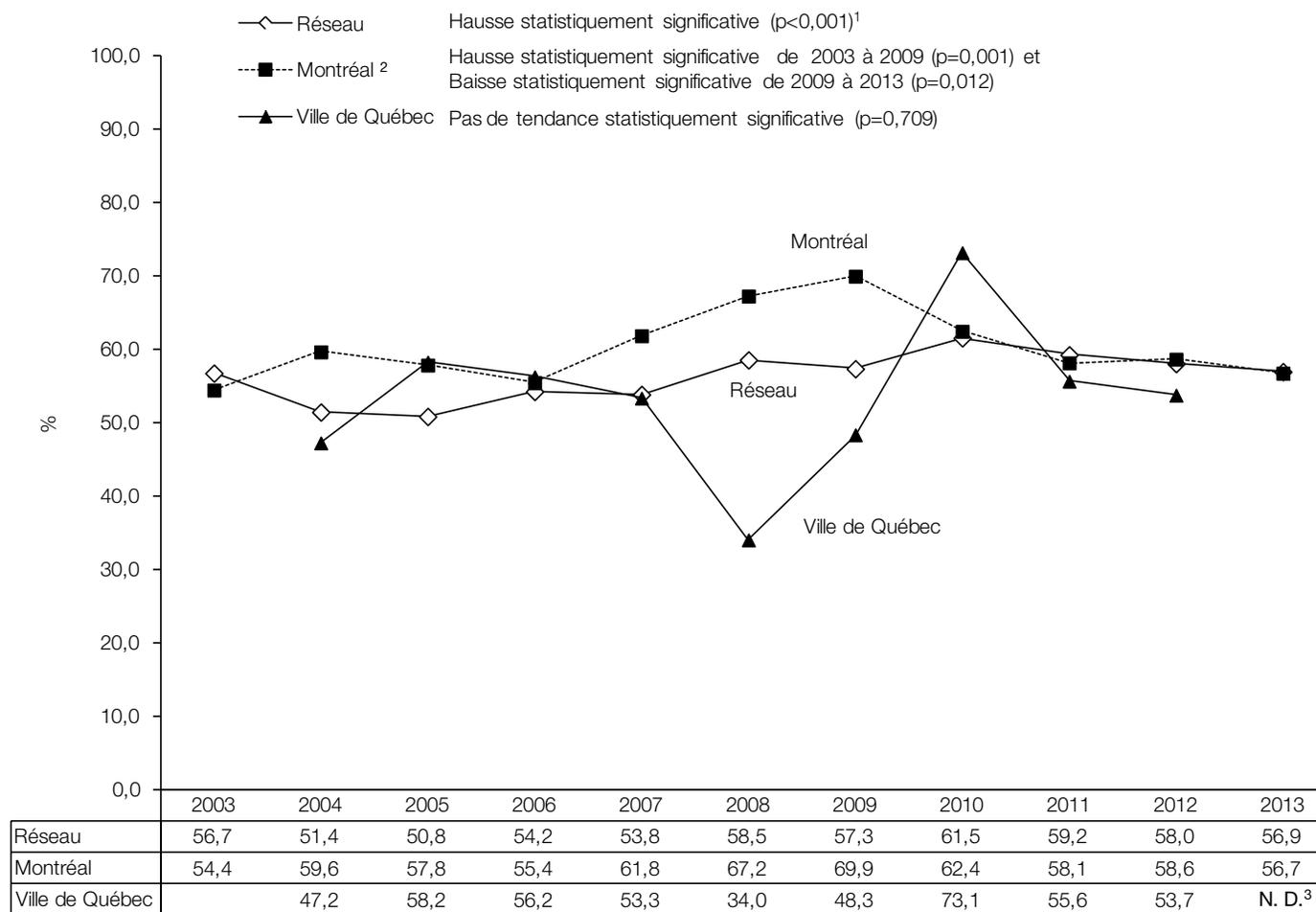


¹ Test du chi-carré de Mantel-Haenszel. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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

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

Figure 7 Tendances de la prévalence du VHC à la première visiteⁱ à vie dans le réseau, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013



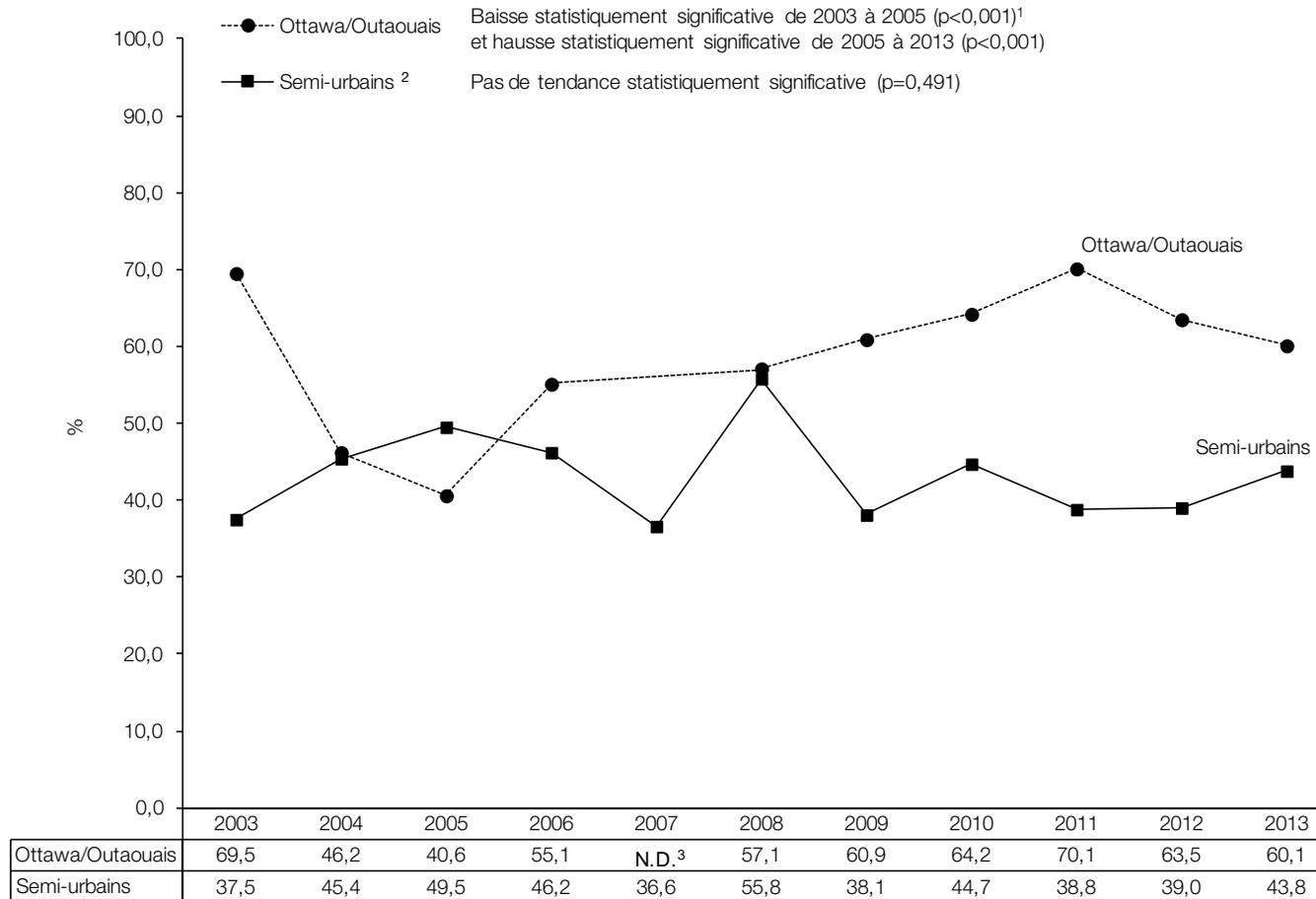
¹ Test du chi-carré de Mantel-Haenszel. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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

³ Aucun UDI n'a été recruté à Québec en 2013.

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

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



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

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

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

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

3.5 Prévalence du VIH et du VHC selon certaines caractéristiques et comportements

Les tableaux 36 et 37 montrent l'analyse des caractéristiques et comportements associés à la prévalence du VIH et du VHC pour la période de 2003 à 2014.

Plusieurs comportements d'injection sont associés significativement à la prévalence du VIH en analyse univariée (tableau 36).

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

Plusieurs comportements d'injection sont associés significativement à la prévalence du VHC en analyse univariée (tableau 37). La prévalence du VHC augmente de façon statistiquement significative avec la fréquence d'injection dans le dernier mois (tableau 37, suite).

La prostitution est le seul comportement sexuel associé à la prévalence du VHC (tableau 37, suite).

Tableau 36 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques et certains comportements, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

Caractéristiques et comportements dans les six derniers mois (N)		%	Valeur-p
Âge (6 554)	< 25 ans	2,7	< 0,001
	25 ans et +	16,1	
Sexe (6 524)	masculin	14,9	0,004
	féminin	12,0	
Partenaires d'injection principaux (6 509)	inconnu	16,1	< 0,001 (2 dl) ¹
	connu	12,3	
	toujours seul	17,0	
Durée d'injection (6 536)	moins de 6 ans	5,0	< 0,001
	6 ans ou plus	17,6	
Ont prêté leurs seringues déjà utilisées (6 418)	oui	8,8	< 0,001
	non	15,6	
Fréquence d'injection dans le dernier mois ² (6 517)	jamais	10,7	0,382 test de tendance
	pas toutes sem.	14,8	
	1-2 jours/sem.	16,0	
	3 à 6 jours/sem.	16,9	
	tous les jours	13,3	
Se sont injectés avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre (6 454)	chaque fois	11,5	0,048 (3 dl)
	des fois	16,6	
	une seule fois	11,0	
	jamais	14,4	
De qui se sont-ils principalement procuré des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre (6 413)	inconnu	21,0	< 0,001 (2 dl)
	connu	11,9	
	pas utilisé	14,4	
Ont utilisé du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre ³ (5 559)	oui	12,0	0,002
	non	15,1	
De qui se sont-ils principalement procuré du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre ³ (5 437)	inconnu	15,1	0,003 (2 dl)
	connu	11,2	
	pas utilisé	15,1	
Utilisation de seringues et de matériel déjà utilisés par quelqu'un d'autre ³ (5 479)	seringue et matériel	12,7	0,014 (3 dl)
	matériel seulement	11,7	
	seringue seulement	17,7	
	ni seringue ni matériel	15,0	
Ont fumé du crack/freebase (6 549)	oui	14,5	0,621
	non	14,0	
Se sont injectés plus d'une drogue (6 545)	oui	12,7	0,001
	non	16,3	
Drogue la plus souvent injectée (6 496)	cocaïne	18,2	< 0,001 (3 dl)
	héroïne ⁴	5,4	
	médicaments opioïdes ⁵	11,0	
	autres	10,8	
Région de recrutement (6 554)	Montréal ⁶	19,5	< 0,001 (3 dl)
	Ville de Québec	13,9	
	Ottawa/Outaouais	10,3	
	Semi-urbains ⁷	6,9	

Tableau 36 Prévalence du VIH selon certains comportements sexuels, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014 (suite)

Caractéristiques et comportements dans les six derniers mois (N)		%	Valeur-p
Parmi les femmes :			
Prostitution ⁸ (1 534)	oui	13,6	0,217
	non	11,3	
Nombre de partenaires masculins (1 528)	0	19,6	< 0,001 (3 dl)
	1	10,3	
	2-5	9,3	
	≥ 6	12,3	
Parmi les hommes :			
Prostitution ⁸ (4 961)	oui	19,4	0,051
	non	14,7	
Nombre de partenaires masculins (4 964)	0	14,0	< 0,001 (3 dl)
	1	20,3	
	2-5	25,5	
Nombre de partenaires féminines (4 967)	≥ 6	29,5	< 0,001 (3 dl)
	0	23,8	
	1	10,6	
Relations sexuelles avec d'autres hommes (4 968)	2-5	8,9	< 0,001 (3 dl)
	≥ 6	7,1	
	oui	24,8	
	non	14,0	< 0,001

¹ Degrés de liberté.

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

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

⁴ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁵ La catégorie des médicaments opioïdes injectés est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non), oxycodone/oxycotin (prescrit ou non), Hydromorph-Contin (prescrit ou non) et les autres médicaments opioïdes non prescrits (incluant fentanyl, demerol, codéine, mélange de cocaïne et d'un médicament opioïde).

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

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

⁸ On inclut ici les faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres choses.

La durée moyenne d'injection chez les infectés est de 19,2 ans vs 13,6 ans chez les non infectés (valeur-p < 0,001). Pour l'âge on a 42,2 vs 36,7 (valeur-p < 0,001) et pour le nombre d'injections dans le dernier mois on a 86,6 vs 80,2 (valeur-p = 0,255).

Tableau 37 Prévalence du VHC selon certaines caractéristiques et certains comportements, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

Caractéristiques et comportements dans les six derniers mois (N)		%	Valeur-p
Âge (6 561)	< 25 ans	36,9	< 0,001
	25 ans et +	66,8	
Sexe (6 531)	masculin	62,7	0,640
	féminin	63,3	
Durée d'injection (6 543)	moins de 6 ans	38,4	< 0,001
	6 ans ou plus	71,4	
Ont fumé du crack/freebase (6 556)	oui	63,4	0,206
	non	61,8	
Utilisation matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre pour fumer ou inhaler (6 481)	chaque fois	58,6	< 0,001 (3 dl) ¹
	des fois	61,7	
	une seule fois	60,6	
	jamais	66,2	
Injection de cocaïne (6 552)	oui	65,8	< 0,001
	non	51,9	
Injection de cocaïne le plus souvent (6 503)	oui	65,5	< 0,001
	non	59,7	
Partenaires d'injection principaux (6 516)	inconnu	65,5	< 0,001 (2 dl)
	connu	60,2	
	seul	66,4	
Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre (6 461)	chaque fois	59,0	< 0,001 (3 dl)
	des fois	70,3	
	une seule fois	64,3	
	jamais	61,6	
De qui se sont-ils procuré des seringues principalement lorsqu'elles avaient déjà été utilisées par quelqu'un d'autre (6 420)	inconnu	72,8	< 0,001 (2 dl)
	connu	66,5	
	pas utilisé	61,6	
Ont utilisé du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre ² (5 565)	oui	65,1	0,011
	non	61,6	
Ont utilisé de l'eau déjà utilisée par quelqu'un d'autre (6 503)	oui	62,1	0,496
	non	63,1	
Ont utilisé un filtre déjà utilisé par quelqu'un d'autre (6 500)	oui	61,0	0,186
	non	63,3	
Ont utilisé un contenant déjà utilisé par quelqu'un d'autre (6 507)	oui	59,9	0,009
	non	63,7	
De qui se sont-ils principalement procuré du matériel autre que seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ² (5 443)	inconnu	67,8	< 0,001 (2 dl)
	connu	59,4	
	pas utilisé	65,1	
Fréquence d'injection dans le dernier mois ³ (6 524)	jamais	48,9	< 0,001 test de tendance
	pas toutes sem.	60,8	
	1-2 jours/sem.	60,7	
	3 à 6 jours/sem.	64,6	
	tous les jours	70,1	

Tableau 37 Facteurs associés à la prévalence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014 (suite)

Caractéristiques et comportements dans les six derniers mois (N)		%	Valeur-p
Nombre d'injections dans le dernier mois ³ (6 430)	aucune	48,9	
	1 à 4	57,6	
	5 à 10	60,9	
	11 à 20	60,8	
	21 à 40	61,6	
	41 à 60	68,9	
	61 à 100	65,9	< 0,001
	101 à 200	70,8	test de
	201 à 3 000	76,1	tendance
Proportion d'injections pour lesquelles une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre a été utilisée ^{3,4} (5 609)	aucune	64,5	
	1 à 20 %	66,4	
	21 à 40 %	69,8	
	41 à 60 %	71,4	0,191
	61 à 80 %	70,0	test de
	81 à 100 %	63,5	tendance
Proportion d'injections pour lesquelles du matériel autre que des seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre a été utilisé ^{3,4} (5 613)	aucune	65,9	
	1 à 20 %	63,9	
	21 à 40 %	69,0	
	41 à 60 %	57,2	< 0,001
	61 à 80 %	55,6	test de
	81 à 100 %	53,3	tendance
Se sont injectés au moins une fois dans un endroit public ⁵ (6 241)	oui	64,6	
	non	61,4	0,008
Se sont injectés le plus souvent dans un endroit public ⁵ (6 212)	oui	68,5	
	non	61,3	< 0,001
Prostitution ⁶ (6 532)	oui	70,7	
	non	62,0	< 0,001
Région de recrutement (6 561)	Montréal ⁷	67,1	
	Ville de Québec	67,7	
	Ottawa/Outaouais	60,3	< 0,001
	Semi-urbaines ⁸	49,7	(3 dl)

¹ Degrés de liberté.

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

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

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

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

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

⁷ UDI recrutés à Montréal, ou UDI recrutés en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate.

⁸ UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate), au Saguenay-Lac-St-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

La durée moyenne d'injection chez les infectés est de 17,0 ans vs 10,1 ans chez les non infectés (valeur p < 0,001). Pour l'âge on a 39,7 vs 33,6 (valeur-p < 0,001) et pour le nombre d'injections dans le dernier mois on a 94,2 vs 59,3 (valeur-p < 0,001).

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

Tableau 38 Description du testing antérieur pour le VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

	Réseau		Montréal ¹		Ville de Québec		Ottawa/Outaouais		Semi-urbains ²	
	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%
Ont déjà été testés pour le VIH :										
Oui	5 971/6 547	91,2	2 664/2 869	92,9	976/1 063	91,8	1 639/1 834	89,4	866/965	89,7
Non	576/6 547	8,8	205/2 869	7,1	87/1 063	8,2	195/1 834	10,6	99/965	10,3
Résultat reçu parmi les individus testés :										
Positif	836/5 927	14,1	470/2 649	17,7	140/973	14,4	190/1 626	11,7	59/853	6,9
Négatif	4 652/5 927	78,5	1 944/2 649	73,4	780/973	80,2	1 356/1 626	83,4	701/853	82,2
En attente du résultat	297/5 927	5,0	160/2 649	6,0	38/973	3,9	47/1 626	2,9	68/853	8,0
Pas allés chercher résultat	119/5 927	2,0	65/2 649	2,5	10/973	1,0	29/1 626	1,8	20/853	2,3
Résultat indéterminé	5/5 927	0,1	2/2 649	0,1	2/973	0,2	1/1 626	0,1	1/853	0,1
Pas reçu le résultat	18/5 927	0,3	8/2 649	0,3	3/973	0,3	3/1 626	0,2	4/853	0,5
Endroit où s'est déroulée la rencontre avec le médecin ou l'infirmière qui a demandé le dernier test parmi les individus testés³ :										
Cliniques et établissements ⁴	1 561/2 444	63,9	582/1 103	52,8	201/308	65,3	558/786	71,0	235/275	85,5
Milieus de vie ⁵	407/2 444	16,7	74/1 103	6,7	103/308	33,4	210/786	26,7	27/275	9,8
Études épidémiologiques ⁶	452/2 444	18,5	444/1 103	40,3	2/308	0,7	8/786	1,0	4/275	1,5
Autres ⁷	24/2 444	1,0	3/1 103	0,3	2/308	0,7	10/786	1,3	9/275	3,3
Endroit où le prélèvement de sang a été fait pour le dernier test parmi les individus testés³ :										
Cliniques et établissements ⁴	1 512/2 436	62,1	580/1 103	52,6	200/306	65,4	502/782	64,2	245/273	89,7
Milieus de vie ⁵	403/2 436	16,5	74/1 103	6,7	103/306	33,7	208/782	26,6	25/273	9,2
Études épidémiologiques ⁶	454/2 436	18,6	447/1 103	40,5	2/306	0,7	8/782	1,0	3/273	1,1
Autres ⁷	67/2 436	2,8	2/1 103	0,2	1/306	0,3	64/782	8,2	0/273	0,0
Connaissance du statut d'infection parmi ceux trouvés infectés par le VIH :										
Oui	758/933	81,2	440/551	79,9	125/147	85,0	160/188	85,1	53/72	73,6
Non	175/933	18,2	111/551	20,1	22/147	15,0	28/188	14,9	19/72	26,4

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 39 Description du testing antérieur pour le VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

	Réseau		Montréal ¹		Ville de Québec		Ottawa/Outaouais		Semi-urbains ²	
	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%
Ont déjà été testés pour le VHC :										
Oui	5 834/6 506	89,7	2 618/2 856	91,7	964/1 056	91,3	1 590/1 815	87,6	836/962	86,9
Non	672/6 506	10,3	238/2 856	8,3	92/1 056	8,7	225/1 815	12,4	126/962	13,1
Résultat reçu parmi les individus testés :										
Positif	3 571/5 806	61,5	1 660/2 615	63,5	614/963	63,8	975/1 577	61,8	431/825	52,2
Négatif	2 033/5 806	35,0	869/2 615	33,2	319/963	33,1	559/1 577	35,5	340/825	41,2
En attente du résultat	134/5 806	2,3	50/2 615	1,9	24/963	2,5	24/1 577	1,5	43/825	5,2
Pas allés chercher résultat	57/5 806	1,0	31/2 615	1,2	5/963	0,5	14/1 577	0,9	10/825	1,2
Résultat indéterminé	11/5 806	0,2	5/2 615	0,2	1/963	0,1	5/1 577	0,3	1/825	0,1
Endroit où s'est déroulée la rencontre avec le médecin ou l'infirmière qui a demandé le dernier test a été effectué parmi les individus testés³ :										
Cliniques et établissements ⁴	1 494/2 084	71,7	525/839	62,6	185/268	69,0	577/745	77,5	225/259	86,9
Milieus de vie ⁵	292/2 084	14,0	57/839	6,8	83/268	31,0	133/745	17,9	26/259	10,0
Études épidémiologiques ⁶	271/2 084	13,0	255/839	30,4	0/268	0,0	16/745	2,2	2/259	0,8
Autres ⁷	27/2 084	1,3	2/839	0,2	0/268	0,0	19/745	2,6	6/259	2,3
Endroit où le prélèvement de sang a été fait pour le dernier test parmi les individus testés³ :										
Cliniques et établissements ⁴	1 437/2 069	69,5	526/839	62,7	183/266	68,8	517/737	70,2	229/254	90,2
Milieus de vie ⁵	283/2 069	13,7	57/839	6,8	83/266	31,2	126/737	17,1	24/254	9,4
Études épidémiologiques ⁶	268/2 069	13,0	254/839	30,3	0/266	0,0	15/737	2,0	1/254	0,4
Autres ⁷	81/2 069	3,9	2/839	0,2	0/266	0,0	79/737	10,7	0/254	0,0
Connaissance du statut sérologique parmi ceux trouvés infectés par le VHC :										
Oui	3 230/4 095	78,9	1 494/1 922	77,7	565/721	78,4	892/1 099	81,2	383/489	78,3
Non	865/4 095	21,1	428/1 922	22,3	156/721	21,6	207/1 099	18,8	106/489	21,7

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

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

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

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

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

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

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

Pour la période 2003-2014, 8,8 % (576/6 547) des participants n'avaient jamais été testés pour le VIH, alors que 7,3 % (434/5 927) des participants n'avaient pas reçu le résultat de leur dernier test de détection du VIH (c'est-à-dire ceux ayant donné une réponse autre que positif, négatif ou indéterminé, tableau 38). Chez ceux infectés par le VIH, 18,2 % ne sont pas au courant de leur statut.

Pour la période 2003-2014, 10,3 % (672/6 506) des participants n'avaient jamais été testés pour le VHC, alors que 3,3 % (191/5 806) des participants n'avaient pas reçu le résultat de leur dernier test de détection du VHC (c'est-à-dire ceux ayant donné une réponse autre que positif, négatif ou indéterminé, tableau 39). Chez ceux ayant des anticorps contre le VHC, 21,1 % ne sont pas au courant de leur statut.

Parmi ceux qui ont déjà été testés et qui n'ont jamais reçu un résultat positif pour le VIH, 54,4 % (2 687/4 940) ont passé un test de dépistage VIH au cours des six derniers mois. Cette proportion est de 53,2 % (1 154/2 170) pour le VHC (données non montrées dans les tableaux, 2003-2014).

Consulter la section 3.12 pour des analyses de tendances plus détaillées sur le dépistage et la prise en charge des participants.

