



Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH DE 1995 À 2016
ÉPIDÉMIOLOGIE DU VHC DE 2003 À 2016

Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH DE 1995 À 2016
ÉPIDÉMIOLOGIE DU VHC DE 2003 À 2016

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Janvier 2018

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

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

REDACTRICE

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

AVEC LA COLLABORATION DE

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

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

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

Marie-Michèle Grenier, Direction de santé publique, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

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

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

Lynn Potvin, Direction de santé publique, CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean

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

Marie-Josée Riel, Direction de santé publique, CISSS de l'Estrie

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, 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 – 2^e trimestre 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-550-81449-8 (PDF)

ISSN : 1918-4557 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2018)

Remerciements

Nous aimerions remercier toutes les personnes qui utilisent des drogues 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 personnes qui utilisent des drogues 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 2016. 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) et 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) et par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

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.qc.ca/aids-sida/publication/reports/i-track-phase-3/index-fra.php>.

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.....	41
3.4 Prévalence du VIH et du VHC.....	43
3.5 Prévalence du VIH et du VHC selon certaines caractéristiques et comportements.....	53
3.6 Dépistage, connaissance du statut, accès aux soins et services.....	58
3.7 Description des répéteurs et des non-répéteurs.....	66
3.8 Taux d'incidence du VIH et du VHC	69
3.9 Facteurs de risque de l'incidence du VIH et du VHC	73
3.10 Analyses spéciales : Tendances de la drogue injectée le plus souvent	93
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	99
3.12 Analyses spéciales : Dépistage et prise en charge des infections par le VIH et par le VHC.....	100
4 Discussion	113
5 Conclusion	117
Références	119
Annexe 1 Les sites collaborateurs du réseau SurvUDI-I-Track	121

Liste des tableaux

Tableau 1	Description de l'échantillon, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2016	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, 1995-2016....	16
Tableau 3	Pays de naissance, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2016	16
Tableau 4	Niveau de scolarité atteint, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016	17
Tableau 5	Lieu de résidence actuel et dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016	17
Tableau 6	Revenu mensuel habituel comprenant toutes les sources, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2016.....	18
Tableau 7	Principale source de revenus au cours de la dernière année, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2016.....	18
Tableau 8	Orientation sexuelle, par sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2016.....	19
Tableau 9	Drogues injectées dans les six derniers mois, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2016.....	20
Tableau 10	Drogues injectées dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2016	21
Tableau 11	Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois et dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2016.....	22
Tableau 12	Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2016.....	23
Tableau 13	Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2016.....	23
Tableau 14	Drogues consommées autrement que par injection dans les six derniers mois, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2016	24
Tableau 15	Drogues consommées autrement que par injection dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2016.....	25
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, 2009-2016	26
Tableau 17	Médicaments opioïdes injectés dans les six derniers mois, selon qu'ils aient été prescrits ou non au participant, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2016	33
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, 2009-2016.....	33
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, 2009-2016.....	34
Tableau 20	Lieux d'injection dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2016 ...	35
Tableau 21	Lieu d'injection le plus fréquent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2004-2016.....	36
Tableau 22	Pratiques d'utilisation du matériel d'injection dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2006-2016.....	37

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, 2003-2016	38
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, 2003-2016	39
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, 2003-2016	41
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, 2003-2016.....	42
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, 2003-2016.....	42
Tableau 28	Prévalence du VIH, par âge et sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016.....	43
Tableau 29	Prévalence annuelle du VIH à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2015	44
Tableau 30	Prévalence du VHC, par âge et sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016	45
Tableau 31	Prévalence annuelle du VHC à la première visite annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015	45
Tableau 32	Prévalence et prévalence ajustée du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016.....	46
Tableau 33	Prévalence du VIH, par région de résidence, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016...	46
Tableau 34	Prévalence et prévalence ajustée du VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016.....	47
Tableau 35	Infection par le VIH et présence d'anticorps contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016.....	47
Tableau 36	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques et certains comportements, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016.....	54
Tableau 37	Prévalence du VHC selon certaines caractéristiques et certains comportements, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016.....	56
Tableau 38	Description du testing antérieur pour le VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016.....	58
Tableau 39	Description du testing antérieur pour le VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016.....	59
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, 2003-2016.....	61
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, 2003-2016	62
Tableau 42	Connaissance du statut sérologique et suivi médical parmi ceux qui avaient des anticorps seulement contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016	63
Tableau 43	Niveau de difficulté à se procurer des seringues neuves dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2016.....	64

Tableau 44	Sources d’approvisionnement des seringues/aiguilles neuves dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2016.....	65
Tableau 45	Distribution des visites multiples générées par les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2016	66
Tableau 46	Comparaison des comportements d’injection au cours des six derniers mois des répéteurs et des non-répéteurs, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2016	67
Tableau 47	Comparaison des comportements sexuels au cours des six derniers mois des répéteurs et des non-répéteurs, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2016	68
Tableau 48	Incidence du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2016	69
Tableau 49	Incidence du VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1997-2016	70
Tableau 50	Analyse multivariée de l’incidence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2016.....	73
Tableau 51	Analyse multivariée de l’incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1997-2016	74
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, 1995-2016.....	75
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, 2004-2016.....	76
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, 1995-2016	77
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, 2003-2015	78
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, 2006-2016.....	99

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, 2003-2015.....	28
Figure 2	Tendances de la consommation de drogues – Montréal – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015.....	29
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, 2003-2015....	30
Figure 4	Tendances de la consommation de drogues – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015....	31
Figure 5	Tendances de la consommation de drogues – Semi-urbains – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015....	32
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, 1995-2015.....	49
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, 2003-2015.....	51
Figure 8	Tendances de l'incidence du VIH, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2014.....	71
Figure 9	Tendances de l'incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1998-2014.....	72
Figure 10	Tendances dans les facteurs de risque – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2015.....	81
Figure 11	Tendances dans les facteurs de risque – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau, SurvUDI-I-Track, 1995-2015.....	83
Figure 12	Tendances dans les facteurs de risque – Montréal – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2015.....	85
Figure 13	Tendances dans les facteurs de risque – Montréal – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2015.....	86
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, 1995-2015.....	87
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, 1995-2015.....	88
Figure 16	Tendances dans les facteurs de risque – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1996-2015....	89
Figure 17	Tendances dans les facteurs de risque – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1996-2015....	90
Figure 18	Tendances dans les facteurs de risque – Semi-urbains – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2015.....	91
Figure 19	Tendances dans les facteurs de risque – Semi-urbains – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2015.....	92
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, 2010-2015....	94
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, 2010-2015....	95

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, 2010-2015	96
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, 2010-2015	97
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, 2010-2015	98
Figure 25	Tendances du dépistage anti-VIH et anti-VHC à vie - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015.....	102
Figure 26	Tendances du dépistage anti-VIH et anti-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, 2003-2015	103
Figure 27	Tendances de la proportion de participants qui ignorent leur statut parmi les participants trouvés séropositifs aux tests d’anticorps anti-VIH et anti-VHC - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015.....	104
Figure 28	Tendances de la consultation d'un médecin pour son infection par le VIH chez les participants qui se savent anti-VIH+ et consultation d'un médecin pour le VHC chez les participants qui savent qu'ils ont des anticorps anti-VHC, au cours des six derniers mois - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015	105
Figure 29	Tendances de la consultation d'un médecin pour son infection par le VIH au cours des six derniers mois chez les participants qui se savent infectés, stratifié selon le statut sérologique (anti-VIH+ seulement ou anticorps contre le VHC et VIH+) - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015	106
Figure 30	Tendances de la consultation d'un médecin pour le VHC au cours des six derniers mois chez les participants qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC, stratifié selon le statut sérologique (anti-VHC seulement ou anticorps contre le VHC et VIH+) - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015	107
Figure 31	Tendances de prise actuelle de médicaments contre son infection par le VIH chez les participants qui se savent anti-VIH+ et de prise à vie de médicaments contre son infection par le VHC chez les participants qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC, au cours des six derniers mois - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015.....	108
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 sérologique (VIH+ seulement ou VIH+ et anticorps contre le VHC), au cours des six derniers mois - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015.....	109
Figure 33	Tendances de prise à vie de médicaments contre son infection par le VHC chez les participants qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC, stratifié selon le statut sérologique (VIH+ seulement ou anticorps contre le VHC et VIH+), au cours des six derniers mois - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015	110
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 2014 au 31 mars 2016; C) des cas anti-VHC+ du 1 ^{er} avril 2003 au 31 mars 2005 et D) des cas anti-VHC+ du 1 ^{er} avril 2014 au 31 mars 2016 – à la visite la plus récente pour la période, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016.....	111

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. Ce rapport s'adresse 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.

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 2016.

Les données les plus récentes du réseau SurvUDI (au 31 mars 2016) 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 2009, le taux d'incidence du VIH est stable depuis, et il était de 0,5 par 100 personnes-années en 2014.
- Une diminution statistiquement significative du taux d'incidence du VHC a été observée entre 1998 et 2011, mais une augmentation significative a été observée de 2011 à 2014.
- 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 2015, mais encore 14,4 % 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 2015, 6,0 % des participants infectés par le VIH l'ignorent, de même que 18,1 % de ceux ayant des anticorps contre le VHC.
- Entre 2003 et 2015, 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. Plus spécifiquement, la hausse de l'incidence des anticorps contre le VHC observée depuis 2014 pourrait avoir un lien avec cette augmentation de l'injection de médicaments opioïdes au Québec. Il sera important de continuer à suivre ces tendances. De plus, les efforts doivent se poursuivre pour augmenter l'utilisation de matériel d'injection stérile et pour offrir du matériel qui répond aux besoins des personnes UDI. 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. Ce rapport s'adresse 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 personnes qui utilisent des drogues par injection ainsi qu'à leurs partenaires communautaires et institutionnels.

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. À titre d'exemple, la proportion de participants qui se sont injecté du Dilaudid® au cours des six derniers mois est passée de 27,4 % en 2003 à 50,7 % en 2015. 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 de matériel. Cette tendance doit être surveillée attentivement afin de réduire les risques d'infection parmi les personnes qui s'injectent ces médicaments normalement conçus pour un usage *per os*. Des recommandations visant l'injection à risque réduit de médicaments opioïdes ont été produites par l'INSPQ^{1,2}.

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 14,4 % en 2015, soit une diminution statistiquement significative de près de 67 % ($p < 0,001$). Cette diminution est très encourageante mais souligne aussi l'ampleur du travail de prévention qu'il reste 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 25 %. 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 significative observée entre 1995 et 2009, le taux d'incidence du VIH est maintenant stable. Il s'est maintenu entre 0,5 et 1,0 par 100 personnes-années entre 2010 et 2014, ce qui est similaire ou légèrement élevé comparativement aux taux observés dans plusieurs autres pays dont la France, les États-Unis et l'Australie. Une diminution statistiquement significative du taux d'incidence du VHC a été observée entre 1998 et 2011, mais une augmentation significative a été observée de 2011 à 2014. Cette hausse pourrait avoir un lien avec l'augmentation de l'injection de médicaments opioïdes au Québec.

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 1995-2016. Une association statistiquement significative est observée entre la prostitution et l'incidence du VIH pour la période de 2003 à 2016, alors que cette association était absente entre 1995 et 2002.

La proportion de participants ayant eu un test de dépistage au cours la dernière année a augmenté significativement entre 2003 et 2015, autant pour le VIH que pour le VHC, alors que la proportion de participants ignorant leur statut de séropositivité tant pour le VIH que pour le VHC a diminué significativement au cours de la même période. Les deux premières cibles d'ONUSIDA pour 2020 ont d'ailleurs été atteintes chez les participants à SurvUDI en 2015, soit au moins 90 % des personnes infectées connaissant leur statut de séropositivité et 90 % de celles-ci prenant des médicaments antirétroviraux au moment de la participation¹. 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 proportion de personnes UDI rapportant une prise de médicaments actuelle pour le VIH et une prise de médicaments à vie pour le VHC (chez les participants ayant des anticorps contre le VHC) ont augmenté significativement entre 2003 et 2015. La proportion de personnes UDI rapportant une prise de médicaments à vie chez les participants ayant des anticorps contre le VHC est toutefois beaucoup moins grande que celle des personnes UDI rapportant la prise actuelle de médicaments pour le VIH. Cette comparaison doit être interprétée avec prudence dans le cas de l'hépatite C compte tenu de l'évolution rapide des pratiques cliniques de traitement au cours des dernières années.

¹ UNAIDS (2014) 90-90-90 - *An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 40 p. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90-90-90>

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 enquêtes intégrées biologiques et comportementales (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 UDI³.

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 2002⁴.

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 d'échantillons 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 collaborateurs⁵, 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 milieux », 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 du Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval 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), du CÉR-DIS du CIUSSS du Centre-Sud de l'Île de Montréal 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 (six derniers mois et actuel);
 - pays de naissance, nombre d'années vécues au Canada²;
 - origine ethnoculturelle, statut autochtone;
 - orientation sexuelle²;
 - niveau d'instruction;
 - revenu actuel, principale source de revenus dans la dernière année².
- 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);

² Ajout en 2011.

- utilisation du matériel déjà utilisé par d'autres pour fumer, inhaler ou « sniffer » des drogues;
- 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'autre³.
- À la dernière injection :
 - utilisation d'une seringue et/ou aiguille stérile;
- En détention, à vie :
 - injection en détention³;
 - utilisation de seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre en détention³.
- 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 anale³.
- 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;

³ Ajout en 2011.

- Autres variables
 - Fréquentation des programmes d'accès au matériel d'injection;
 - Sources de seringues et facilité d'accès dans les six derniers mois³;
 - Connaissances à propos du VIH³.

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 : 1995-2016, 2003-2016, 2009-2016 et 2011-2016. 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 Internet 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 codes cryptés sont transmis 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 dans la même 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 immuno-assay*) à l'aide de la trousse *GS HIV-1/2 PLUS O EIA* (Bio-Rad Laboratories (Canada) Ltd., Montréal, Qué., Canada). Le résultat est exprimé en index ratio sur Cut off (S/CO). Les prélèvements initialement indéterminés ou réactifs avec un ratio inférieur à 3,00 sont analysés à nouveau en duplicata. Les prélèvements initialement réactifs avec un ratio supérieur à 3,00 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 en utilisant 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 congelés au LSPQ. Comme pour le VIH, le résultat de la trousse Ortho est exprimé en index ratio S/CO. Tous les spécimens initialement indéterminés ou faiblement réactifs (ratio inférieur à 1,30) sont retestés en duplicata. Les spécimens réactifs (ratio $\geq 1,00$) de façon reproductible sont considérés positifs aux anticorps VHC⁶.

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 réussissent à se débarrasser du virus. En effet, environ 14 à 46 % des individus infectés éliminent leur infection spontanément et évitent la chronicité⁷. Par ailleurs, la littérature récente rapporte que les réinfections sont possibles, voire fréquentes⁸⁻¹⁴ et que les infections mixtes ne sont pas rares¹⁴. 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 2016 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 2015 inclusivement, car les données pour 2016 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 2014.

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 (figures 6 et 7). Les tests de tendance pour les proportions ont été effectués à l'aide d'équations d'estimation généralisées, à l'exception du tableau 55 (nombre d'injections dans le dernier mois) et des figures 8 et 9 (incidence du VIH et du VHC), analyses pour lesquelles la méthode du Bootstrap avec 1 000 itérations a été utilisée. Ces méthodes permettent toutes deux 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 Atlanta¹⁵. 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 temps¹⁶.

Le rapport contient une 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, 1995-2016

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	613	119/31,6 (30)	245/31,8 (31)
Etrie	1998	1 043	111/33,4 (34)	609/36,9 (37)
Mauricie et Centre-du-Québec	2000	512	94/31,9 (32)	271/36,2 (36)
Montréal	1995	13 286	1 509/28,4 (25)	4 835/35,1 (35)
Ottawa	1996	4 506	719/35,7 (35)	2 235/38,7 (39)
Outaouais	1997	566	85/36,2 (37)	324/40,8 (41,5)
Ville de Québec	1995	6 538	838/30,4 (29)	2 309/34,6 (35)
Saguenay-Lac-St-Jean	1995	386	78/26,6 (24)	194/27,2 (24)
Urbains	1995	25 042	3 076/31,0 (30)	9 457/36,2 (36)
Semi-urbains ¹	1995	2 790	413/31,9 (31)	1 324/34,8 (34)
Réseau	1995	27 832	3 489/31,1 (30)	10 781/36,0 (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'Etrie.

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

Au 31 mars 2016, 14 553 individus différents (dont 14 447 ont eu un test VIH valide à leur dernière visite) ont rempli 27 832 questionnaires :

- 1 856 questionnaires s'ajoutent donc aux 25 976 complétés au 31 mars 2014.
- 907 individus s'ajoutent aux 13 646 recrutés au 31 mars 2014.
- 10 350 individus sont des non-répéteurs qui ont généré 10 350 visites.
- 4 203 individus sont des répéteurs qui ont généré 17 532 visites.

Les trois quarts des participants sont des hommes (10 781/14 270) dont l'âge moyen est de 36,0 ans (tableau 1). L'âge moyen des femmes est de 31,1 ans. Les durées moyenne et médiane d'injection chez les hommes sont de 13,3 et 11 ans. Elles sont de 9,8 et 7 ans chez les femmes (données non montrées dans les tableaux, 1995-2016).

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, 1995-2016

Période	Proportion des UDI de 24 ans et moins	
	n/N ¹	%
1995-2016	3 024/14 261 ²	21,2
2003-2016	977/7 449	13,1
2004-2016	911/7 146	12,8
2006-2016	579/5 371	10,8
2009-2016	377/3 826	9,9
2011-2016	283/2 907	9,7

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 (21,2% pour la période 1995-2016 comparativement à 9,7 % pour 2011-2016).

Tableau 3 Pays de naissance, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2016

Pays de naissance	n/2 888	%
Nés au Canada – non autochtones	2 412	83,5
Nés au Canada – Autochtones	366	12,7
Nés ailleurs qu’au Canada ¹	110	3,8

¹ Ils vivent au Canada en moyenne depuis 27,0 ans (médiane 25 ans, intervalle interquartile 17,5 à 36,5 ans).

Les UDI recrutés sont majoritairement nés au Canada et non autochtones. Une proportion de 12,7 % des participants déclarent une origine autochtone (tableau 3).

Tableau 4 Niveau de scolarité atteint, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016

Niveau de scolarité	n/7 398	%	% cumulatif
Aucune scolarité	10	0,1	0,1
Primaire – non complété	250	3,4	3,5
Primaire – complété	290	3,9	7,4
Secondaire – non complété	3 139	42,4	49,9
Secondaire – complété	1 619	21,9	71,7
Collégial – non complété	640	8,6	80,4
Collégial – complété	776	10,5	90,9
Universitaire – non complété	359	4,8	95,7
Universitaire – complété	315	4,3	100,0

Environ un participant sur deux (3 709/7 398) a terminé son cours secondaire (tableau 4).

Tableau 5 Lieu de résidence actuel et dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016

Lieu de résidence	Actuel ¹		Dans les six derniers mois ²	
	n/7 388	%	n/7 433	%
Résidence privée (appartement, maison)	4 455	60,3	5 814	78,2
Sans domicile fixe (rue, squat, refuge, foyer)	1 961	26,5	2 952	39,7
Chambre (hôtel, motel, pension)	602	8,1	1 426	19,2
Établissement (centre de transition, réadaptation, désintoxication, établissement psychiatrique)	217	2,9	687	9,2
Centre de détention	140	1,9	867	11,7
Autres	13	0,2	33	0,4

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, 78,2 % des participants ont habité une résidence privée et 39,7 % ont vécu dans la rue, un squat, un refuge ou un foyer. On trouve que 11,7 % des participants ont séjourné dans un centre de détention au cours de la même période (tableau 5). Le quart des personnes UDI (26,5 %) étaient sans domicile fixe et 1,9 % en centre de détention au moment de l'entrevue.

Tableau 6 Revenu mensuel habituel comprenant toutes les sources, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2016

Revenu mensuel (\$)	n/2 857	%
Moins de 500	152	5,3
500 à 999	1 602	56,1
1 000 à 1 999	574	20,1
2 000 et plus	529	18,5

Près des deux tiers des participants (61,4 %) 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, 2011-2016

Source de revenus	n/2 890	% ¹
Aide ou soutien social	1 681	58,2
Prestations d'invalidité	375	13,0
Économie de la rue ²	352	12,2
Travail régulier ³	208	7,2
Quête	204	7,1
Travail du sexe	103	3,6
Travail saisonnier	57	2,0
Assurance-emploi	52	1,8
Pension	41	1,4
Argent de la famille ou d'amis	38	1,3
Vente de drogue	18	0,6
Autres ⁴	53	1,8

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 (58,2 %), 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 (23,5 %), 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, 2011-2016

Orientation sexuelle	Femmes		Hommes	
	n/684	%	n/2 196	%
Hétérosexuelle	488	71,3	1 964	89,4
Bisexuelle ¹	165	24,1	128	5,8
Homosexuelle	26	3,8	96	4,4
Autres	5	0,7	8	0,4

¹ Inclut l'orientation « bispirituelle » (concept autochtone).

Près des trois quarts des femmes (71,3 %) et près de 90 % (89,4 %) des hommes déclarent une orientation sexuelle hétérosexuelle (tableau 8). L'orientation bisexuelle est davantage présente chez les femmes (24,1 % vs. 5,8 %), alors que l'orientation homosexuelle est retrouvée dans des proportions similaires chez les deux sexes, soit entre 3 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, 2009-2016

Région de recrutement	N ¹	% des UDI qui se sont injectés ⁶							
		Cocaïne	Médica- ments opioïdes ²	Dilaudid ³	Hydromorph- Contin ^{3, 4}	Héroïne ⁵	Morphine ³	Oxycodone/ Oxycontin ³	Crack/ freebase
Abitibi-Témiscamingue	123	88,6	33,6	20,3	24,3	4,1	22,8	12,2	1,6
Estrie	203	73,4	42,9	28,1	24,4	17,7	23,1	8,9	7,4
Mauricie et Centre-du-Québec	33	84,8	78,8	72,7	56,2	15,1	39,4	18,7	3,0
Montérégie	78	80,8	64,1	55,1	51,6	19,2	41,0	19,2	3,8
Montréal	1 793	75,4	58,9	55,1	48,2	44,2	11,7	5,9	8,2
Ottawa	1 017	56,8	75,4	51,6	44,0	37,4	59,7	33,9	35,5
Outaouais	139	65,5	46,8	23,0	23,3	18,7	33,8	20,1	16,5
Ville de Québec	436	70,6	70,3	53,4	59,0	10,8	29,8	26,9	1,4
Saguenay-Lac-Saint-Jean	52	46,1	100,0	88,5	94,9	15,4	66,7	48,1	5,8
Réseau	3 820	69,7	63,2	50,8	46,2	34,0	29,7	17,3	14,6

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 2 931 participants.

⁵ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁶ Les autres drogues injectées rapportées le plus fréquemment (≥ 2 %) sont : Fentanyl non prescrit = 11,2 %, Amphétamines = 6,8 %, *Speedball* = 6,3 %, Cocaïne et opiacés autres que l'héroïne⁴ = 4,7 %, Ritalin seul non prescrit = 3,1 %, Méthamphétamine = 3,0 %, Méthadone³ = 2,4 %, Benzodiazépines non prescrites = 2,4 %

La cocaïne est la drogue dont l'injection est la plus répandue (69,7 % des 3 820 répondants en avaient fait usage); le Dilaudid suit avec 50,8 %. On retrouve ensuite l'Hydromorph-Contin, puis l'héroïne (blanche ou beige/brune) et la morphine (tableau 9). L'injection d'oxycodone/Oxycontin est observée chez 17,3 % des participants et l'injection de crack/freebase chez 14,6 % des participants du réseau.

Le type de drogue injectée 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, de la Montérégie, du Saguenay–Lac-St-Jean, de Montréal et les villes de Québec et d'Ottawa ont les plus grandes proportions de consommateurs de médicaments opioïdes (58,9 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 37,4 % et 44,2 % des répondants qui en consomment. L'injection de crack/*freebase* est beaucoup plus répandue à Ottawa (35,5 % des 1 017 répondants).

Tableau 10 Drogues injectées dans les six derniers mois, par âge, Réseau SurVUDI-I-Track, 2009-2016

Drogue (Total de ceux qui en ont consommé)	Proportion de consommateurs chez les		Valeur-p
	24 ans et moins % (N = 377)	25 ans et plus % (N = 3 443)	
Cocaïne (2 661)	62,6	70,4	0,002
Médicaments opioïdes ¹ (2 411)	81,1	61,3	< 0,001
Dilaudid ² (1 936)	71,8	48,5	< 0,001
Hydromorph-Contin ^{2,3} (1 338)	70,2	43,6	< 0,001
Héroïne ⁴ (1 298)	57,3	31,4	< 0,001
Morphine ² (1 133)	34,2	29,2	0,044
Oxycodone/Oxycontin ² (661)	23,9	16,6	0,001
Crack/ <i>freebase</i> (559)	18,0	14,3	0,049
Fentanyl non prescrit (428)	17,0	10,6	0,001
Amphétamines (259)	13,8	6,0	< 0,001
<i>Speedball</i> ⁵ (239)	9,6	5,9	0,005
Cocaïne et opiacé autre que l'héroïne ³ (136)	5,6	4,6	0,418
Ritalin seul non prescrit (117)	4,2	2,9	0,161
Méthamphétamines (116)	5,0	2,8	0,017
Méthadone ² (91)	3,2	2,3	0,286
Benzodiazépines non prescrites (91)	3,5	2,3	0,153
Plus d'une drogue (2 223)	76,7	56,2	< 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/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).

² Regroupant prescrit et non prescrit.

³ Questions ajoutées en 2011, donc le dénominateur est de 2 902 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 six derniers mois (tableau 10). Presque toutes les drogues sont injectées par des proportions plus élevées chez les 24 ans et moins. L'injection de médicaments opioïdes, par exemple, est rapportée

par 81,1 % des UDI de 24 ans et moins (305/376) et par 61,3 % des UDI plus âgés (2 106/3 437). 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 six derniers mois (76,7 % vs. 56,2 %).

Tableau 11 Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois et dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2016

Drogue	Six derniers mois		Dernier mois	
	n/3 778 ¹	%	n/3 404 ²	%
Médicaments opioïdes non prescrits ³	1 578	41,8	1 473	43,3
Cocaïne	1 570	41,6	1 366	40,1
Dilaudid non prescrit	649	17,2	628	18,4
Hydromorph-Contin non prescrit ⁴	413	14,4	389	15,0
Héroïne ⁵	391	10,3	348	10,2
Morphine non prescrite	354	9,4	316	9,3
Crack/freebase	117	3,1	110	3,2
Oxycodone/Oxycontin non prescrit	90	2,4	75	2,2
Fentanyl non prescrit	42	1,1	38	1,1
Amphétamines	42	1,1	37	1,1
Ritalin seul non prescrit	18	0,5	17	0,5
Speedball ⁶	17	0,4	16	0,5
Autres ⁷	65	1,7	55	1,6

¹ Excluant 11 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 371 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 2 864 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 14 individus au cours des six derniers mois.

Au cours des six derniers mois, les médicaments opioïdes non prescrits et la cocaïne sont les substances injectées le plus souvent déclarées par la plus grande proportion des participants, soit respectivement 41,8 % (1 578/3 778) et 41,6 % (1 570/3 778) (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, 2009-2016

Drogue (Total de ceux qui en ont consommé)	Proportion de consommateurs chez les	
	24 ans et moins % (N = 375)	25 ans et plus % (N = 3 403)
Médicaments opioïdes non prescrits ¹ (1 578)	57,6	40,0
Cocaïne (1 570)	18,7	44,1
Dilaudid non prescrit (649)	23,5	16,5
Hydromorph-Contin non prescrit ² (413)	25,2	13,3
Héroïne ³ (391)	17,3	10,4
Morphine non prescrite (354)	9,6	9,3
Crack/freebase (117)	0,8	3,3
Oxycodone/Oxycontin non prescrit (90)	4,0	2,2
Fentanyl non prescrit (42)	0,8	1,1
Amphétamines (42)	1,9	1,0
Autres ⁴ (100)	4,0	2,5

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, mélange de cocaïne et d'un médicament opioïde.

² Question ajoutée en 2011, donc le dénominateur est de 2 864 participants.

³ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁴ L'utilisation la plus fréquente de 13 autres produits a été rapportée par un à 18 individus au cours des six derniers mois.

Chez les participants de 25 ans et plus, 44,1 % 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 (57,6 %) déclarent un médicament opioïde comme drogue injectée le plus souvent (tableau 12) au cours des six derniers mois.

Tableau 13 Drogue injectée le plus souvent dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2016

Drogue	n/14 422	%
Cocaïne	9 106	63,1
Héroïne ¹	2 081	14,4
PCP	114	0,8
Speedball ²	72	0,5
Stéroïdes	24	0,2
Autres ³	3 025	21,0

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 7,1 % (n = 1 025), morphine (prescrite ou non) à 5,2 % (n = 750), Hydromorph-Contin (non prescrit) à 3,0 % (n = 431) et crack/freebase à 2,0 % (n = 293).

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 2016, 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, 2009-2016

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 prescrites
Abitibi- Témiscamingue	126	73,8	90,5	54,0	69,0	47,6	27,8	9,5
Estrie	203	81,3	80,8	42,4	54,2	62,1	46,3	21,2
Mauricie et Centre- du-Québec	33	72,7	78,8	27,3	45,4	57,6	51,5	27,3
Montérégie	78	71,8	76,9	41,0	56,4	61,5	55,1	26,9
Montréal	1 792	72,3	59,9	70,4	21,1	32,9	16,0	16,4
Ottawa	1 018	73,0	65,5	72,6	52,2	16,9	49,2	24,7
Outaouais	139	84,2	79,1	67,6	61,1	68,3	48,9	19,4
Ville de Québec	435	66,9	73,6	32,2	41,6	56,5	31,9	25,3
Saguenay-Lac- Saint-Jean	52	59,6	69,2	13,5	38,5	51,9	59,6	40,4
Réseau	3 823	72,6	66,3	62,9	37,3	35,4	31,1	20,3

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 ($\geq 2\%$) sont :
 Dilaudid non prescrit = 16,0 % Héroïne⁴ = 7,2 % Ritalin seul non prescrit = 4,8 %
 Ecstasy = 14,7 % Méthamphétamine = 6,2 % PCP = 3,6 %
 Morphine non prescrite = 13,0 % Kétamine = 6,0 % LSD (acide) = 3,6 %
 Hydromorph-Contin non prescrit⁵ = 12,4 % Méthadone non prescrite = 5,8 % GHB⁵ = 3,4 %
 Oxycodone/Oxycontin non prescrit = 10,4 % Champignons hallucinogènes = 5,7 % Barbituriques non prescrits = 3,2 %
 Tylenol avec codéine pris pour buzzer = 7,4 % Fentanyl non prescrit = 5,3 %

Les personnes recrutées font aussi usage de drogues non injectées (tableau 14). Parmi 3 823 répondants, 72,6 % rapportent avoir consommé du cannabis, 66,3 % de l'alcool, 62,9 % ont fumé du crack/freebase et 37,3 % ont consommé de la cocaïne autrement que par injection. Les médicaments opioïdes non prescrits sont consommés, autrement que par injection, par 31,1 % des 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 13,5 % des UDI recrutés au Saguenay-Lac-St-Jean mais par 72,6 % de ceux de la ville d'Ottawa.

⁴ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁵ Questions ajoutées en 2011, donc le dénominateur est de 2 905 participants.

Plusieurs drogues consommées autrement que par injection le sont par des proportions plus élevées de 24 ans et moins (tableau 15). Par exemple, le cannabis, l'alcool, les médicaments opioïdes non prescrits, les benzodiazépines non prescrites, les amphétamines, la méthamphétamine, la kétamine, le LSD, le PCP, le GHB et le MDA sont davantage consommées par les jeunes. Parmi les drogues les plus fréquentes, 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, 2009-2016

Drogue (Total de ceux qui en ont consommé)	Proportion de consommateurs chez les		Valeur-p
	24 ans et moins % (N = 377)	25 ans et plus % (N = 3 446)	
Cannabis (2 776)	80,9	71,7	< 0,001
Alcool (2 534)	75,3	65,3	< 0,001
Crack/freebase (2 405)	59,9	63,2	0,210
Cocaïne (1 428)	41,1	36,9	0,112
Amphétamines (1 354)	43,2	34,6	0,001
Médicaments opioïdes non prescrits ¹ (1 190)	39,8	30,2	< 0,001
Benzodiazépines non prescrites (778)	32,4	19,0	< 0,001
Dilaudid non prescrit (610)	19,1	15,6	0,079
Ecstasy (561)	28,6	13,1	< 0,001
Morphine non prescrite (499)	13,0	13,1	0,973
Oxycodone/Oxycontin non prescrit (398)	14,8	9,9	0,003
Hydromorph-Contin non prescrit ² (361)	16,6	12,0	0,025
Tylenol avec codéine pris pour buzzer (285)	8,0	7,4	0,695
Héroïne ³ (275)	10,6	6,8	0,007
Méthamphétamine (237)	9,0	5,9	0,017
Kétamine (230)	18,6	4,6	< 0,001
Méthadone non prescrite (221)	10,3	5,3	< 0,001
Champignons hallucinogènes (217)	18,0	4,3	< 0,001
Fentanyl non prescrit (204)	9,5	4,9	< 0,001
Ritalin seul non prescrit (185)	6,9	4,6	0,050
LSD (acide) (138)	11,9	2,7	< 0,001
PCP (137)	9,8	2,9	< 0,001
Barbituriques non prescrits (121)	2,9	3,2	0,773
GHB ² (100)	7,8	3,0	< 0,001
MDA (76)	4,8	1,7	< 0,001
Demerol non prescrit (73)	2,4	1,9	0,475

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 Questions ajoutées en 2011, donc le dénominateur est de 2 905 participants.

³ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

Tableau 16 Drogue consommée autrement que par injection le plus souvent dans les six derniers mois et dans le dernier mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2016

Drogue	Six derniers mois		Dernier mois	
	n/3 637 ¹	%	n/3 525 ²	%
Crack/freebase	1 129	31,0	1 083	30,7
Cannabis	938	25,8	941	26,7
Alcool	655	18,0	665	18,9
Médicaments opioïdes non prescrits ³	260	7,1	242	6,9
Amphétamines	234	6,4	201	5,7
Cocaïne	231	6,3	203	5,8
Dilaudid non prescrit	83	2,3	69	2,0
Benzodiazépines non prescrites	81	2,2	88	2,5
Morphine non prescrite	48	1,3	52	1,5
Hydromorph-Contin non prescrit ⁴	37	1,3	37	1,4
Oxycodone/Oxycontin non prescrit	42	1,1	40	1,1
Héroïne ⁵	24	0,6	20	0,6
Fentanyl non prescrit	23	0,6	18	0,5
Ectasy	14	0,4	16	0,4
Kétamine	13	0,4	9	0,3
Méthamphétamines	13	0,4	12	0,3
Méthadone non prescrite	10	0,3	9	0,3
Tylénol avec codéine pris pour buzzer	9	0,2	11	0,3
Ritalin seul non prescrit	9	0,2	9	0,3
Autres ⁶	43	1,2	41	1,2

¹ Excluant 145 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 219 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 Question ajoutée en 2011, donc le dénominateur est de 2 755 participants.

⁵ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

⁶ Quinze autres drogues consommées autrement que par injection le plus souvent dans les six derniers mois ont été rapportées par un à huit 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 31,0 % des participants), suivie par le cannabis et l'alcool. Ce sont 7,1 % 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).

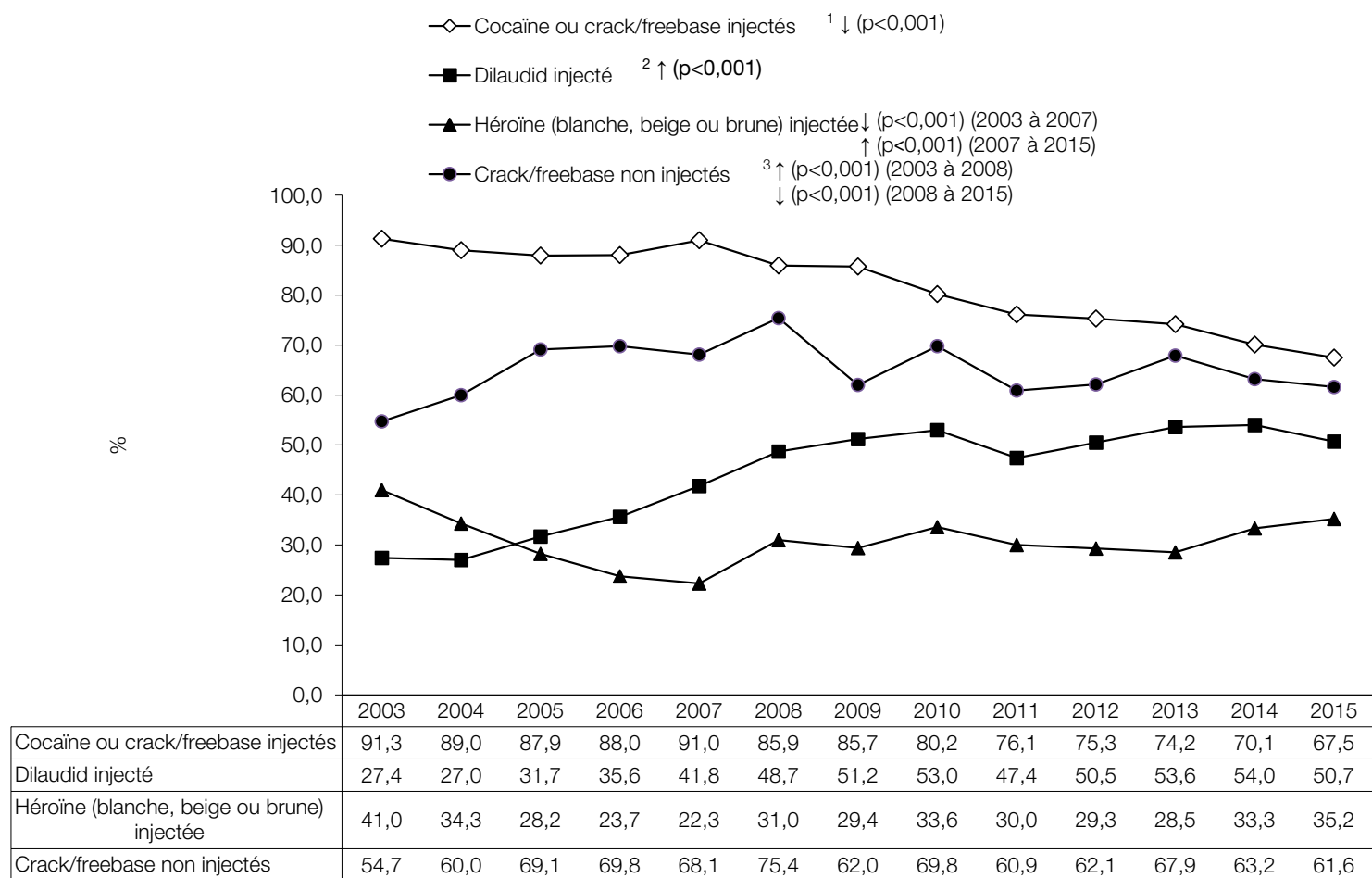
L'injection de cocaïne ou de *crack/freebase* est à la baisse dans tous les sites de recrutement. Il est à noter que dans la plupart des régions autres qu'Ottawa/Outaouais, c'est la cocaïne et non le *crack/freebase* qui est la principale substance concernée.

L'injection de Dilaudid est à la hausse jusqu'en 2015 dans tous les sites de recrutement sauf à Québec. Dans cette région, la hausse s'est plutôt terminée en 2008, pour diminuer ensuite.

L'injection d'héroïne est globalement à la baisse à Montréal (entre 2003 et 2015), mais des fluctuations sont observées et une remontée semble s'amorcer depuis 2013. Elle est à la hausse depuis 2006 à Ottawa/Outaouais, alors qu'elle est à la baisse dans les programmes semi-urbains entre 2003 et 2015.

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 2008 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, 2003-2015



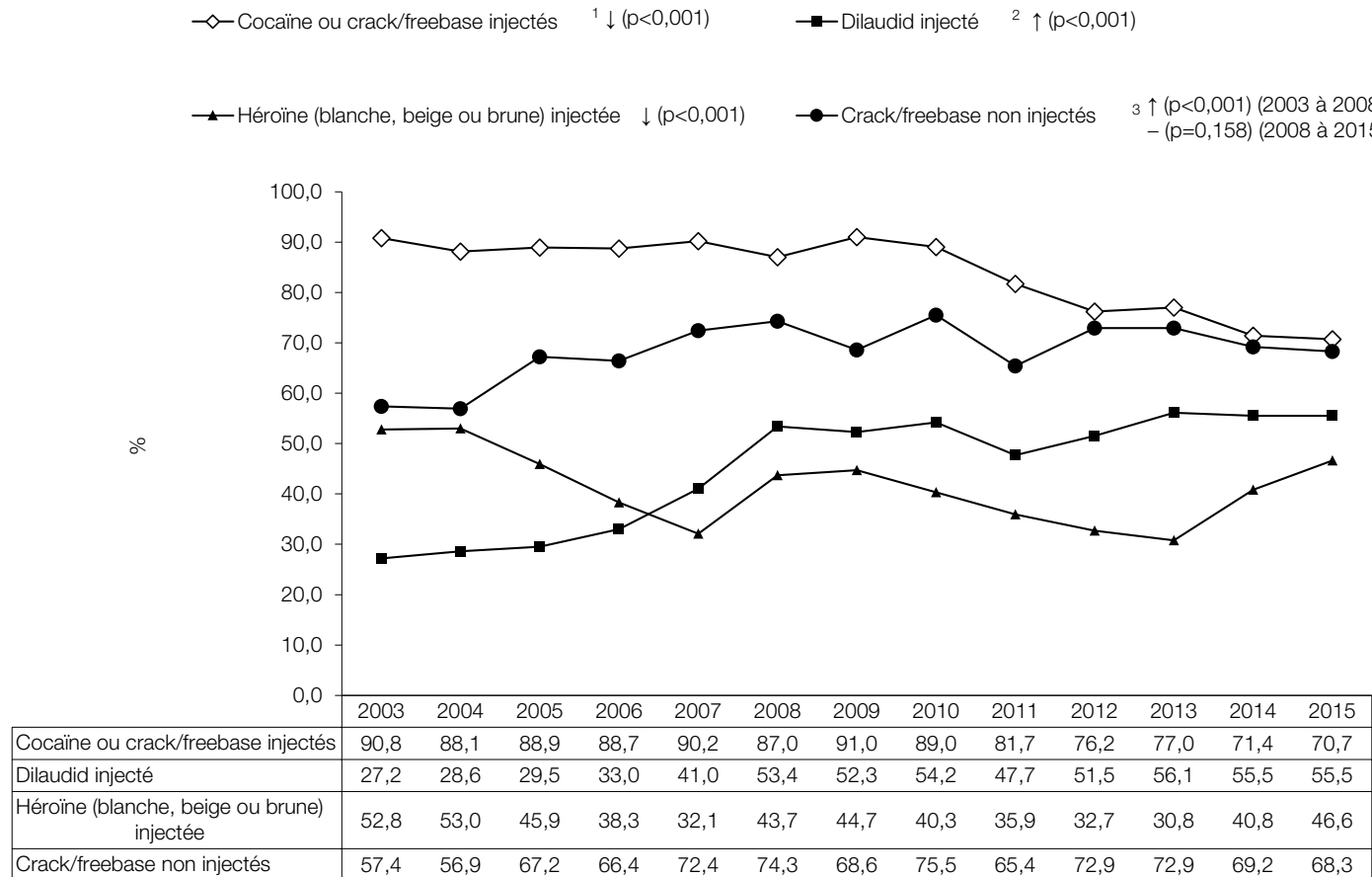
¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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

² Regroupant prescrit et non prescrit.

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

Figure 2 Tendances de la consommation de drogues – Montréal⁶ – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015



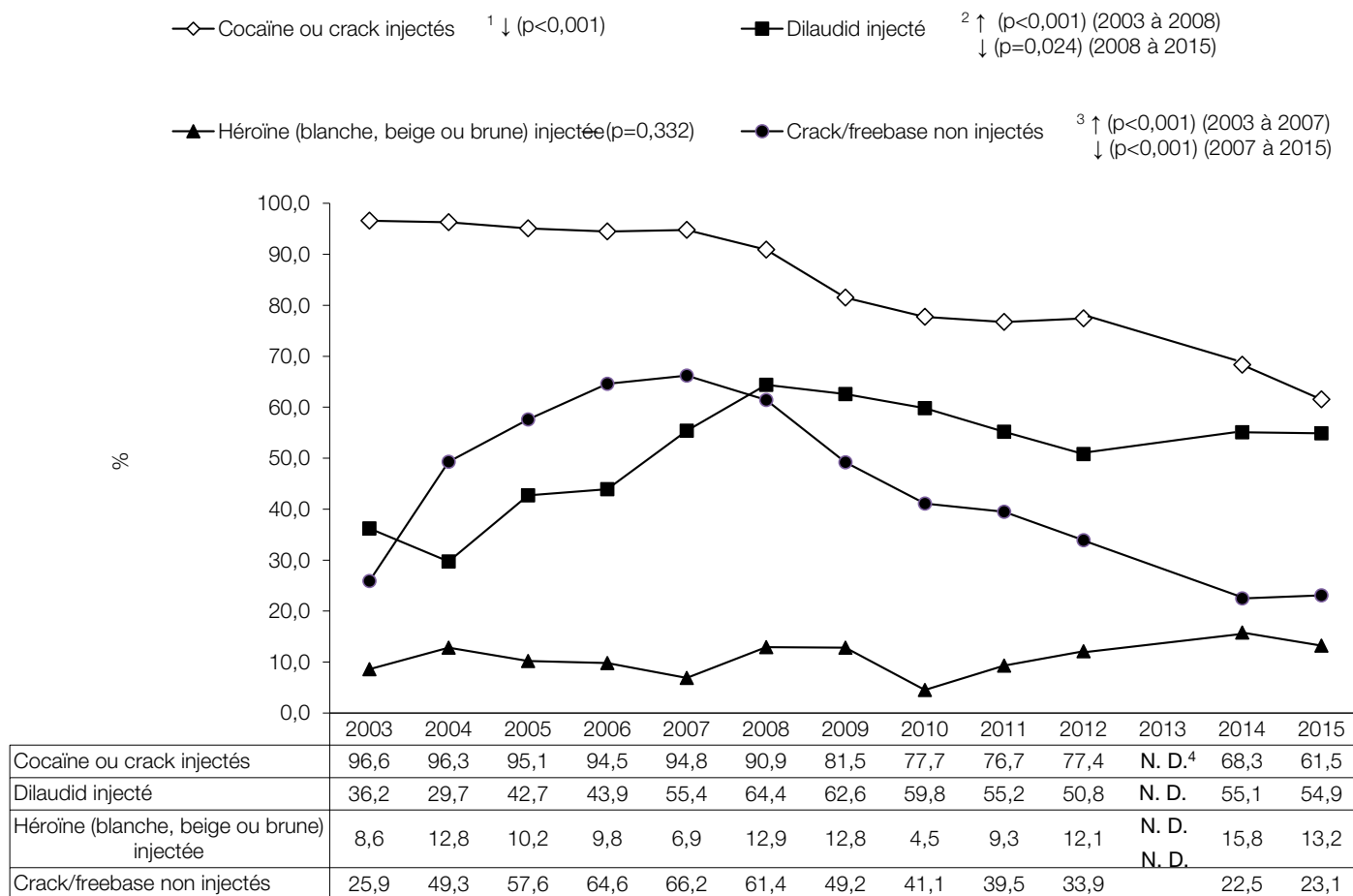
¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période
— = pas de tendance statistiquement significative; ↑ = hausse statistiquement significative; ↓ = baisse statistiquement significative.

² Regroupant prescrit et non prescrit.

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

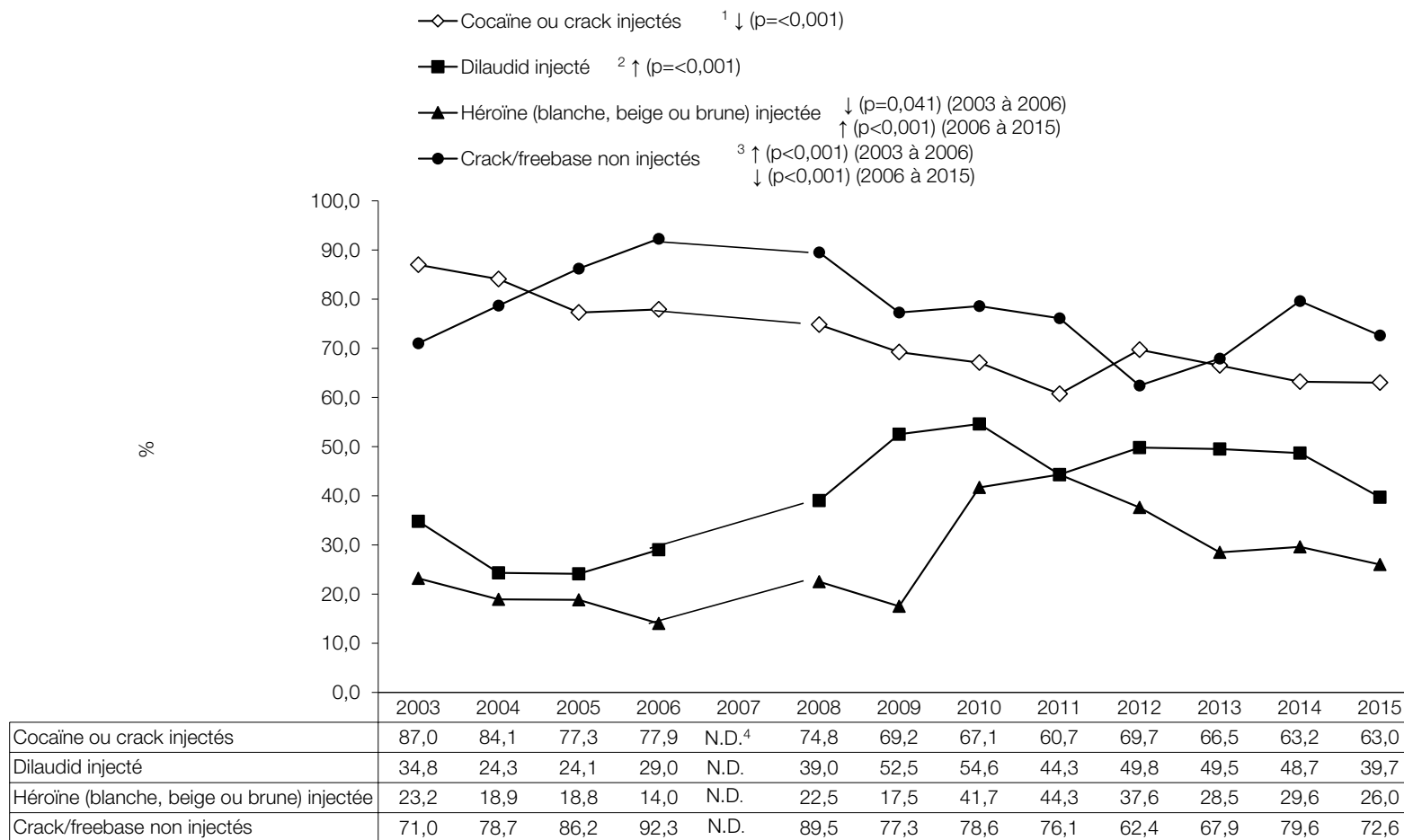
⁶ UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate.