Tableau 40 Connaissance du statut sérologique et suivi médical parmi ceux que nous avons trouvés infectés par le VIH et ayant des anticorps contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

	n	%
Connaissance du statut d'infection (N = 788) :		
Se croient séronégatifs pour les deux virus	60	7,6
Savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC, mais ne savent pas qu'ils sont infectés par le VIH	78	9,9
Savent qu'ils sont infectés par le VIH, mais ne savent pas qu'ils ont des anticorps contre le VHC	35	4,4
Savent qu'ils sont séropositifs pour les deux virus	615	78,1
Testing antérieur chez ceux qui se croient séronégatifs pour les deux virus (N = 60) :		
Jamais testés ni pour le VIH ni pour le VHC	12	20,0
Déjà testés pour le VHC, mais pas pour le VIH	1	1,7
Déjà testés pour le VIH, mais pas pour le VHC ¹	15	25,0
Déjà testés pour le VIH et pour le VHC ²	32	53,3
Visite chez un médecin dans les derniers six mois parmi ceux qui savent qu'ils sont séropositifs pour les deux virus (N = 602) :		
Pas vu médecin ni pour le VIH ni pour le VHC	75	12,5
Vu médecin pour le VHC, mais pas pour le VIH	9	1,5
Vu médecin pour le VIH, mais pas pour le VHC	149	24,7
Vu médecin pour le VIH et pour le VHC	369	61,3
Prise à vie de médicaments prescrits³ parmi ceux qui savent qu'ils sont séropositifs pour les deux virus (N = 489) :		
N'en n'ont jamais pris ni pour le VIH ni pour le VHC	80	16,4
En ont pris pour le VHC, mais pas pour le VIH	9	1,8
En ont pris pour le VIH, mais pas pour le VHC	322	65,9
En ont pris pour le VIH et pour le VHC	78	15,9
Prise actuelle de médicaments prescrits parmi ceux qui savent qu'ils sont séropositifs pour les deux virus (N = 597) :		
N'en prennent pas actuellement ni pour le VIH ni pour le VHC	216	36,2
En prennent actuellement pour le VHC, mais pas pour le VIH	1	0,1
En prennent actuellement pour le VIH, mais pas pour le VHC	367	61,5
En prennent actuellement pour le VIH et pour le VHC	13	2,2

¹ Le dernier test pour le VIH remonte à un an ou moins pour 73,3 % des individus (11/15).

² Les derniers tests pour le VIH et pour le VHC remontent à un an ou moins pour 65,5 % des individus (19/29).

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

Parmi ceux ayant des anticorps à la fois contre le VIH et le VHC, 78,1 % le savaient pour les deux virus (tableau 40). Parmi ceux-ci, 87,5 % ont vu un médecin pour l'une ou l'autre de leurs infections dans les six mois précédents, 65,9 % ont déjà pris des médicaments pour le VIH, mais pas pour le VHC, et 63,8 % en prenaient encore au moment de l'entrevue. La majorité de ceux infectés pas les deux virus (82,3 %) n'ont jamais pris de médicaments pour le VHC.

Tableau 41 Connaissance du statut d'infection et suivi médical parmi ceux que nous avons trouvés infectés seulement par le VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

	n	%
Connaissance du statut d'infection (N = 138) :		
Ne savent pas qu'ils sont infectés par le VIH	34	24,6
Savent qu'ils sont infectés par le VIH	104	75,4
Testing antérieur chez ceux qui ne savent pas qu'ils sont infectés par le VIH (N = 34) :		
Jamais testés pour le VIH	5	14,7
Dernier test pour le VIH remonte à il y a plus d'un an	10	29,4
Dernier test pour le VIH remonte à un an ou moins	19	55,9
Visite chez un médecin dans les derniers six mois parmi ceux qui savent qu'ils sont infectés par le VIH (N = 104) :		
Pas vu médecin pour le VIH	14	13,5
Vu médecin pour le VIH	90	86,5
Prise à vie de médicaments prescrits¹ pour le VIH parmi ceux qui savent qu'ils sont infectés par le VIH (N = 89) :		
N'en n'ont jamais pris	17	19,1
En ont déjà pris	72	80,9
Prise actuelle de médicaments prescrits pour le VIH parmi ceux qui savent qu'ils sont infectés par le VIH (N = 104) :		
N'en prennent pas actuellement	33	31,7
En prennent actuellement	71	68,3

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, 75,4 % savaient qu'ils étaient infectés par ce virus (tableau 41). Parmi ceux-ci, 86,5 % ont vu un médecin dans les six mois précédents, 80,9 % ont déjà pris des médicaments pour le VIH et 68,3 % en prenaient encore au moment de l'entrevue.

Tableau 42 Connaissance du statut sérologique et suivi médical parmi ceux qui avaient des anticorps seulement contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014

	n	%
Connaissance du statut sérologique (N = 3 297) :		
Ne savent pas qu'ils ont des anticorps contre le VHC	765	23,2
Savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC	2 532	76,8
Testing antérieur chez ceux qui ne savent pas qu'ils ont des anticorps contre le VHC (N = 738) :		
Jamais testés pour le VHC	195	26,4
Dernier test pour le VHC remonte à il y a plus d'un an	166	22,5
Dernier test pour le VHC remonte à un an ou moins	377	51,1
Visite chez un médecin dans les derniers six mois parmi ceux qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC (N = 2 467) :		
Pas vu médecin pour le VHC	1 526	61,9
Vu médecin pour le VHC	941	38,1
Prise à vie de médicaments prescrits¹ pour le VHC parmi ceux qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC (N = 2 049) :		
N'en n'ont jamais pris	1 746	85,2
En ont déjà pris	303	14,8
Prise actuelle de médicaments prescrits pour le VHC parmi ceux qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC (N = 2 458) :		
N'en prennent pas actuellement	2 412	98,1
En prennent actuellement	46	1,9

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

Parmi ceux qui avaient seulement des anticorps contre le VHC, 76,8 % savaient qu'ils avaient des anticorps contre ce virus. Parmi ceux-ci, 38,1 % ont vu un médecin pour leur infection dans les six mois précédents et 14,8 % ont déjà pris des médicaments pour le VHC (tableau 42).

La proportion de participants ayant vu un médecin pour le VHC dans les six derniers mois est plus importante chez les participants qui se savent séropositifs à la fois pour le VIH et le VHC (62,8 %, 378/602, tableau 40) que chez ceux qui savent qu'ils ont des anticorps seulement contre le VHC (38,1 %, 941/2 467, tableau 42).

Tableau 43 Niveau de difficulté à se procurer des seringues neuves dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2014

	Réseau		Montréal ¹		Ville de Québec		Ottawa/Outaouais		Semi-urbains ²		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Niveau de difficulté à se procurer des seringues neuves^{3,4} (N = 1 934)											
Très facile	1560	80,6	845	86,3	127	61,7	481	83,8	118	61,8	
Plutôt facile	327	16,9	118	12,1	69	33,5	82	14,3	62	32,4	
Plutôt difficile	38	2,0	15	1,5	7	3,4	10	1,7	7	3,7	
Très difficile	9	0,5	1	0,1	3	1,4	1	0,2	4	2,1	
Fréquence d'utilisation d'un programme d'échange de seringues (N = 1 940)											
Jamais	90	4,6	26	2,7	4	1,9	41	7,1	19	10,0	
Pas dans les six derniers mois	46	2,4	16	1,6	5	2,4	20	3,5	6	3,1	
Occasionnellement, pas toutes les semaines	752	38,8	358	36,6	98	46,9	222	38,5	81	42,4	
Régulièrement, 1-2 fois par semaine	583	30,1	316	32,3	60	28,7	165	28,6	46	24,1	
Régulièrement, 3-6 fois par semaine	276	14,2	141	14,4	24	11,5	83	14,4	31	16,2	
Tous les jours	193	9,9	122	12,4	18	8,6	46	8,0	8	4,2	

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

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

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

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

On remarque que la presque totalité des participants (97,5 %) trouve qu'il leur est facile ou très facile de se procurer des seringues neuves. Cette proportion est à peine plus faible pour les sites semi-urbains (94,2 %) (tableau 43).

Plus de la moitié des participants (54,2 %) fréquentent régulièrement un programme d'échange de seringues, c'est-à-dire au moins 1-2 fois par semaine. Cette proportion est de 59,1 % pour Montréal et de 44,5 % pour les sites semi-urbains (tableau 43).

Tableau 44 Sources d’approvisionnement des seringues/aiguilles neuves dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2014

	Réseau		Montréal ¹		Ville de Québec		Ottawa/ Outaouais		Semi-urbains ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sources d’aiguilles/seringues neuves³ (N = 1 935)										
Dans un site fixe dans un organisme communautaire	1 548	80,0	904	92,2	190	91,8	381	66,5	85	44,5
Dans une pharmacie	759	39,2	487	49,7	146	70,5	49	8,6	87	45,6
Dans un CLSC ⁴	560	28,9	127	13,0	49	23,7	320	55,9	66	34,6
Dans une roulotte	366	18,9	113	11,5	27	13,0	220	38,4	6	3,1
Par un travailleur de rue d’un organisme communautaire	337	17,4	186	19,0	35	16,9	35	6,1	84	44,0
Par un ami	278	14,4	120	12,2	51	24,6	70	12,2	39	20,4
Par un médecin ou un hôpital	91	4,7	10	1,0	16	7,7	1	0,2	67	35,1
Dans un établissement ⁵	73	3,8	6	0,6	0	0,0	62	10,8	5	2,6
Par un membre de ta famille ou un partenaire sexuel	47	2,4	7	0,7	9	4,4	19	3,3	12	6,3
Par un dealer de drogues	42	2,2	5	0,5	14	6,8	10	1,8	13	6,8
En les achetant de quelqu’un d’autre	21	1,1	4	0,4	8	3,9	6	1,1	4	2,1
En les volant	8	0,4	3	0,3	2	1,0	1	0,2	2	1,1
Autres ⁶	31	1,6	11	1,1	4	1,9	8	1,4	8	4,2
Source de laquelle ont été obtenues le plus souvent des aiguilles/seringues neuves³ (N = 1 894)										
Dans un site fixe dans un organisme communautaire	1 094	57,8	738	75,9	132	65,0	202	36,7	27	14,8
Dans un CLSC ⁴	259	13,7	20	2,1	11	5,4	194	35,2	35	19,1
Dans une pharmacie	231	12,2	121	12,4	42	20,7	25	4,5	48	26,2
Par un ami	98	5,2	45	4,6	9	4,4	36	6,5	10	5,5
Par un travailleur de rue d’un organisme communautaire	70	3,7	26	2,7	0	0,0	11	2,0	35	19,1
Dans une roulotte	59	3,1	7	0,7	3	1,5	48	8,7	1	0,6
Dans un établissement ⁵	32	1,7	2	0,2	0	0,0	27	4,9	3	1,6
Par un médecin ou un hôpital	21	1,1	3	0,3	3	1,5	0	0,0	16	8,7
Par un membre de ta famille ou un partenaire sexuel	9	0,5	3	0,3	1	0,5	3	0,5	2	1,1
Par un dealer de drogues	5	0,3	2	0,2	0	0,0	0	0,0	3	1,6
Autres ⁶	16	0,8	6	0,6	2	1,0	5	0,9	3	1,6

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

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

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

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

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

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

Les sources d'où les participants se procurent leurs seringues sont relativement variables selon les régions de recrutement. Il est peu surprenant d'observer qu'une proportion élevée (80,0 %) d'UDI se procure des seringues par l'intermédiaire de sites fixes d'organismes communautaires. Cette proportion est plus faible à Ottawa/Outaouais (66,5 %) et pour les sites semi-urbains (44,5 %). Seulement 14,8 % des participants des sites semi-urbains se procurent leurs seringues neuves le plus souvent de sites fixes d'organismes communautaires, alors que cette proportion est de 75,9 % pour Montréal. Les pharmacies sont également des sources importantes de seringues neuves (rapportées par 8,6 % à 70,5 % des participants, selon les sites de recrutement). Pour les sites semi-urbains, 26,2 % des participants rapportent que les pharmacies sont la source d'où ils obtiennent le plus souvent leurs seringues neuves (tableau 44).

3.7 Description des répéteurs et des non-répéteurs

Tableau 45 Distribution des visites multiples générées par les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014

Région de recrutement	Visites intra-régions ¹		Visites inter-régions ²		Dernières visites		Total des visites
	n	% ⁵	N	% ⁵	Globales ³	Par région ⁴	
					N	N	N
Abitibi-Témiscamingue	228	39,4	8	1,4	342	350	578
Estrie	206	22,1	51	5,5	676	727	933
Mauricie et Centre-du-Québec	77	15,2	36	7,1	392	428	505
Montréal	6 163	50,7	211	1,7	5 791	6 002	12 165
Ottawa	1 526	35,8	2	0,0	2 731	2 733	4 259
Outaouais	80	15,5	15	2,9	421	436	516
Ville de Québec	3 226	51,2	187	3,0	2 890	3 077	6 303
Saguenay-Lac-Saint-Jean	106	28,3	28	7,5	241	269	375
Réseau	11 664	-	589	-	13 723	14 312	25 976

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

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

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

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

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

Au 31 mars 2014, 28,9 % des participants (3 970/13 723) ont collaboré plus d'une fois à l'étude alors que 71,1 % (9 753/13 723) n'ont participé qu'à une seule reprise. En tout, les participants ont généré 25 976 visites (tableau 45).

Dans le tableau 45, on voit par exemple que 12 165 visites au total ont été faites à Montréal. Lors des analyses par région de recrutement, on retire 6 163 visites intra-régions (50,7 % des visites totales) et on conserve 6 002 dernières visites à Montréal. Lors des analyses pour le réseau global, on retire en

plus 211 visites inter-régions (1,7 % des visites totales) et on conserve 5 791 dernières visites à Montréal pour obtenir un total de 13 723 dernières visites dans tout le réseau.

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

Tableau 46 Comparaison des comportements d'injection au cours des six derniers mois des répéteurs et des non-répéteurs, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014

Comportement dans les six derniers mois	Non-répéteurs	Répéteurs ²	Valeur-p
	% (N)	% (N)	
Partenaires d'injection principaux ¹ :			
inconnu	16,7 (4 118)	19,5 (1 208)	
connu	54,7 (4 118)	58,2 (1 208)	< 0,001
toujours seul	28,6 (4 118)	22,3 (1 208)	(2 dl) ³
S'injectent depuis 6 ans ou plus	60,8 (9 440)	55,3 (3 937)	< 0,001
Ont prêté leurs seringues déjà utilisées	25,8 (9 633)	31,9 (3 936)	< 0,001
Se sont injectés au moins une fois par jour dans le dernier mois ⁴	28,8 (9 601)	31,6 (3 847)	0,001
Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre	30,7 (9 649)	36,7 (3 929)	< 0,001
Se sont procuré leurs seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre principalement d'inconnus (chez les 4 181 emprunteurs de seringues qui ont répondu à la question)	25,8 (2 838)	24,7 (1 343)	0,443
Ont utilisé du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre ⁵	32,0 (3 426)	33,4 (918)	0,413
Se sont procuré leur matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre principalement d'inconnus (chez les 1 310 emprunteurs de matériel qui ont répondu à la question) ⁵	23,3 (1 015)	24,1 (295)	0,771
Se sont injectés plus d'une drogue	45,6 (9 742)	46,5 (3 967)	0,347
Drogue la plus souvent injectée :			
cocaïne	65,9 (9 670)	68,2 (3 947)	
héroïne ⁶	14,8 (9 670)	16,1 (3 947)	
médicaments opioïdes ⁷	14,3 (9 670)	12,1 (3 947)	< 0,001
autres	5,0 (9 670)	3,6 (3 947)	(3 dl)

¹ Question ajoutée en 2003, donc le dénominateur est de 5 326 participants.

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

³ Degrés de liberté.

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

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

⁶ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁷ La catégorie des médicaments opioïdes injectés est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non), oxycodone/oxycontin (prescrit ou non), Hydromorph-Contin (prescrit ou non) et les autres médicaments opioïdes non prescrits (incluant fentanyl, demerol, codéine, mélange de cocaïne et d'un médicament opioïde).

Les hommes représentent 76,4 % (7 255/9 491) des non-répéteurs et 74,1 % (2 928/3 954) des répéteurs recrutés ($p = 0,003$). Les UDI âgés de 25 ans et plus représentent 75,5 % (7 169/9 502) des non répéteurs et 72,3 % (2 862/3 959) des répéteurs ($p < 0,001$). Au total, 12,6 % (1 729/13 723) des UDI proviennent d'un site semi-urbain (Abitibi-Témiscamingue, Mauricie et Centre-du-Québec, Montérégie [à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate], le Saguenay-Lac-Saint-Jean et l'Estrie). Les UDI semi-urbains représentent 14,3 % (1 391/9 753) des non-répéteurs et 8,5 % (338/3 970) des répéteurs ($p < 0,001$, données non montrées dans les tableaux, 1995-2014).

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

Tableau 47 Comparaison des comportements sexuels au cours des six derniers mois des répéteurs et des non-répéteurs, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014

Comportement dans les six derniers mois	Non-répéteurs	Répéteurs ¹	Valeur-p
	% (N)	% (N)	
Parmi les femmes :			
Prostitution ²	35,8 (2 218)	45,3 (1 019)	< 0,001
Nb de partenaires sexuels masculins :			
0	10,1 (2 219)	6,8 (1 019)	
1	29,1 (2 219)	24,4 (1 019)	
2-5	27,5 (2 219)	25,1 (1 019)	< 0,001
≥ 6	33,2 (2 219)	43,7 (1 019)	(3 dl) ³
Parmi les hommes :			
Prostitution ²	7,6 (7 201)	8,8 (2 914)	0,040
Nb de partenaires sexuels masculins :			
0	88,3 (7 210)	86,7 (2 914)	
1	3,6 (7 210)	4,8 (2 914)	
2-5	4,2 (7 210)	3,7 (2 914)	0,002
≥ 6	3,7 (7 210)	4,7 (2 914)	(3 dl)
Nb de partenaires sexuels féminins :			
0	27,4 (7 206)	27,1 (2 914)	
1	29,7 (7 206)	29,8 (2 914)	
2-5	31,3 (7 206)	32,8 (2 914)	0,248
≥ 6	11,6 (7 206)	10,3 (2 914)	(3 dl)

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

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

³ Degrés de liberté.

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

3.8 Taux d'incidence du VIH et du VHC

Tableau 48 Incidence du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014

		Nombre de répéteurs testés	Nombre de répéteurs testés initialement VIH séronégatifs	Suivi (nombre de PA ¹)	Nombre de séro-conversions	Taux d'incidence (par 100 PA)	IC 95 % ² (par 100 PA)
Réseau	1995-2014	3 925	3 457	14 727,7	321	2,2	1,9 – 2,4
	1995-2002	2 689	2 329	6 347,2	197,3	3,1	2,7-3,5
	2003-2014	1 236	1 128	8 380,5	123,7	1,5	1,2-1,7
Montréal ³	1995-2014	1 823	1 552	7 068,5	170	2,4	2,0 – 2,8
	1995-2002	1 217	1 014	2 755,2	99,7	3,6	2,9-4,3
	2003-2014	606	538	4 313,3	70,3	1,6	1,2-2,0
Ville de Québec	1995-2014	992	910	4 049,8	81,	2,0	1,6 – 2,4
	1995-2002	807	734	2 203,5	56,5	2,6	1,9-3,2
	2003-2014	185	176	1 846,3	24,5	1,3	0,8-1,9
Ottawa/Outaouais	1995-2014	723	628	2 060,7	51	2,5	1,8 – 3,2
	1995-2002	429	356	821,5	33,5	4,1	2,7-5,5
	2003-2014	294	272	1 239,2	17,5	1,4	0,7-2,1
Semi-urbains ⁴	1995-2014	387	367	1 531,8	19	1,2	0,7 – 1,8
	1995-2002	236	225	567,1	7,5	1,3	0,4-2,3
	2003-2014	151	142	964,8	11,5	1,2	0,5-1,9

¹ PA = personnes-années.

² Intervalle de confiance à 95 %.

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

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

L'intervalle moyen entre deux collaborations à l'étude est de 1,9 ans (médiane = 1,2).

Le suivi moyen par répéteur est de 4,7 ans (médiane = 3,3).

Parmi les répéteurs testés initialement séronégatifs pour le VIH entre 1995 et 2014, l'incidence du VIH est de 2,2 par 100 personnes-années (PA). Elle est de 2,4 par 100 PA à Montréal, de 2,5 par 100 PA à Ottawa/Outaouais, de 2,0 par 100 PA à Québec et de 1,2 par 100 PA dans les programmes semi-

urbains (tableau 48). Les taux d'incidence sont également présentés séparément pour les périodes 1995-2002 et 2003-2014.

Tableau 49 Incidence du VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1997-2014

	Réseau	Montréal ¹	Ville de Québec	Ottawa/Outaouais	Semi-urbains ²
Nombre de répéteurs testés	2 932	1 377	691	577	287
Nombre de répéteurs testés initialement VHC séronégatifs	1 144	542	285	174	143
Suivi (nombre de PA ³)	2 416,3	1 162,1	589,5	326,7	338,1
Nombre de séroconversions	534	274	154	62	44
Taux d'incidence (par 100 PA)	22,1	23,6	26,1	19,0	13,0
IC 95 % ⁴ (par 100 PA)	20,2 – 24,0	20,8 – 26,4	22,0 – 30,3	14,3 – 23,7	9,2 – 16,9

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

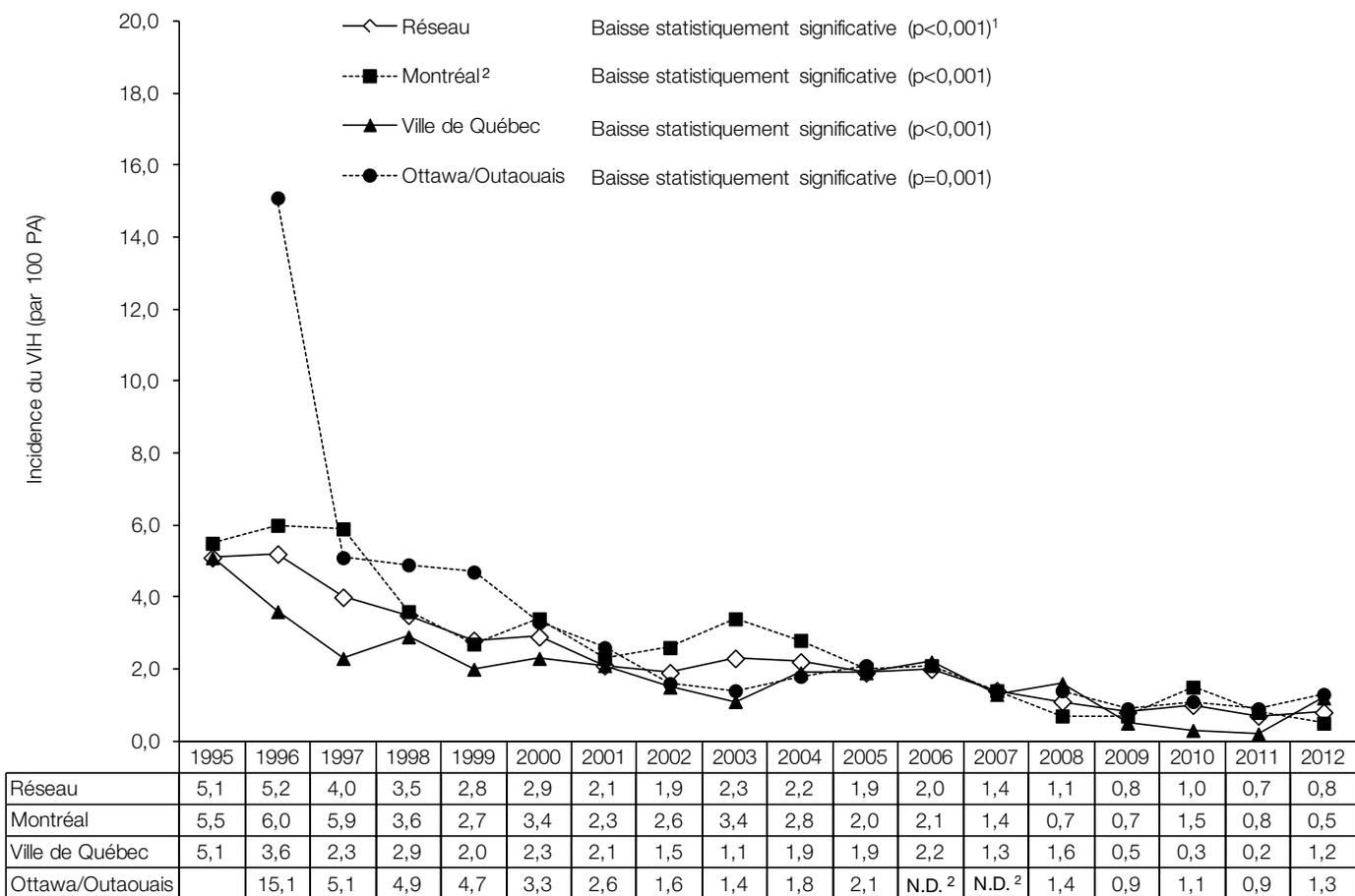
² UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

³ PA = personnes-années.