Figure 3 Tendances de la consommation de drogues – Ville de Québec – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période
— = pas de tendance statistiquement significative; ↑ = hausse statistiquement significative; ↓ = baisse statistiquement significative.
² Regroupant prescrit et non prescrit.
³ Données antérieures à 2003 : 1995 : 51,3; 1996 : 41,5; 1997 : 44,0; 1998 : 16,4; 1999 : 51,1; 2000 : 50,0; 2001 : 42,0; 2002 : 42,2.
⁴ Aucun UDI n'a été recruté à Québec en 2013, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

Figure 4 Tendances de la consommation de drogues – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015



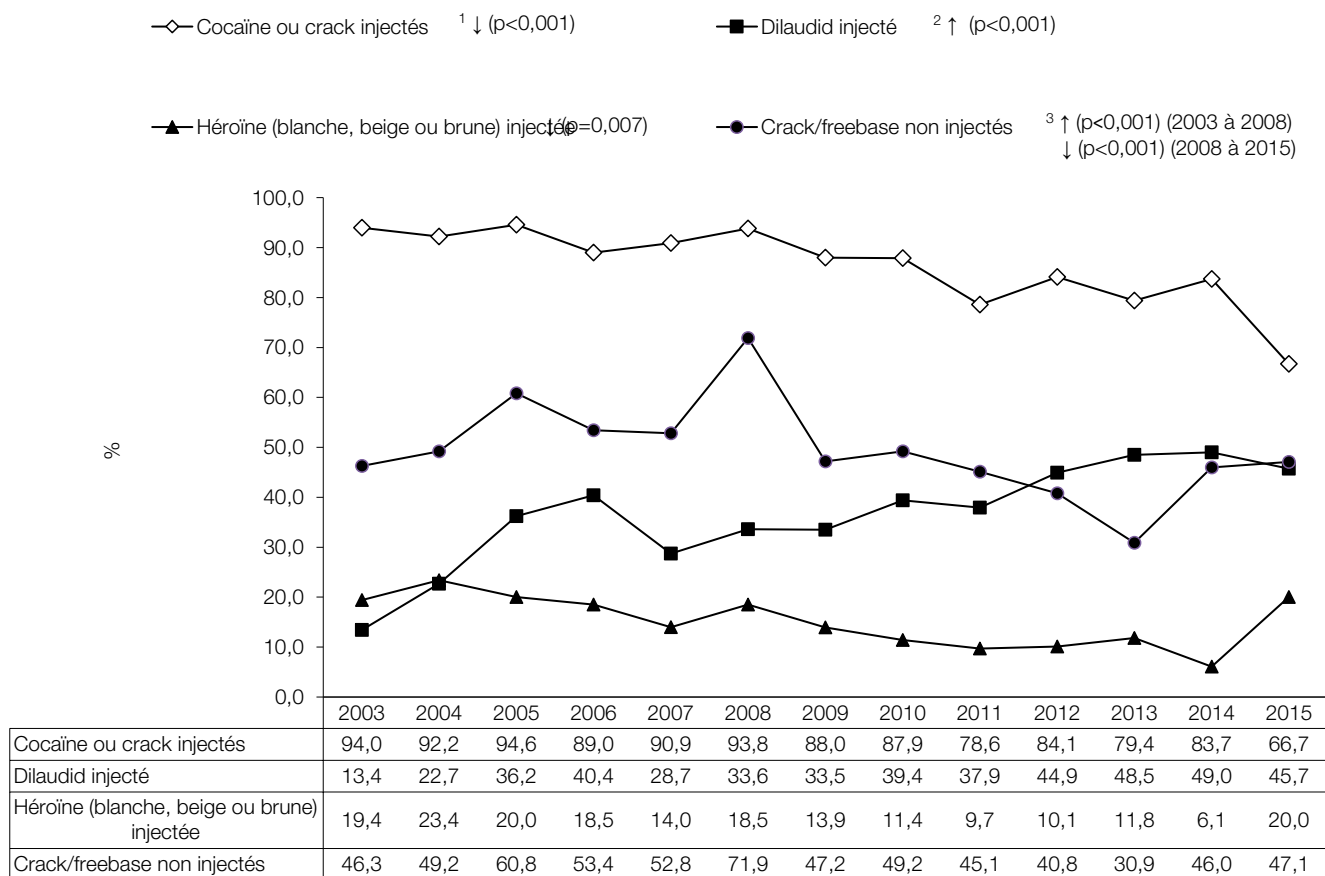
¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période
— = pas de tendance statistiquement significative; ↑ = hausse statistiquement significative; ↓ = baisse statistiquement significative.

² Regroupant prescrit et non prescrit.

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

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

Figure 5 Tendances de la consommation de drogues – Semi-urbains⁷ – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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

² Regroupant prescrit et non prescrit.

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

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

Tableau 17 Médicaments opioïdes injectés dans les six derniers mois, selon qu'ils aient été prescrits ou non au participant, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2016

Médicament (Total de ceux qui en ont consommé/N total)	Prescrit seulement		Non prescrit seulement		Prescrit et non prescrit	
	N	% ¹	n	%	n	%
Dilaudid (1 931/3 804)	71	3,7	1 606	83,2	254	13,1
Hydromorph-Contin ² (1 332/2 886)	49	3,7	1 149	86,3	134	10,1
Morphine (1 128/3 808)	69	6,1	909	80,6	150	13,3
Oxycodone/Oxycontin ² (384/2 882)	19	4,9	331	86,2	34	8,8
Méthadone (89/3 810)	26	29,2	53	59,5	10	11,2
Suboxone (13/3 803)	7	53,8	6	46,1	0	0,0

¹ Parmi ceux qui ont consommé cette drogue.

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

La grande majorité des participants (80,6 % à 86,3 %) s'injecte exclusivement des médicaments opioïdes qui ne leur sont pas prescrits (tableau 17). Entre 3,7 % et 6,1 % des participants ne s'injectent que leurs médicaments opioïdes prescrits (excluant méthadone et Suboxone). Entre 8,8 % et 13,3 % des participants s'injectent à la fois des médicaments opioïdes prescrits et non prescrits.

L'injection de méthadone et de Suboxone est retrouvée chez un nombre non négligeable de 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, 2009-2016

Médicaments (Total de ceux qui en ont consommé/N total)	Prescrite seulement		Non prescrite seulement		Prescrite et non prescrite	
	N	% ¹	n	%	N	%
Méthadone (1 108/3 817)	887	80,0	146	13,2	75	6,8
Dilaudid (793/3 809)	184	23,2	505	63,7	104	13,1
Morphine (639/3 806)	141	22,1	413	64,6	85	13,3
Hydromorph-Contin ² (452/2 893)	92	20,3	295	65,3	65	14,4
Oxycodone/Oxycontin ² (293/2 892)	43	14,7	211	72,0	39	13,3
Suboxone (125/3 802)	86	68,8	24	19,2	15	12,0

¹ Parmi ceux qui ont consommé cette substance.

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 (80,0 %) ne consomment que de la méthadone qui leur est prescrite. Il faut savoir ici que la manière dont la question est posée à propos des médicaments consommés autrement que par injection prescrits ne permet pas de distinguer s'il s'agit d'un usage approprié ou non (autrement que requis par la prescription). 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 63,7 % et 72,0 %).

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, 2009-2016

Consommation de méthadone ou de Suboxone prescrites autrement que par injection	Six derniers mois		Dernier mois	
	n/N	%	n/N	%
Parmi tous les UDI	1 041/3 817	27,3	886/3 794	23,3
Parmi les UDI qui ont consommé (par injection ou autrement) des opioïdes durant la période	929/2 922	31,8	710/2 602	27,3
Parmi les UDI qui se sont injecté des opioïdes durant la période	905/2 686	33,7	682/2 371	28,8

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'opioïdes¹⁷. 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 (33,7 % et 28,8 %, 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, 2004-2016

Lieu d'injection	n/7 127	%
Sa propre résidence	4 226	59,3
Un lieu public :	3 795	53,2
<i>La rue/un stationnement extérieur</i>	2 695	37,8
<i>Des toilettes publiques</i>	2 357	33,1
<i>Un boisé/un parc</i>	1 825	25,6
<i>Une entrée/un escalier ou un corridor d'un immeuble</i>	475	6,7
<i>Un stationnement intérieur/un garage</i>	415	5,8
<i>Un « squat »/piquerie</i>	371	5,2
<i>Un lieu commercial¹</i>	232	3,3
<i>Autres²</i>	147	2,1
La résidence d'un ami	2 715	38,1
Un hôtel/motel	1 315	18,4
Une maison de chambre/pension	826	11,6
Un véhicule privé	527	7,4
Un refuge, foyer	507	7,1
La résidence d'une personne peu ou pas connue	409	5,7
La résidence des parents	382	5,4
Un lieu de résidence de la parenté	233	3,3
Un centre de détention	102	1,4
Un lieu de soins ³	80	1,1
Ailleurs ⁴	91	1,3

¹ Incluant bar, peep-show, sauna.

² Par exemple : véhicule public (84).

³ Incluant hôpital, clinique de réadaptation, institution psychiatrique.

⁴ Par exemple : maison de transition (65), travail (18).

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, 2004-2016

Lieu d'injection	Réseau		UDI urbains		UDI semi-urbains ¹	
	n/7 099	%	n/6 106	%	n/993	%
Sa propre résidence	3 518	49,6	2 913	47,7	605	60,9
Un lieu public :	1 843	26,0	1 755	28,7	88	8,9
<i>La rue/un stationnement intérieur</i>	974	13,7	933	15,3	41	4,1
<i>Des toilettes publiques</i>	455	6,4	440	7,2	15	1,5
<i>Un boisé/un parc</i>	251	3,5	236	3,9	15	1,5
<i>Une entrée/un escalier ou un corridor d'un immeuble</i>	44	0,6	39	0,6	5	0,5
<i>Un « squat »/piquerie</i>	39	0,5	32	0,5	7	0,7
<i>Un lieu commercial²</i>	29	0,4	28	0,5	1	0,1
<i>Un stationnement/un garage</i>	31	0,4	29	0,5	1	0,1
<i>Autres³</i>	21	0,3	18	0,3	3	0,3
La résidence d'un ami	841	11,8	694	11,4	147	14,8
Une maison de chambre/pension	333	4,7	302	5,0	31	3,1
Un hôtel/motel	185	2,6	142	2,6	43	4,3
Un refuge, foyer	133	1,9	130	2,1	3	0,3
La résidence des parents	69	1,0	45	0,7	24	2,4
Un véhicule privé	56	0,8	45	0,7	11	1,1
La résidence d'une personne peu ou pas connue	50	0,7	36	0,6	14	1,4
Un lieu de résidence de la parenté	31	0,4	19	0,3	12	1,2
Un centre de détention	23	0,3	8	0,1	15	1,5
Ailleurs ⁴	17	0,2	17	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 (4), abri (1).

⁴ Par exemple : maison de transition (16).

Pour la moitié des participants (49,6 %), le lieu d'injection le plus fréquent est sa propre résidence. Pour un individu sur quatre (26,0 %), 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, 2006-2016

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	5 295/5 295	100	997/5 295	18,8	806/5 260	15,3
Eau	5 154/5 216	98,8	1 035/5 154	20,1	907/5 154	17,6
Filtre	4 577/5 224	87,6	731/5 224	16,0	651/5 224	14,2
Contenant	4 936/5 221	94,5	1 058/4 936	21,4	956/4 936	19,4
Tourniquet/garrot	3 014/5 218	57,8	585/3 014	19,4	493/3 014	16,4
Tampon alcoolisé (avant injection)	4 168/5 224	79,8	178/4 168	4,3	173/4 168	4,1
Tampon sec (post-injection)	3 557/5 211	68,3	170/3 557	4,8	154/3 557	4,3
Acidifiant	1 857/5 184	35,8	217/1 857	11,7	201/1 857	10,8
Au moins un item de matériel (excluant la seringue)	5 126/5 159	99,4	1 490/5 126	29,1	1 286/5 126	25,1

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 1995-2016, 28,7 % (4 137/14 412) des UDI ont rapporté avoir utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre alors que 24,2 % (3 491/14 395) 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 2016, un individu sur cinq (18,8 %) s'est injecté avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre au cours des 6 mois précédents. On observe des proportions similaires pour l'utilisation de l'eau (20,1 %) et des contenants pour diluer ou chauffer la drogue (21,4 %) déjà utilisés par quelqu'un d'autre. On note aussi que 15,3 % 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 29,1 % (1 490/5 126) des UDI ont utilisé au moins une fois du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre et que 25,1 % (1 286/5 126) ont passé à quelqu'un d'autre leur matériel au moins une fois après usage.

Depuis 2011, au moment de leur dernière injection, 6,3 % (182/2 883) des participants n'ont pas utilisé une seringue stérile (données non montrées dans les tableaux).

Depuis 2011, 57,4 % (1 649/2 874) des UDI ont rapporté s'être injecté des restes de drogues (souvent appelés « wash »). Parmi ceux-ci, 31,3 % (508/1 625) 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 2013, 84,0 % (1 146/1 364) des participants ont déclaré avoir déjà été incarcérés dans une prison, un pénitencier ou un établissement correctionnel, 16,7 % (191/1 142) s'y sont déjà injectés des drogues, et 57,2 % (107/187) 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, 2003-2016

Comportement dans le dernier mois (N)		n	%
Fréquence d'injection dans le dernier mois (7 397)	Jamais	959	13,0
	pas toutes sem.	1 679	22,7
	1-2 jours/sem.	1 141	15,4
	3 à 6 jours/sem.	1 084	14,6
	tous les jours	2 534	34,3
Nombre d'injections dans le dernier mois ¹ (6 320)	1 à 4	1 045	16,5
	5 à 10	874	13,8
	11 à 20	799	12,6
	21 à 40	633	10,0
	41 à 60	623	9,9
	61 à 100	697	11,0
	101 à 200	907	14,3
	201 à 9 000	742	11,7
Proportion d'injections pour lesquelles une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre a été utilisée ¹ (6 361)	aucune	5 375	84,5
	1 à 20 %	670	10,5
	21 à 40 %	122	1,9
	41 à 60 %	100	1,6
	61 à 80 %	29	0,5
	81 à 100 %	65	1,0
Proportion d'injections pour lesquelles du matériel autre que des seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre a été utilisé ¹ (6 363)	aucune	5 046	79,3
	1 à 20 %	672	10,6
	21 à 40 %	193	3,0
	41 à 60 %	169	2,7
	61 à 80 %	66	1,0
	81 à 100 %	217	3,4

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

Pour la période de 2003 à 2016, le tiers des participants (34,3 %) se sont injectés à tous les jours dans le dernier mois (tableau 23). Un autre tiers (30,0 %) s'est injecté au moins une fois par semaine. Environ 20 % (15,5 % pour les seringues et 20,7 % 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 573 978 injections au total faites dans le dernier mois par 6 250 participants, 25 025 (4,4 %) ont été faites avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre et 46 119 (8,0 %) ont été faites avec du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre (données non montrées dans les tableaux, 2003-2016).

Les analyses des données brutes pour les milieux urbains et semi-urbains (sans ajuster pour d'autres caractéristiques comme l'âge ou le sexe) montrent que ces deux groupes d'UDI présentent un niveau de risque différent pour certains comportements d'injection de drogues (tableau 24). Les UDI urbains sont, par exemple, plus souvent des UDI de longue date et une plus grande proportion d'entre eux s'injecte tous les jours. Cependant, les UDI des programmes semi-urbains déclarent dans une plus grande proportion des comportements de partage de seringues (usage de seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre et prêt de seringues déjà utilisées par le participant) et ils rapportent davantage la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent (tableau 24).

Depuis 2003, 66,0 % (4 560/6 908) 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, 2003-2016

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	85,7	(1 774)	84,5	(1 501)	92,3	(273)	0,001
Ont eu des relations sexuelles au cours du dernier mois ^{3,4}	72,0	(1 716)	71,6	(1 456)	74,6	(260)	0,313
Prostitution ^{5,6}	27,7	(1 780)	27,1	(1 511)	31,6	(269)	0,126
Nb de partenaires sexuels masculins :							
0	16,9	(1 773)	17,8	(1 500)	12,1	(273)	
1	36,8	(1 773)	37,5	(1 500)	32,6	(273)	
2-5	22,7	(1 773)	20,9	(1 500)	32,6	(273)	< 0,001
≥ 6	23,6	(1 773)	23,8	(1 500)	22,7	(273)	(3 dl) ⁷
Parmi les hommes :							
Ont eu des relations sexuelles ²	66,0	(5 615)	65,0	(4 839)	72,4	(776)	< 0,001
Ont eu des relations sexuelles au cours du dernier mois ^{3,4}	43,7	(5 397)	44,3	(4 655)	40,0	(742)	0,029
Prostitution ^{5,6}	4,4	(5 606)	4,4	(4 841)	4,8	(765)	0,550
Nb de partenaires sexuels masculins ⁸ :							
0	91,7	(5 610)	91,5	(4 840)	93,1	(770)	
1	3,1	(5 610)	3,1	(4 840)	3,2	(770)	
2-5	2,9	(5 610)	2,9	(4 840)	2,6	(770)	0,103
≥ 6	2,2	(5 610)	2,4	(4 840)	1,0	(770)	(3 dl)
Nb de partenaires sexuels féminins :							
0	38,5	(5 613)	39,7	(4 837)	31,2	(776)	
1	31,0	(5 613)	30,7	(4 837)	32,6	(776)	
2-5	24,2	(5 613)	23,2	(4 837)	30,5	(776)	< 0,001
≥ 6	6,2	(5 613)	6,3	(4 837)	5,7	(776)	(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 1995-2016, 37,4% (1 294/3 459) des femmes et 7,7% (827/10 720) des hommes ont rapporté avoir eu des activités de prostitution dans les six derniers mois. Consulter la figure 11 pour la tendance temporelle de la pratique de la prostitution.

⁷ Degrés de liberté.

⁸ Pour la période 1995-2016, 11,8% % des hommes (1 265/10 729) ont rapporté avoir eu des partenaires sexuels masculins dans les six derniers mois.

Pour la période 2003-2016, 85,7 % des femmes et 66,0 % des hommes rapportent avoir eu des relations sexuelles orales, vaginales ou anales au cours des six derniers mois précédant l'entrevue. Au cours du dernier mois, environ les trois quarts des femmes (72,0 %) et près de la moitié des hommes (43,7 %) déclarent avoir eu des relations sexuelles (tableau 25). Un peu plus du quart des

femmes (27,7 %) et 4,4 % des hommes rapportent des activités de prostitution (partenaires sexuels clients) au cours des 6 mois précédents.

Parmi les hommes qui rapportent avoir eu des activités de prostitution dans les six derniers mois, 39,3 % (97/247) rapportent avoir eu six partenaires sexuels masculins ou plus pendant cette période. Cette proportion est de 0,5 % (27/5 353) 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, 74,9 % (370/494) rapportent avoir eu six partenaires sexuels masculins ou plus pendant cette période. Cette proportion est de 3,9 % (49/1 271) 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, 2003-2016

Fréquence d'utilisation du condom par les femmes	Partenaires réguliers Hommes		Partenaires occasionnels Hommes		Clients Hommes	
	n/1 032 ¹	%	n/432	%	n/426	%
Toujours	176	17,0	196	45,4	303	71,1
Parfois	193	18,7	129	29,9	97	22,8
Jamais	663	64,2	107	24,8	26	6,1

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 (54,6 %, 236/432). Cette proportion est également importante avec les partenaires masculins clients (28,9 %, 123/426) (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, 2003-2016

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/99 ¹	%	n/1 872	%	n/125	%	n/1 791	%	n/77	%	n/71	%
Toujours	33	33,3	448	23,9	67	53,6	934	52,1	50	64,9	41	57,7
Parfois	14	14,1	344	18,4	22	17,6	458	25,6	13	16,9	18	25,3
Jamais	52	52,5	1 080	57,7	36	28,8	399	22,3	14	18,2	12	16,9

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 47,8 % (857/1 791) avec leurs partenaires femmes et 46,4 % (58/125) avec leurs partenaires hommes. Cette proportion est également importante avec les partenaires sexuels clients, soit 42,2 % (30/71) avec les partenaires femmes et 35,1 % (27/77) avec les partenaires hommes (tableau 27).

3.4 Prévalence du VIH et du VHC

Tableau 28 Prévalence du VIH, par âge et sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016

Âge (ans)	Femmes		Hommes		Données manquantes pour le sexe	Total	
	N	%	N	%		N	%
< 20	106	0,0	91	0,0	1 (0 pos)	198	0,0
20-24	296	1,7	486	4,3	2 (1 pos)	774	3,5
25-29	288	11,5	689	5,4	4 (1 pos)	981	7,2
30-34	237	10,1	736	9,2	8 (0 pos)	981	9,4
35-39	262	14,5	858	13,5	9 (5 pos)	1 129	14,1
≥ 40	591	17,8	2 722	20,3	7 (2 pos)	3 320	19,9
Total	1 770	11,6	5 582	14,2	31 (9 pos)	7 383 ¹	13,7 ²

¹ Le résultat au test VIH (salive) est inconnu pour 19 femmes, 46 hommes et une personne de sexe inconnu.

² Intervalle de confiance 95 % : 12,9-14,5.

La prévalence du VIH sur l'ensemble de la période d'observation (2003-2016) est de 13,7 % (1 009/7 383). 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 importante de prévalence du VIH entre les hommes et les femmes est expliquée par le fait que les hommes recrutés sont plus vieux.

Pour la dernière année complète de recrutement (2015), la prévalence du VIH dans le réseau est de 12,2 % (100/819) (tableau 29). En 2015, la prévalence de VIH la plus élevée a été observée à Montréal (voir la figure 6 pour l'analyse de tendance).

Tableau 29 Prévalence annuelle du VIH à la première visite⁸ annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2015

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	1 220	18,2	579	23,5	216	18,5	300	10,7	131	11,5
2005	1 101	17,2	459	24,4	245	14,7	277	11,2	130	9,2
2006	1 295	17,8	563	23,4	326	17,5	269	11,2	143	7,7
2007	928	18,5	529	22,3	230	17,0	N.D. ³	N.D.	143	10,5
2008	976	15,9	491	21,2	132	15,9	219	10,5	146	7,5
2009	928	16,6	460	22,0	193	15,0	120	10,8	159	7,5
2010	1 095	16,1	485	23,3	110	21,8	372	9,4	132	3,8
2011	938	19,2	478	25,7	173	13,9	191	12,6	103	8,7
2012	871	16,0	459	22,0	123	15,4	220	8,2	71	1,4
2013	769	17,3	483	20,7	N.D. ⁴	N.D.	220	13,6	67	6,0
2014	831	14,7	513	18,1	121	9,9	149	10,7	50	4,0
2015	819	12,2	454	16,1	90	8,9	172	9,3	105	2,9

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 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 à Québec en 2013, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

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

Tableau 30 Prévalence du VHC, par âge et sexe, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016

Âge (ans)	Femmes		Hommes		Données manquantes pour le sexe	Total	
	N	%	N	%		N	%
< 20	106	20,7	91	15,4	1 (0 pos)	198	18,2
20-24	287	51,6	486	38,1	2 (1 pos)	775	43,1
25-29	288	53,1	691	48,5	4 (3 pos)	983	49,9
30-34	239	69,5	738	53,9	8 (6 pos)	985	57,9
35-39	263	75,3	859	64,7	9 (6 pos)	1 131	67,2
≥ 40	594	75,2	2 739	74,4	7 (5 pos)	3 340	74,5
Total	1 777	63,8	5 604	62,9	31 (21 pos)	7 412 ¹	63,1 ²

¹ Le résultat au test VHC (salive) est inconnu pour 12 femmes et 24 hommes et une personne de sexe inconnu.

² Intervalle de confiance 95 % : 62,0-64,2.

La prévalence du VHC (anticorps contre le VHC) sur l'ensemble de la période d'observation (2003-2016) est de 63,1 % (4 680/7 412), 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 43,1 % chez les 20 à 24 ans. Chez les 35 ans et plus, près des trois quarts des participants ont des anticorps contre le VHC (tableau 30).

Tableau 31 Prévalence annuelle du VHC à la première visite⁹ annuelle, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015

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
2014	835	70,8	517	73,7	120	70,0	150	59,8	50	52,0
2015	824	67,4	458	76,6	91	64,8	172	52,1	105	41,9

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 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 à Québec en 2013, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

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

Pour la dernière année complète de recrutement (2015), la prévalence du VHC dans le réseau est de 67,4 % (555/824) selon le tableau 31. En 2015, 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, 2003-2016

Région de recrutement	N	% brute	IC 95 % ¹	% ajustée ²
Abitibi-Témiscamingue	218	3,2	1,3 – 6,5	2,9
Estrie	466	9,2	6,8 – 12,2	8,9
Mauricie et Centre-du-Québec	228	7,9	4,7 – 12,2	8,3
Montérégie	121	5,8	2,4 – 11,6	5,8
Montréal	3 248	18,2	16,9 – 19,6	18,1
Ottawa	1 802	10,3	8,9 – 11,8	9,1
Outaouais	214	7,9	4,7 – 12,4	7,4
Ville de Québec	1 143	13,3	11,4 – 15,4	12,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	110	4,5	1,5 – 10,3	7,3

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, 2003-2016

Région de résidence ¹	N	%	IC 95 % ²
Abitibi-Témiscamingue	217	3,2	1,3 – 6,5
Estrie	465	9,2	6,8 – 12,2
Mauricie et Centre-du-Québec	258	7,7	4,8 – 11,7
Montérégie	270	12,6	8,9 – 17,1
Montréal	3 067	18,6	17,2 – 20,0
Ottawa	1 789	10,5	9,1 – 12,0
Outaouais	231	6,9	4,0 – 11,0
Ville de Québec	1 138	13,3	11,3 – 15,4
Saguenay-Lac-Saint-Jean	111	4,5	1,5 – 10,2
Laval	44	27,3	15,0 – 42,8
Lanaudière	37	24,3	11,8 – 41,2
Laurentides	35	8,6	1,8 – 23,1

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 14,8 % (IC 95 % : 14,0 - 15,7) et de 7,0 % (IC 95 % : 5,6 - 8,6) dans les programmes semi-urbains (données non montrées dans les tableaux, 2003-2016).