⁴ Intervalle de confiance à 95 %.

Parmi les répéteurs qui n'avaient initialement pas d'anticorps contre le VHC entre 1997 et 2014, l'incidence des séroconversions au VHC dans le réseau est de 22,1 par 100 PA. Elle est de 26,1 par 100 PA à Québec, de 23,6 par 100 PA à Montréal, de 19,0 par 100 PA à Ottawa/Outaouais et de 13,0 par 100 PA dans les programmes semi-urbains (tableau 49).

Figure 8 Tendances de l'incidence du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012



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

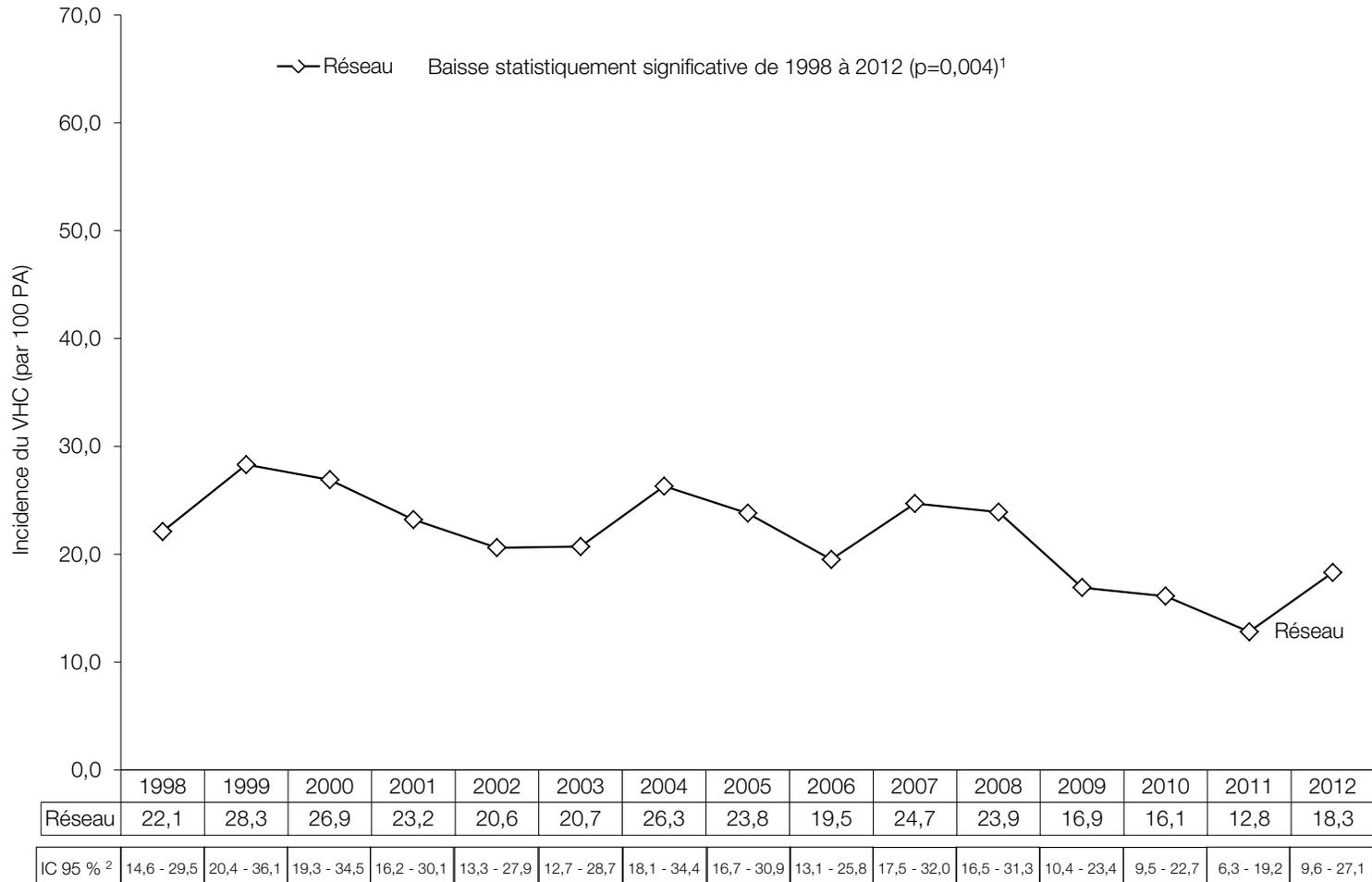
² UDI recrutés à Montréal, ou UDI recrutés en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate.

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.

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

Sur l'ensemble de la période 1995-2012, les taux d'incidence du VIH ont baissé de façon statistiquement significative pour tout le réseau ainsi qu'à Montréal, à Québec et à Ottawa/Outaouais (figure 8).

Figure 9 Tendances de l'incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1998-2012



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

² Intervalle de confiance à 95 %.

Pour l'ensemble du réseau sur la période 1998-2012, les taux d'incidence des séroconversions au VHC ont baissé de façon statistiquement significative (figure 9).

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

Tableau 50 Analyse multivariée de l'incidence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014

Facteurs de risque	RT ¹ brut	RT ajusté	IC 95 % ²	Valeur-p
S'injecter avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ^{3,4}	2,52	2,33	1,85 – 2,94	< 0,001
Cocaïne comme drogue injectée le plus souvent ^{3,4}	2,27	1,91	1,41 – 2,59	< 0,001
Sexe masculin ⁴	1,07	1,31	0,97 – 1,78	0,081
S'injecter au moins une fois par jour (1995-2002) ⁵	1,41	1,49	1,09 – 2,02	0,012
(2003-2014) ⁵	0,99	1,09	0,74 – 1,60	0,678
Âge 25 ans et plus (1995-2002)	2,60	2,43	1,59 – 3,72	< 0,001
(2003-2014)	0,74	0,76	0,46 – 1,26	0,286
Prostitution (1995-2002) ^{3,6}	1,38	1,40	0,96 – 2,03	0,083
(2003-2014) ^{3,6}	2,42	2,19	1,43 – 3,37	< 0,001
Aussi dans le modèle :				
Région de recrutement urbaine ⁷				
(1995-2002)	2,57	2,60	1,15 – 5,88	0,022
(2003-2014)	1,11	1,27	0,71 – 2,27	0,425

¹ Rapport de taux obtenu par le modèle de Cox.

² Intervalle de confiance à 95 %.

³ Au cours des six derniers mois.

⁴ Sur l'ensemble des deux périodes (1995-2002 et 2003-2014).

⁵ Au cours du dernier mois.

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

⁷ Les UDI urbains sont ceux recrutés à Montréal, à Québec, en Ottawa/Outaouais ou en Montérégie, mais résidants à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate.

L'injection avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre et la cocaïne comme drogue injectée la plus souvent sont les deux variables qui demeurent associées significativement avec l'incidence du VIH, de façon constante, sur toute la période 1995-2014^k. Plusieurs associations avec l'incidence du VIH varient entre les deux périodes 1995-2002 et 2003-2014. Pour certaines variables, l'association était statistiquement significative pour 1995-2002 et devient non significative pour la période 2003-2014. Le fait de s'injecter au moins une fois par jour, l'âge de 25 ans et plus et le site de recrutement urbain sont dans cette situation. La prostitution n'était pas associée significativement avec l'incidence du VIH pour la période 1995-2002 (légèrement au-dessus du seuil de signification) alors qu'elle le devient pour la période 2003-2014 (tableau 50).

^k Seules les variables disponibles pour toute la période 1995-2014 et n'ayant pas été modifiées peuvent être incluses dans le modèle.

Tableau 51 Analyse multivariée de l'incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1997-2014

Facteurs de risque	RT ¹ brut	RT ajusté	IC 95 % ²	Valeur-p
S'injecter avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ³	1,78	1,76	1,46 – 2,12	< 0,001
Cocaïne comme drogue injectée le plus souvent ³	1,25	1,28	1,06 – 1,55	0,010
Âge 25 ans et plus	1,03	1,16	0,95 – 1,41	0,148
S'injecter au moins une fois par jour ⁴	1,23	1,26	1,04 – 1,52	0,019
Prostitution ^{3,5}	1,75	1,56	1,26 – 1,93	< 0,001
Aussi dans le modèle :				
Région de recrutement				
Semi-urbaines ⁶	1,00	1,00		(référence)
Montréal ⁷	2,07	2,16	1,54 – 3,04	< 0,001
Ville de Québec	2,12	2,19	1,53 – 3,12	< 0,001
Ottawa/Outaouais	1,50	1,76	1,17 – 2,65	0,007

¹ Rapport de taux obtenu par le modèle de Cox.

² Intervalle de confiance à 95 %.

³ Au cours des six derniers mois.

⁴ Au cours du dernier mois.

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

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

⁷ UDI recrutés à Montréal, ou UDI recrutés en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate.

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

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

Tableau 52 Tendances de l'utilisation de seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois, parmi les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014

Se sont injectés avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre		Baisse statistiquement significative ($p < 0,001$) ¹			Baisse statistiquement significative ($p < 0,001$)		
		Montréal ² à la dernière visite			Ville de Québec à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	305	382	687 (37,6 %)	142	238	380 (39,1 %)
	Non	214	927		105	488	
	Total	519 (28,4 %)		1 828	247 (25,4 %)		973
Se sont injectés avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre		Baisse statistiquement significative ($p = 0,006$)			Baisse statistiquement significative ($p = 0,011$)		
		Ottawa/Outaouais à la dernière visite			Semi-urbains ³ à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	81	118	199 (27,6 %)	77	85	162 (43,2 %)
	Non	79	443		55	158	
	Total	160 (22,2 %)		721	132 (35,2 %)		375

¹ Test de McNemar pour les échantillons appariés.

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

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

Tableau 53 Tendances de l'utilisation de matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois, parmi les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2014

Se sont injectés avec du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre ¹		Baisse statistiquement significative (p = 0,021) ²			Pas de tendance statistiquement significative (p = 0,763)		
		Montréal ³ à la dernière visite			Ville de Québec à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	53	88	141 (31,4 %)	22	23	45 (32,9 %)
	Non	60	248		21	71	
	Total	113 (25,2 %)		449	43 (31,4 %)		137

Se sont injectés avec du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre		Pas de tendance statistiquement significative (p = 0,140)			Pas de tendance statistiquement significative (p = 0,114)		
		Ottawa/Outaouais à la dernière visite			Semi-urbains ⁴ à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	23	39	62 (28,8 %)	30	25	55 (50,5 %)
	Non	27	126		15	39	
	Total	50 (23,3 %)		215	45 (41,3 %)		109

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

² Test de McNemar pour les échantillons appariés.

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

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

Tableau 54 Tendances de l'injection de cocaïne le plus souvent dans les six derniers mois, parmi les répéteurs par région, de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014

Se sont injectés de la cocaïne le plus souvent		Baisse statistiquement significative ($p < 0,001$) ¹			Baisse statistiquement significative ($p = 0,010$)		
		Montréal ² à la dernière visite			Ville de Québec à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	961	242	1 203 (65,6 %)	671	109	780 (80,2 %)
	Non	166	465		74	119	
	Total	1 127 (61,5 %)		1 834	745 (76,6 %)		973
Se sont injectés de la cocaïne le plus souvent		Baisse statistiquement significative ($p < 0,001$)			Pas de tendance statistiquement significative ($p = 0,663$)		
		Ottawa/Outaouais à la dernière visite			Semi-urbains ³ à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	271	137	408 (56,9 %)	242	40	282 (73,3 %)
	Non	46	263		44	59	
	Total	317 (44,2 %)		717	286 (74,3 %)		385

¹ Test de McNemar pour les échantillons appariés.

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

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

Tableau 55 Tendances de fréquence d'injection et d'usage de matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans le dernier mois, à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013

		Réseau			Montréal ²			Ville de Québec		
		n/N	%	Valeur-p ¹	n/N	%	Valeur-p	n/N	%	Valeur-p
Se sont injectés dans le dernier mois	2003	527/582	90,5		337/390	96,7		54/58	93,1	
	2004	1 101/1 216	90,5		553/580	95,3		201/218	92,2	
	2005	978/1 101	88,8		444/461	96,3		225/246	91,5	
	2006	1 148/1 303	88,1		544/565	96,3		294/328	89,6	
	2007	819/932	87,9		501/532	94,2		209/231	90,5	
	2008	860/979	87,8		478/494	96,8		122/132	92,4	
	2009	835/935	89,3		454/465	97,6		185/195	94,9	
	2010	993/1 098	90,4		474/488	97,1		99/110	90,0	
	2011	882/947	93,1		463/478	96,9		159/173	91,9	
	2012	795/873	91,1	0,002	450/459	98,0	0,009	115/124	92,7	0,895
	2013	714/770	92,7	(hausse)	475/486	97,7	(hausse)	N. D. ⁸	-	
Nombre et % d'injections avec seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre^{4,5}	2003	3 628,0/44 568	8,1		2 588,3/34 519	7,5		752,6/6 285	12,0	
	2004	6 769,7/104 767	6,5		2 785,8/56 139	5,0		2 578,8/28 028	9,2	
	2005	8 313,3/98 136	8,5		5 093,7/47 531	10,7		1 250,7/34 142	3,7	
	2006	5 083,4/109 497	4,6		1 888,8/48 371	3,9		1 833,9/44 678	4,1	
	2007	3 862,9/82 624	4,7		1 894,4/47 886	4,0		941,5/24 218	3,9	
	2008	4 922,6/91 792	5,4		2 468,0/52 427	4,7		261,3/17 997	1,5	
	2009	2 074,5/86 782	2,4		1 499,6/54 078	2,8		222,9/21 013	1,1	
	2010	2 721,1/96 725	2,8		1 252,6/58 799	2,1		97,9/9 232	1,1	
	2011	2 033,6/89 178	2,3		1 310,6/56 764	2,3		145,8/13 546	1,1	0,001
	2012	1 806,0/64 711	2,8	< 0,001	1 345,0/41 283	3,3	< 0,001	240,0/9 052	2,7	(baisse)
	2013	1 311,0/56 699	2,3	(baisse) ³	999,0/44 829	2,2	(baisse)	N. D.	-	
Nombre et % d'injections avec autre matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre^{4,5}	2003	6 132,5/44 568	13,8		4 563,2/34 519	13,2		1 060,3/6 285	16,9	
	2004	11 811,8/106 137	11,1		5 230,0/56 214	9,3		3 140,9/29 335	10,7	
	2005	14 060,5/97 828	14,4		8 215,1/47 531	17,3		2 237,5/33 834	6,6	
	2006	5 746,8/108 897	5,3		2 016,9/48 311	4,2		1 945,4/44 078	4,4	
	2007	4 312,3/82 684	5,2		1 344,4/47 896	2,8		1 064,5/24 218	4,4	
	2008	6 527,9/91 800	7,1		3 546,7/52 429	6,8		119,0/18 003	0,7	
	2009	6 210,9/86 184	7,2		4 163,0/53 778	7,7		927,1/20 713	4,5	
	2010	6 188,4/96 466	6,4		3 818,7/58 681	6,5		262,0/9 082	2,9	
	2011	7 291,8/89 471	8,1		4 248,1/57 064	7,4		561,9/13 539	4,2	< 0,001
	2012	3 726,0/64 659	5,8	< 0,001	2 183,0/41 134	5,3	< 0,001	429,0/9 151	4,7	(baisse)
	2013	3 386,0/56 272	6,0	(baisse)	1 571,0/44 410	3,5	(baisse)	N. D.	-	

Tableau 55 Tendances de fréquence d'injection et d'usage de matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans le dernier mois, à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013 (suite)

		Ottawa/Outaouais			Semi-urbains ⁶		
		n/N	%	Valeur-p	n/N	%	Valeur-p
Se sont injectés dans le dernier mois	2003	60/69	87,0		37/66	56,1	
	2004	262/300	87,3		91/124	73,4	
	2005	227/278	81,7		92/126	73,0	
	2006	207/272	76,1		109/144	75,7	
	2007	N. D. ⁷	N. D.		95/142	66,9	
	2008	162/219	74,0		109/146	74,7	
	2009	103/120	85,8		97/159	61,0	
	2010	318/372	85,5		105/132	79,5	
	2011	182/201	90,5		85/102	83,3	
	2012	180/221	81,4		52/71	73,2	0,003
	2013	188/220	85,5	0,574	52/65	80,0	(hausse)
Nombre et % d'injections avec seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre^{4,5}	2003	129,3/2 189	5,9		157,8/1 665	9,5	
	2004	1 002,8/14 055	7,1		418,3/7 310	5,7	
	2005	1 719,5/12 463	13,8		359,4/4 917	7,3	
	2006	464,3/9 735	4,8		911,4/7 298	12,5	
	2007	N. D.	N. D.		951,4/10 453	9,1	
	2008	921,1/6 305	14,6		1 392,2/16 972	8,2	
	2009	186,0/5 858	3,2		176,8/6 151	2,9	
	2010	963,6/20 976	4,6		407,0/9 528	4,3	
	2011	357,6/13 800	2,6		219,6/5 730	3,8	
	2012	122,0/9 700	1,3	0,012	100,0/4 881	2,0	0,001
	2013	240,0/7 613	3,2	(baisse)	72,0/4 302	1,7	(baisse)

Tableau 55 Tendances de fréquence d'injection et d'usage de matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans le dernier mois, à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013 (suite)

		Ottawa/Outaouais			Semi-urbains ⁶		
		n/N	%	Valeur-p	n/N	%	Valeur-p
Nombre et % d'injections avec autre matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre^{4,5}	2003	270,8/2 189	12,4		238,2/1 665	14,3	
	2004	2 451,1/14 055	17,4		1 074,8/7 298	14,7	
	2005	2 907,7/12 463	23,3		791,2/4 917	16,1	
	2006	596,8/9 735	6,1		1 187,7/7 358	16,1	
	2007	N. D.	N. D.		1 837,2/10 503	17,5	
	2008	1 242,7/6 305	19,7		1 819,5/16 972	10,7	
	2009	561,5/5 858	9,6		559,3/6 153	9,1	
	2010	1 604,4/20 976	7,6		503,3/9 537	5,3	
	2011	1 859,1/13 800	13,5		892,7/5 730	15,6	
	2012	463,0/9 700	4,8		850,0/4 879	17,4	
	2013	1 044,0/7 605	13,7	0,085	771,0/4 302	17,9	0,846

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 UDI recrutés en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate.

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

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

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

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

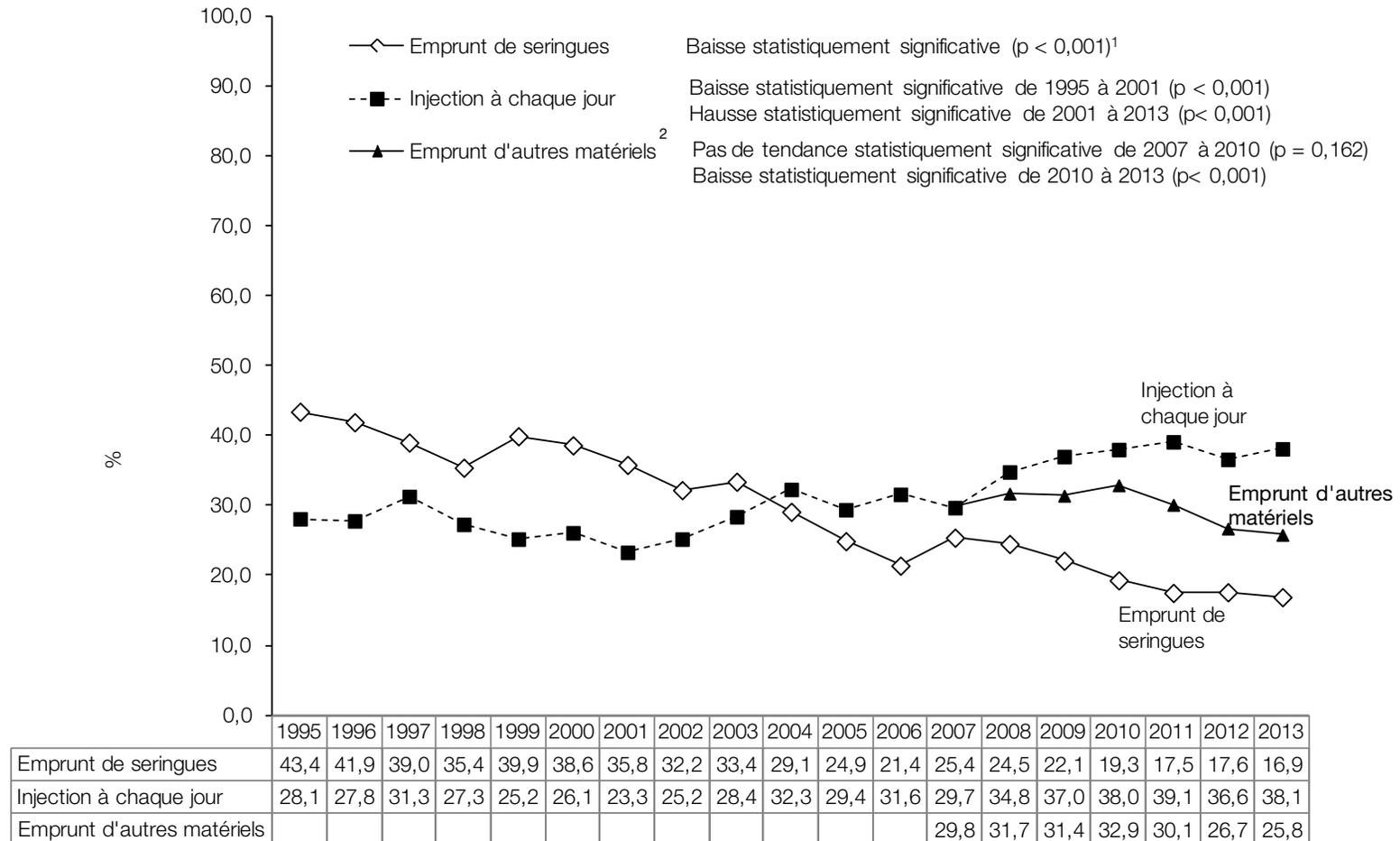
⁷ Étant donné que seulement 33 UDI ont été recrutés dans cette région en 2007, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

⁸ Aucun UDI n'a été recruté à Québec en 2013.

Des tendances de fréquence d'injection et d'usage de matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans le réseau et par programme de recrutement sont présentées au tableau 55 pour les années 2003 à 2013. Les nombres totaux d'injections faites avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ou avec d'autre matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre sont calculés à partir du nombre d'injections dans le dernier mois et du pourcentage d'emprunt rapportés par chaque UDI. On constate, dans l'ensemble du réseau pour la période de 2003 à 2013, que ce sont de 91,5 à 97,7 % des injections du dernier mois qui ont été faites avec des seringues neuves. Étant donné le nombre élevé d'injections rapportées, cela laisse toutefois des milliers d'injections faites avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre.

Les tendances observées de 1995 à 2013 dans la fréquence des autres facteurs de risque associés à une incidence plus élevée du VIH varient beaucoup d'un site de recrutement à l'autre (réseau : figures 10 et 11; régions : figures 11 à 19).

Figure 10 Tendances dans les facteurs de risque – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2013



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

² Disponible à partir de 2007 (première année complète).