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 à Ottawa, variant entre 10,3 et 18,2 % (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, 2003-2016

Région de recrutement	N	% brute	IC 95 % ¹	% ajustée ²
Abitibi-Témiscamingue	217	47,9	41,1 – 54,8	51,9
Estrie	466	49,4	44,7 – 54,0	49,6
Mauricie et Centre-du-Québec	228	62,3	55,6 – 68,6	62,5
Montérégie ³	121	59,5	50,2 – 68,3	54,5
Montréal	3 266	68,2	66,6 – 69,8	68,1
Ottawa	1 805	62,1	58,8 – 63,3	57,2
Outaouais	216	49,5	42,7 – 56,4	44,3
Ville de Québec	1 151	67,4	64,6 – 70,1	64,3
Saguenay–Lac-Saint-Jean	110	25,4	17,6 – 34,6	34,6

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.

³ 271 individus disant résider en Montérégie ont été recrutés, la plupart à Montréal. 148 de ceux-ci ont été trouvés positifs au VHC (54,6 %; IC 95 % : 48,5 - 60,6).

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 34,6 % au Saguenay–Lac-Saint-Jean à 68,1 % à Montréal. La région de la Mauricie et Centre-du-Québec ainsi que la ville de Québec ont également des prévalences du VHC parmi les plus élevées.

La prévalence brute du VHC dans les programmes urbains est de 65,6 % (IC 95 % : 64,5 - 66,8) et de 50,4 % (IC 95 % : 47,5 - 53,4) dans les programmes semi-urbains (données non montrées dans les tableaux, 2003-2016).

Tableau 35 Infection par le VIH et présence d'anticorps contre le VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016

Infection par le VIH	Anticorps contre le VHC		Total
	Oui	Non	
Oui	860 ^{1,2,3}	148 ⁴	1 008
Non	3 794 ⁵	2 580 ⁶	6 374
Total	4 654	2 728	7 382

¹ 85,3 % (860/1 008) de ceux qui sont infectés par le VIH ont aussi des anticorps contre le VHC.

² 18,5 % (860/4 654) de ceux qui ont des anticorps contre le VHC sont aussi infectés par le VIH.

³ 11,6 % (860/7 382) sont séropositifs pour les deux virus.

⁴ 5,4 % (148/2 728) de ceux qui ne sont pas séropositifs pour le VHC sont infectés par le VIH.

⁵ 59,5 % (3 794/6 374) de ceux qui ne sont pas infectés par le VIH sont séropositifs pour le VHC.

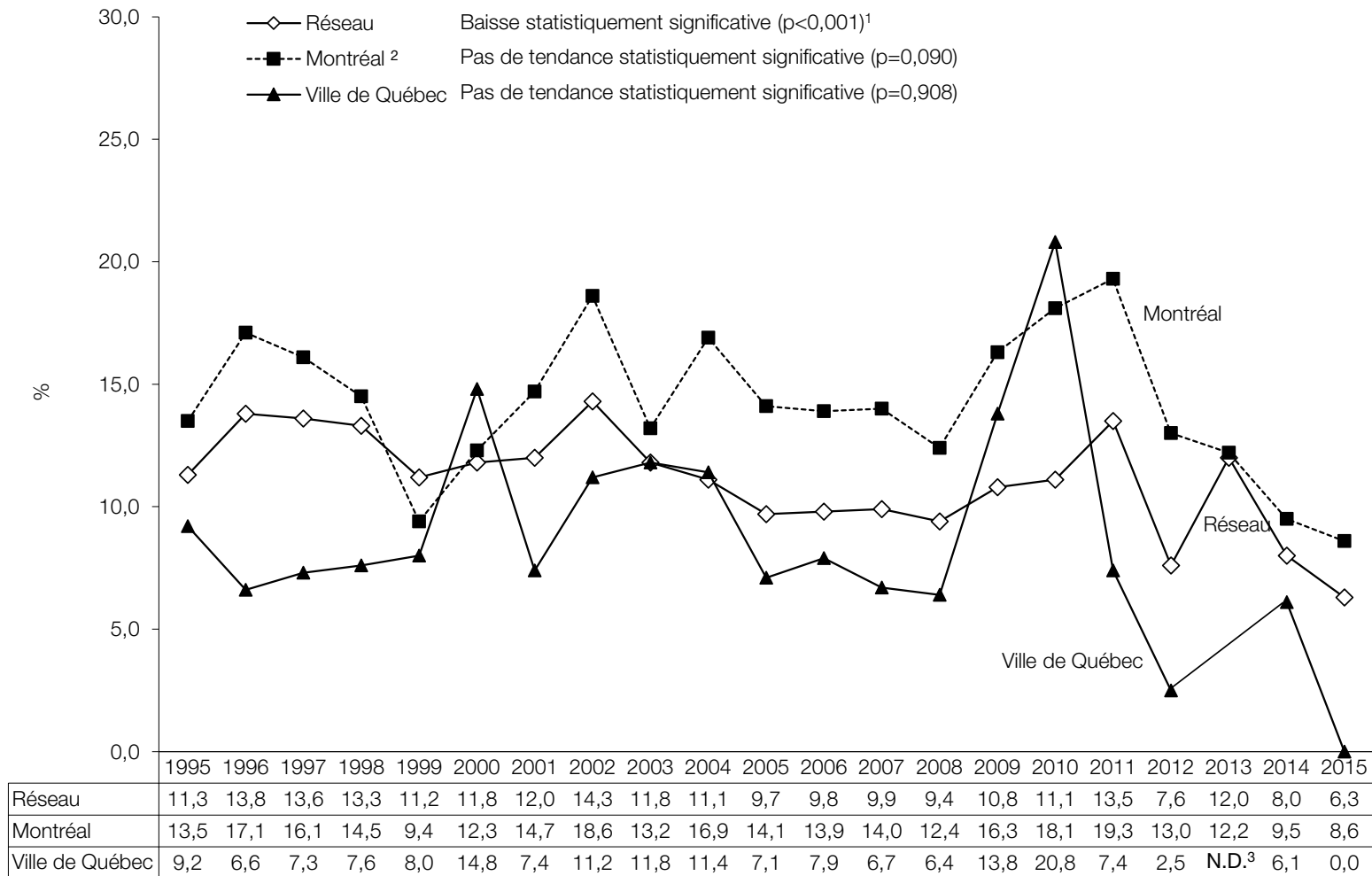
⁶ 34,9 % (2 580/7 382) ne sont infectés ni par le VIH, ni par le VHC.

Parmi les participants que nous avons trouvés infectés par le VIH, 85,3 % (860/1 008) ont aussi des anticorps contre le VHC. À l'inverse, 18,5 % (860/4 654) de ceux qui ont des anticorps contre le VHC sont aussi infectés par le VIH. Parmi l'ensemble des participants, 34,9 % (2 580/7 382) ne sont infectés ni par le VIH ni par le VHC (tableau 35).

Sur la période 1995-2015, la prévalence du VIH à la première visite à vie a diminué significativement dans l'ensemble du réseau. Pour Québec et Montréal, la prévalence semble être à la baisse depuis quelques années (figure 6). La seule sous-région où une baisse statistiquement significative est observée pour la période globale de 1995 à 2015 est à Ottawa/Outaouais (figure 6 – suite).

La prévalence du VHC à la première visite à vie dans le réseau est à peu près stable à Québec et dans les programmes semi-urbains alors qu'elle est à la hausse à Montréal (figure 7). À Ottawa/Outaouais, la prévalence du VHC est à la baisse de 2003 à 2005 et à la hausse de 2005 à 2015 (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, 1995-2015

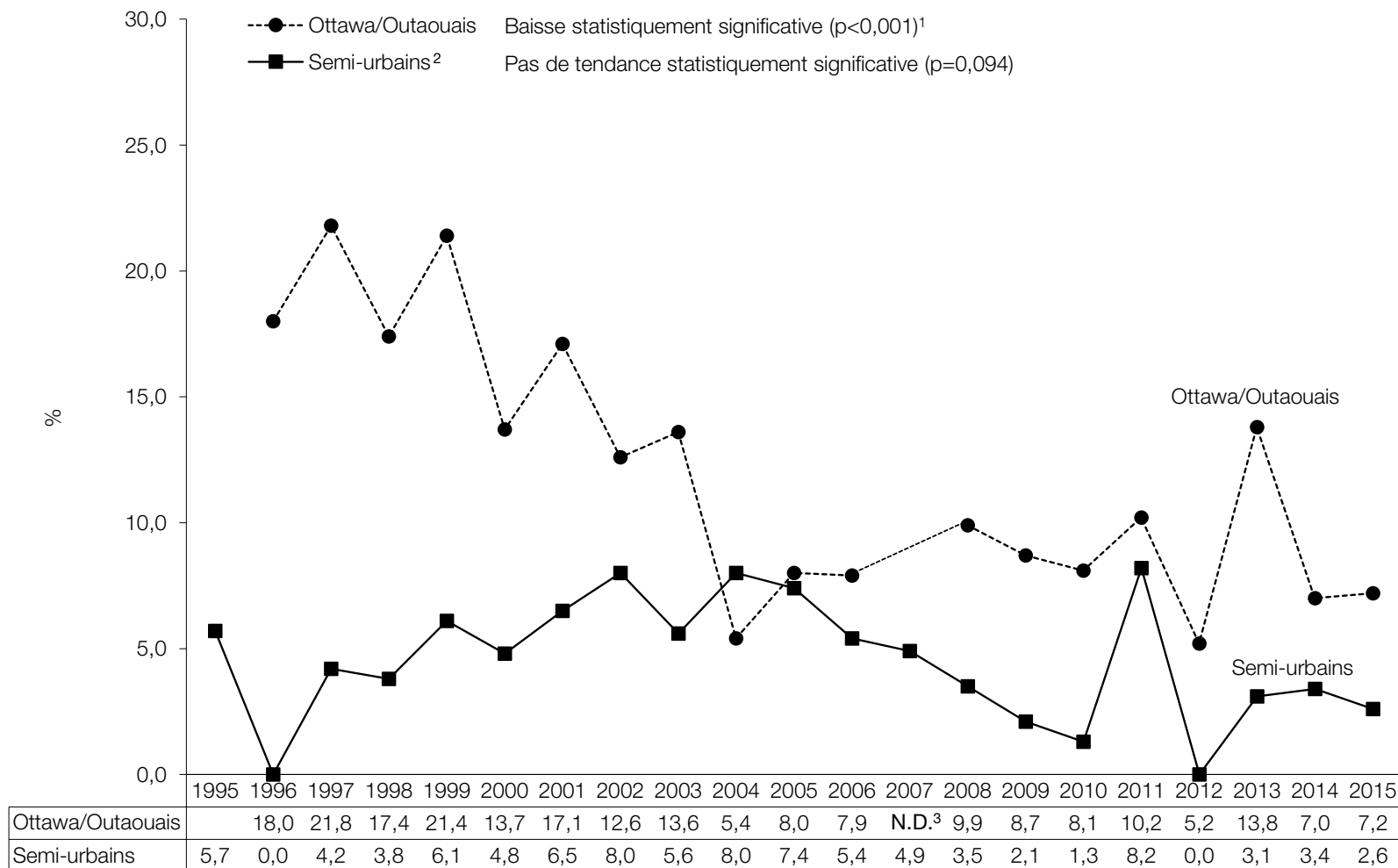


¹ Test du chi-carré de Mantel-Haenszel. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

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, 1995-2015 (suite)

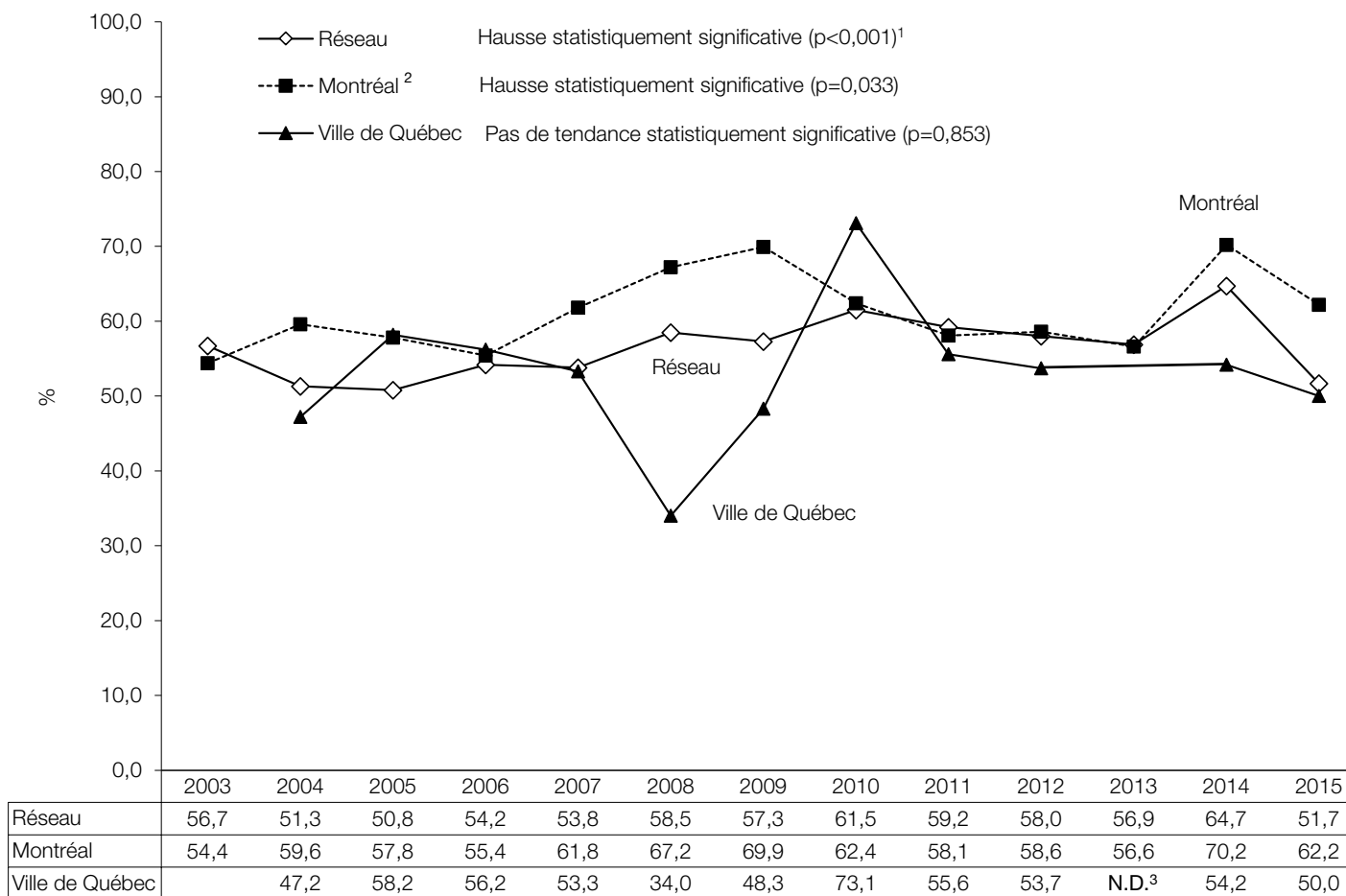


¹ Test du chi-carré de Mantel-Haenszel. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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 visite¹⁰ à vie dans le réseau, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015



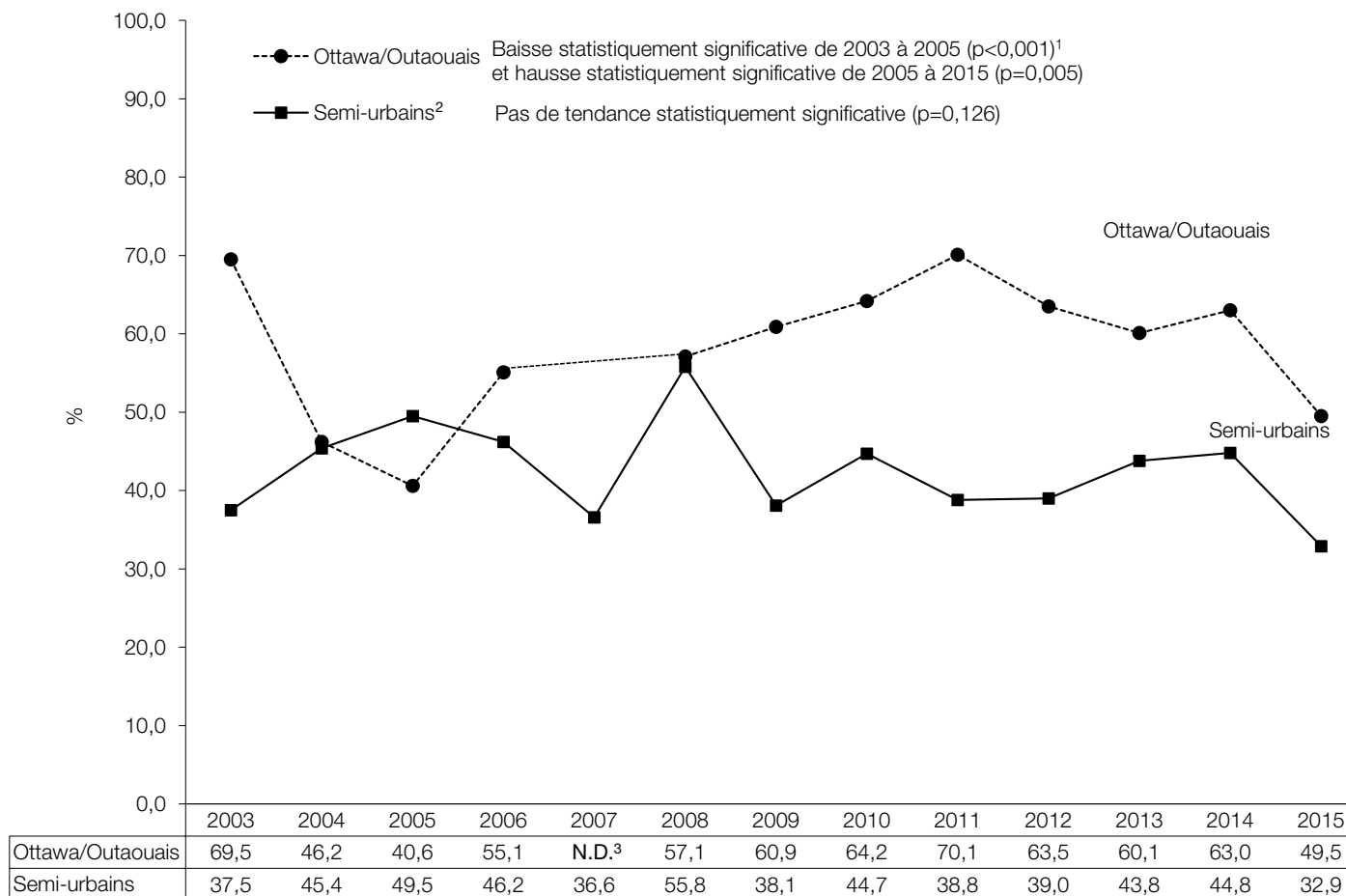
¹ Test du chi-carré de Mantel-Haenszel. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

¹⁰ 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 visite¹¹ à vie dans le réseau, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015 (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.

¹¹ 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 2016.

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

Chez les femmes, la prostitution et le nombre de partenaires sexuels masculins sont associés 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 rapportés. 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 associée à la prévalence du VHC (tableau 37, suite).

Tableau 36 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques et certains comportements, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016

Caractéristiques et comportements dans les six derniers mois (N)		%	Valeur-p
Âge (7 383)	< 25 ans	2,8	< 0,001
	25 ans et +	15,3	
Sexe (7 352)	masculin	14,2	0,004
	féminin	11,6	
Partenaires d'injection principaux (7 317)	inconnu	15,5	< 0,001 (2 dl) ¹
	connu	11,7	
	toujours seul	16,2	
Durée d'injection (7 364)	moins de 6 ans	4,7	< 0,001
	6 ans ou plus	16,8	
Ont prêté leurs seringues déjà utilisées (7 247)	oui	8,4	< 0,001
	non	14,8	
Fréquence d'injection dans le dernier mois ² (7 332)	jamais	9,9	0,410 test de tendance
	pas toutes sem.	14,4	
	1-2 jours/sem.	15,7	
	3 à 6 jours/sem.	16,0	
	tous les jours	12,7	
Se sont injectés avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre (7 280)	chaque fois	8,8	0,083 (3 dl)
	des fois	15,5	
	une seule fois	11,1	
	jamais	13,8	
De qui se sont-ils principalement procuré des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre (7 241)	inconnu	20,3	< 0,001 (2 dl)
	connu	11,2	
	pas utilisé	13,8	
Ont utilisé du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre ³ (6 384)	oui	11,0	0,001
	non	14,5	
De qui se sont-ils principalement procuré du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre ³ (6 245)	inconnu	15,0	0,001 (2 dl)
	connu	9,9	
	pas utilisé	14,5	
Utilisation de seringues et de matériel déjà utilisés par quelqu'un d'autre ³ (6 303)	seringue et matériel	14,3	< 0,001 (3 dl)
	matériel seulement	10,8	
	seringue seulement	17,7	
	ni seringue ni matériel	14,3	
Ont fumé du crack/freebase (7 377)	oui	14,2	0,097
	non	15,2	
Se sont injectés plus d'une drogue (7 374)	oui	12,5	< 0,001
	non	15,2	
Drogue la plus souvent injectée (7 315)	cocaïne	17,9	< 0,001 (3 dl)
	héroïne ⁴	5,3	
	médicaments opioïdes ⁵	10,4	
	autres	10,2	
Région de recrutement (7 383)	Montréal ⁶	18,4	< 0,001 (3 dl)
	Ville de Québec	13,2	
	Ottawa/Outaouais	10,4	
	Semi-urbains ⁷	6,5	

Tableau 36 Prévalence du VIH selon certains comportements sexuels, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016 (suite)

Comportement dans les six derniers mois (N)			%	Valeur-p
Parmi les femmes :				
Prostitution ⁸ (1 761)	oui		14,1	0,042
	non		10,6	
Nombre de partenaires masculins (1 756)	0		17,6	< 0,001 (3 dl)
	1		9,9	
	2-5		8,2	
	≥ 6		13,3	
Parmi les hommes :				
Prostitution ⁸ (5 560)	oui		17,1	0,187
	non		14,1	
Nombre de partenaires masculins (5 564)	0		13,4	< 0,001 (3 dl)
	1		20,0	
	2-5		24,8	
	≥ 6		29,0	
Nombre de partenaires féminines (5 567)	0		22,2	< 0,001 (3 dl)
	1		10,6	
	2-5		8,3	
	≥ 6		6,6	
Relations sexuelles avec d'autres hommes (5 569)	oui		24,1	< 0,001
	non		13,4	

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/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).

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 19,7 ans vs 13,9 ans chez les non infectés (valeur-p < 0,001). Pour l'âge on a 42,5 vs 37,0 (valeur-p < 0,001) et pour le nombre d'injections dans le dernier mois on a 86,5 vs 78,8 (valeur-p = 0,182).

Tableau 37 Prévalence du VHC selon certaines caractéristiques et certains comportements, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016

Caractéristiques et comportements dans les six derniers mois (N)		%	Valeur-p
Âge (7 412)	< 25 ans	38,0	< 0,001
	25 ans et +	66,9	
Sexe (7 381)	masculin	62,9	0,487
	féminin	63,8	
Durée d'injection (7 393)	moins de 6 ans	38,9	< 0,001
	6 ans ou plus	71,7	
Ont fumé du crack/freebase (7 406)	oui	63,8	0,082
	non	61,8	
Utilisation matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre pour fumer ou inhaler (7 325)	chaque fois	58,3	< 0,001 (3 dl) ¹
	des fois	62,0	
	une seule fois	60,4	
	jamais	66,4	
Injection de cocaïne (7 401)	oui	65,9	< 0,001
	non	51,1	
Injection de cocaïne le plus souvent (7 343)	oui	65,2	< 0,001
	non	60,9	
Partenaires d'injection principaux (7 346)	inconnu	64,7	< 0,001 (2 dl)
	connu	60,8	
	seul	66,7	
Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre (7 307)	chaque fois	57,3	< 0,001 (3 dl)
	des fois	70,1	
	une seule fois	65,1	
	jamais	62,0	
De qui se sont-ils procuré des seringues principalement lorsqu'elles avaient déjà été utilisées par quelqu'un d'autre (7 269)	inconnu	74,1	< 0,001 (2 dl)
	connu	65,9	
	pas utilisé	62,0	
Ont utilisé du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre ² (6 410)	oui	62,2	0,025
	non	65,1	
Ont utilisé de l'eau déjà utilisée par quelqu'un d'autre (7 350)	oui	62,6	0,554
	non	63,4	
Ont utilisé un filtre déjà utilisé par quelqu'un d'autre (7 350)	oui	61,8	0,286
	non	63,9	
Ont utilisé un contenant déjà utilisé par quelqu'un d'autre (7 354)	oui	60,6	0,016
	non	63,9	
De qui se sont-ils principalement procuré du matériel autre que seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ² (6 270)	inconnu	68,2	0,001 (2 dl)
	connu	60,3	
	pas utilisé	658,1	

Tableau 37 Facteurs associés à la prévalence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016 (suite)

Comportement dans les six derniers mois (N)		%	Valeur-p
Fréquence d'injection dans le dernier mois ³ (7 361)	jamais	47,4	< 0,001 test de tendance
	pas toutes sem.	60,4	
	1-2 jours/sem.	60,5	
	3 à 6 jours/sem.	65,6	
	tous les jours	70,0	
Nombre d'injections dans le dernier mois ³ (7 276)	aucune	47,4	< 0,001 test de tendance
	1 à 4	57,5	
	5 à 10	60,7	
	11 à 20	60,9	
	21 à 40	63,1	
	41 à 60	68,4	
	61 à 100	67,9	
	101 à 200	71,8	
	201 à 3 000	76,9	
Proportion d'injections pour lesquelles une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre a été utilisée ^{3,4} (6 330)	aucune	65,1	0,262 test de tendance
	1 à 20 %	66,8	
	21 à 40 %	68,0	
	41 à 60 %	70,7	
	61 à 80 %	67,9	
	81 à 100 %	66,1	
Proportion d'injections pour lesquelles du matériel autre que des seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre a été utilisé ^{3,4} (6 333)	aucune	66,4	< 0,001 test de tendance
	1 à 20 %	64,7	
	21 à 40 %	66,8	
	41 à 60 %	55,1	
	61 à 80 %	50,8	
	81 à 100 %	57,1	
Se sont injectés au moins une fois dans un endroit public ⁵ (7 092)	oui	65,5	< 0,001
	non	61,0	
Se sont injectés le plus souvent dans un endroit public ⁵ (7 064)	oui	69,3	< 0,001
	non	61,2	
Prostitution ⁶ (7 381)	oui	70,2	< 0,001
	non	62,4	
Région de recrutement (7 412)	Montréal ⁷	68,1	< 0,001 (3 dl)
	Ville de Québec	66,9	
	Ottawa/Outaouais.	60,7	
	Semi-urbaines ⁸	49,1	

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 17,2 ans vs 10,3 ans chez les non infectés (valeur p < 0,001). Pour l'âge on a 39,9 vs 34,1 (valeur-p < 0,001) et pour le nombre d'injections dans le dernier mois on a 93,0 vs 57,2 (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, 2003-2016

	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	6 782/7 402	91,6	3 057/3 262	93,7	1 060/1 1 151	92,1	1 887/2 097	90,0	975/1 100	88,6
Non	620/7 402	8,4	205/3 262	6,3	91/1 151	7,9	210/2 097	10,0	125/1 100	11,4
Résultat reçu parmi les individus testés :										
Positif	901/6 731	13,4	497/3 038	16,4	145/1 057	13,7	220/1 873	11,7	63/960	6,5
Négatif	5 369/6 731	79,8	2 287/3 038	75,3	859/1 057	81,3	1 567/1 873	83,7	803/960	83,6
En attente du résultat	315/6 731	4,7	177/3 038	5,8	37/1 057	3,5	51/1 873	2,7	69/960	7,2
Pas allés chercher résultat	116/6 731	1,7	63/3 038	2,1	10/1 057	0,9	29/1 873	1,5	20/960	2,1
Résultat indéterminé	5/6 731	0,1	2/3 038	0,1	2/1 057	0,2	1/1 873	0,1	1/960	0,1
Pas reçu le résultat	25/6 731	0,4	12/3 038	0,4	4/1 057	0,4	5/1 873	0,3	4/960	0,4
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	2 074/3 282	63,2	774/1 480	52,3	236/392	60,2	743/1 057	70,3	345/394	87,6
Milieu de vie ⁵	528/3 282	16,1	87/1 480	5,9	148/392	37,8	266/1 057	25,2	34/394	8,6
Études épidémiologiques ⁶	639/3 282	19,5	617/1 480	41,7	3/392	0,8	23/1 057	2,2	6/394	1,5
Autres ⁷	41/3 282	1,2	2/1 480	0,1	5/392	1,3	25/1 057	2,4	9/394	2,3
Endroit où le prélèvement de sang a été fait pour le dernier test parmi les individus testés³ :										
Cliniques et établissements ⁴	2 013/3 275	61,5	772/1 480	52,2	236/391	60,4	672/1 051	63,9	357/394	90,6
Milieu de vie ⁵	522/3 275	15,9	87/1 480	5,9	148/391	37,8	262/1 051	24,9	32/394	8,1
Études épidémiologiques ⁶	641/3 275	19,6	620/1 480	41,9	3/391	0,8	23/1 051	2,2	5/394	1,3
Autres ⁷	99/3 275	3,0	1/1 480	0,1	4/391	1,0	94/1 051	8,9	0/394	0,0
Connaissance du statut d'infection parmi ceux trouvés infectés par le VIH :										
Oui	816/1 005	81,2	465/589	78,9	130/152	85,5	187/216	86,6	56/75	74,7
Non	189/1 005	18,8	124/589	21,0	22/152	14,5	29/216	13,4	19/75	25,3

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, 2003-2016

	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	6 629/7 360	90,1	3 008/3 248	92,6	1 047/1 144	91,5	1 827/2 077	88,0	943/1 097	86,0
Non	731/7 360	9,9	240/3 248	7,4	97/1 144	8,5	250/2 077	12,0	154/1 097	14,0
Résultat reçu parmi les individus testés :										
Positif	4 052/6 592	61,5	1 879/3 004	62,5	664/1 043	63,7	1 150/1 814	63,4	479/927	51,7
Négatif	2 342/6 592	35,5	1 042/3 004	34,7	349/1 043	33,5	621/1 814	34,2	394/927	42,5
En attente du résultat	131/6 592	2,0	48/3 004	1,6	24/1 043	2,3	24/1 814	1,3	43/927	4,6
Pas allés chercher résultat	56/6 592	0,8	30/3 004	1,0	5/1 043	0,5	14/1 814	0,8	10/927	1,1
Résultat indéterminé	11/6 592	0,2	5/3 004	0,2	1/1 043	0,1	5/1 814	0,3	1/927	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	1 758/2 506	70,1	593/972	61,0	180/272	66,2	734/978	75,0	275/318	86,5
Milieus de vie ⁵	350/2 506	14,0	58/972	6,0	92/272	33,8	173/978	17,7	33/318	10,4
Études épidémiologiques ⁶	360/2 506	14,4	320/972	32,9	0/272	0,0	40/978	4,1	4/318	1,3
Autres ⁷	38/2 506	1,5	1/972	0,1	0/272	0,0	31/978	3,2	6/318	1,9
Endroit où le prélèvement de sang a été fait pour le dernier test parmi les individus testés³ :										
Cliniques et établissements ⁴	1 698/2 492	68,1	594/971	61,2	179/270	66,3	668/970	68,9	281/315	89,2
Milieus de vie ⁵	338/2 492	13,5	58/971	6,0	91/270	33,7	163/970	16,8	31/315	9,8
Études épidémiologiques ⁶	356/2 492	14,3	318/971	32,7	0/270	0,0	39/970	4,0	3/315	0,9
Autres ⁷	101/2 492	4,0	1/971	0,1	0/270	0,0	100/970	10,3	0/315	0,0
Connaissance du statut sérologique parmi ceux trouvés infectés par le VHC :										
Oui	3 668/4 650	78,9	1 702/2 215	76,8	606/772	78,5	1 042/1 263	82,5	432/550	78,5
Non	982/4 650	21,1	513/2 215	23,2	166/772	21,5	221/1 263	17,5	118/550	21,4

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, 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 2003-2016, 8,4 % (620/7 402) des participants n'avaient jamais été testés pour le VIH, alors que 6,8 % (456/6 731) 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, 18,8 % ne sont pas au courant de leur statut.

Pour la période 2003-2016, 9,9 % (731/7 360) des participants n'avaient jamais été testés pour le VHC, alors que 2,8 % (187/6 592) 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, 55,2 % (3 134/5 677) ont passé un test de dépistage VIH au cours des six derniers mois. Cette proportion est de 52,6 % (1 301/2 473) pour le VHC (données non montrées dans les tableaux, 2003-2016).

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, 2003-2016

	n	%
Connaissance du statut d'infection (N = 851) :		
Se croient séronégatifs pour les deux virus	64	7,5
Savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC, mais ne savent pas qu'ils sont infectés par le VIH	86	10,1
Savent qu'ils sont infectés par le VIH, mais ne savent pas qu'ils ont des anticorps contre le VHC	34	4,0
Savent qu'ils sont séropositifs pour les deux virus	667	78,4
Testing antérieur chez ceux qui se croient séronégatifs pour les deux virus (N = 64) :		
Jamais testés ni pour le VIH ni pour le VHC	12	18,7
Déjà testés pour le VHC, mais pas pour le VIH	1	1,6
Déjà testés pour le VIH, mais pas pour le VHC ¹	15	23,4
Déjà testés pour le VIH et pour le VHC ²	36	56,2
Visite chez un médecin dans les six derniers mois parmi ceux qui savent qu'ils sont séropositifs pour les deux virus (N = 655) :		
Pas vu médecin ni pour le VIH ni pour le VHC	80	12,2
Vu médecin pour le VHC, mais pas pour le VIH	13	2,0
Vu médecin pour le VIH, mais pas pour le VHC	159	24,3
Vu médecin pour le VIH et pour le VHC	403	61,5
Prise à vie de médicaments prescrits³ parmi ceux qui savent qu'ils sont séropositifs pour les deux virus (N = 542) :		
N'en n'ont jamais pris ni pour le VIH ni pour le VHC	77	14,2
En ont pris pour le VHC, mais pas pour le VIH	10	1,8
En ont pris pour le VIH, mais pas pour le VHC	360	66,4
En ont pris pour le VIH et pour le VHC	95	17,5
Prise actuelle de médicaments prescrits parmi ceux qui savent qu'ils sont séropositifs pour les deux virus (N = 647) :		
N'en prennent pas actuellement ni pour le VIH ni pour le VHC	216	33,4
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	415	64,1
En prennent actuellement pour le VIH et pour le VHC	15	2,3

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 69,7 % des individus (23/33).

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, 78,4 % le savaient pour les deux virus (tableau 40). Parmi ceux-ci, 87,8 % ont vu un médecin pour l'une ou l'autre de leurs infections dans les six mois précédents, 66,4 % ont déjà pris des médicaments pour le VIH, mais pas pour le VHC, et 64,1 % en prenaient au moment de l'entrevue. La majorité de ceux infectés pas les deux virus (80,6 %) n'ont jamais pris de médicaments pour le VHC.

Tableau 41 Connaissance du statut d'infection et suivi médical parmi ceux que nous avons trouvés infectés seulement par le VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016

	n	%
Connaissance du statut d'infection (N = 148) :		
Ne savent pas qu'ils sont infectés par le VIH	36	24,3
Savent qu'ils sont infectés par le VIH	112	75,7
Testing antérieur chez ceux qui ne savent pas qu'ils sont infectés par le VIH (N = 36) :		
Jamais testés pour le VIH	4	11,1
Dernier test pour le VIH remonte à il y a plus d'un an	11	30,6
Dernier test pour le VIH remonte à un an ou moins	21	58,3
Visite chez un médecin dans les six derniers mois parmi ceux qui savent qu'ils sont infectés par le VIH (N = 112) :		
Pas vu médecin pour le VIH	14	12,5
Vu médecin pour le VIH	98	87,5
Prise à vie de médicaments prescrits¹ pour le VIH parmi ceux qui savent qu'ils sont infectés par le VIH (N = 97) :		
N'en n'ont jamais pris	15	15,5
En ont déjà pris	82	84,5
Prise actuelle de médicaments prescrits pour le VIH parmi ceux qui savent qu'ils sont infectés par le VIH (N = 112) :		
N'en prennent pas actuellement	30	26,8
En prennent actuellement	82	73,2

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, 75,7 % savaient qu'ils étaient infectés par ce virus (tableau 41). Parmi ceux-ci, 87,5 % ont vu un médecin dans les six mois précédents, 84,5 % ont déjà pris des médicaments pour le VIH et 73,2 % 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, 2003-2016

	n	%
Connaissance du statut sérologique (N = 3 770) :		
Ne savent pas qu'ils ont des anticorps contre le VHC	878	23,3
Savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC	2 892	76,7
Testing antérieur chez ceux qui ne savent pas qu'ils ont des anticorps contre le VHC (N = 851) :		
Jamais testés pour le VHC	204	24,0
Dernier test pour le VHC remonte à il y a plus d'un an	199	23,4
Dernier test pour le VHC remonte à un an ou moins	448	52,6
Visite chez un médecin dans les six derniers mois parmi ceux qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC (N = 2 829) :		
Pas vu médecin pour le VHC	1 781	63,0
Vu médecin pour le VHC	1 048	37,0
Prise à vie de médicaments prescrits¹ pour le VHC parmi ceux qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC (N = 2 416) :		
N'en n'ont jamais pris	2 022	83,7
En ont déjà pris	394	16,3
Prise actuelle de médicaments prescrits pour le VHC parmi ceux qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC (N = 2 819) :		
N'en prennent pas actuellement	2 771	98,3
En prennent actuellement	48	1,7

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, 76,7 % savaient qu'ils avaient des anticorps contre ce virus. Parmi ceux-ci, 37,0 % ont vu un médecin pour leur infection dans les six mois précédents et 16,3 % 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 (63,5 %, 416/655, tableau 40) que chez ceux qui savent qu'ils ont des anticorps seulement contre le VHC (37,0 %, 1 048/2 829, tableau 42).

Tableau 43 Niveau de difficulté à se procurer des seringues neuves dans les six derniers mois, Réseau SurvUDI-I-Track, 2011-2016

	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 = 2 880)											
Très facile	2 387	82,9	1 234	86,7	233	74,2	705	84,2	238	70,8	
Plutôt facile	429	14,9	169	11,9	71	22,6	114	13,6	81	24,1	
Plutôt difficile	49	1,7	16	1,1	8	2,5	15	1,8	12	3,6	
Très difficile	15	0,5	5	0,3	2	0,6	3	0,4	5	1,5	
Fréquence d'utilisation d'un programme d'accès aux seringues stériles (N = 2 890)											
Jamais	143	4,9	25	1,7	8	2,5	75	8,9	35	10,4	
Pas dans les six derniers mois	74	2,6	26	1,8	19	6,0	24	2,9	7	2,1	
Occasionnellement, pas toutes les semaines	1 147	39,7	506	35,5	145	45,9	336	39,9	174	51,8	
Régulièrement, 1-2 fois par semaine	829	28,7	444	31,1	84	26,6	243	28,8	66	19,6	
Régulièrement, 3-6 fois par semaine	378	13,1	190	13,3	41	13,0	108	12,8	43	12,8	
Tous les jours	319	11,0	235	16,5	19	6,0	57	6,8	11	3,3	

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 (97,8 %) 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 (94,9 %) (tableau 43).

Plus de la moitié des participants (52,8 %) fréquentent régulièrement un programme d'accès aux seringues stériles, c'est-à-dire au moins 1-2 fois par semaine. Cette proportion est de 60,9 % pour Montréal et de 35,7 % 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, 2011-2016

	Réseau		Montréal ¹		Ville de Québec		Ottawa/ Outaouais		Semi-urbains ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sources d'aiguilles/seringues neuves³ (N = 2 882)										
Dans un site fixe dans un organisme communautaire	2 283	79,2	1 319	92,6	280	88,9	567	67,7	141	42,0
Dans une pharmacie	1 119	38,8	708	49,7	211	67,0	89	10,6	125	37,2
Dans un CLSC ⁴	776	26,9	151	10,6	82	26,0	429	51,2	122	36,3
Dans une roulotte	485	16,8	142	10,0	36	11,4	301	36,0	7	2,1
Par un travailleur de rue d'un organisme communautaire	569	19,7	366	25,7	55	17,5	57	6,8	100	29,8
Par un ami	419	14,5	155	10,9	79	25,1	127	15,2	62	18,4
Par un médecin ou un hôpital	115	4,0	13	0,9	24	7,6	5	0,6	78	23,2
Dans un établissement ⁵	106	3,7	12	0,8	0	0,0	89	10,6	5	1,5
Par un membre de ta famille ou un partenaire sexuel	81	2,8	14	1,0	16	5,1	35	4,2	18	5,4
Par un dealer de drogues	62	2,1	3	0,2	22	7,0	20	2,4	17	5,1
En les achetant de quelqu'un d'autre	29	1,0	5	0,3	9	2,9	12	1,4	4	1,2
En les volants	14	0,5	3	0,2	2	0,6	7	0,8	2	0,6
Autres ⁶	39	3,7	10	0,7	4	1,3	12	1,4	13	3,9
Source de laquelle ont été obtenues le plus souvent des aiguilles/seringues neuves³ (N = 2 825)										
Dans un site fixe dans un organisme communautaire	1 675	59,3	1 083	76,7	198	63,1	336	41,6	73	22,6
Dans un CLSC ⁴	347	12,3	19	1,3	14	4,5	243	30,1	74	22,9
Dans une pharmacie	332	11,7	169	12,0	60	19,1	39	4,8	67	20,7
Par un ami	151	5,3	61	4,3	19	6,0	53	6,6	21	6,5
Par un travailleur de rue d'un organisme communautaire	112	4,0	49	3,5	7	2,2	16	2,0	46	14,2
Dans une roulotte	81	2,9	7	0,5	7	2,2	66	8,2	1	0,3
Dans un établissement ⁵	48	1,7	4	0,3	0	0,0	41	5,1	3	0,9
Par un médecin ou un hôpital	29	1,0	4	0,3	3	1,0	0	0,0	23	7,1
Par un membre de ta famille ou un partenaire sexuel	20	0,7	8	0,6	3	1,0	4	0,5	5	1,5
Par un dealer de drogues	8	0,3	2	0,1	1	0,3	1	0,1	4	1,2
En les achetant de quelqu'un d'autre	1	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Autres ⁶	21	0,7	5	0,3	2	0,6	8	1,0	6	1,9

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 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’approvisionnement en seringues des participants sont relativement variables selon les régions de recrutement. Il est peu surprenant d’observer qu’une proportion élevée (79,2 %) d’UDI se procure des seringues par l’intermédiaire de sites fixes d’organismes communautaires. Cependant, cette proportion est plus faible à Ottawa/Outaouais (67,2 %) et pour les sites semi-urbains (42,0 %). Quant à la proportion de participants qui se procurent des seringues neuves le plus souvent dans les sites fixes d’organismes communautaires, elle est de seulement 22,6 % dans les sites semi-urbains, alors qu’elle est de 76,7 % pour Montréal. Les pharmacies sont également des sources importantes de seringues neuves (ces sources sont rapportées par 10,6 % à 67,0 % des participants, selon les sites de recrutement). Pour les sites semi-urbains, 20,7 % des participants rapportent que les pharmacies sont la source d’où ils obtiennent le plus souvent leurs seringues neuves (tableau 44).

3.7 Description des répéteurs et des non-répéteurs

Tableau 45 Distribution des visites multiples générées par les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2016

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	249	40,6	10	1,6	354	364	613
Estrie	221	21,2	53	5,1	769	822	1 043
Mauricie et Centre-du-Québec	78	15,2	39	7,6	395	434	512
Montréal	6 906	52,0	220	1,7	6 160	6 380	13 286
Ottawa	1 546	34,3	3	0,1	2 957	2 960	4 506
Outaouais	92	16,3	16	2,8	458	474	566
Ville de Québec	3 386	51,8	192	2,9	2 960	3 152	6 538
Saguenay-Lac-Saint-Jean	114	29,5	29	7,5	243	272	386
Réseau	12 661	-	618	-	14 553	15 171	27 832

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 2016, 28,9 % des participants (4 203/14 553) ont collaboré plus d’une fois à l’étude alors que 71,1 % (10 350/14 553) n’ont participé qu’à une seule reprise. En tout, les participants ont généré 27 832 visites (tableau 45).

Dans le tableau 45, on voit par exemple que 13 286 visites au total ont été faites à Montréal. Lors des analyses par région de recrutement, on retire 6 906 visites intra-régions (52,0 % des visites totales) et on conserve 6 380 dernières visites à Montréal. Lors des analyses pour le réseau global, on retire en

plus 220 visites inter-régions (1,7 % des visites totales) et on conserve 6 160 dernières visites à Montréal pour obtenir un total de 14 553 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) au réseau SurvUDI.

Tableau 46 Comparaison des comportements d'injection au cours des six derniers mois des répéteurs et des non-répéteurs, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2016

Comportement dans les six derniers mois	Non-répéteurs	Répéteurs ²	Valeur-p
	% (N)	% (N)	
Partenaires d'injection principaux ¹ :			
inconnu	15,9 (4 719)	19,0 (1 429)	
connu	54,6 (4 719)	57,0 (1 429)	< 0,001
toujours seul	29,5 (4 719)	24,0 (1 429)	(2 dl) ³
S'injectent depuis 6 ans ou plus	61,4 (10 037)	55,6 (4 169)	< 0,001
Ont prêté leurs seringues déjà utilisées	24,8 (10 228)	31,2 (4 169)	< 0,001
Se sont injectés au moins une fois par jour dans le dernier mois ⁴	29,5 (10 191)	32,5 (4 079)	0,001
Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre	29,9 (10 242)	35,9 (4 158)	< 0,001
Se sont procuré leurs seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre principalement d'inconnus (chez les 4 331 emprunteurs de seringues qui ont répondu à la question)	25,7 (2 937)	24,6 (1 394)	0,450
Ont utilisé du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre ⁵	31,9 (4 023)	32,4 (1 134)	0,752
Se sont procuré leur matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre principalement d'inconnus (chez les 4 361 emprunteurs de matériel qui ont répondu à la question) ⁵	23,4 (3 107)	24,1 (1 254)	0,647
Se sont injectés plus d'une drogue	46,4 (10 338)	47,3 (4 200)	0,310
Droque la plus souvent injectée :			
cocaïne	63,8 (10 260)	66,7 (4 175)	
héroïne ⁶	14,6 (10 260)	15,8 (4 175)	
médicaments opioïdes ⁷	16,2 (10 260)	13,9 (4 175)	< 0,001
autres	5,4 (10 260)	3,6 (4 175)	(3 dl)

¹ Question ajoutée en 2003, donc le dénominateur est de 6 148 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 76,2 % (7 684/10 086) des non-répéteurs et 74,1 % (3 104/4 187) des répéteurs recrutés ($p = 0,010$). Les UDI âgés de 25 ans et plus représentent 76,1 % (7 684/10 099) des non répéteurs et 72,6 % (3 045/4 192) des répéteurs ($p < 0,001$). Au total, 12,7 % (1 856/14 553) des UDI proviennent d'un site semi-urbain (Abitibi-Témiscamingue, Mauricie et Centre-du-Québec, Montérégie [à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate], le Saguenay-Lac-Saint-Jean et l'Estrie). Les UDI semi-urbains représentent 14,4 % (1 493/10 350) des non-répéteurs et 8,6 % (363/4 203) des répéteurs ($p < 0,001$, données non montrées dans les tableaux, 1995-2016).

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 toujours seuls et à s'injecter le plus souvent 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, 1995-2016

Comportement dans les six derniers mois	Non-répéteurs	Répéteurs ¹	Valeur-p
	% (N)	% (N)	
Parmi les femmes :			
Prostitution ²	34,2 (2 383)	44,4 (1 076)	< 0,001
Nb de partenaires sexuels masculins :			
0	11,1 (2 384)	7,2 (1 076)	
1	30,2 (2 384)	25,3 (1 076)	
2-5	27,2 (2 384)	25,2 (1 076)	< 0,001
≥ 6	31,5 (2 384)	42,4 (1 076)	(3 dl) ³
Parmi les hommes :			
Prostitution ²	7,3 (7 630)	8,5 (3 090)	0,044
Nb de partenaires sexuels masculins :			
0	88,7 (7 639)	86,8 (3 090)	
1	3,6 (7 639)	4,8 (3 090)	
2-5	4,0 (7 639)	3,7 (3 090)	0,002
≥ 6	3,6 (7 639)	4,7 (3 090)	(3 dl)
Nb de partenaires sexuels féminins :			
0	28,3 (7 635)	27,7 (3 089)	
1	29,6 (7 635)	30,0 (3 089)	
2-5	30,8 (7 635)	32,1 (3 089)	0,218
≥ 6	11,3 (7 635)	10,1 (3 089)	(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, 1995-2016

		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	1995-2016	4 165	3 675	16 446,4	328	2,0	1,8-2,2
	1995-2002	2 702	2 338	6 424,8	197,9	3,1	2,7-3,5
	2003-2016	1 463	1 337	10 021,6	130,1	1,3	1,1-1,5
Montréal³	1995-2016	1 971	1 688	7 953,9	175	2,2	1,9-2,5
	1995-2002	1 222	1 018	2 797,1	100,1	3,6	2,9-4,3
	2003-2016	749	670	5 156,8	74,9	1,5	1,1-1,8
Ville de Québec	1995-2016	1 023	937	4 454,0	83	1,9	1,5-2,3
	1995-2002	812	736	2 226,3	56,8	2,6	1,9-3,2
	2003-2016	211	201	2 227,7	26,2	1,2	0,7-1,6
Ottawa/Outaouais	1995-2016	760	661	2 305,9	51	2,2	1,6-2,8
	1995-2002	430	357	826,4	33,5	4,1	2,7-5,4
	2003-2016	330	304	1 479,5	17,5	1,2	0,6-1,7
Semi-urbains⁴	1995-2016	411	389	1 732,6	19	1,1	0,6-1,6
	1995-2002	238	227	575,0	7,5	1,3	0,4-2,2
	2003-2016	173	162	1 157,6	11,5	1,0	0,4-1,6

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 2,0 ans (médiane = 1,2).

Le suivi moyen par répéteur est de 4,9 ans (médiane = 3,2).

Parmi les répéteurs testés initialement séronégatifs pour le VIH entre 1995 et 2016, l'incidence du VIH est de 2,0 par 100 personnes-années (PA). Elle est de 2,2 par 100 PA à Montréal, de 2,2 par 100 PA à Ottawa/Outaouais, de 1,9 par 100 PA à Québec et de 1,1 par 100 PA dans les programmes semi-urbains (tableau 48). Les taux d'incidence sont également présentés séparément pour les périodes 1995-2002 et 2003-2016.