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

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

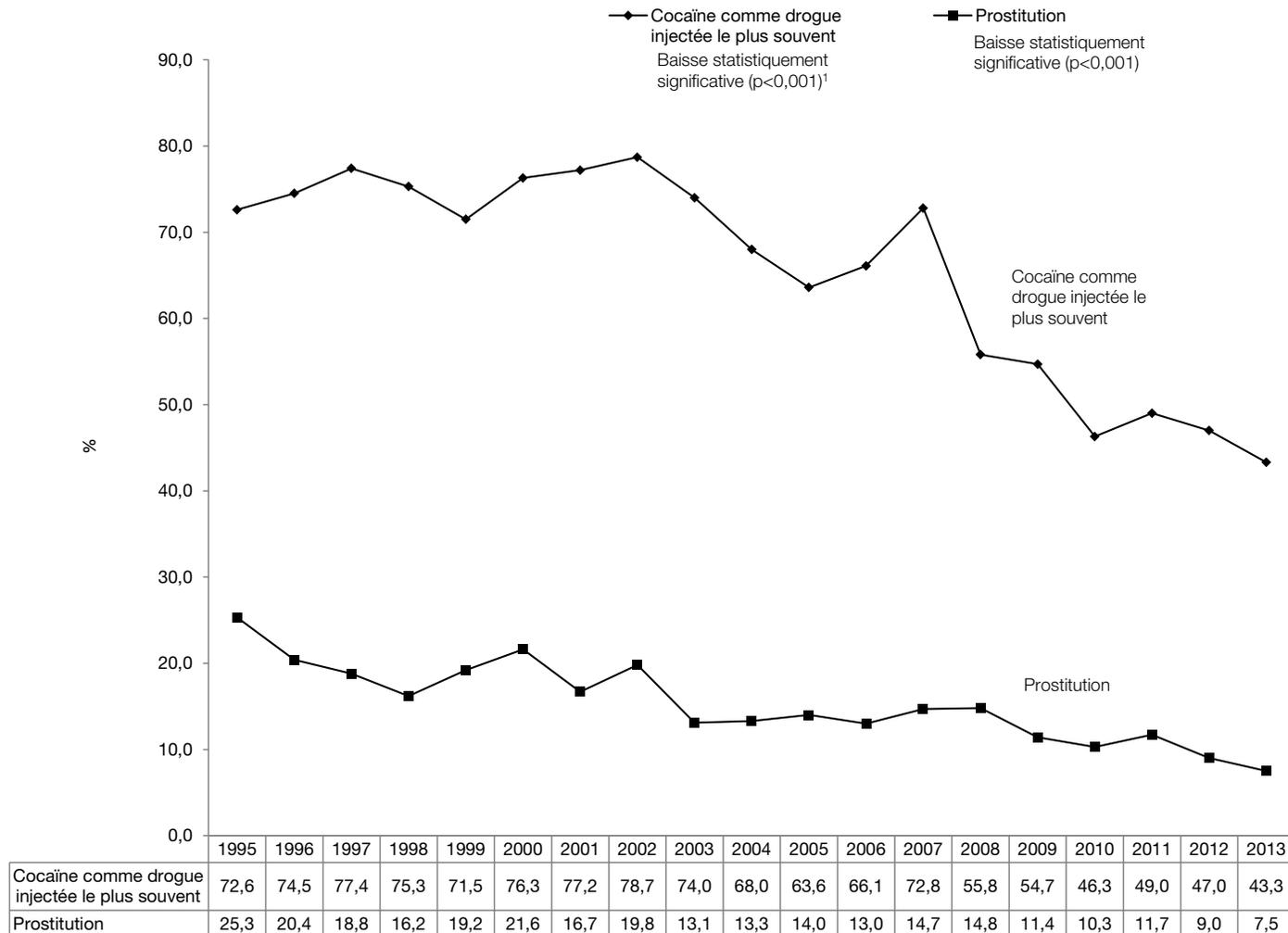
« Emprunt d'autres matériels » : Ont utilisé du matériel autre que des seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.

La proportion de participants qui rapportent avoir emprunté des seringues dans les six derniers mois a baissé de façon significative dans tout le réseau et dans tous les programmes de recrutement entre 1995 et 2013 (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/Outaouais 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 2013 (figures 14 et 18).

La proportion de participants qui ont utilisé du matériel autre que des seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois a diminué significativement entre 2010 et 2013, à Montréal, à Québec et globalement dans le réseau (figures 10, 12 et 14).

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



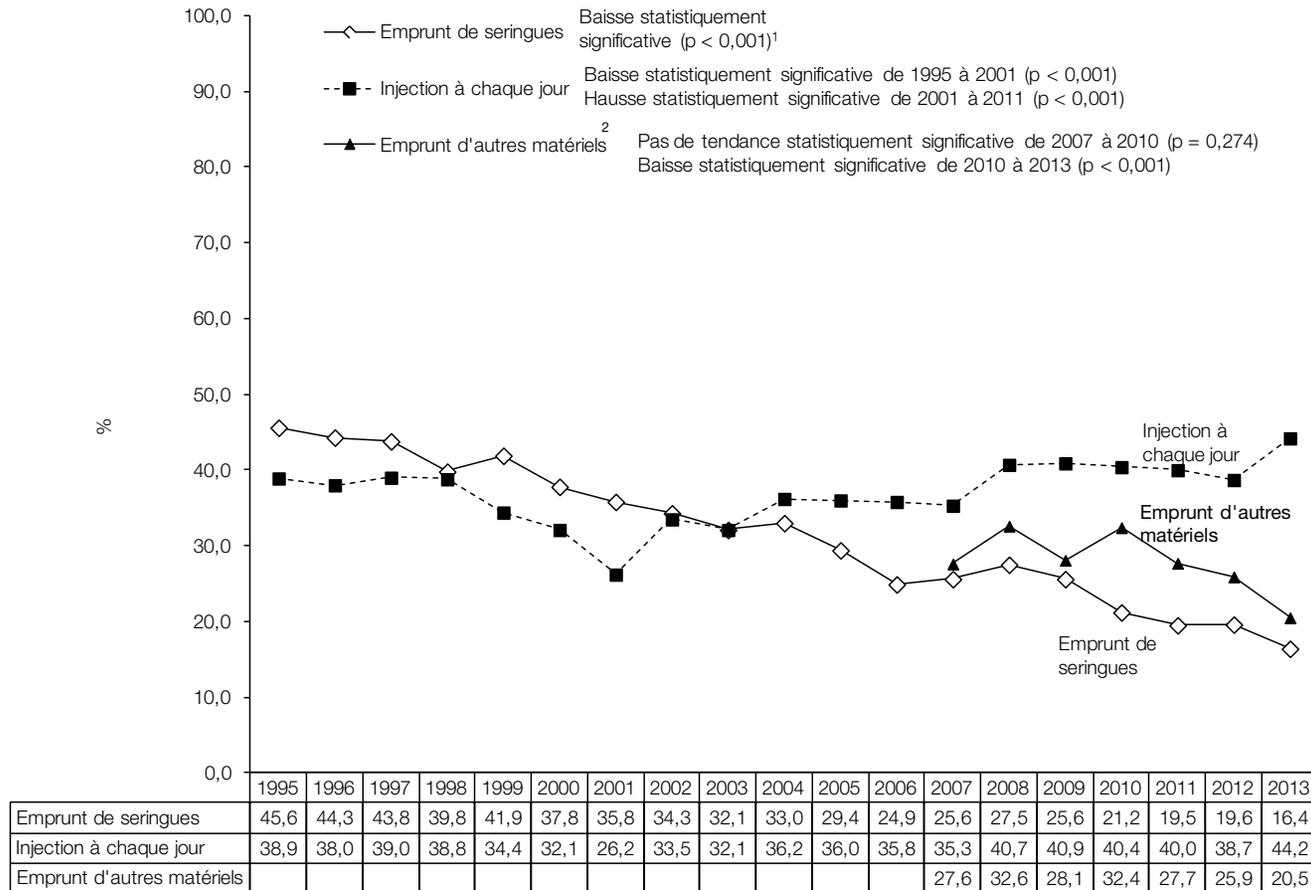
¹ Test par *bootstrap* (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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

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

Globalement, on observe dans le réseau une diminution significative de la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent (figure 11). Cette baisse est observée de 1995 à 2013 dans toutes les régions du réseau (Québec, figure 15, Ottawa/Outaouais, figure 17, programmes semi-urbains : figure 19) sauf à Montréal où elle s'observe seulement depuis 2002 (figure 13). On remarque également une diminution significative de la prostitution dans le réseau (figure 11). Elle a diminué significativement à Montréal (figure 13) et à Ottawa/Outaouais (figure 17) alors qu'il n'y a pas de tendance à Québec (figure 15). La prostitution a diminué significativement dans les sites semi-urbains jusqu'en 2003 pour demeurer stable par la suite (figure 19).

Figure 12 Tendances dans les facteurs de risque – Montréal¹ – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2013



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

² Disponible à partir de 2007 (première année complète).

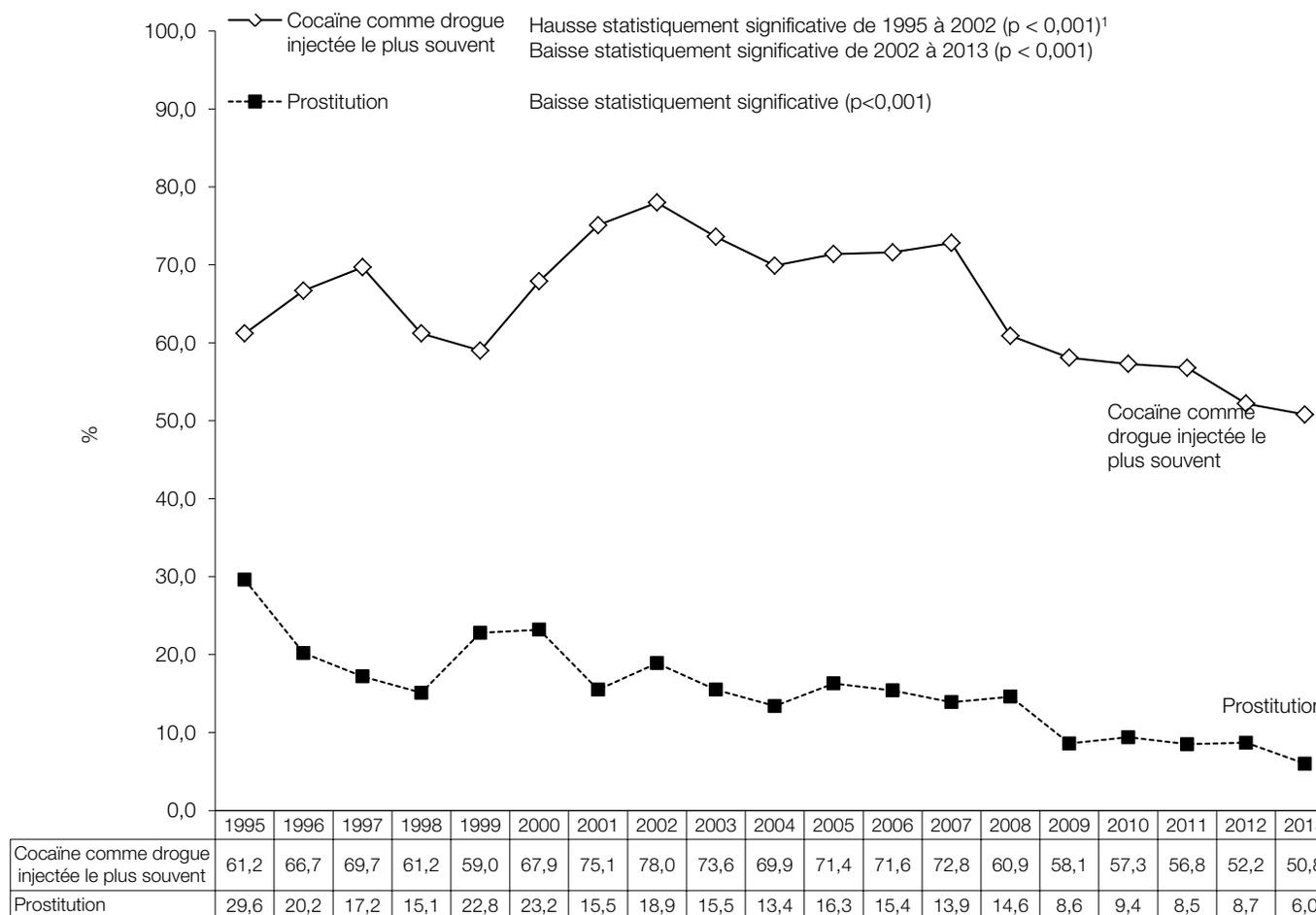
« Emprunt de seringues » : Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.

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

« Emprunt d'autres matériels » : Ont utilisé du matériel autre que des seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.

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

Figure 13 Tendances dans les facteurs de risque – Montréal^m – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2013



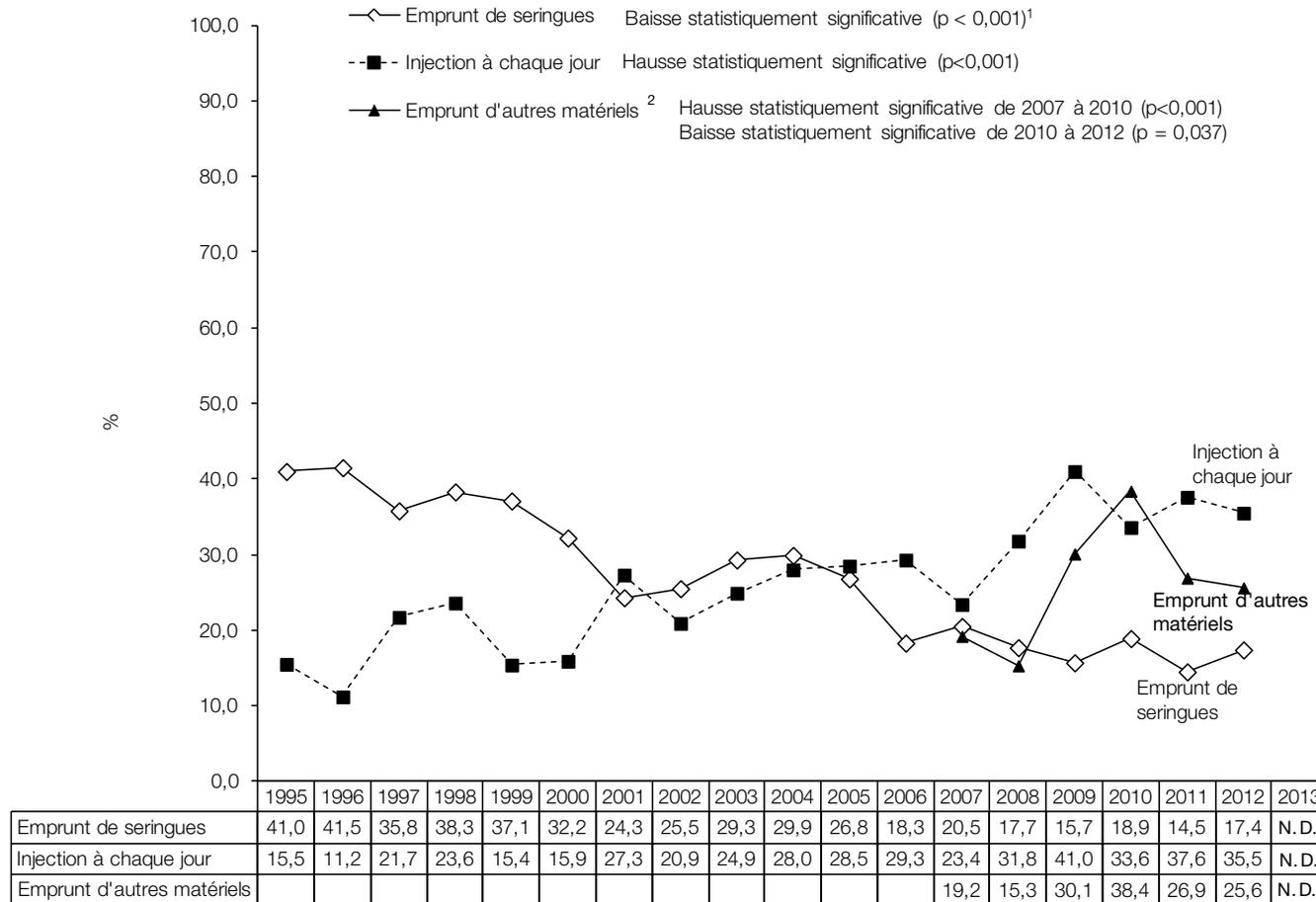
¹ Test par *bootstrap* (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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

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

^m UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate.

Figure 14 Tendances dans les facteurs de risque – Ville de Québec – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2013



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

² Disponible à partir de 2007 (première année complète).

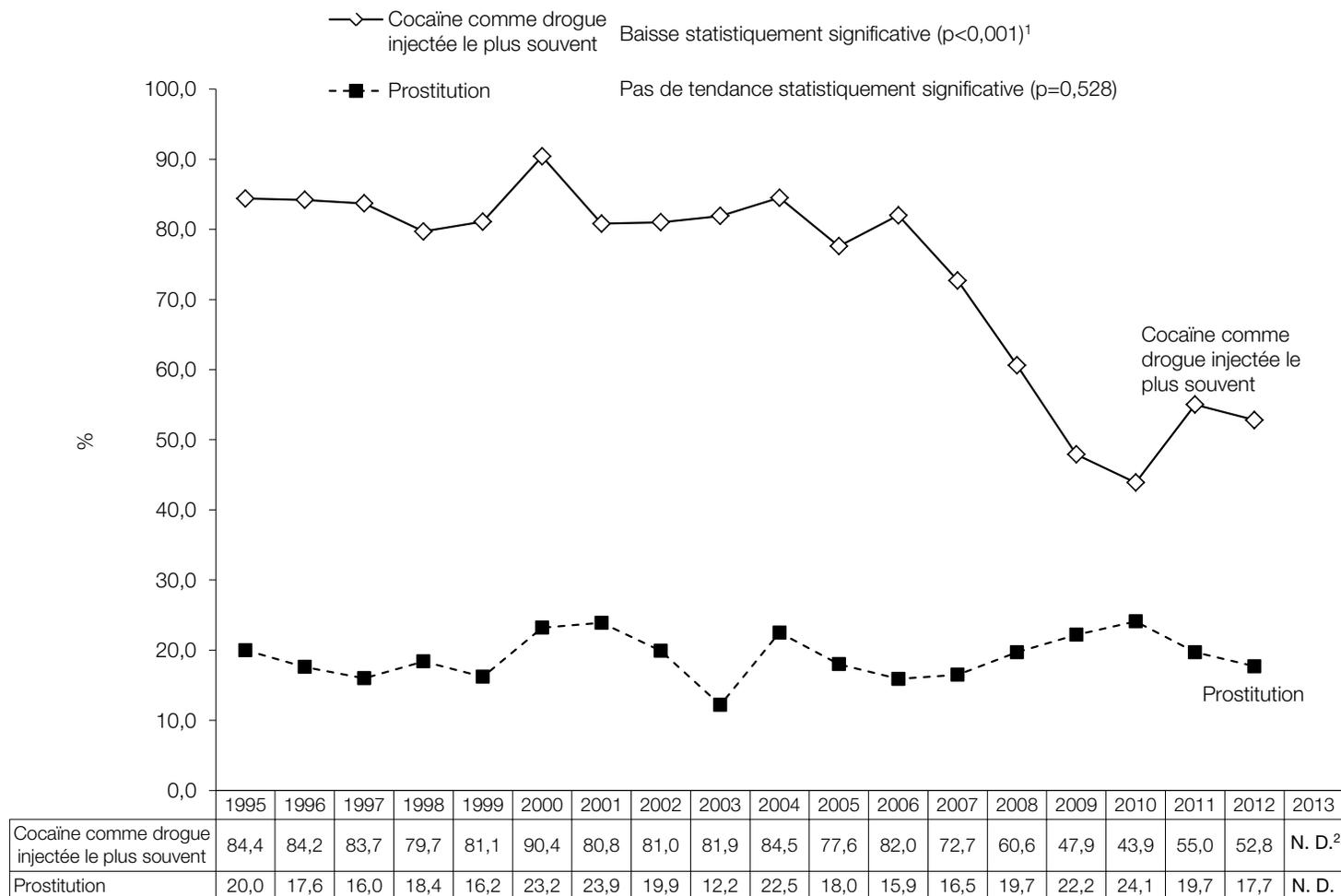
³ Aucun UDI n'a été recruté à Québec en 2013.

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

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

« Emprunt d'autres matériels » : Ont utilisé du matériel autre que des seringues déjà utilisés par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.

Figure 15 Tendances dans les facteurs de risque – Ville de Québec – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2013



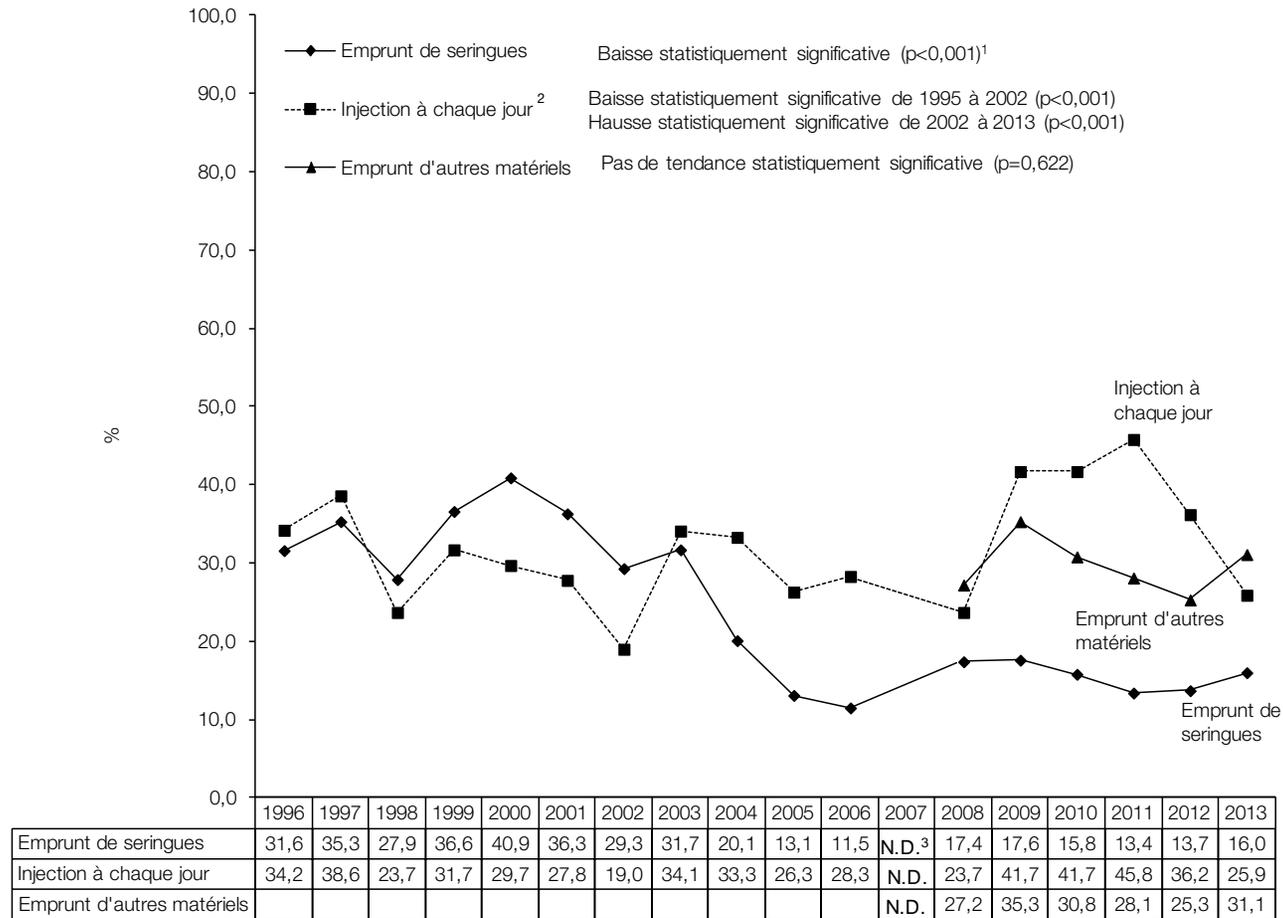
¹ Test par *bootstrap* (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

² Aucun UDI n'a été recruté à Québec en 2013.

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

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

Figure 16 Tendances dans les facteurs de risque – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1996-2013



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

² Disponible à partir de 2007 (première année complète).