Tableau 49 Incidence du VHC, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1997-2016

	Réseau	Montréal ¹	Ville de Québec	Ottawa/Outaouais	Semi-urbains ²
Nombre de répéteurs testés	3 178	1 532	718	616	312
Nombre de répéteurs testés initialement VHC séronégatifs	1 231	597	298	183	153
Suivi (nombre de PA ³)	2 687,7	1 320,8	617,0	369,2	380,6
Nombre de séroconversions	590	311	164	64	51
Taux d'incidence (par 100 PA)	21,9	23,5	26,6	17,3	13,4
IC 95 % ⁴ (par 100 PA)	20,2 – 23,7	20,9 – 26,2	22,5 – 30,6	13,1 – 21,6	9,7 – 17,1

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

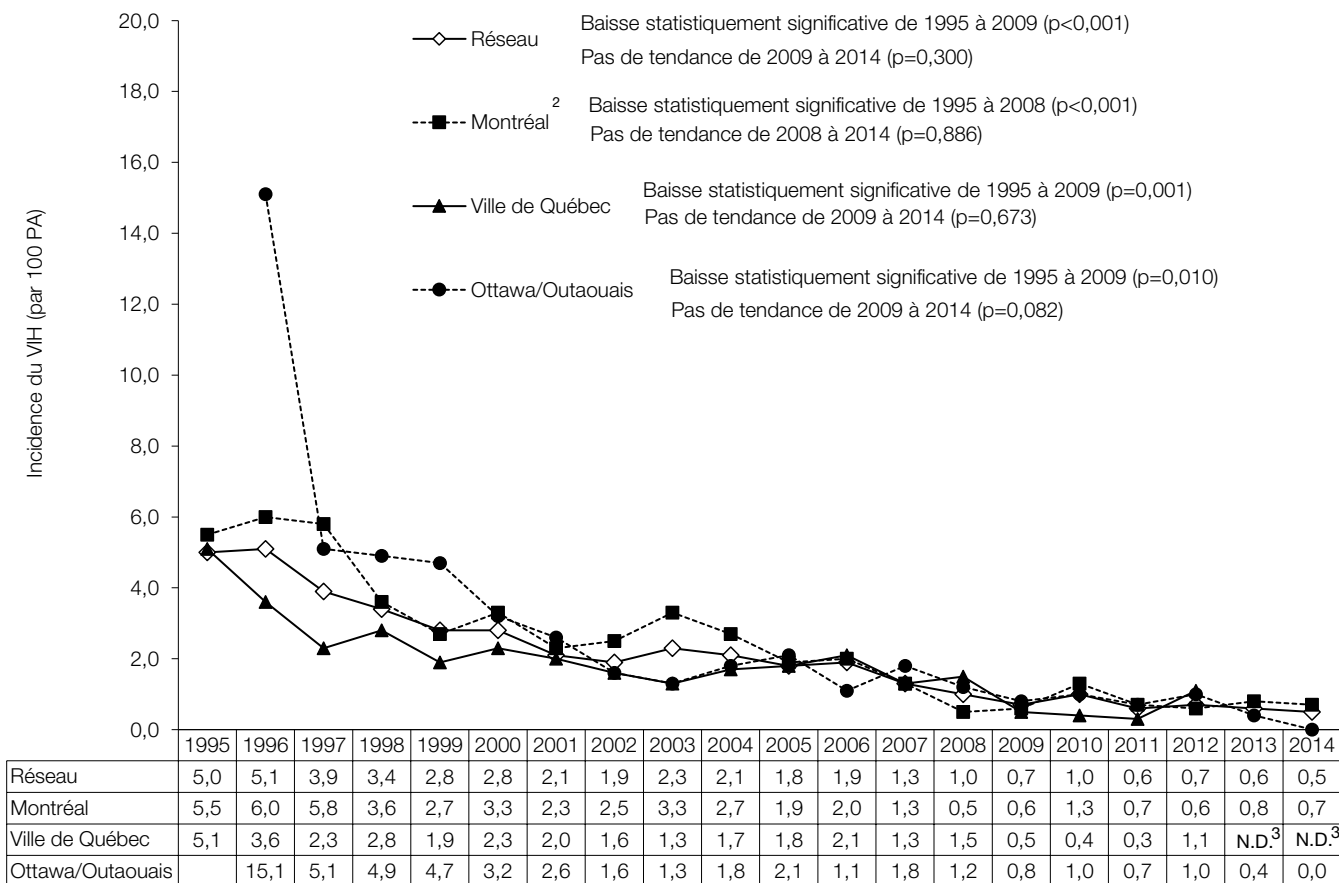
² UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

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 2016, l'incidence des séroconversions au VHC dans le réseau est de 21,9 par 100 PA. Elle est de 26,6 par 100 PA à Québec, de 23,5 par 100 PA à Montréal, de 17,3 par 100 PA à Ottawa/Outaouais et de 13,4 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, 1995-2014



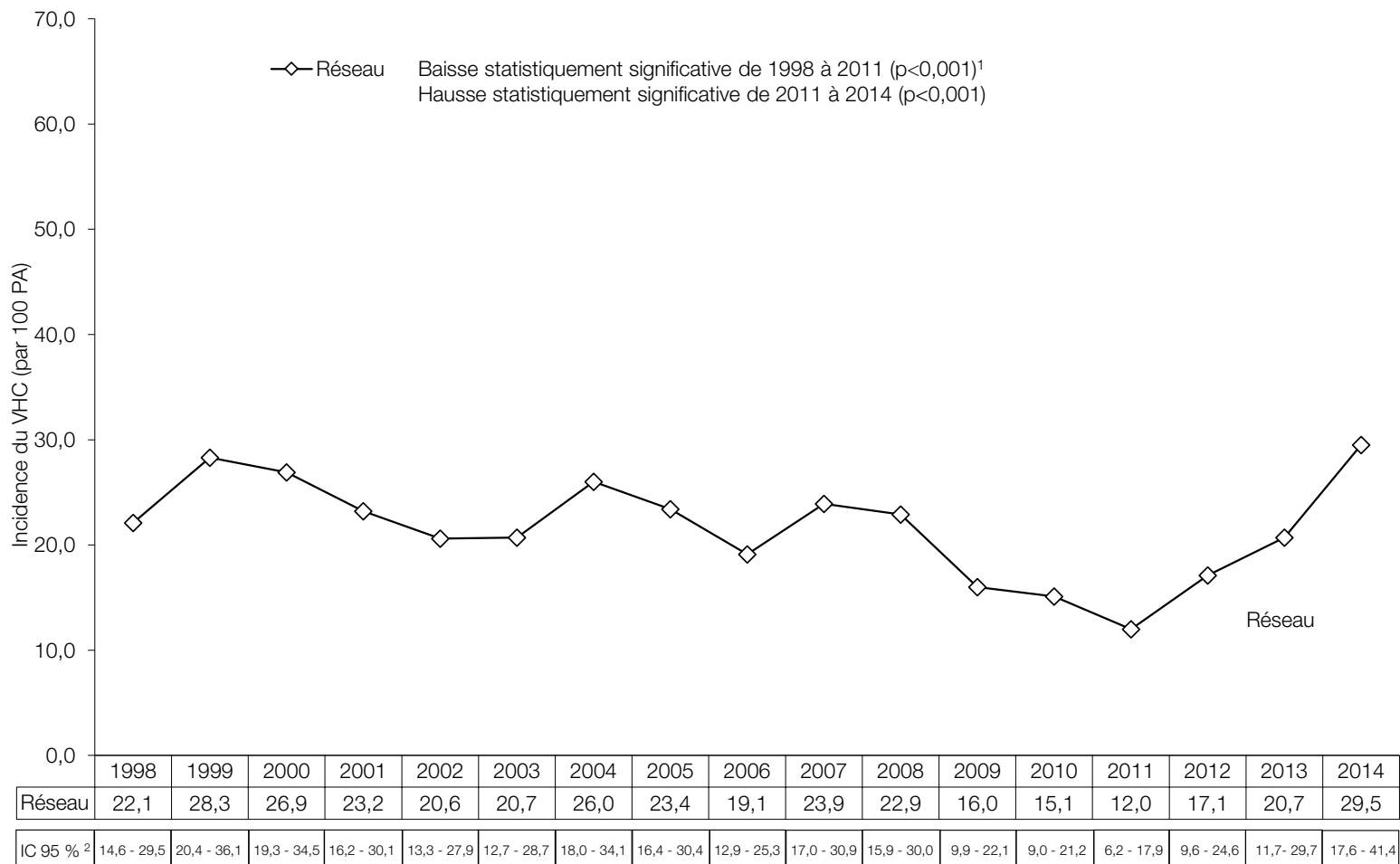
¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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

³ Aucun UDI n'a été recruté à Québec en 2013, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année et la valeur 2014 a été jugée encore trop instable pour être présentée.

Les taux d'incidence du VIH ont baissé de façon statistiquement significative, de 1995 à 2009 pour tout le réseau ainsi qu'à Québec et à Ottawa/Outaouais, et de 1995 à 2008 pour Montréal (figure 8). Les taux d'incidence du VIH se stabilisent à partir de 2009 pour toutes les régions sauf à Montréal où la diminution statistiquement significative se termine plutôt en 2008.

Figure 9 Tendances de l'incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1998-2014



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 1998-2011, les taux d'incidence des séroconversions au VHC ont baissé de façon statistiquement significative (figure 9), mais une hausse statistiquement significative est observée à partir de 2011.

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, 1995-2016

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}	2,59	2,36	1,87 – 2,97	< 0,001
Cocaïne comme drogue injectée le plus souvent ^{3,4}	2,45	2,08	1,54 – 2,82	< 0,001
Sexe masculin ⁴	1,07	1,35	1,00 – 1,83	0,052
S'injecter au moins une fois par jour (1995-2002) ⁵	1,41	1,50	1,10 – 2,05	0,010
(2003-2016) ⁵	1,00	1,14	0,78 – 1,66	0,511
Âge 25 ans et plus (1995-2002)	2,59	2,38	1,56 – 3,64	< 0,001
(2003-2016)	0,68	0,68	0,42 – 1,10	0,114
Prostitution (1995-2002) ^{3,6}	1,39	1,40	0,96 – 2,04	0,078
(2003-2016) ^{3,6}	2,41	2,16	1,42 – 3,31	< 0,001
Aussi dans le modèle :				
Région de recrutement urbaine ⁷				
(1995-2002)	2,54	2,59	1,14 – 5,86	0,023
(2003-2016)	1,20	1,37	0,77 – 2,44	0,289

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 2003-2016).

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 1995-2016¹². Plusieurs associations avec l'incidence du VIH varient entre les deux périodes 1995-2002 et 2003-2016. Pour certaines variables, l'association était statistiquement significative pour 1995-2002 et devient non significative pour la période 2003-2016. 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 2003-2016 (tableau 50).

¹² Seules les variables disponibles pour toute la période 1995-2016 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, 1997-2016

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	1,74	1,72	1,43 – 2,06	< 0,001
Cocaïne comme drogue injectée le plus souvent ³	1,13	1,16	0,97 – 1,39	0,097
Âge 25 ans et plus	1,00	1,17	0,97 – 1,41	0,104
S'injecter au moins une fois par jour ⁴	1,32	1,33	1,11 – 1,59	0,002
Prostitution ^{3,5}	1,72	1,53	1,24 – 1,88	< 0,001
Aussi dans le modèle :				
Région de recrutement				
Semi-urbaines ⁶	1,00	1,00		(référence)
Montréal ⁷	2,01	2,05	1,49– 2,82	< 0,001
Ville de Québec	2,08	2,11	1,51– 2,95	< 0,001
Ottawa/Outaouais	1,34	1,51	1,02– 2,23	0,039

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, 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 et dans les semi-urbains entre la première et la dernière visite (tableau 53). La cocaïne comme drogue injectée le plus souvent a diminué de façon statistiquement significative à Montréal, à Québec et à Ottawa/Outaouais, chez les répéteurs, entre la première et la dernière visite (tableau 54).

Tableau 52 Tendances de l'utilisation de seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois, parmi les répéteurs, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2016

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	306	420	726 (36,7 %)	147	238	385 (38,6 %)
	Non	216	1 037		111	502	
	Total	522 (26,4 %)		1 979	258 (25,8 %)		998

Se sont injectés avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre		Baisse statistiquement significative ($p = 0,005$)			Baisse statistiquement significative ($p = 0,001$)		
		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	120	201 (26,8 %)	75	94	169 (42,2 %)
	Non	80	468		54	177	
	Total	161 (21,5 %)		749	129 (32,2 %)		400

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, 2004-2016

Se sont injectés avec du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre ¹		Baisse statistiquement significative ($p < 0,001$) ²			Pas de tendance statistiquement significative ($p = 0,680$)		
		Montréal ³ à la dernière visite			Ville de Québec à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	62	120	182 (30,6 %)	29	28	57 (35,2 %)
	Non	63	350		25	80	
	Total	125 (21,0%)		595	54 (33,3%)		162

Se sont injectés avec du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre		Pas de tendance statistiquement significative ($p = 0,185$)			Pas de tendance statistiquement significative ($p = 0,026$)		
		Ottawa/Outaouais à la dernière visite			Semi-urbains ⁴ à la dernière visite		
		Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
À la première visite	Oui	26	40	66 (27,5 %)	23	34	57 (45,2 %)
	Non	29	145		18	51	
	Total	55 (22,9 %)		240	41 (32,5 %)		126

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, 1995-2016

Se sont injectés de la cocaïne le plus souvent	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	1 010	257	1 267 (63,8 %)	664	126	790 (79,3 %)
	Non	188	530		71	135	
	Total	1 198 (60,3 %)		1 985	735 (73,8 %)		996

Se sont injectés de la cocaïne le plus souvent	Baisse statistiquement significative ($p < 0,001$)			Pas de tendance statistiquement significative ($p = 0,673$)			
	Ottawa/Outaouais à la dernière visite			Semi-urbains ³ à la dernière visite			
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total	
À la première visite	Oui	277	139	416 (55,9 %)	248	47	295 (72,1 %)
	Non	49	279		43	71	
	Total	326 (43,8 %)		744	291(71,1 %)		409

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, 2003-2015

		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		450/459	98,0		115/124	92,7	
	2013	714/770	92,7		475/486	97,7		N. D. ⁸	-	
	2014	767/830	92,4	0,016	489/511	95,7	0,601	111/121	91,7	0,477
	2015	719/819	87,8	(hausse) ³	428/453	94,5		85/91	93,4	
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	
	2012	1 806,0/64 711	2,8		1 345,0/41 283	3,3		240,0/9 052	2,7	
	2013	1 311,0/56 699	2,3		999,0/44 829	2,2		N. D.	-	
	2014	1 840,0/63 416	2,9	< 0,001	1 278,0/43 698	2,9	< 0,001	343,0/11 711	2,9	0,084
	2015	1 256,0/59 384	2,1	(baisse)	305,0/41 611	0,7	(baisse)	655,0/8 734	7,5	
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	
	2012	3 726,0/64 659	5,8		2 183,0/41 134	5,3		429,0/9 151	4,7	
	2013	3 386,0/56 272	6,0		1 571,0/44 410	3,5		N. D.	-	
	2014	4 264,0/63 416	6,7	< 0,001	2 183,0/43 698	5,0	< 0,001	1 143,0/11 711	9,8	0,083
	2015	2 318,0/58 464	4,0	(baisse)	1 070,0/40 801	2,6	(baisse)	494,0/8 634	5,7	

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, 2003-2015 (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	
	2013	188/220	85,5		52/65	80,0	
	2014	124/151	82,1		45/49	91,8	0,058
	2015	139/173	80,3	0,708	69/104	66,3	(hausse)
Nombre et % d'injections avec seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre^{4,5}	2003	129,3/2 189	5,9		157,8/1 665	9,5	
	2004	1 002,8/14 055	7,1		418,3/7 310	5,7	
	2005	1 719,5/12 463	13,8		359,4/4 917	7,3	
	2006	464,3/9 735	4,8		911,4/7 298	12,5	
	2007	N. D.	N. D.		951,4/10 453	9,1	
	2008	921,1/6 305	14,6		1 392,2/16 972	8,2	
	2009	186,0/5 858	3,2		176,8/6 151	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		100,0/4 881	2,0	
	2013	240,0/7 613	3,2		72,0/4 302	1,7	
	2014	129,0/5 568	2,3	0,003	90,0/2 459	3,7	0,017
	2015	55,0/5 183	1,1	(baisse)	241/4 066	5,9	(baisse)
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		771,0/4 302	17,9	
	2014	587,0/5 568	10,5	0,012	353,0/2 459	14,4	
	2015	110,0/5 033	2,2	(baisse)	644,0/4 206	15,3	0,968

¹ Test de tendance par équations d'estimation généralisées pour « se sont injectés dans le dernier mois », et test de tendance par bootstrap (1 000 itérations) pour le nombre dans le dernier mois. 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.

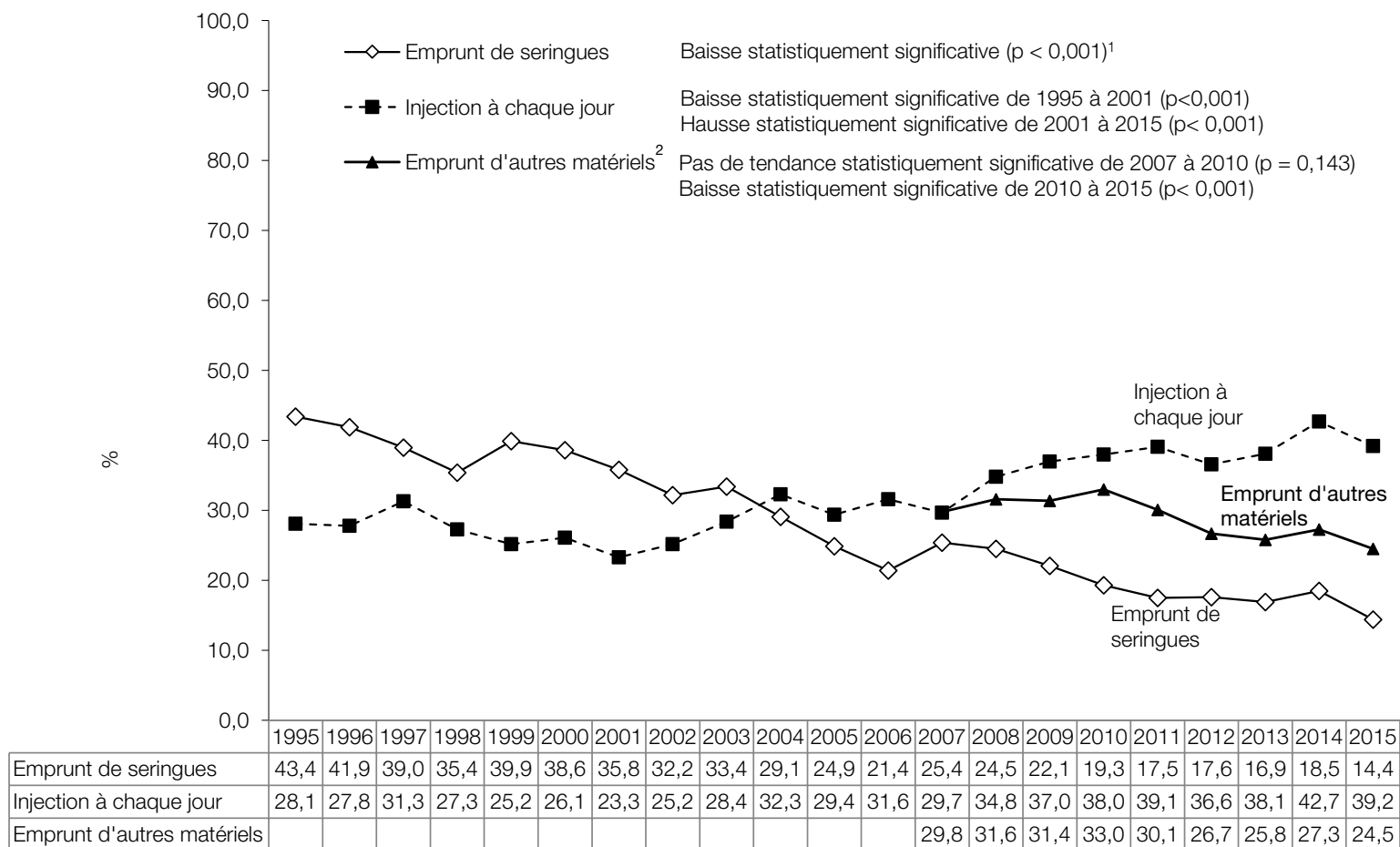
⁷ Étant donné que seulement 33 UDI ont été recrutés dans cette région en 2007, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

⁸ Aucun UDI n'a été recruté à Québec en 2013, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

Des tendances de fréquence d'injection et d'usage de matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans le réseau et par programme de recrutement sont présentées au tableau 55 pour les années 2003 à 2015. 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 2015, que ce sont de 91,5 à 97,9 % 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 2015 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, 1995-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. 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.

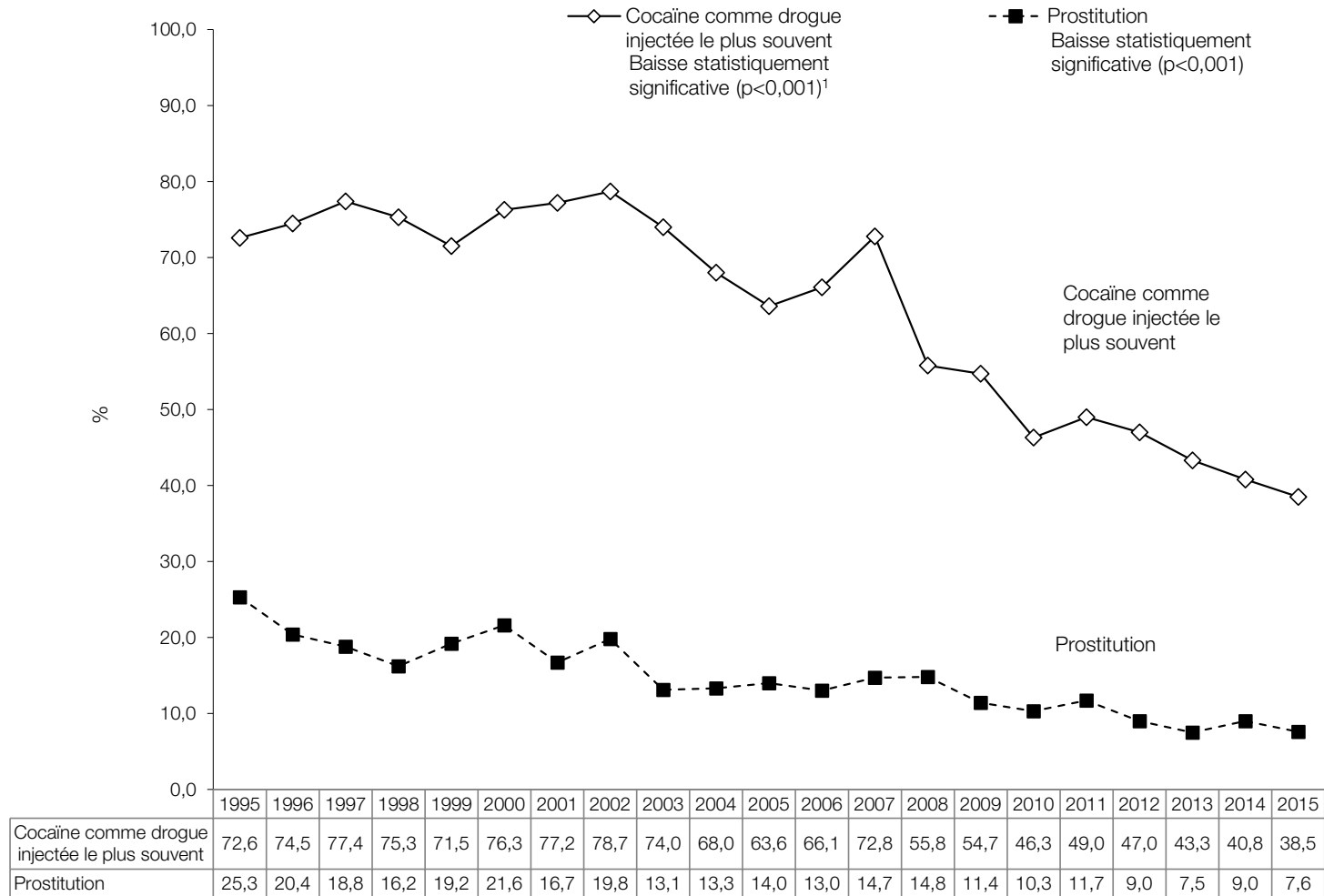
« Emprunt d'autres matériels » : Ont utilisé du matériel autre que des seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.

La proportion de participants qui rapportent avoir emprunté des seringues dans les six derniers mois a baissé de façon significative dans tout le réseau (de 43,4 % à 14,4 %, soit une diminution de 67 %, $p < 0,001$) et dans tous les programmes de recrutement entre 1995 et 2015 (figures 10, 12, 14, 16 et 18). C'est dans les sites de recrutement semi-urbains et à Québec que la proportion de ceux qui empruntent est par ailleurs la plus élevée. Une hausse semble s'amorcer à Québec depuis 2011-2012, hausse qui est à surveiller.

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 depuis elle est à la hausse (figures 10 et 12). À Québec et dans les sites de recrutement semi-urbains, cette proportion est à la hausse entre 1995 et 2015 (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 2015, à Montréal et globalement dans le réseau, mais depuis 2007 dans les sites de recrutement semi-urbains (figures 10, 12, 18). Une hausse significative est observée pour la ville de Québec (figure 14).