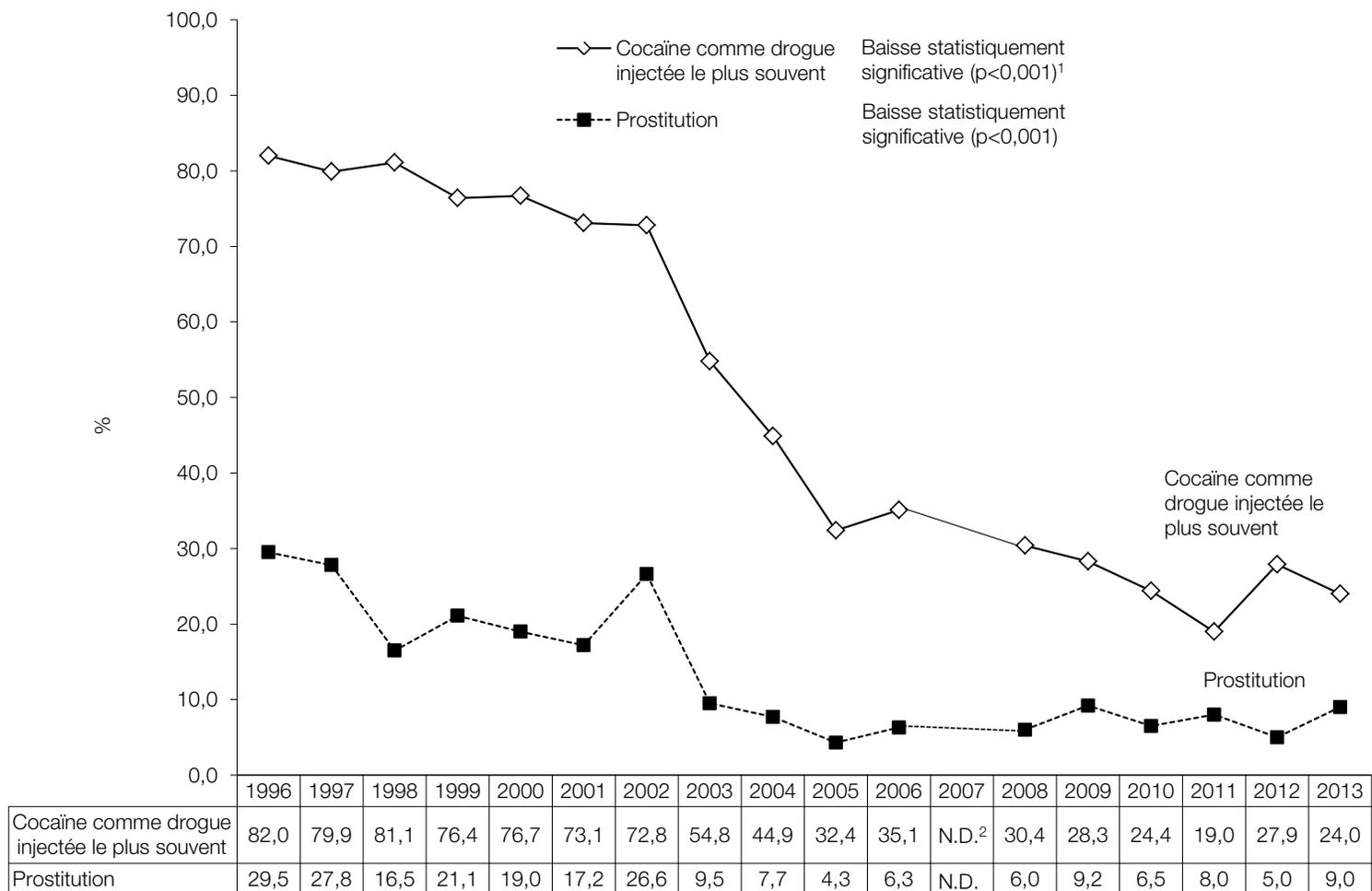
³ Étant donné que seulement 33 UDI ont été recrutés dans cette région en 2007, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

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

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

« Emprunt d'autres matériels » : Ont utilisé du matériel autre que des seringues déjà utilisés par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.

Figure 17 Tendances dans les facteurs de risque – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1996-2013



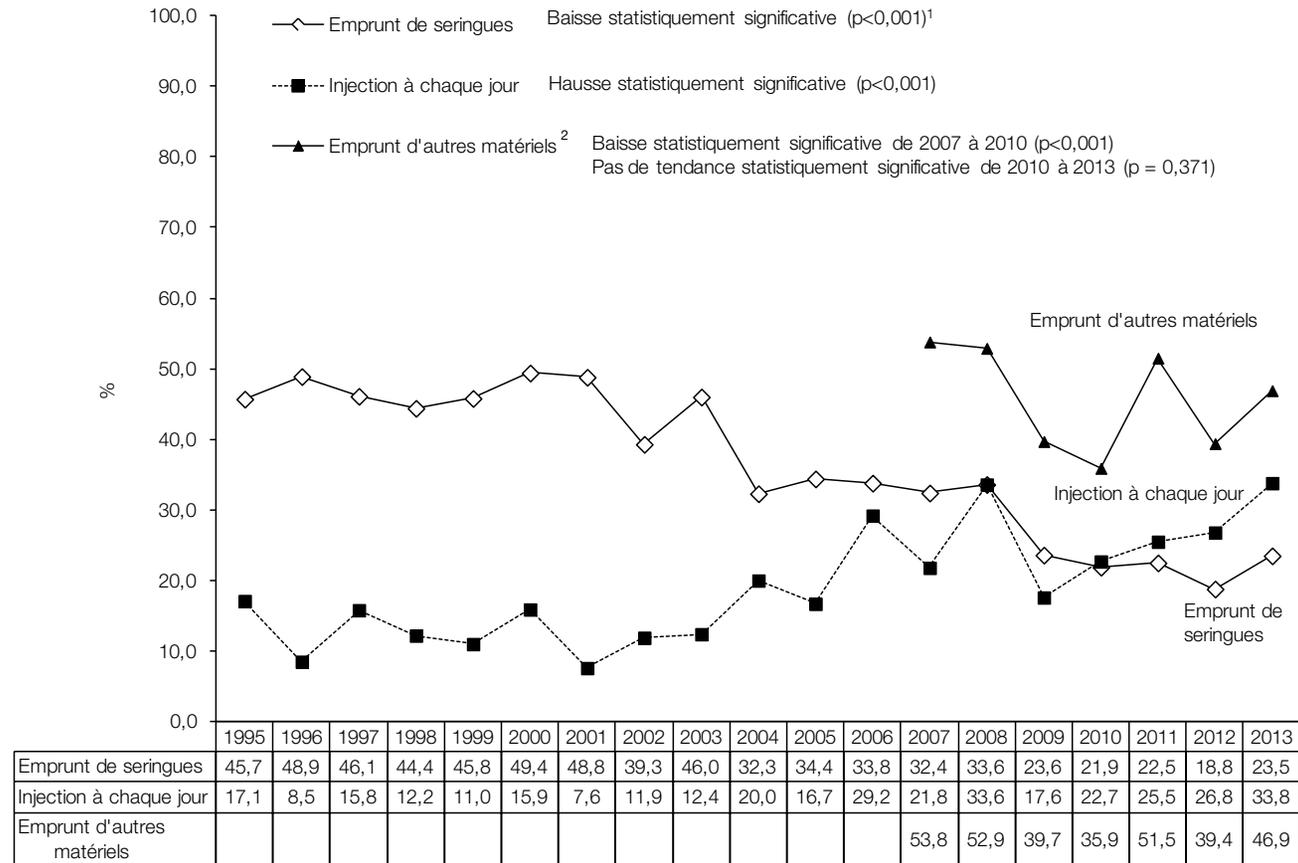
¹ Test par *bootstrap* (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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

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

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

Figure 18 Tendances dans les facteurs de risque – Semi-urbainsⁿ – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2013



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

² Disponible à partir de 2007 (première année complète).

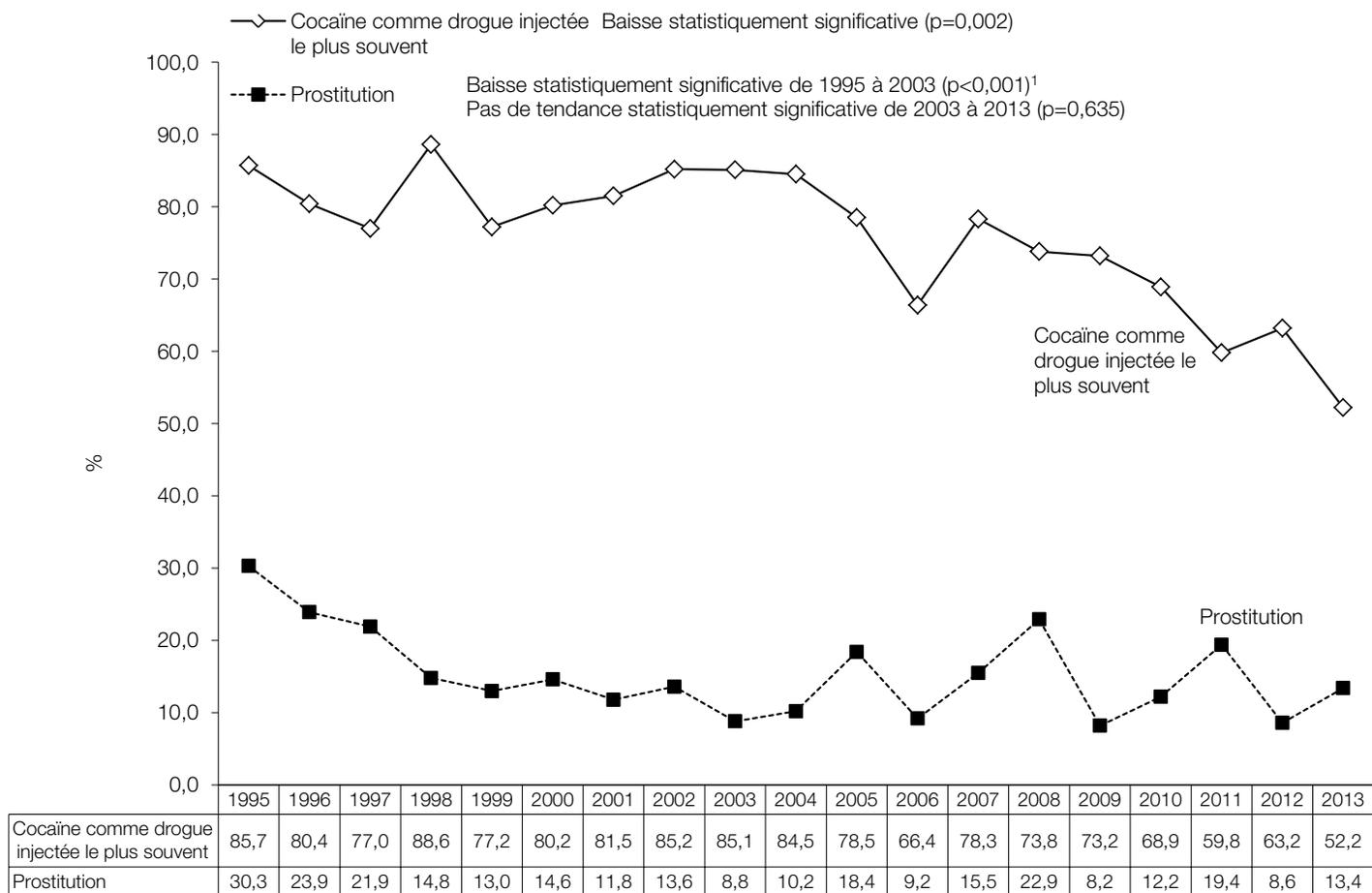
« Emprunt de seringues » : Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.

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

« Emprunt d'autres matériels » : Ont utilisé du matériel autre que des seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.

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

Figure 19 Tendances dans les facteurs de risque – Semi-urbains^o – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2013



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

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

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

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

3.10 Analyses spéciales : tendances de la drogue injectée le plus souvent

Cette section est une analyse des tendances temporelles sur la drogue injectée le plus souvent par les participants. Les données sont présentées seulement à partir de 2010 pour des raisons de validité (nombreux changements au questionnaire pour les drogues avant 2010).

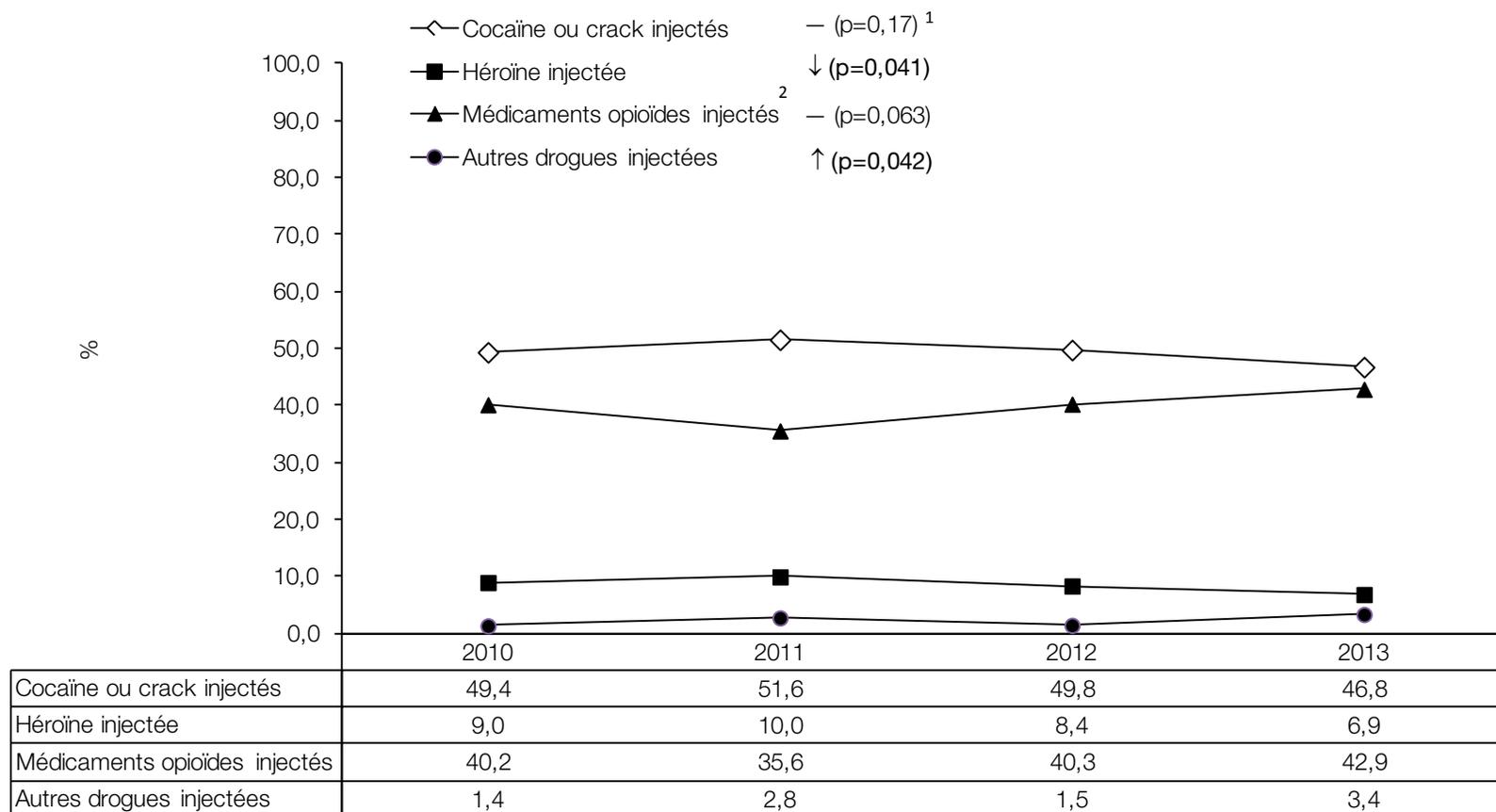
Une diminution statistiquement significative de l'héroïne comme drogue injectée le plus souvent est observée dans le réseau, ainsi qu'une augmentation légère mais statistiquement significative pour la catégorie des autres drogues (figure 20). Des tendances similaires sont observées à Ottawa/Outaouais (figure 23).

À Montréal, la cocaïne ou le crack ainsi que l'héroïne ont diminué significativement comme drogues injectées le plus souvent, alors que les médicaments opioïdes sont en augmentation (figure 21).

Aucune tendance statistiquement significative n'est observée pour la ville de Québec (figure 22).

Dans les sites de recrutement semi-urbains, la cocaïne ou le crack comme drogues injectée le plus souvent diminuent de façon statistiquement significative, alors que les médicaments opioïdes sont en augmentation (figure 24).

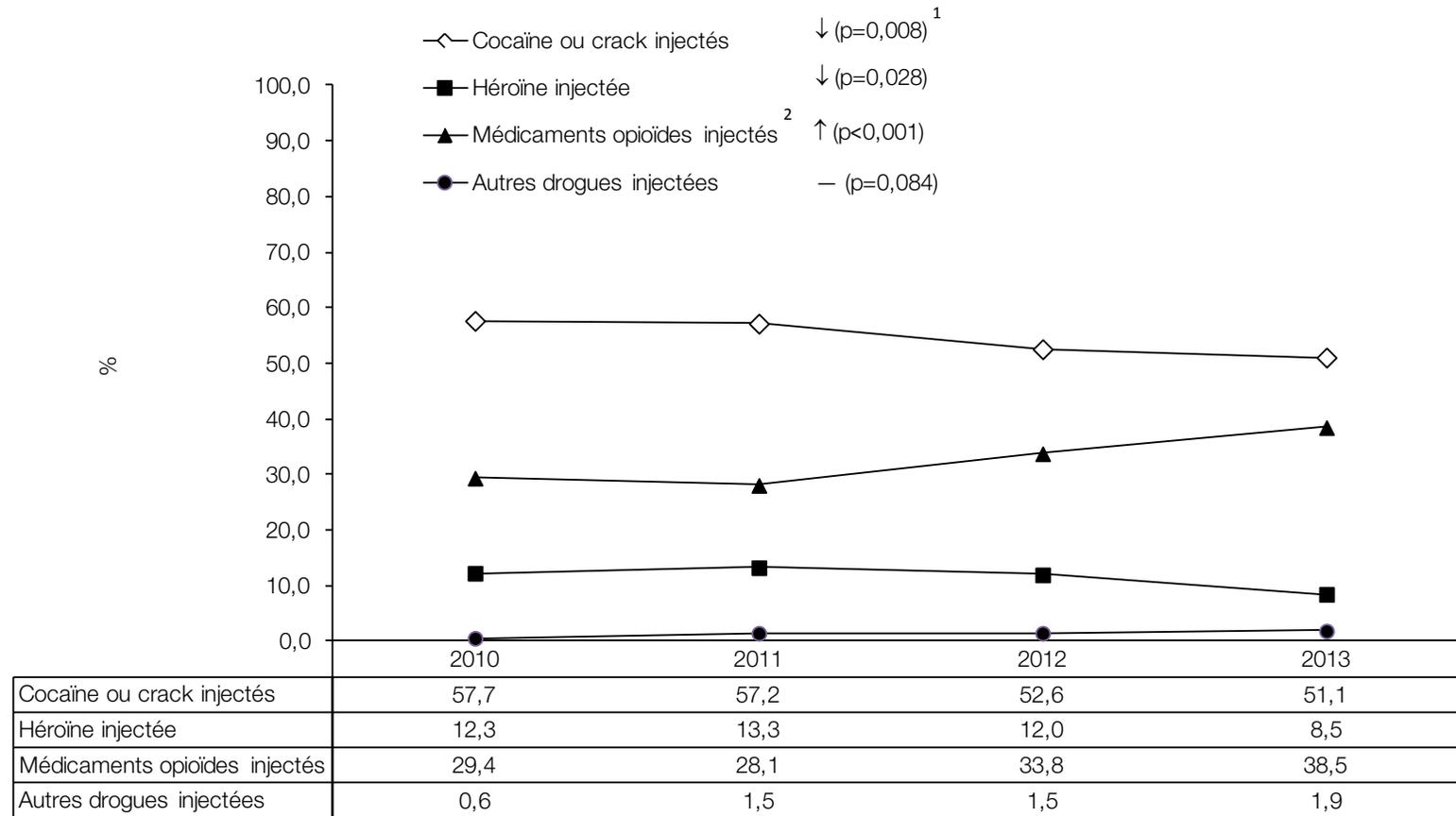
Figure 20 Tendances de la drogue injectée le plus souvent – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2010-2013



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

² La catégorie des médicaments opioïdes injectés est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non), oxycodone/oxycotin (prescrit ou non), Hydromorph-Contin (prescrit ou non) et les autres médicaments opioïdes non prescrits (incluant fentanyl, demerol, codéine, OxyNEO, mélange de cocaïne et d'un médicament opioïde).

Figure 21 Tendances de la drogue injectée le plus souvent – Montréal^P – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2010-2013

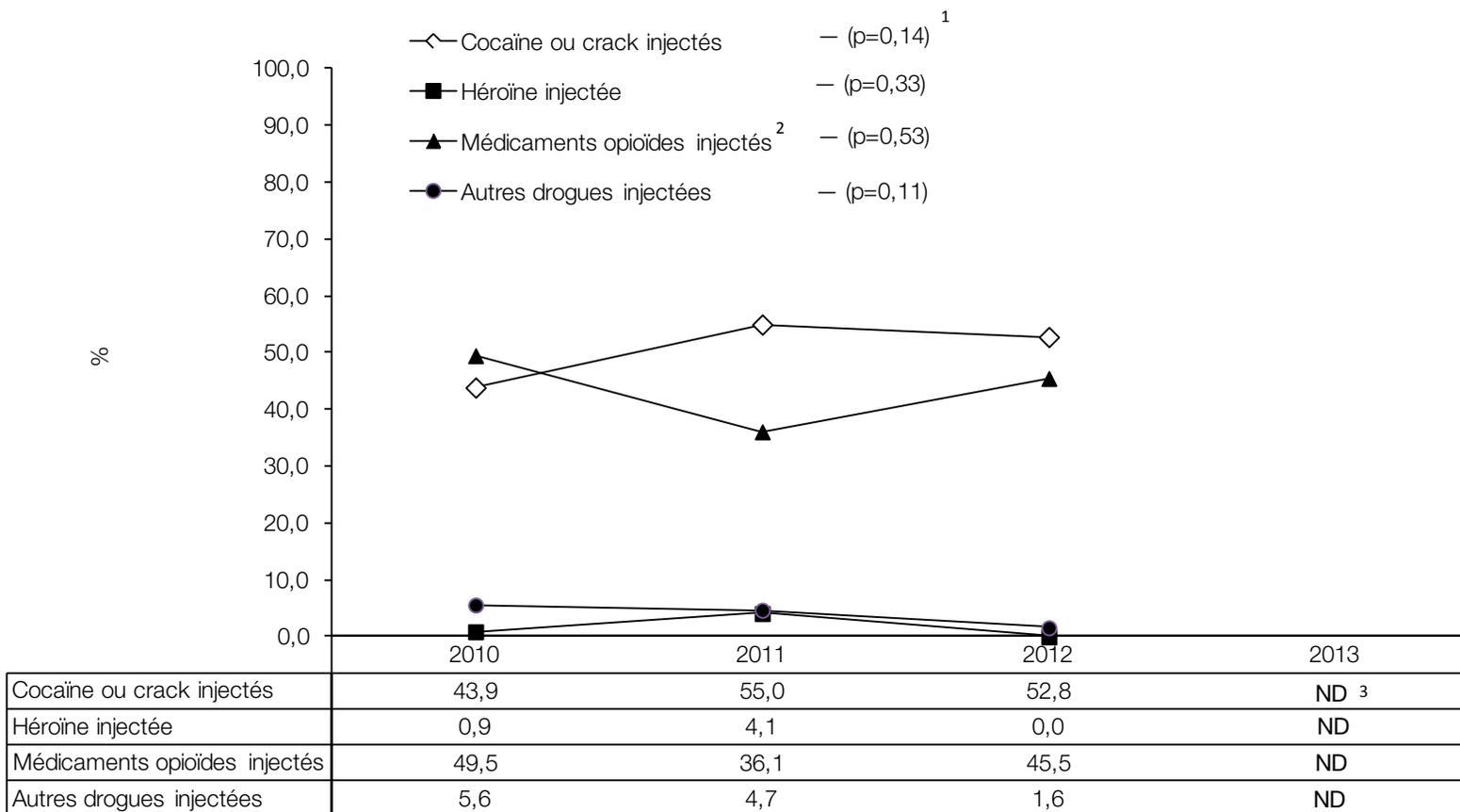


¹ Test par *bootstrap* (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

² La catégorie des médicaments opioïdes injectés est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non), oxycodone/oxycotin (prescrit ou non), Hydromorph-Contin (prescrit ou non) et les autres médicaments opioïdes non prescrits (incluant fentanyl, demerol, codéine, OxyNEO, mélange de cocaïne et d'un médicament opioïde).

^P UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate.