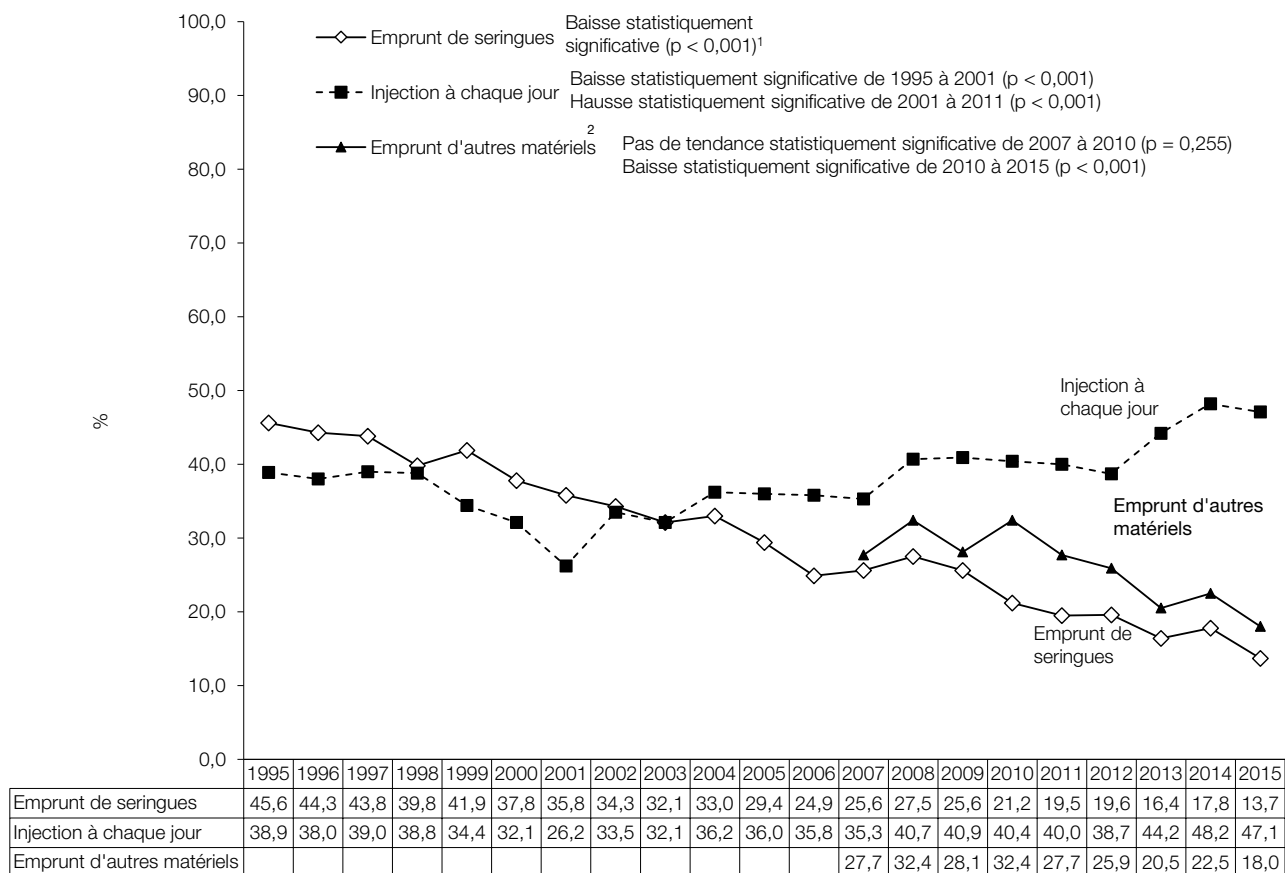
Figure 11 Tendances dans les facteurs de risque – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau, SurvUDI-I-Track, 1995-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.
« Cocaïne comme drogue injectée le plus souvent » : Drogue la plus souvent injectée dans les six derniers mois.
« Prostitution » : Ont fourni des faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres choses dans les six derniers mois.

Globalement, on observe dans le réseau une diminution significative de la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent (figure 11). Cette baisse est observée de 1995 à 2015 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 – Montréal¹³ – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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

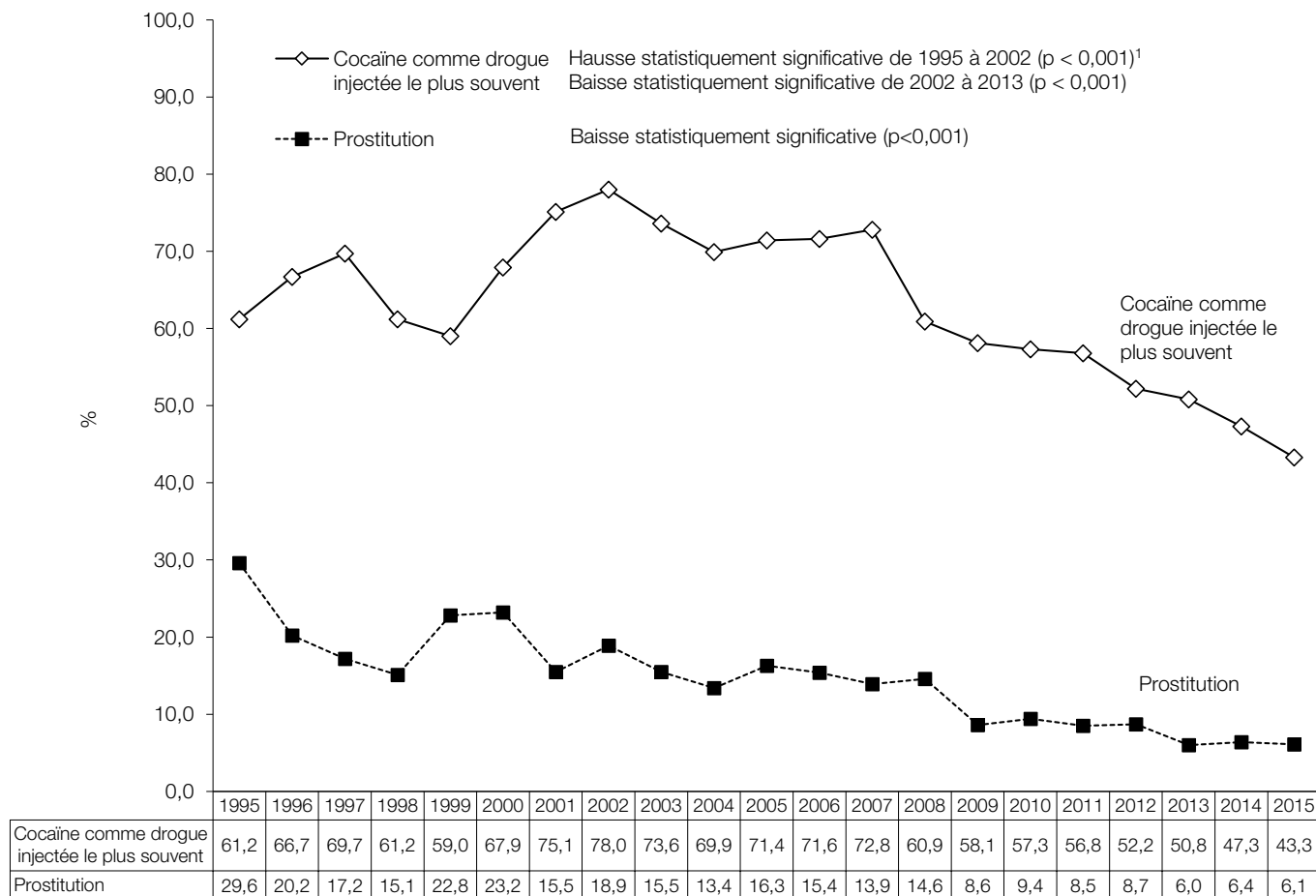
« Emprunt de seringues » : Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.

« 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.

¹³ UDI recrutés à Montréal, ou en Montérégie, mais résidant à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate.

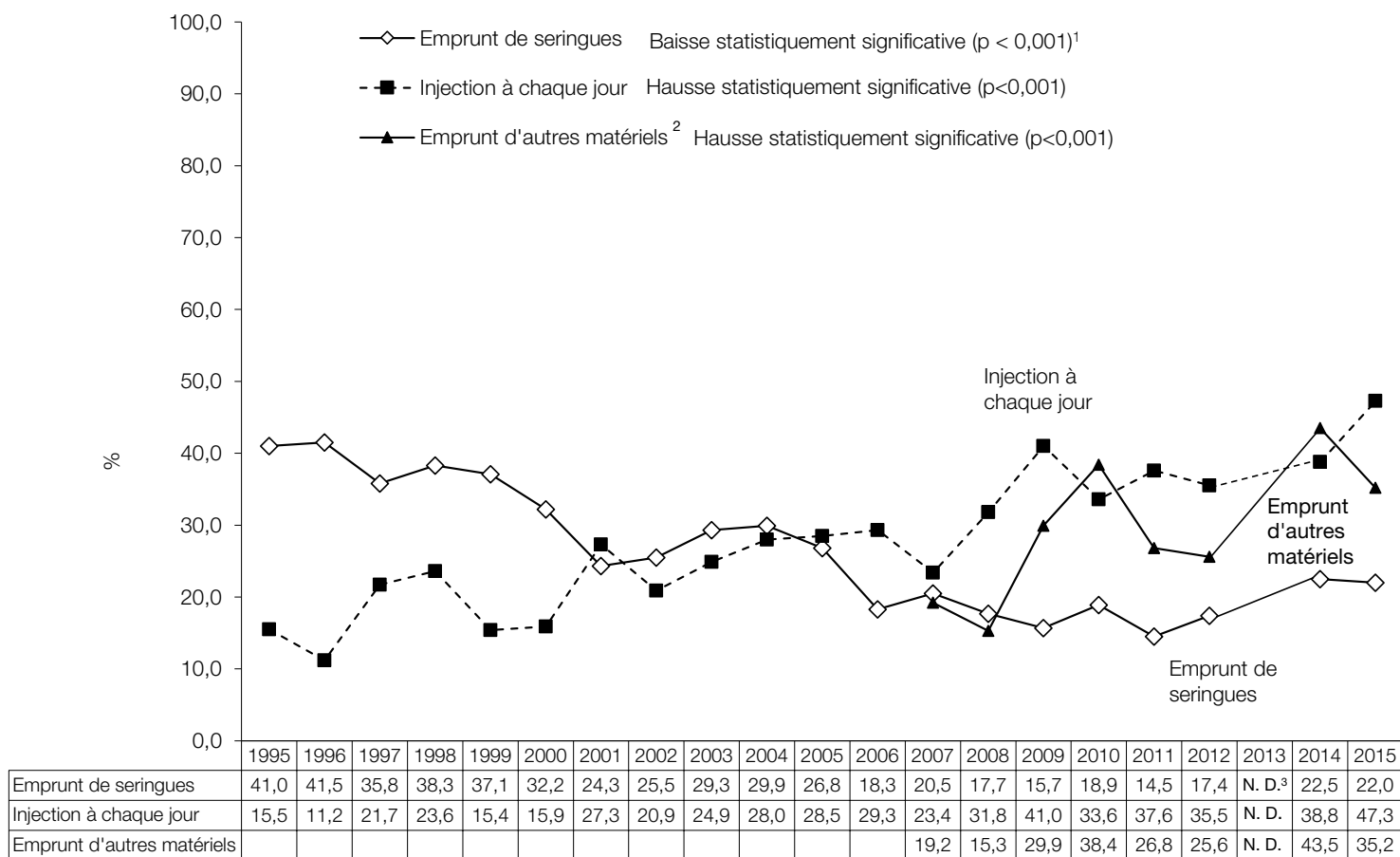
Figure 13 Tendances dans les facteurs de risque – Montréal¹⁴ – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.
« Cocaïne comme drogue injectée le plus souvent » : Drogue la plus souvent injectée dans les six derniers mois.
« Prostitution » : Ont fourni des faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres choses dans les six derniers mois.

¹⁴ UDI recrutés 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, 1995-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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

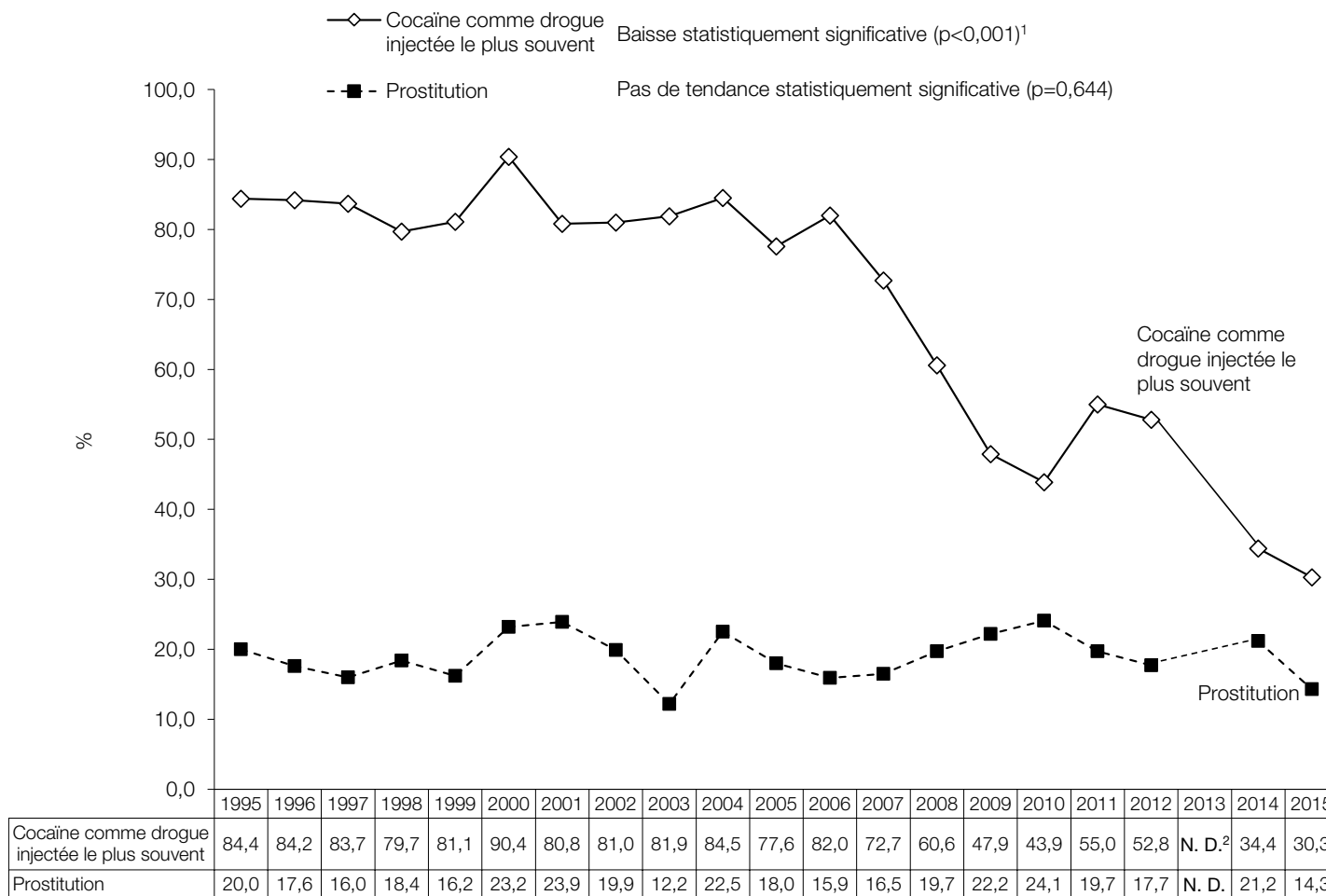
³ Aucun UDI n'a été recruté à Québec en 2013, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

« 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 utilisé 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, 1995-2015



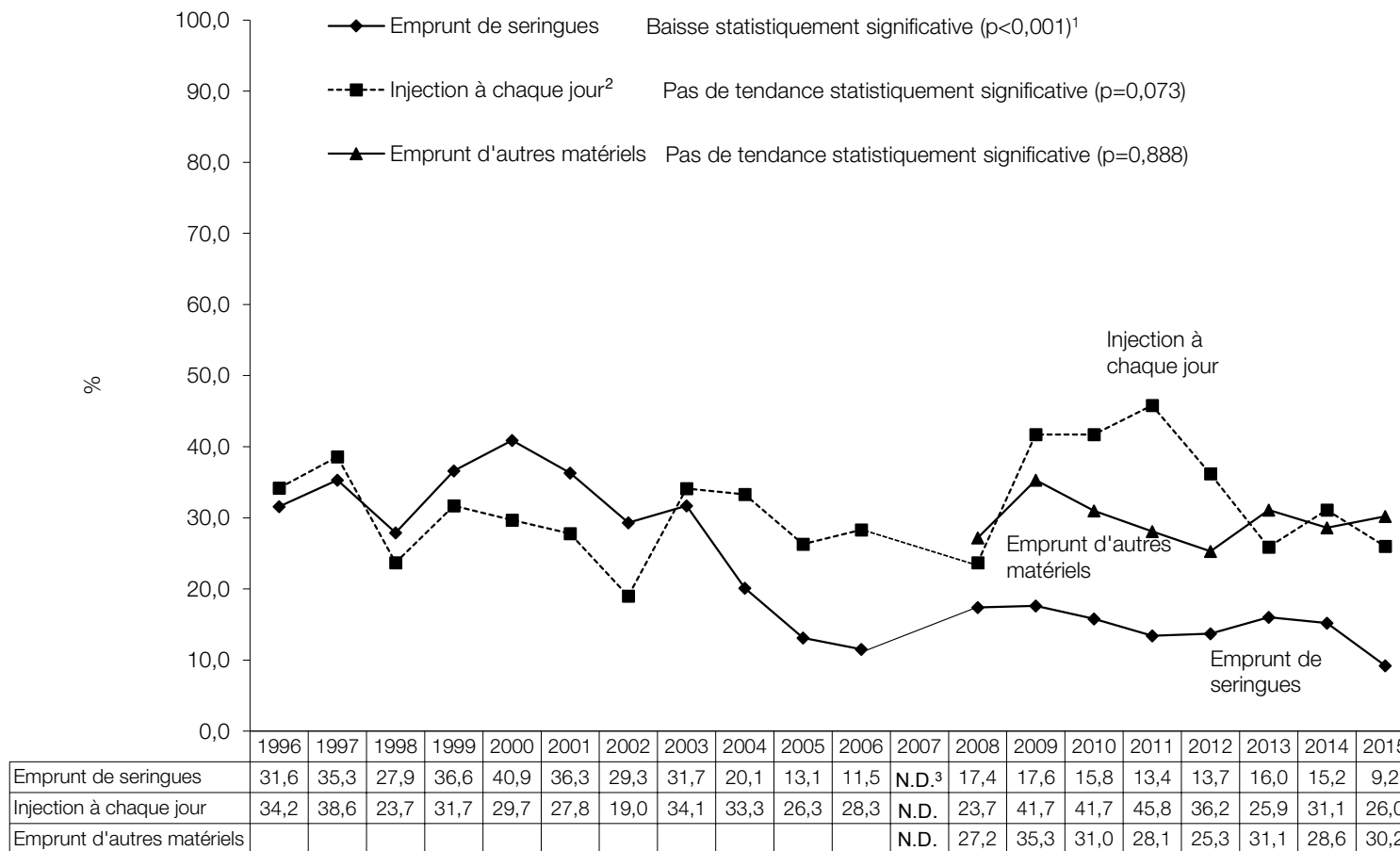
¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

² Aucun UDI n'a été recruté à Québec en 2013, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

« 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, 1996-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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

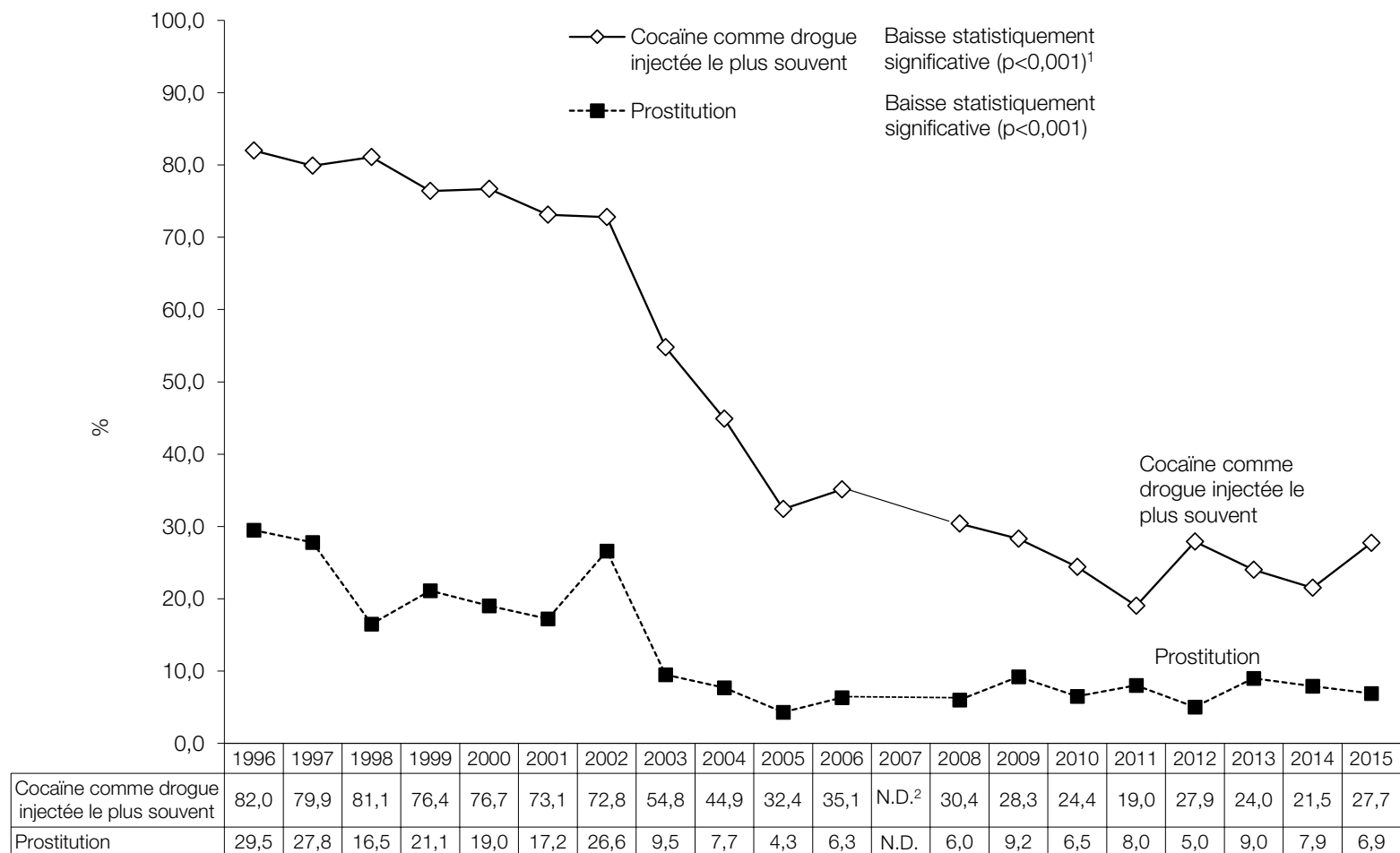
³ Étant donné que seulement 33 UDI ont été recrutés dans cette région en 2007, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

« 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 utilisé 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, 1996-2015



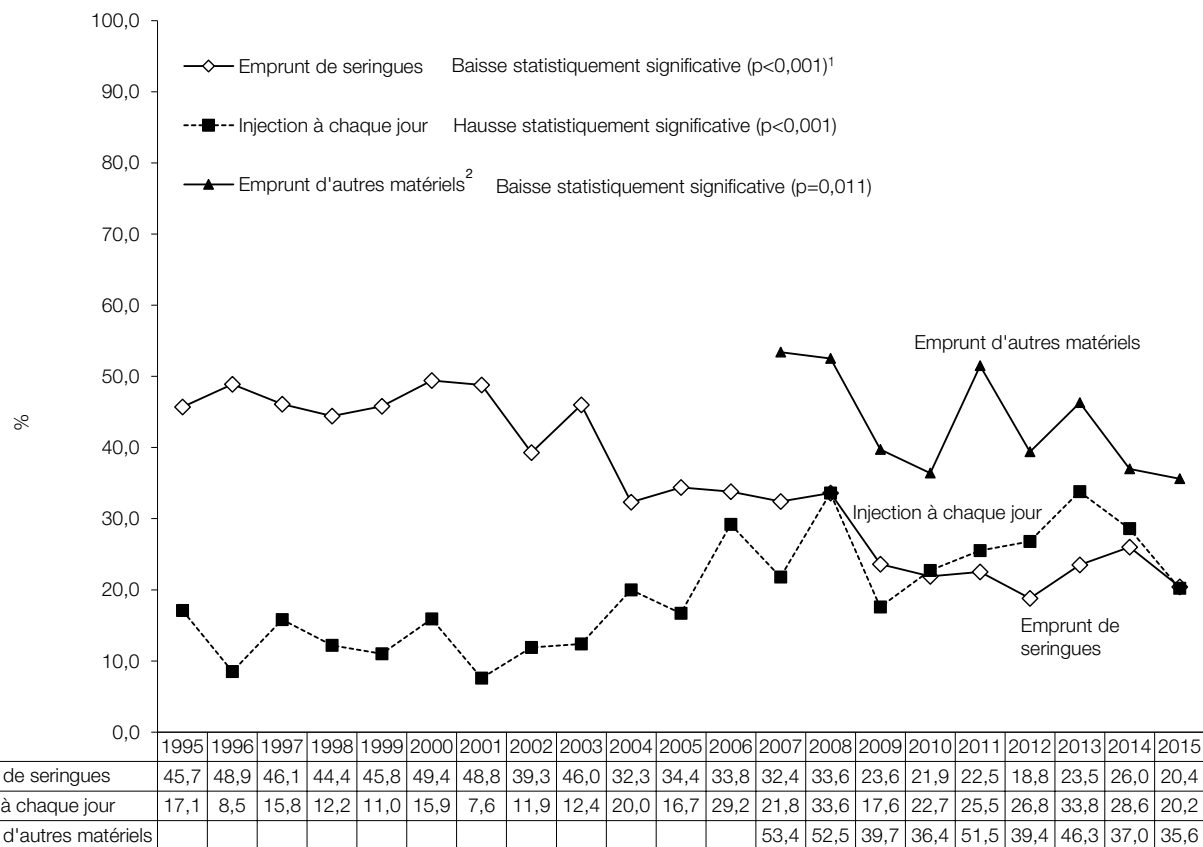
¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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.

« 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 18 Tendances dans les facteurs de risque – Semi-urbains¹⁵ – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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

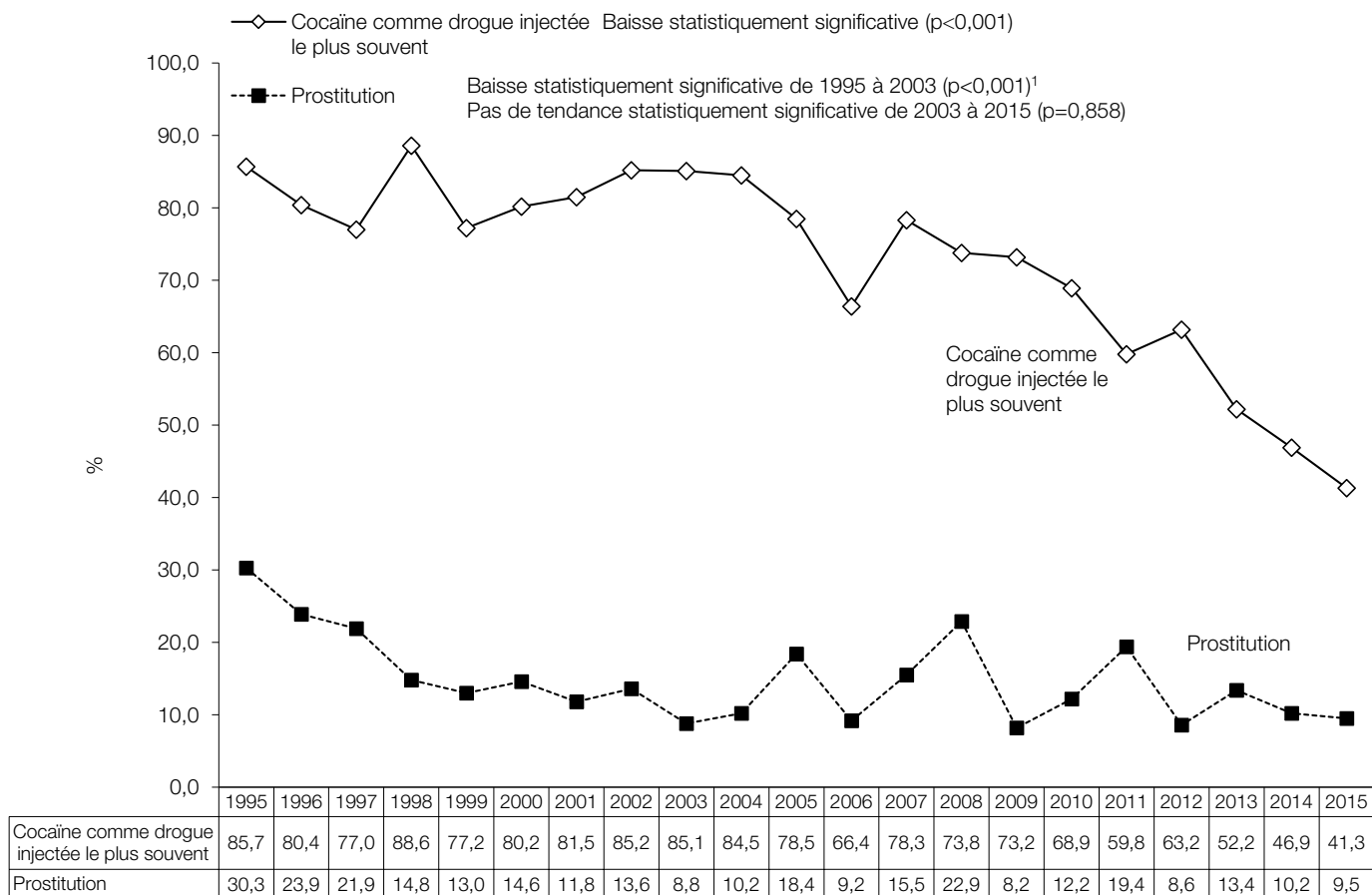
« Emprunt de seringues » : Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.

« 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.

¹⁵ 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-urbains¹⁶ – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

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

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

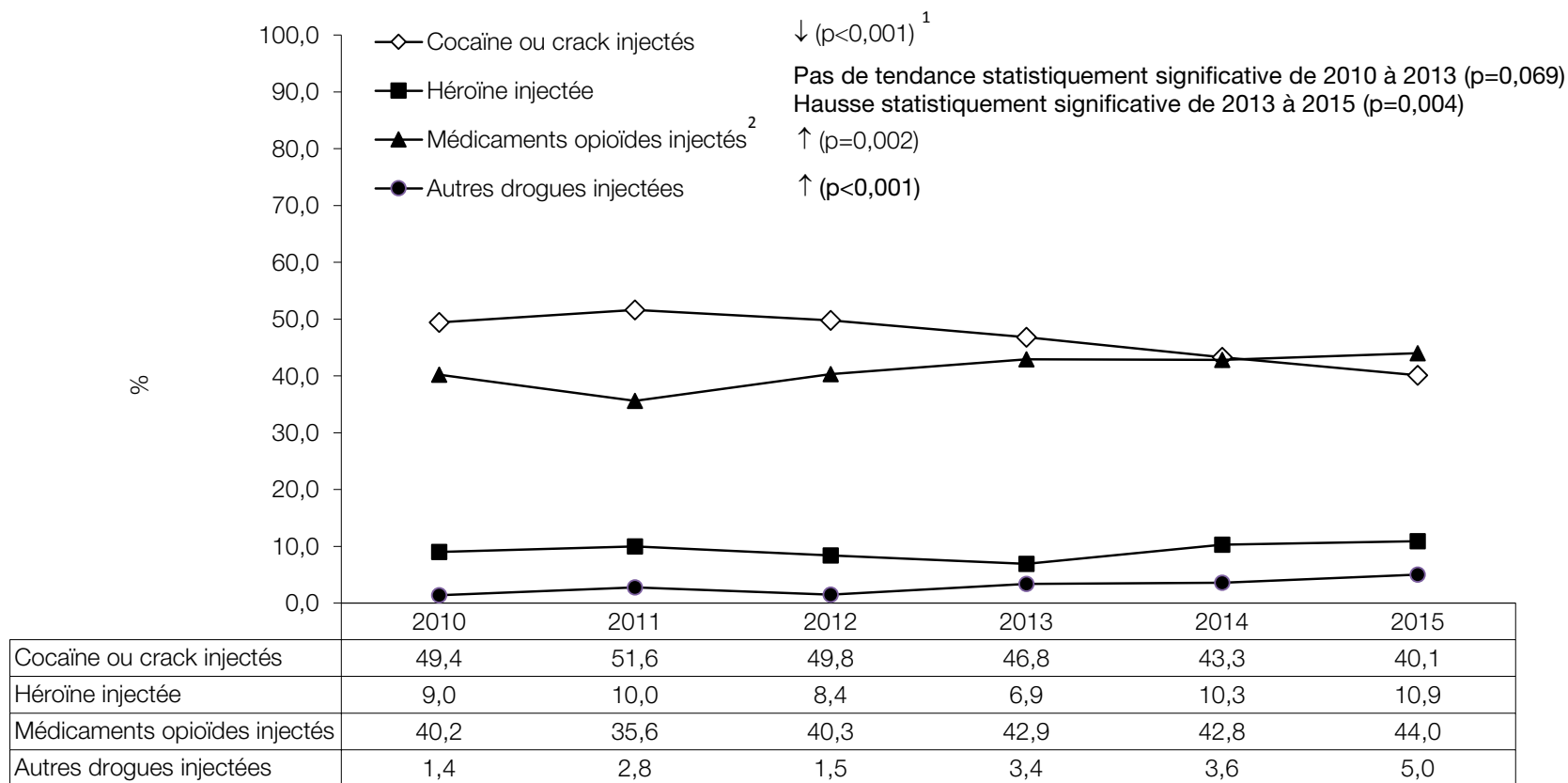
¹⁶ UDI recrutés en Abitibi-Témiscamingue, en Montérégie (à l'exception de ceux disant résider à Montréal ou sur la Rive-Sud immédiate), au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en Estrie et en Mauricie et Centre-du-Québec.

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).

Dans le réseau, la cocaïne ou le crack comme drogues injectées le plus souvent ont diminué significativement alors que les médicaments opioïdes injectés non prescrits et la catégorie « autres drogues » ont plutôt augmenté. Une augmentation significative est observée pour l'héroïne, mais à partir de 2013 seulement. Une diminution statistiquement significative de la cocaïne ou du crack comme drogues injectées le plus souvent a été observée à Montréal, à Québec et dans les sites semi-urbains (figures 21, 22 et 24). Dans ces mêmes régions, les médicaments opioïdes non prescrits comme drogues injectées le plus souvent ont augmenté significativement. Une augmentation légère mais statistiquement significative est observée pour la catégorie des autres drogues à Ottawa/Outaouais et dans les sites semi-urbains (figures 23 et 24). L'héroïne comme drogue injectée le plus souvent est en augmentation à Montréal depuis 2013 et en diminution à Ottawa/Outaouais (figures 21 et 23). À Québec, les médicaments opioïdes ont largement dépassé la cocaïne ou le crack comme drogues injectées le plus souvent en 2014-2015.

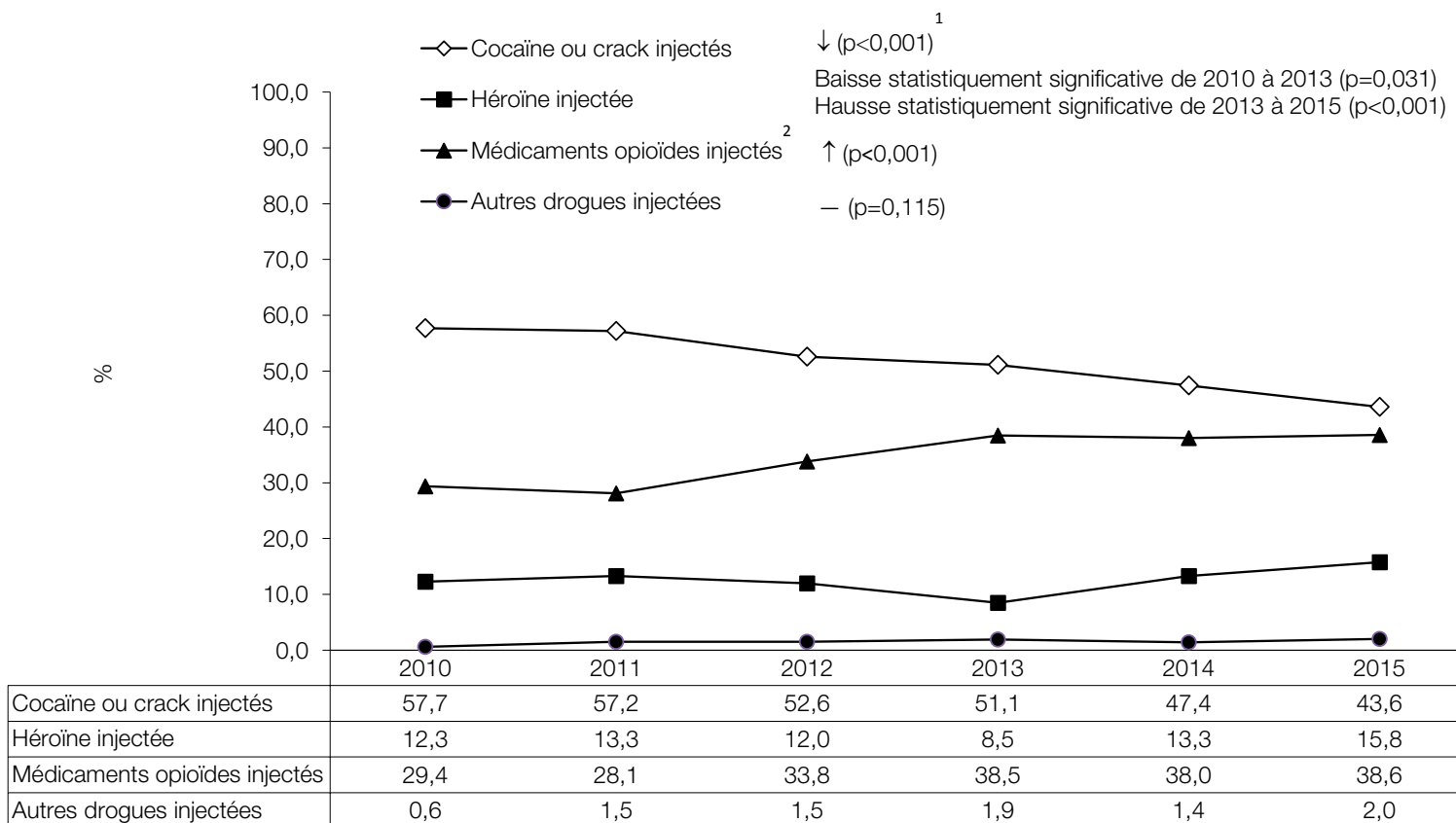
Figure 20 Tendances de la drogue injectée le plus souvent – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2010-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

² La catégorie des médicaments opioïdes non prescrits est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes non prescrites : Dilaudid, méthadone, morphine, suboxone, oxycodone/Oxycontin, Hydromorph-Contin, fentanyl, demerol, codéine, OxyNEO, mélange de cocaïne et d'un médicament opioïde.

Figure 21 Tendances de la drogue injectée le plus souvent – Montréal¹⁷ – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2010-2015

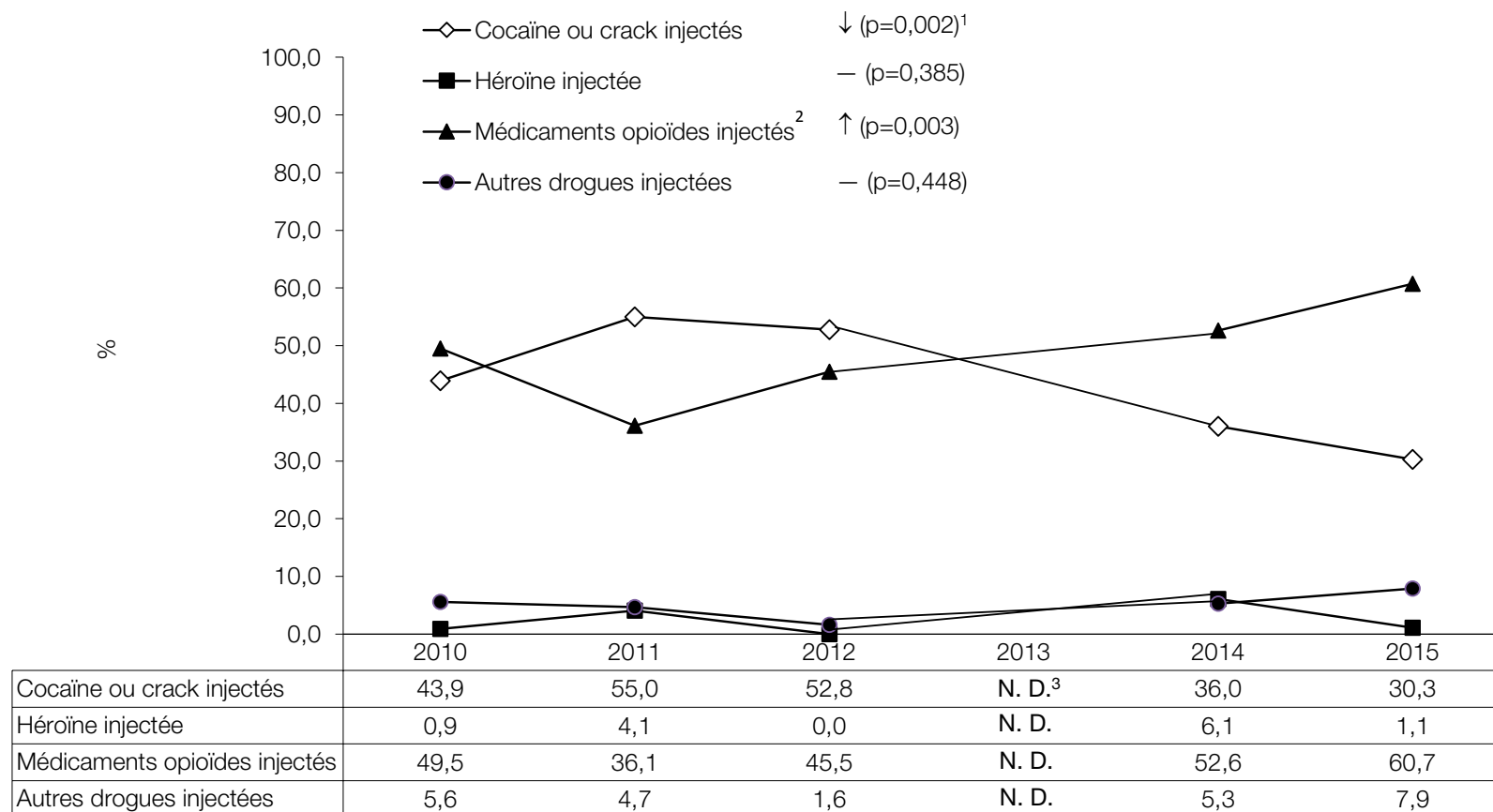


¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

² La catégorie des médicaments opioïdes non prescrits est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes non prescrites : Dilaudid, méthadone, morphine, suboxone, oxycodone/Oxycontin, Hydromorph-Contin, fentanyl, demerol, codéine, OxyNEO, mélange de cocaïne et d'un médicament opioïde.

¹⁷ 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, 2010-2015

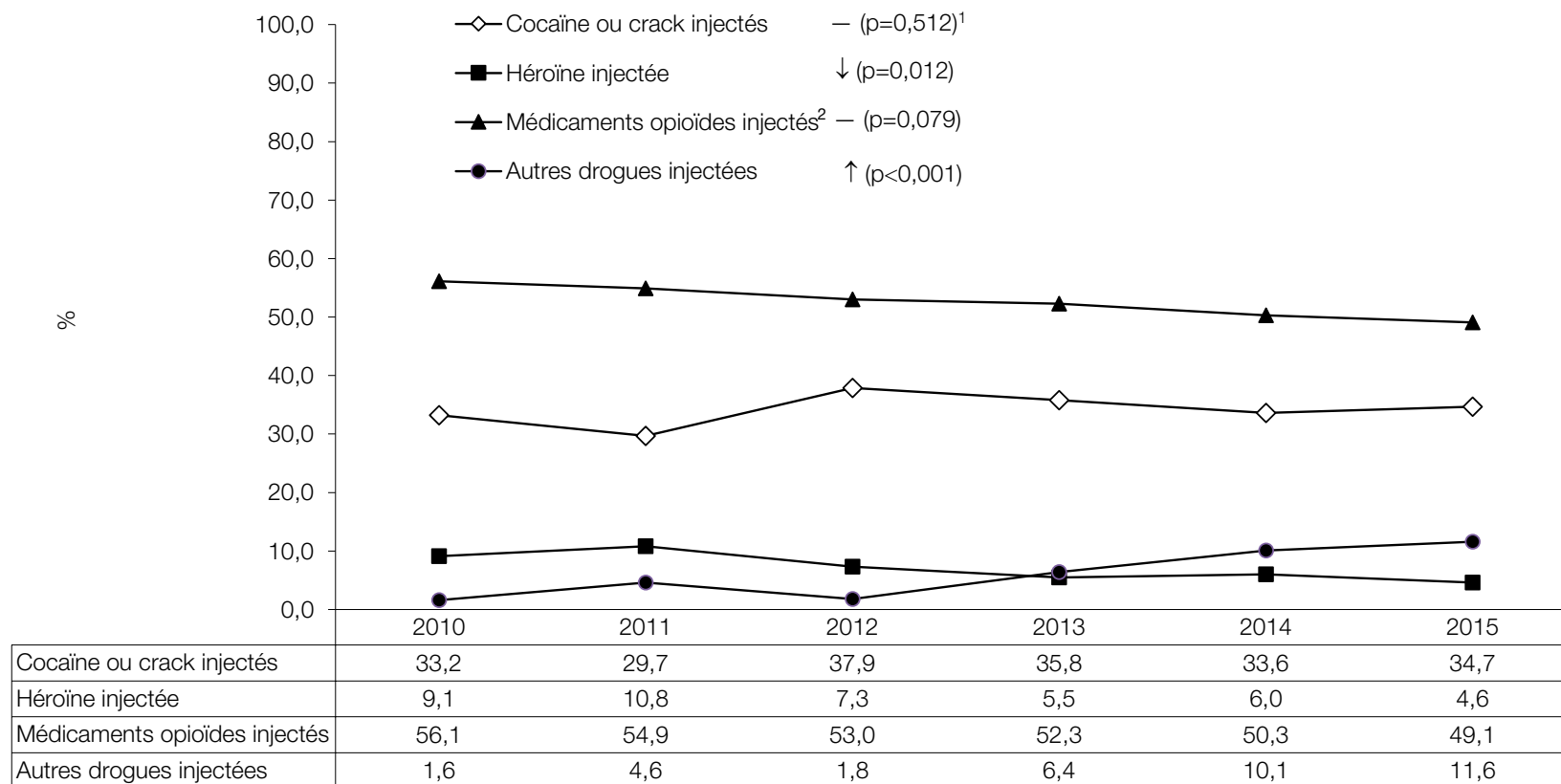


¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

² La catégorie des médicaments opioïdes non prescrits est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes non prescrites : Dilaudid, méthadone, morphine, suboxone, oxycodone/Oxycontin, Hydromorph-Contin, fentanyl, demerol, codéine, OxyNEO, mélange de cocaïne et d'un médicament opioïde.

³ Aucun UDI n'a été recruté à Québec en 2013, les données sont non disponibles (N.D.) pour cette année.

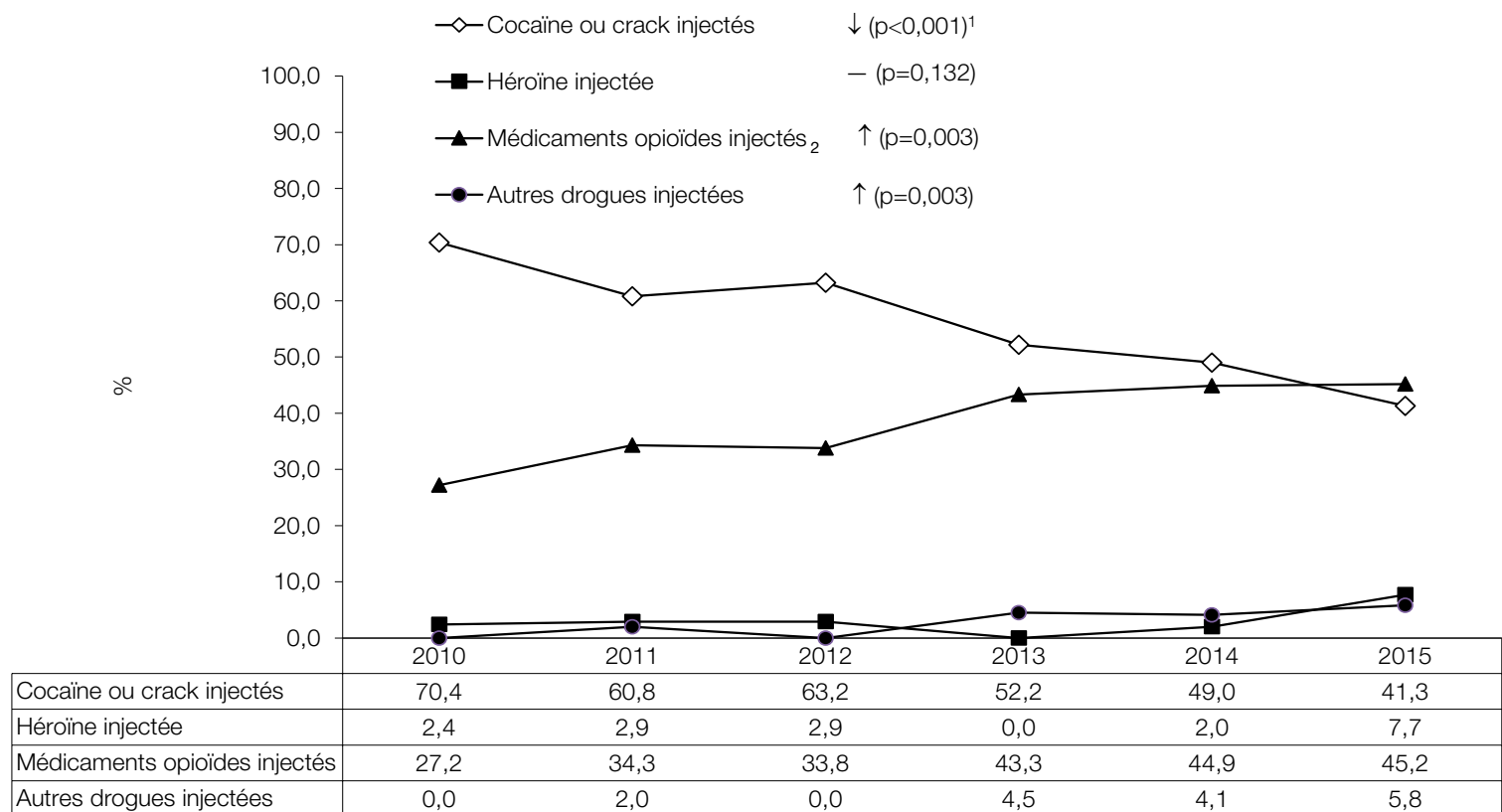
Figure 23 Tendances de la drogue injectée le plus souvent – Ottawa/Outaouais – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2010-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

² La catégorie des médicaments opioïdes non prescrits est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes non prescrites : Dilaudid, méthadone, morphine, suboxone, oxycodone/Oxycontin, Hydromorph-Contin, fentanyl, demerol, codéine, OxyNEO, mélange de cocaïne et d'un médicament opioïde.

Figure 24 Tendances de la drogue injectée le plus souvent – Semi