Figure 22 Tendances de la drogue injectée le plus souvent – Ville de Québec – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2010-2013

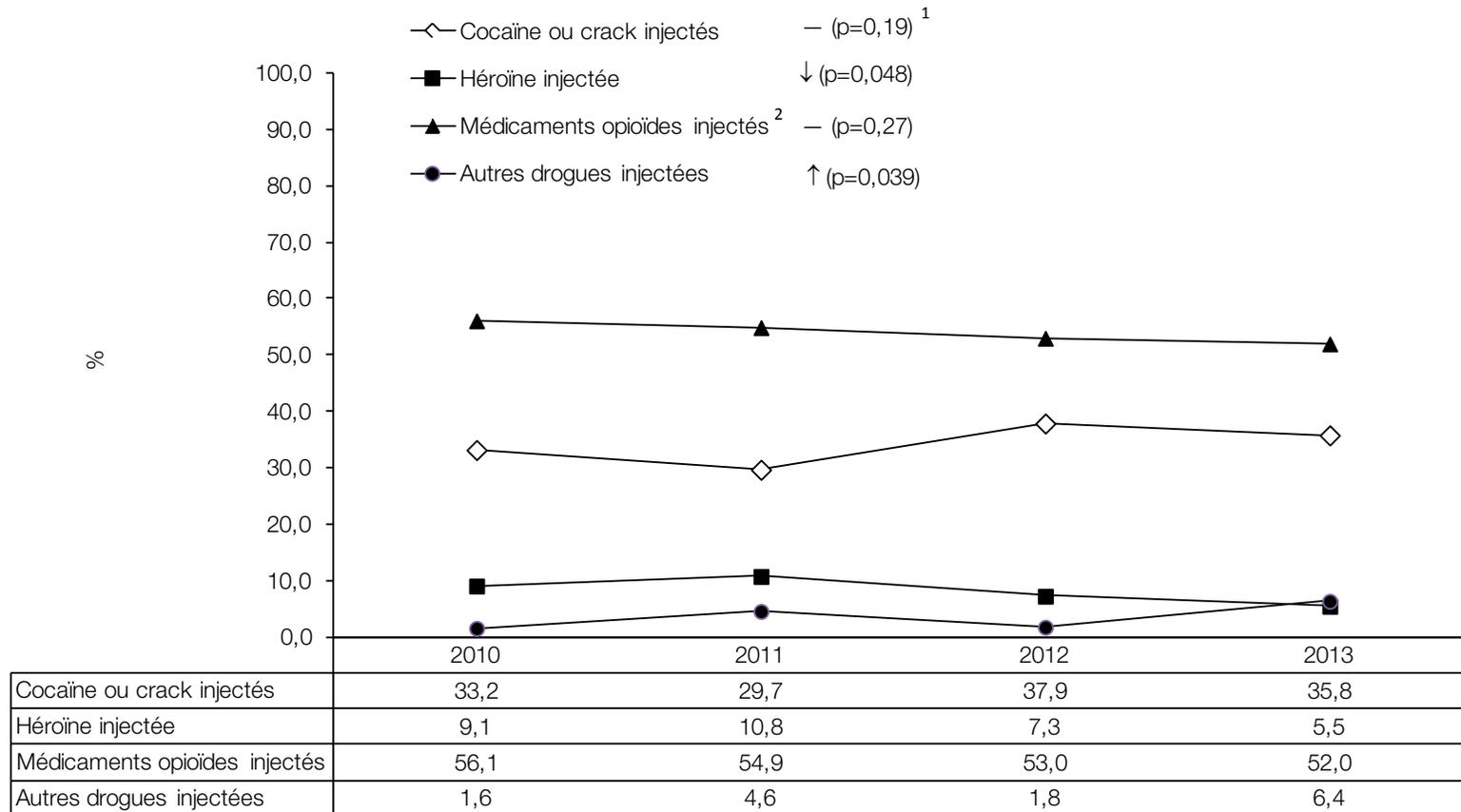


¹ Test par *bootstrap* (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

² La catégorie des médicaments opioïdes injectés est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non), oxycodone/oxycotin (prescrit ou non), Hydromorph-Contin (prescrit ou non) et les autres médicaments opioïdes non prescrits (incluant fentanyl, demerol, codéine, OxyNEO, mélange de cocaïne et d'un médicament opioïde).

³ Aucun UDI n'a été recruté à Québec en 2013.

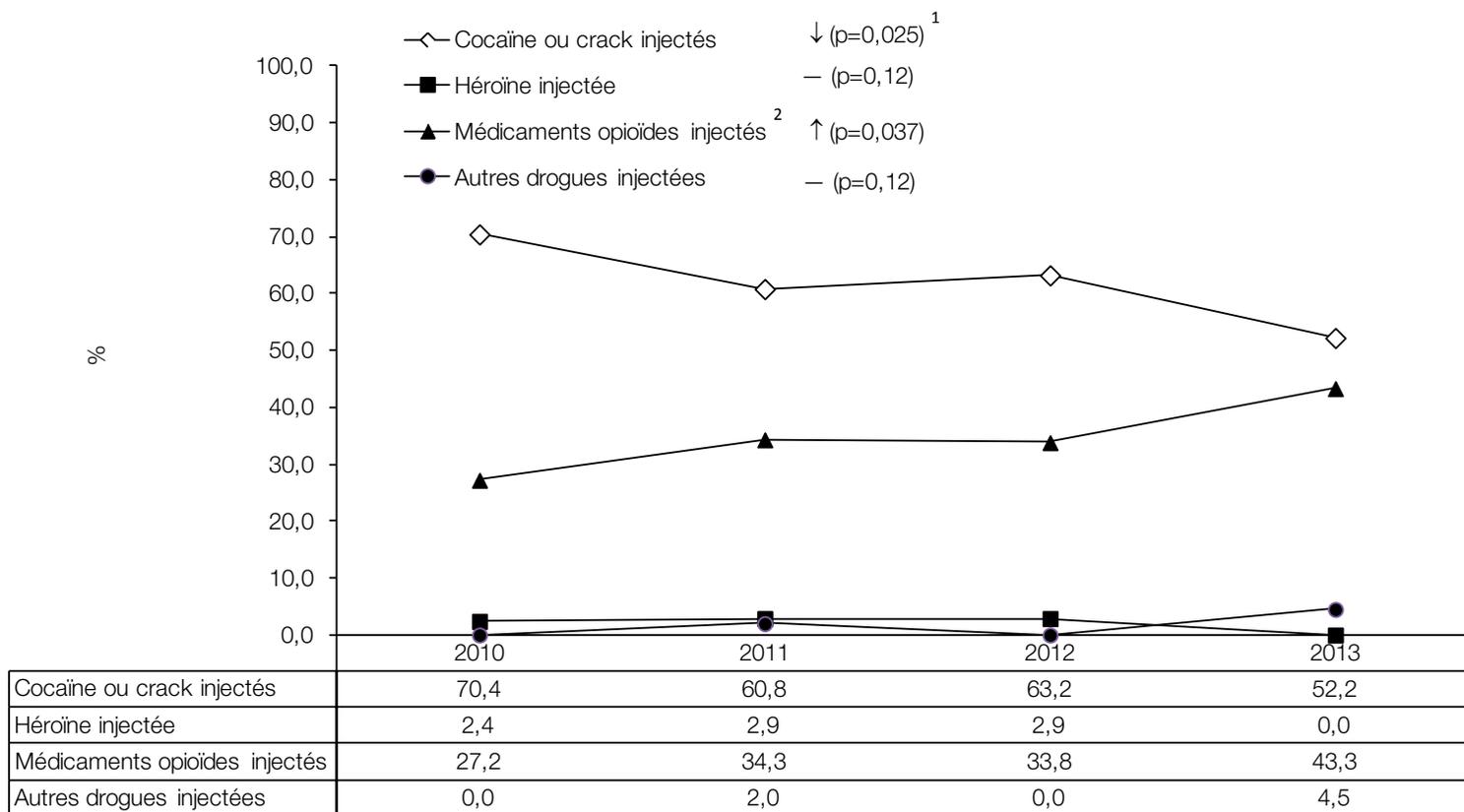
Figure 23 Tendances de la drogue injectée le plus souvent – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2010-2013



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

² La catégorie des médicaments opioïdes injectés est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non), oxycodone/oxycotin (prescrit ou non), Hydromorph-Contin (prescrit ou non) et les autres médicaments opioïdes non prescrits (incluant fentanyl, demerol, codéine, OxyNEO, mélange de cocaïne et d'un médicament opioïde).

Figure 24 Tendances de la drogue injectée le plus souvent – Semi-urbains^q – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2010-2013



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

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

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

3.11 Analyses spéciales : utilisation du matériel d'injection, autre que les seringues et aiguilles, distribué par les centres d'accès au matériel d'injection

Le tableau 56 présente la proportion de participants qui utilisent des contenants de dilution, des filtres, des tampons secs et de l'eau pour s'injecter et, parmi les utilisateurs de chacun de ces items, la proportion qui ont utilisé cet item provenant d'un centre d'accès au matériel stérile d'injection au moins une fois au cours des 6 derniers mois.

Tableau 56 Pratiques d'utilisation du matériel d'injection, autre que les seringues et aiguilles, distribué par les centres d'accès au matériel d'injection dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2006-2014

Item	Réseau				Montréal ³				Ville de Québec			
	A utilisé cet item ¹		A utilisé cet item stérile ²		A utilisé cet item		A utilisé cet item stérile		A utilisé cet item		A utilisé cet item stérile	
	n/N	%	N ⁴	%	n/N	%	n	%	n/N	%	n	%
Contenant	2 070/2 498	82,9	1 457	70,4	822/1 015	81,0	611	74,3	463/478	96,9	369	79,7
Filtre	1 792/2 402	74,6	1 290	72,0	678/1 015	66,8	547	80,7	443/479	92,5	318	71,8
Tampon sec (post-injection)	1 685/2 365	71,3	979	58,1	672/1 017	66,1	372	55,4	419/476	88,0	265	63,3
Eau	2 461/2 521	97,6	2 169	88,1	1 001/1 014	98,7	904	90,3	474/479	99,0	418	88,2
Item	Ottawa/Outaouais				Semi-urbains ⁵							
	A utilisé cet item		A utilisé cet item stérile		A utilisé cet item		A utilisé cet item stérile					
	n/N	%	n	%	n/N	%	n	%				
Contenant	446/631	70,7	197	44,2	418/464	90,1	345	82,5				
Filtre	346/536	64,6	184	53,2	395/461	85,7	295	74,7				
Tampon sec (post-injection)	310/500	62,0	128	41,3	348/461	75,5	257	73,9				
Eau	637/651	97,9	550	86,3	436/466	93,6	377	86,5				

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

² Matériel stérile distribué par un centre d'accès au matériel d'injection. Il s'agit d'ampoules d'eau et de stéricups (qui incluent un contenant en métal pour mélanger et chauffer la drogue, un filtre, un tampon sec et un manchon pour tenir le contenant lorsqu'il est chauffé).

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

⁴ Parmi les UDI qui utilisent cet item (qu'il ait déjà été utilisé par quelqu'un d'autre ou non).

⁵ UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

L'eau est le matériel utilisé par la plus grande proportion des participants et provenant le plus fréquemment de source stérile (9 participants sur 10). En général, le tampon sec semble un peu moins utilisé que les autres items et semble provenir moins fréquemment de source stérile. Le contenant et le filtre sont moins souvent utilisés à Ottawa/Outaouais, mais le sont fréquemment dans tous les autres sites de recrutement. À l'exception d'Ottawa/Outaouais, entre 70 % et 83 % des participants ont rapporté avoir utilisé au moins une fois au cours des six derniers mois un contenant et/ou un filtre de source stérile.

3.12 Analyses spéciales : dépistage et prise en charge des infections par le VIH et par le VHC

Cette section est une analyse plus détaillée des données présentées aux tableaux 38 à 42.

La proportion de participants ayant déjà eu au moins une fois dans leur vie un test de dépistage pour le VIH a augmenté significativement entre 2003 et 2013, et a atteint plus de 95 % en 2013 (figure 25). Une augmentation très similaire a été observée pour le dépistage du VHC au moins une fois dans la vie (figure 25). La proportion de participants ayant eu un test de dépistage du VIH ou du VHC au cours la dernière année, parmi les participants n'ayant jamais reçu un résultat positif, a également augmenté significativement entre 2003 et 2013, et a atteint 65,8 % pour le VHC et 72,0 % pour le VIH en 2013 (figure 26).

L'ignorance du statut d'infection a également diminué de façon importante et la baisse est statistiquement significative entre 2003 et 2013 (figure 27). En 2003, 22,7 % des participants infectés par le VIH l'ignoraient, alors que cette proportion était seulement de 9,0 % en 2013. Pour le VHC, cette proportion a diminué de 28,4 % à 15,5 % entre 2003 et 2013.

Globalement, parmi les personnes se sachant infectées par le VIH, la consultation d'un médecin pour cette infection au cours des six mois précédents est demeurée stable entre 2003 et 2013. Parmi celles qui savent qu'elles ont des anticorps contre le VHC, la consultation d'un médecin pour le VHC au cours des six mois précédents a diminué significativement (figure 28). Lorsque les participants sont séparés en fonction du statut de co-infection, on observe que la proportion de participants ayant consulté un médecin pour leur VIH est demeurée similaire dans le temps, tant chez les patients infectés seulement par le VIH que chez ceux ayant des anticorps contre les deux virus (figure 29). Pour ce qui est de la consultation d'un médecin pour le VHC, elle a diminué significativement chez les participants infectés seulement par le VHC, alors que la diminution est à la limite de la signification statistique pour les participants ayant des anticorps contre les deux virus (figure 30). Pour toute la période, les proportions observées sont moins élevées chez les participants infectés seulement par le VHC comparativement à ceux co-infectés par le VIH et le VHC. En 2013, seulement 36,8 % des participants infectés uniquement par le VHC ont consulté un médecin pour le VHC dans les 6 derniers mois, comparativement à 56,6 % pour les participants ayant des anticorps contre les deux virus (figure 30).

La prise de médicaments actuelle^r contre le VIH chez les participants qui se savent infectés a augmenté significativement entre 2003 et 2013 (figure 31). La prise de médicaments à vie^s contre le VHC chez les participants qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC a également augmenté de façon statistiquement significative entre 2006 et 2013 (l'information sur la prise de médicaments à

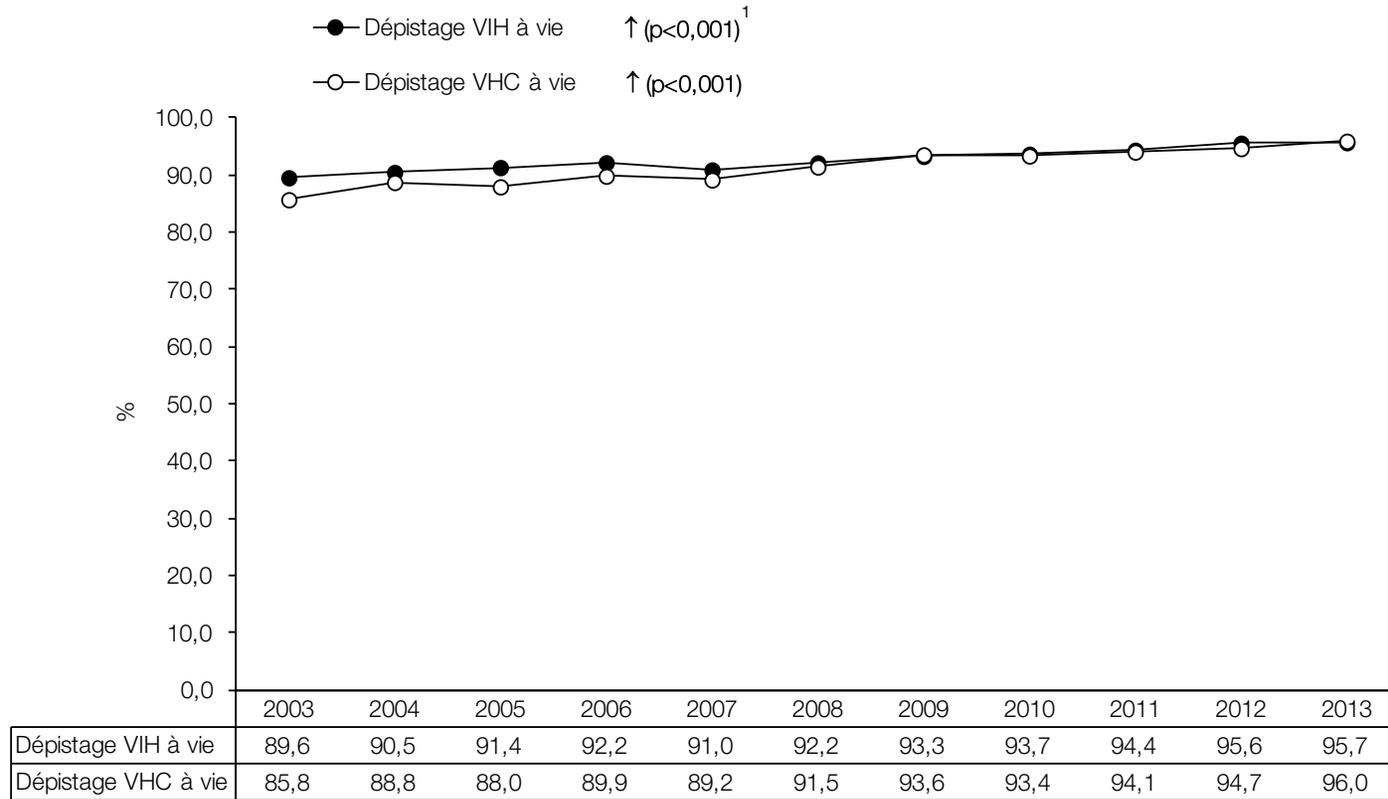
^r Pour l'infection par le VIH, les médicaments doivent être consommés toute la vie, en continu, pour contrôler l'infection de manière optimale, raison pour laquelle il est jugé pertinent de présenter les données sur la prise de médicament actuelle.

^s Dans le cas de l'infection par le VHC, comme l'infection se guérit, le fait d'avoir déjà pris des médicaments au moins une fois dans sa vie est une mesure jugée plus pertinente que la prise actuelle.

vie est disponible seulement depuis 2006). Il est cependant important de noter qu'il n'est pas nécessairement indiqué de traiter d'emblée toutes les infections par le VHC. La proportion de participants rapportant la prise actuelle de médicaments contre le VIH est toujours beaucoup plus élevée que la proportion de participants rapportant la prise à vie de médicaments contre le VHC (figure 31). Lorsque les participants sont séparés en fonction du statut de co-infection, on observe des résultats très similaires (figures 32 et 33).

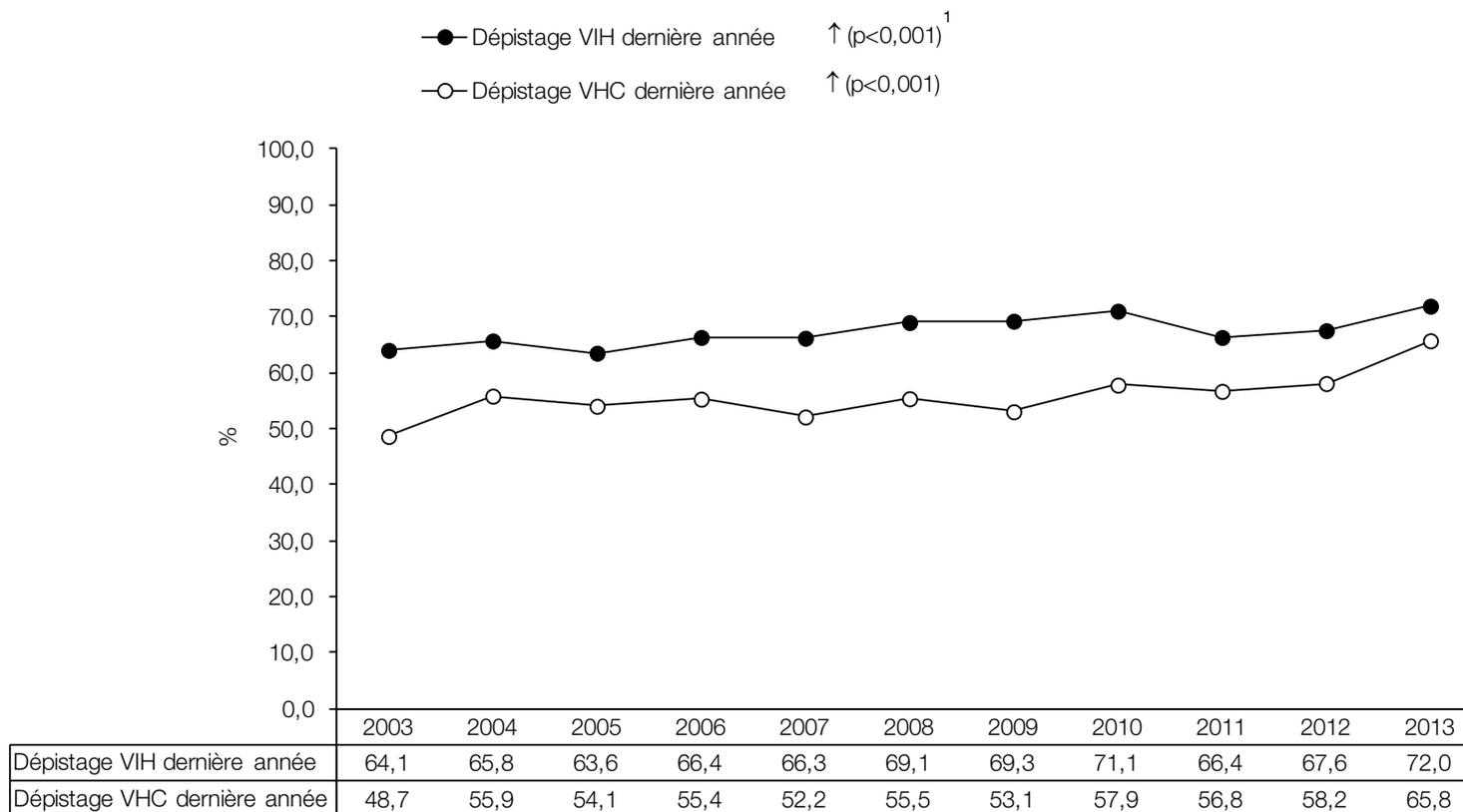
Certains éléments de la cascade de soins pour le VIH et pour le VHC ont été comparés dans le temps, soit entre les deux années les plus récentes avec des données complètes (du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2014) et les deux années les plus anciennes disponibles (du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2005). Étant donné qu'il n'est pas nécessairement indiqué de traiter d'emblée toutes les infections par le VHC, les données sur le traitement de cette infection ne sont pas présentées à la figure 34 en raison des difficultés à interpréter cette information en lien avec le continuum de soins. La figure 34 illustre des améliorations importantes pour le VIH entre les périodes 2003-2005 et 2012-2014, en particulier pour la connaissance du statut VIH positif et la prise actuelle de médicaments. Pour le VHC, on observe une faible amélioration au niveau de la connaissance du statut mais la proportion de participants ayant consulté un médecin a un peu diminué (figure 34).

Figure 25 Tendances du dépistage du VIH et du VHC à vie - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013



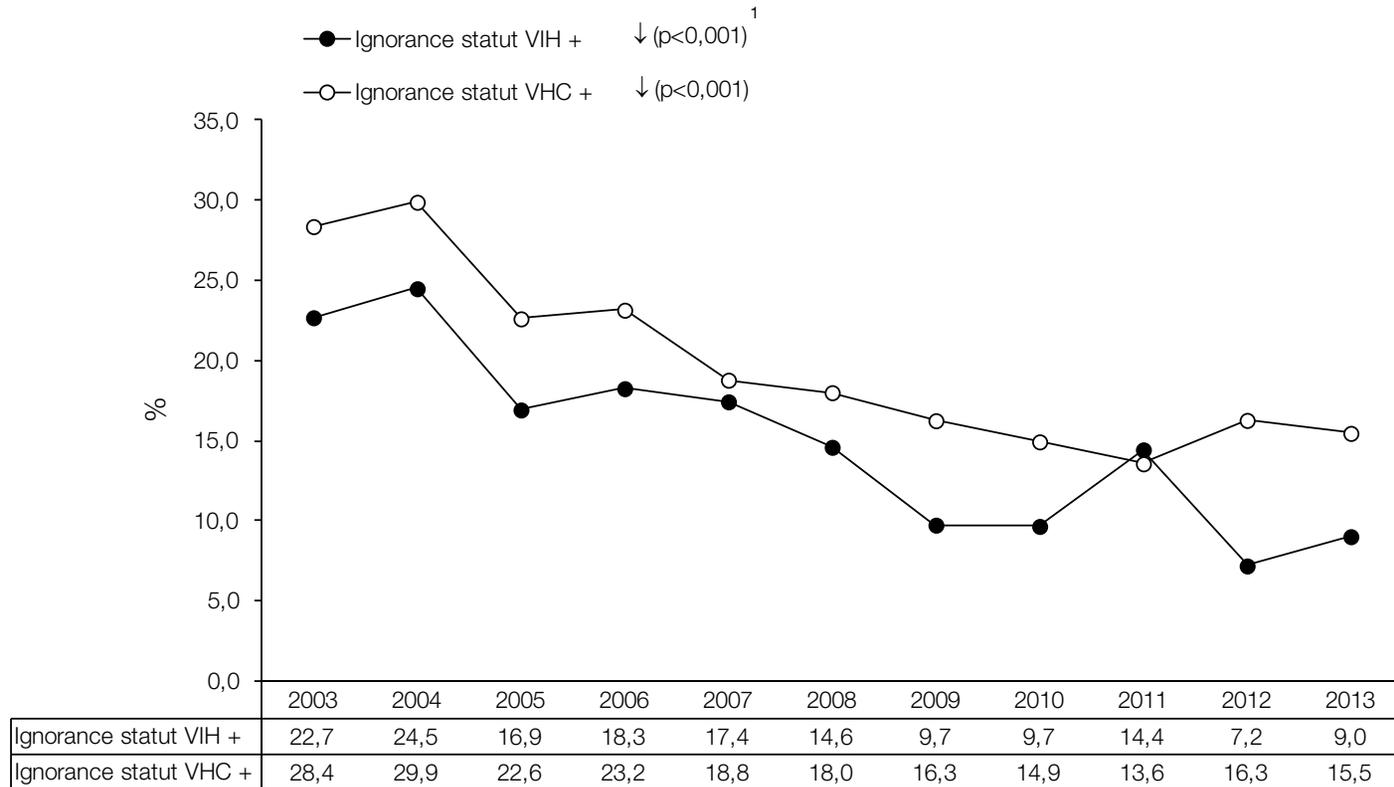
¹ Test par *bootstrap* (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

Figure 26 Tendances du dépistage du VIH et du VHC au cours de la dernière année parmi les participants n’ayant jamais reçu un résultat positif - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013



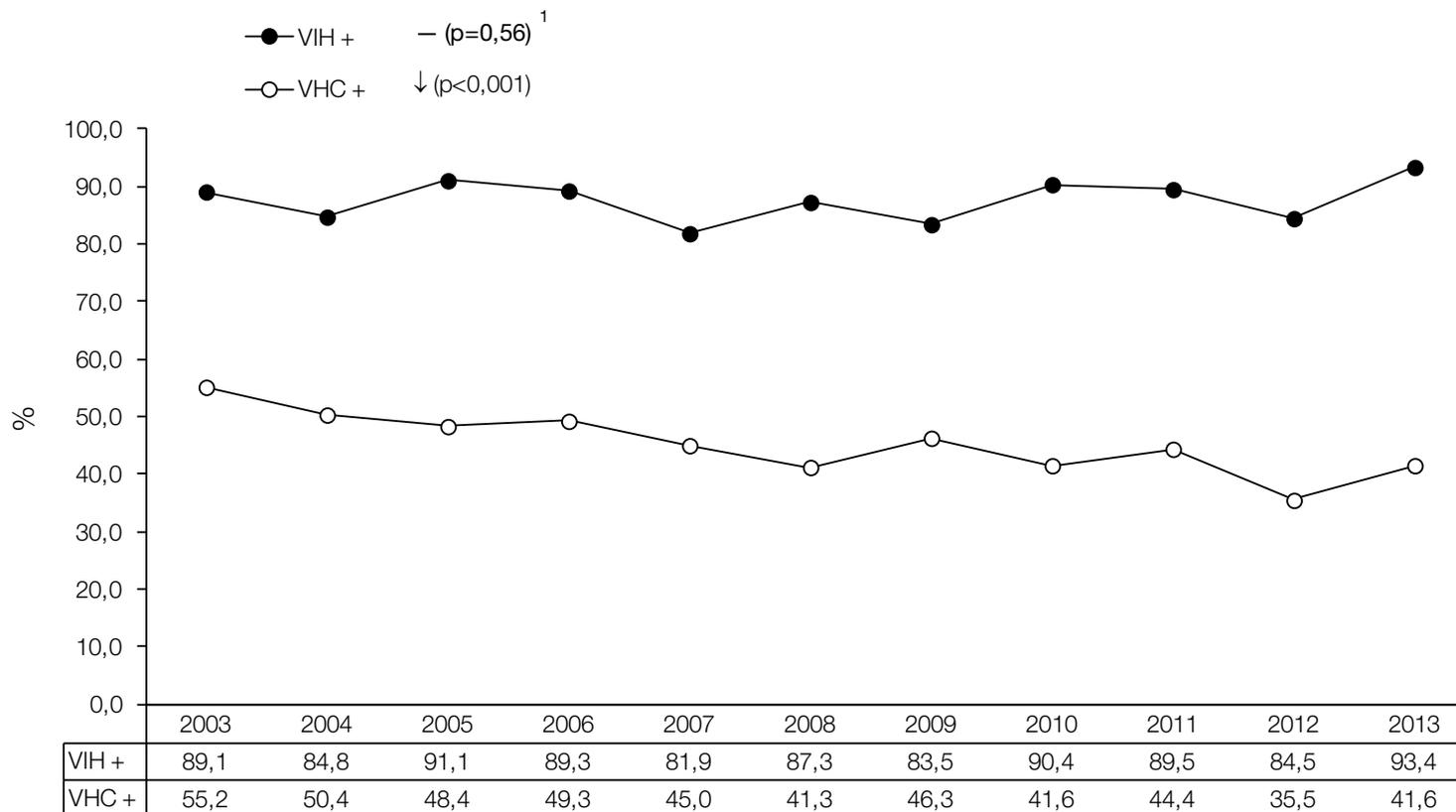
¹ Test par *bootstrap* (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l’ensemble de la période.

Figure 27 Tendances de la proportion de participants qui ignorent leur statut d'infection (positif) par le VIH et par le VHC, parmi les participants trouvés infectés - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013



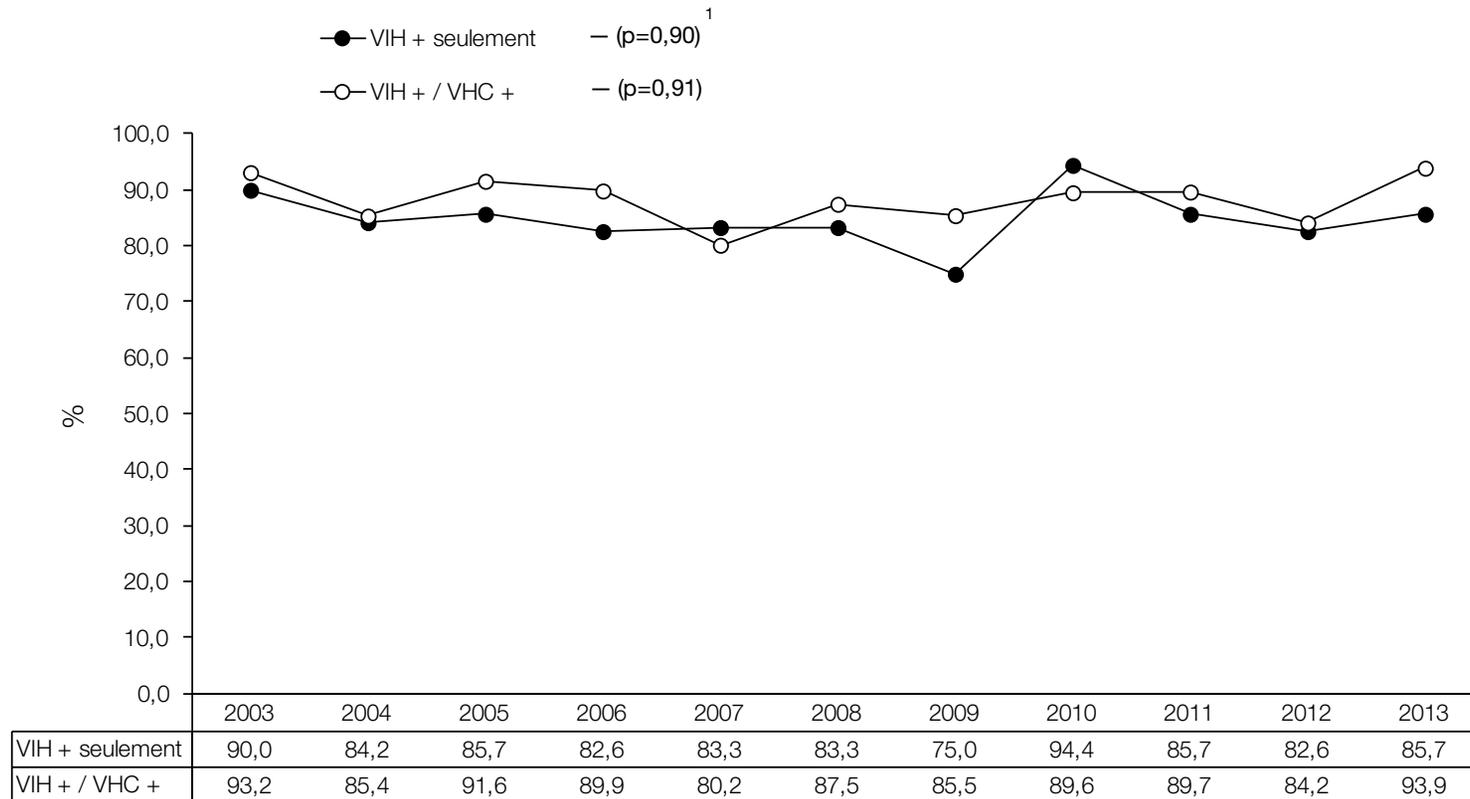
¹ Test par *bootstrap* (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

Figure 28 Tendances de la consultation d'un médecin pour son infection par le VIH chez les participants qui se savent VIH+ et consultation d'un médecin pour son infection par le VHC chez les participants qui se savent VHC+, au cours des 6 derniers mois - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013



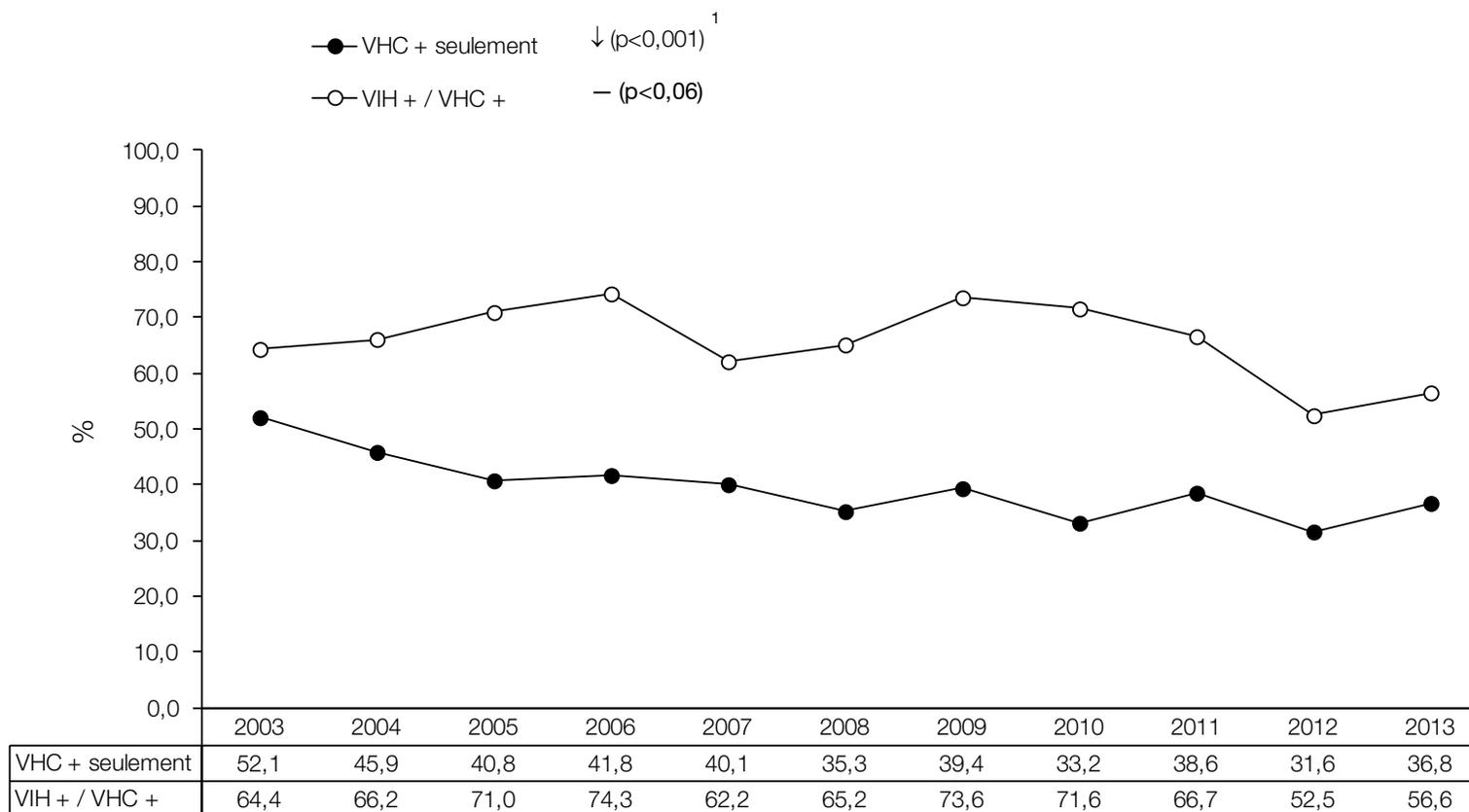
¹ Test par *bootstrap* (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

Figure 29 Tendances de la consultation d'un médecin pour son infection par le VIH au cours des 6 derniers mois chez les participants qui se savent infectés, stratifié selon le statut de co-infection (VIH+ seulement ou VIH+ et VHC+) - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013



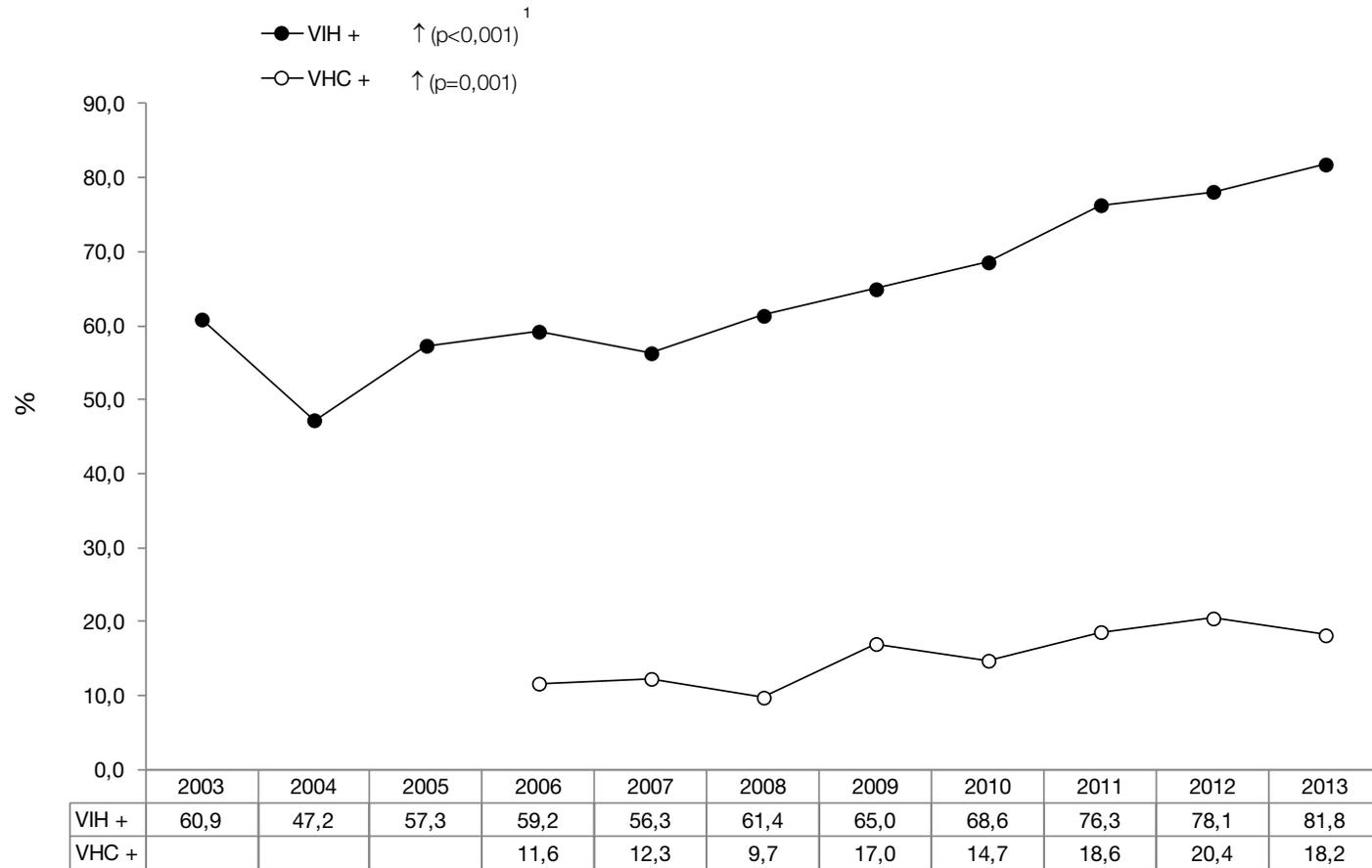
¹ Test par *bootstrap* (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

Figure 30 Tendances de la consultation d'un médecin pour son infection par le VHC au cours des 6 derniers mois chez les participants qui se savent infectés, stratifié selon le statut de co-infection (VHC+ seulement ou VHC+ et VIH+) - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013



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

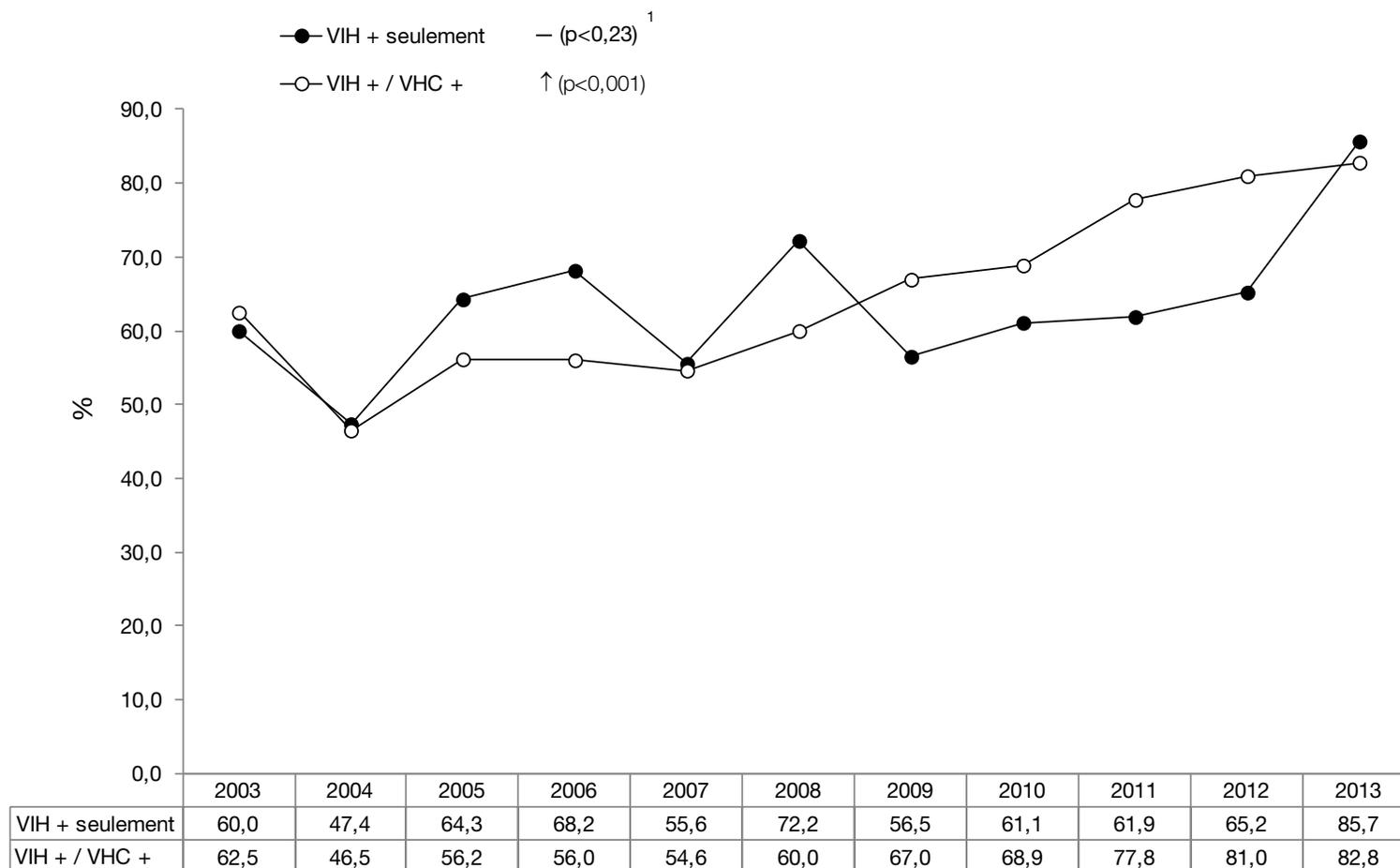
Figure 31 Tendances de prise actuelle de médicaments contre son infection par le VIH chez les participants qui se savent VIH+ et de prise à vie de médicaments contre son infection par le VHC[†] chez les participants qui se savent VHC+, au cours des 6 derniers mois - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013



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

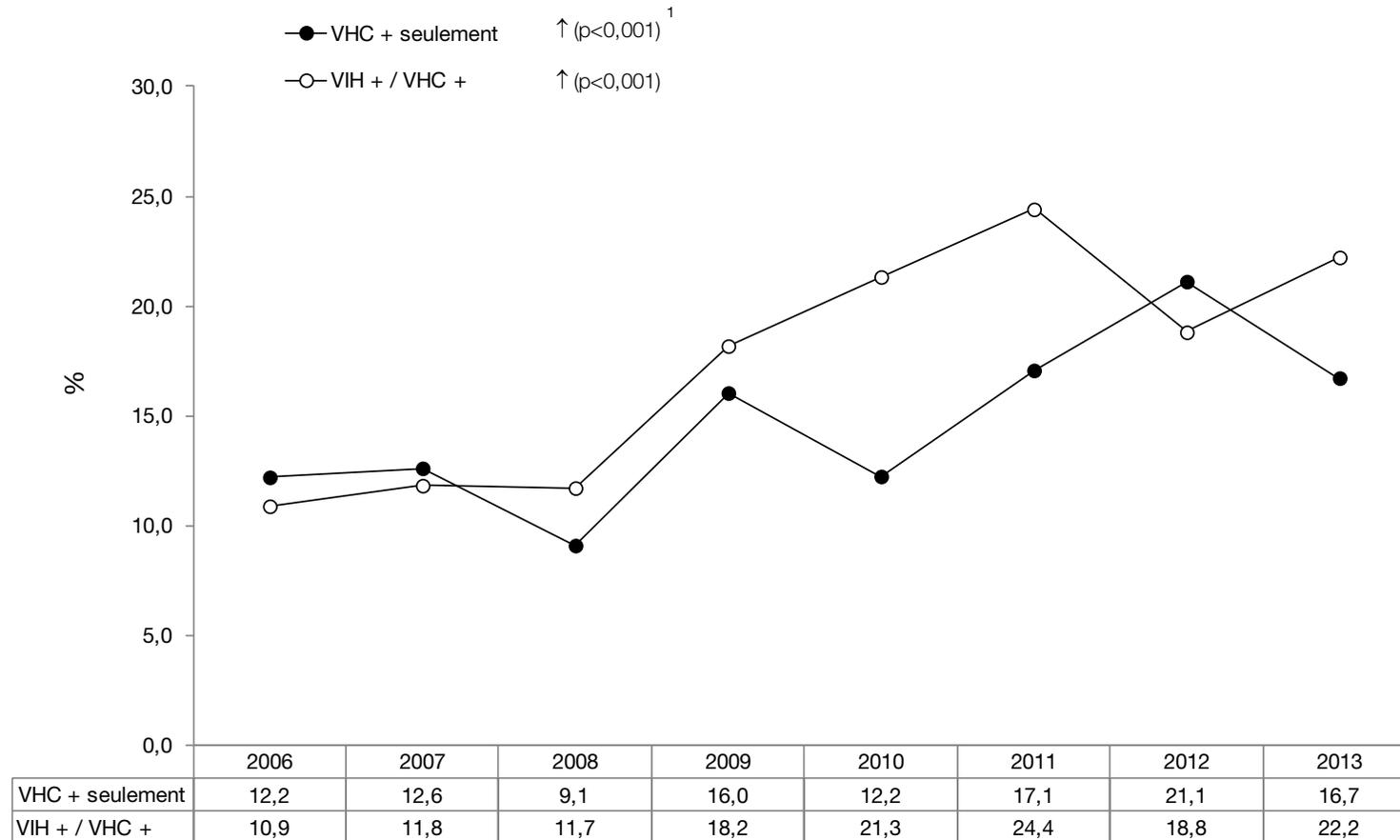
[†] Disponible à partir de 2006 (première année complète).

Figure 32 Tendances de prise actuelle de médicaments contre son infection par le VIH chez les participants qui se savent VIH+, stratifié selon le statut de co-infection (VIH+ seulement ou VIH+ et VHC+), au cours des 6 derniers mois - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013



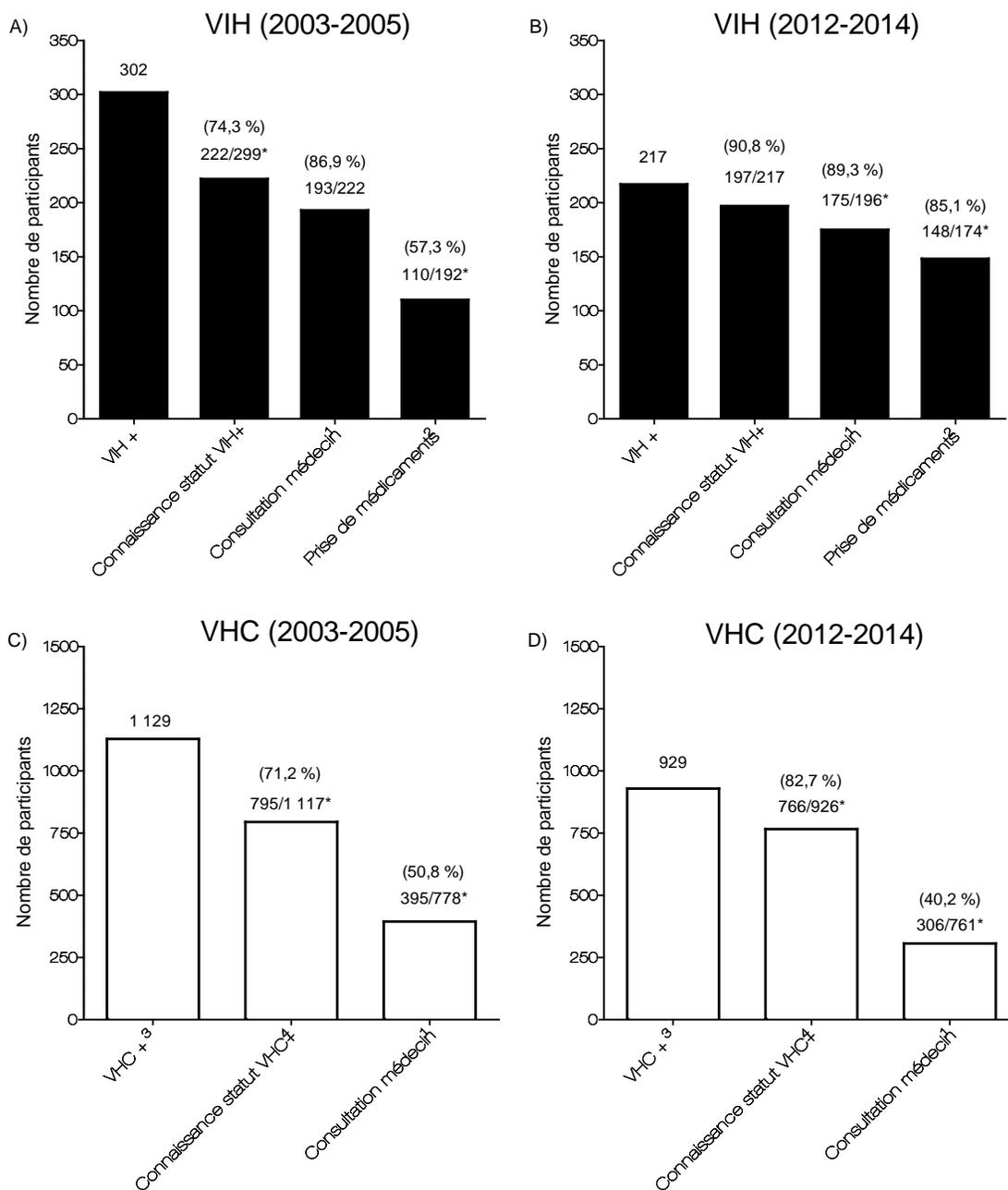
¹ Test par *bootstrap* (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

Figure 33 Tendances de prise à vie de médicaments contre son infection par le VHC chez les participants qui se savent VHC+, stratifié selon le statut de co-infection (VIH+ seulement ou VIH+ et VHC+), au cours des 6 derniers mois - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2013



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

Figure 34 Éléments de la cascade de soins A) des infections par le VIH du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2005; B) des infections par le VIH du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2014; C) des infections par le VHC du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2005 et D) des infections par le VHC du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2014 – à la visite la plus récente pour la période, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2014



* Les différences de dénominateurs sont dues à la présence de données manquantes pour la question.

¹ Consultation d'un médecin dans les 6 derniers mois.

² Prise de médicaments actuelle pour le VIH.

³ La mesure utilisée (présence d'anticorps) signifie que le participant a déjà été infecté par l'hépatite C. Il est possible que l'infection soit toujours active ou qu'elle ne le soit plus, soit parce que le sujet a résolu l'infection spontanément ou parce qu'il a suivi un traitement avec succès.

⁴ Comme il n'est pas indiqué de traiter d'emblée toutes les infections par le VHC, les données sur le traitement du VHC sont difficiles à interpréter et ne sont pas présentées ici.

4 Discussion

Depuis 20 ans, le réseau SurvUDI permet de suivre de manière continue l'évolution de l'épidémiologie des infections par le VIH et par le VHC chez les personnes UDI au Québec. Plusieurs changements ont été observés au cours des années, et les analyses effectuées ont souvent permis d'adapter les interventions auprès des personnes UDI.

Une hausse importante de l'injection de médicaments opioïdes a été observée dans le réseau SurvUDI depuis quelques années. La proportion de participants qui se sont injecté du Dilaudid® au cours des six derniers mois est passée de 27,4 % en 2003 à 53,6 % en 2013 (figure 1). Il est également inquiétant de remarquer que la consommation de médicaments opioïdes est plus fréquente chez les jeunes de 24 ans et moins du réseau SurvUDI comparativement aux 25 ans et plus (tableaux 10 et 12). Une proportion de 79,7 % des jeunes de 24 ans et moins rapportent s'être injecté des médicaments opioïdes au cours des six derniers mois, et pour 56,1 % d'entre eux, cette substance était celle injectée le plus souvent. Roy et collaborateurs^[16] ont constaté que les médicaments opioïdes sont très disponibles sur le marché de la drogue. Le contenu pharmacologique contrôlé des médicaments opioïdes (lorsque non contrefaits) présente certains avantages pour le consommateur qui recherche leurs effets psychotropes. Il est toutefois inquiétant d'observer une telle hausse de la consommation des médicaments opioïdes, car le risque de dépendance est très important. De plus, la consommation d'un comprimé ou d'une capsule non prévus pour l'injection peut nécessiter jusqu'à trois ou quatre injections, ce qui augmente le nombre de manipulations et le risque de partage accidentel de matériel^[16]. Soulignons que l'injection de médicaments opioïdes est un prédicteur indépendant de la transmission du VHC dans une analyse réalisée dans la cohorte St-Luc d'UDI montréalais^[17]. Une épidémie importante de VIH associée à l'injection d'un médicament opioïde a d'ailleurs été observée récemment en Indiana, États-Unis, dans un contexte de faible disponibilité du matériel stérile d'injection^[18]. Finalement, cette tendance doit être surveillée attentivement afin que du matériel mieux adapté à l'injection de ces substances non destinées à l'injection soit rendu disponible^[19].

Dans le réseau SurvUDI, la proportion de participants qui a déclaré s'être injecté avec des seringues déjà utilisées par d'autres dans les six derniers mois était de 43,4 % en 1995 et de 16,9 % en 2013, soit une diminution statistiquement significative de près de 61 % ($p < 0,001$). Cette diminution est très encourageante et illustre l'efficacité des interventions en réduction des méfaits au Québec, mais aussi l'ampleur du travail qu'il reste à faire afin que toutes les personnes UDI du Québec utilisent des seringues stériles pour toutes leurs injections. De plus, la proportion de participants ayant utilisé au moins un item de matériel (autre qu'une seringue) déjà utilisé par quelqu'un d'autre est plus élevée que pour les seringues, soit autour de 30 %. Cette proportion a diminué significativement entre 2010 et 2013 (figure 10). Il semble nécessaire d'intensifier les interventions de prévention du partage de matériel de consommation autre que les seringues, en particulier dans notre contexte où la prévalence du VHC est très élevée.

Les participants rapportent également des comportements sexuels à risque au cours des 6 mois précédant l'entrevue (tableaux 25 à 27), notamment l'utilisation irrégulière du condom et la pratique d'activités sexuelles en contexte de prostitution. Les personnes UDI sont exposées à un risque élevé de transmission sexuelle du VIH, en plus du risque de transmission lié à l'injection. Les interventions auprès de cette population devraient inclure du counseling sur la réduction des risques sexuels en ciblant en particulier ceux ayant de multiples partenaires, des partenaires sexuels clients, et des relations anales, incluant les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Après une diminution observée entre 1995 et 2012, le taux d'incidence du VIH est maintenant relativement stable (figure 8). Au cours des cinq dernières années disponibles pour l'analyse de tendance (2008 à 2012), il s'est maintenu entre 0,7 et 1,1 par 100 personnes-années, ce qui demeure toutefois élevé comparativement aux taux observés dans plusieurs autres pays dont le Royaume-Uni, les États-Unis et l'Australie (consulter la discussion du rapport précédent pour des comparaisons internationales plus détaillées^[20, 21]). Le taux d'incidence du VHC, pour sa part, a fluctué à des niveaux très élevés entre 2008 et 2012, soit entre 12,8 et 23,9 par 100 personnes-années, et une diminution statistiquement significative est observée sur l'ensemble de la période.

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^[22]. Dans le modèle de régression multivarié présenté au tableau 50, l'injection avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ainsi que la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent sont demeurés associés significativement à l'incidence du VIH de façon constante pour toute la période 1995-2014. Cependant, le fait d'être âgé de 25 ans et plus, d'avoir été recruté dans un site urbain et de s'injecter quotidiennement étaient des facteurs de risque de séroconversion au VIH entre 1995 et 2002, alors qu'ils ne sont plus associés significativement à l'incidence du VIH pour la période de 2003 à 2014. Au contraire, alors que la prostitution n'était pas associée significativement à l'incidence du VIH entre 1995 et 2002, une association significative est maintenant observée pour la période de 2003 à 2014. Ces données illustrent bien l'importance de suivre l'évolution temporelle des facteurs de risque considérant l'ampleur des changements observés et les implications de certains de ces changements dans l'évolution et l'adaptation des interventions.

La proportion de participants ayant eu un test de dépistage autant pour le VIH que pour le VHC au cours la dernière année a augmenté significativement entre 2003 et 2013 (figure 26), alors que la proportion de participants ignorant leur statut de séropositivité pour le VIH et pour le VHC a diminué significativement au cours de la même période (figure 27). Ces résultats soulignent également le travail soutenu des cliniciens et des autres intervenants en réduction des méfaits. La promotion du dépistage régulier du VIH et du VHC auprès de cette clientèle doit demeurer une priorité.

La prise en charge des personnes UDI semble demeurer toutefois insuffisante, particulièrement pour l'infection par le VHC. Par exemple, la consultation d'un médecin dans les 6 derniers mois pour son infection est demeurée stable pour le VIH, mais a diminué significativement pour le VHC (figure 28). Cette tendance est plus prononcée pour les participants ayant seulement des anticorps contre le VHC comparativement à ceux co-infectés par le VIH (figure 30). La prise de médicaments actuelle pour le VIH et la prise de médicaments à vie pour le VHC ont augmenté significativement entre 2003 et 2013 (figure 31). Toutefois, la prise de médicaments à vie chez les participants ayant des anticorps contre le VHC demeure beaucoup moins fréquente comparativement à la prise actuelle de médicaments pour le VIH. Il faut cependant interpréter les tendances de traitement à vie du VHC et les comparaisons avec le traitement du VIH avec prudence compte tenu du fait qu'il n'est pas nécessairement indiqué de traiter d'emblée toutes les infections par le VHC. La figure 34 illustre les améliorations observées dans les éléments de la cascade de soins au cours des dernières années, améliorations qui sont plus prononcées pour le VIH que pour le VHC. Rappelons toutefois que les données sur le traitement du VHC ne sont pas présentées dans le cadre du continuum de soins (figure 34) en raison de difficultés d'interprétation résultant du fait qu'il n'est pas nécessairement indiqué de traiter d'emblée toutes les infections par le VHC lorsqu'elles sont détectées.

L'ONUSIDA a récemment publié de nouvelles cibles à atteindre d'ici 2020^[23]. Selon des études de modélisation, l'atteinte de ces cibles permettrait de contrôler l'épidémie mondiale de VIH d'ici 2030, et aurait des impacts énormes en termes de santé et d'économie. Ces cibles sont que, d'ici 2020,

90 % des personnes séropositives connaissent leur statut sérologique, que 90 % des personnes connaissant leur statut de séropositivité reçoivent des traitements antirétroviraux et que 90 % des personnes sous traitement antirétroviraux aient une charge virale indétectable. L'information sur la charge virale n'est pas disponible dans SurvUDI, mais la comparaison des deux premiers indicateurs est encourageante. En effet, la première cible est atteinte depuis l'année 2009 (excepté en 2011), considérant que plus de 90 % des participants à SurvUDI connaissent leur statut sérologique pour le VIH (figure 27). La figure 31 montre que la deuxième cible est en bonne voie d'être atteinte. La proportion de participants séropositifs pour le VIH rapportant la prise actuelle de médicaments pour le VIH a augmenté de façon progressive, passant de 47,2 % en 2004 à un maximum de 81,8 % observé en 2013. À ce rythme, la cible d'ONUSIDA pourrait être atteinte vers 2017.

De nouveaux médicaments sont disponibles depuis peu au Québec pour le traitement de l'infection par le VHC. Ces médicaments sont très efficaces et causent moins d'effets secondaires que les médicaments précédents et ils ont le potentiel de prévenir un nombre important de greffes hépatiques et de décès causés par les complications du VHC. Il sera intéressant de suivre la tendance, au cours des prochaines années, de la proportion de participants à SurvUDI avec des anticorps contre le VHC qui auront reçu un traitement. Toutefois, en raison des restrictions d'utilisation recommandées par l'INESSS^u pendant les quatre premières années, il est possible que la hausse chez les personnes UDI soit limitée au cours de cette période. Des approches et stratégies adaptées, intégrées et innovantes sont plus que jamais nécessaires, priorisant le travail de proximité et la collaboration des différents intervenants pour une prise en charge intégrée des divers problèmes de santé (toxicomanie, santé mentale/itinérance, traitement des infections, etc.).

Les données obtenues par l'intermédiaire du réseau SurvUDI comportent certaines limites. Premièrement, les participants ne sont pas représentatifs de l'ensemble des personnes UDI du Québec. Ils sont probablement plus représentatifs des personnes qui fréquentent les centres d'accès au matériel d'injection stérile où 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 déjà eu une infection par le VHC, passée et ayant disparu ou toujours active. Seule la détection de l'ARN viral permettrait de confirmer si l'infection est toujours présente. Or, l'ARN viral ne peut pas être détecté correctement dans nos échantillons^[24]. 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^[5]) et de réinfection^[7, 8, 11, 12, 25, 26], 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.

^u Institut national d'excellence en santé et services sociaux -
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Juillet_2015/Harvoni-et-Holkira-Pak_2015_07_cav.pdf.

5 Conclusion

Le taux d'incidence du VIH demeure élevé et le taux d'incidence du VHC très élevé, malgré le fait que la proportion d'injections avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre soit en constante diminution et à son niveau le plus bas en 2013. Des changements importants dans les habitudes de consommation et les facteurs de risque ont également été observés, notamment une hausse de l'injection de médicaments opioïdes. Cette hausse fait craindre des impacts négatifs sur les épidémies de VIH et de VHC chez les UDI du Québec. Des moyens doivent être mis en place au Québec pour maintenir les services spécialisés en réduction des méfaits et augmenter l'utilisation du matériel stérile d'injection, en tenant compte des changements dans les drogues consommées. Par ailleurs, bien qu'une amélioration importante ait été observée pour la connaissance du statut d'infection pour le VIH et le VHC, trop peu des personnes infectées, au courant de leur infection, sont prises en charge et traitées, surtout dans le cas du VHC. La promotion du dépistage régulier du VIH et du VHC ainsi que la prise en charge et le traitement doivent donc demeurer des priorités. Les analyses présentées dans ce rapport soulignent à nouveau l'importance de la disponibilité des données de surveillance pour cette population vulnérable afin d'améliorer les interventions qui leur sont déjà offertes et d'en développer de nouvelles, mieux adaptées à leurs besoins.

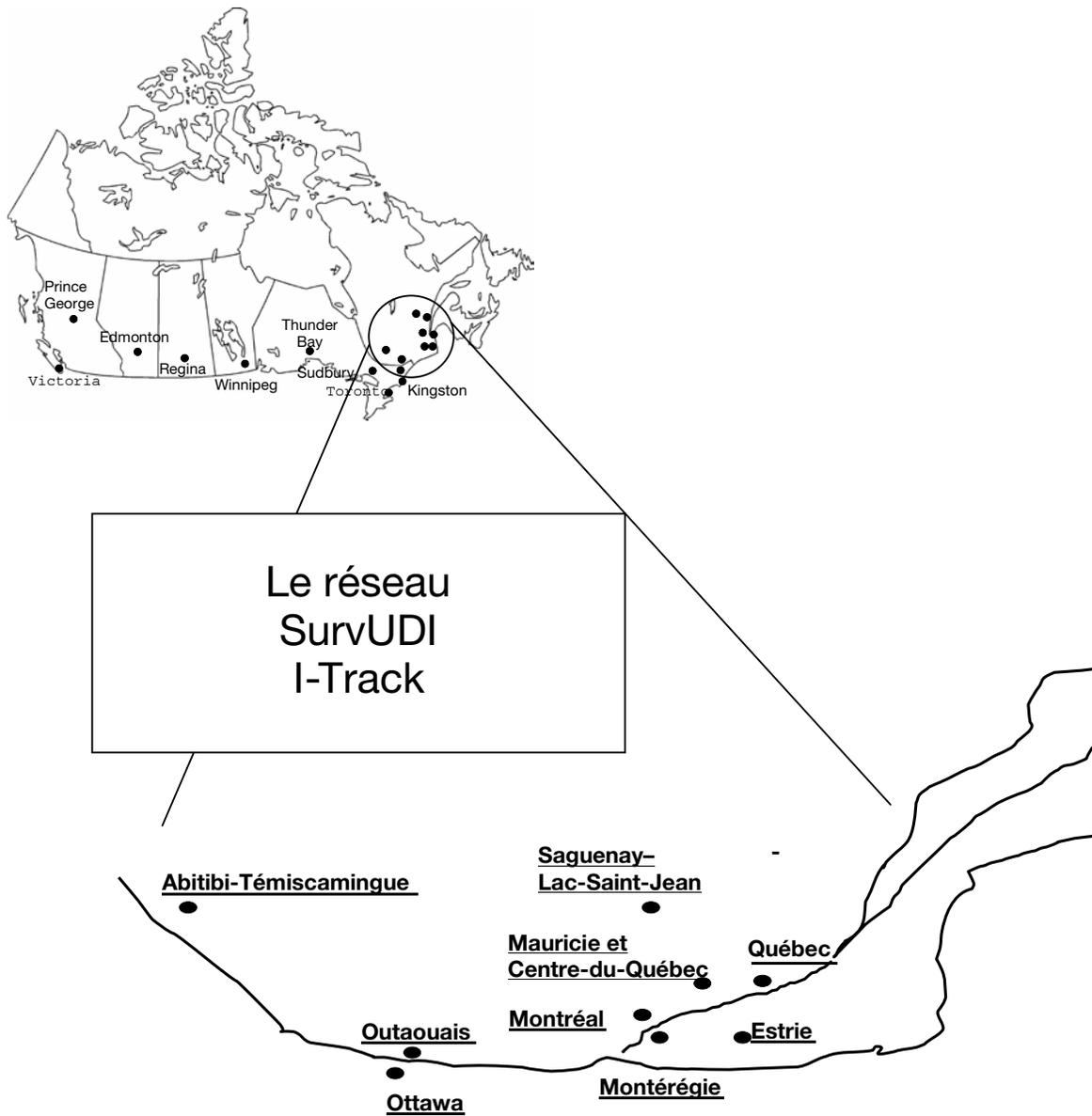
Références

1. 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.
2. Hankins, C.A., Alary, M., Parent, R., et collab. (2002) Continuing HIV Transmission Among Injection Drug Users in Eastern Central Canada: The SurvUDI Study, 1995 to 2000. *JAIDS*, 30(5), 514-521.
3. Noël, L., Antil, T. et 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.
4. Judd, A., Parry, J., Hickman, M., et collab. (2003) Evaluation of a modified commercial assay in detecting antibody to hepatitis C virus in oral fluids and dried blood spots. *Journal of medical virology*, 71(1), 49-55.
5. Seeff, L.B. (2002) Natural history of chronic hepatitis C. *Hepatology*, 36(5 Suppl 1), S35-46.
6. Page, K., Hahn, J.A., Evans, J., et collab. (2009) Acute hepatitis C virus infection in young adult injection drug users: a prospective study of incident infection, resolution, and reinfection. *J Infect Dis*, 200(8), 1216-26.
7. Micalef, J.M., Macdonald, V., Jauncey, M., et collab. (2007) High incidence of hepatitis C virus reinfection within a cohort of injecting drug users. *J Viral Hepat*, 14(6), 413-8.
8. Grebely, J., Knight, E., Ngai, T., et collab. (2010) Reinfection with hepatitis C virus following sustained virological response in injection drug users. *J Gastroenterol Hepatol*, 25(7), 1281-4.
9. Grebely, J., Conway, B., Raffa, J.D., et collab. (2006) Hepatitis C virus reinfection in injection drug users. *Hepatology*, 44(5), 1139-45.
10. Currie, S.L., Ryan, J.C., Tracy, D., et collab. (2008) A prospective study to examine persistent HCV reinfection in injection drug users who have previously cleared the virus. *Drug Alcohol Depend*, 93(1-2), 148-54.
11. Aitken, C.K., Lewis, J., Tracy, S.L., et collab. (2008) High incidence of hepatitis C virus reinfection in a cohort of injecting drug users. *Hepatology*, 48(6), 1746-52.
12. van de Laar, T.J., Molenkamp, R., van den Berg, C., et collab. (2009) Frequent HCV reinfection and superinfection in a cohort of injecting drug users in Amsterdam. *Journal of hepatology*, 51(4), 667-74.
13. Kitayaporn, D., Uneklabh, C., Weniger, B.G., et collab. (1994) HIV-1 incidence determined retrospectively among drug users in Bangkok, Thailand. *AIDS*, 8(10), 1443-50.
14. Lawless, J.F., ed. *Statistical models and methods for lifetime data*. John Wiley & Sons ed. 1982: New York.
15. WHO (2009) *WHO, UNODC, UNAIDS Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Geneva, World Health Organization, 40 p.

16. Roy, E., Arruda, N., Vaillancourt, E., et collab. (2012) Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montreal. *Drug Alcohol Rev*, 31(1), 72-80.
17. Bruneau, J., Roy, E., Arruda, N., et collab. (2012) The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users. *Addiction*, 107(7), 1318-27.
18. Conrad, C., Bradley, H.M., Broz, D., et collab. (2015) Community Outbreak of HIV Infection Linked to Injection Drug Use of Oxycodone--Indiana, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 64(16), 443-4.
19. Noël, L., Dubé, P.-A., Tremblay, P.-Y., et collab. (2015) *Amélioration de l'accès au matériel d'injection dans le cadre de la consommation de certains médicaments opioïdes par les personnes utilisatrices de drogues par injection*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 71 p.
20. Iversen, J., Wand, H., Topp, L., et collab. (2014) Extremely low and sustained HIV incidence among people who inject drugs in a setting of harm reduction. *AIDS*, 28(2), 275-8.
21. Leclerc, P., Roy, É., Morissette, C., et collab. (2012) *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2010 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2010*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 91 p.
22. Roy, E., Richer, I., Morissette, C., et collab. (2011) Temporal changes in risk factors associated with HIV seroconversion among injection drug users in eastern central Canada. *AIDS*, 25(15), 1897-903.
23. UNAIDS (2014) *90-90-90 - An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 40 p.
24. Suzuki, T., Omata, K., Satoh, T., et collab. (2005) Quantitative detection of hepatitis C virus (HCV) RNA in saliva and gingival crevicular fluid of HCV-infected patients. *Journal of clinical microbiology*, 43(9), 4413-4417.
25. Kondili, L.A., Chionne, P., Costantino, A., et collab. (2002) Infection rate and spontaneous seroreversion of anti-hepatitis C virus during the natural course of hepatitis C virus infection in the general population. *Gut*, 50(5), 693-6.
26. Wong, T. et Lee, S.S. (2006) Hepatitis C: a review for primary care physicians. *CMAJ*, 174(5), 649-59.

Annexe 1

Les sites collaborateurs du réseau SurvUDI-I-Track



Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca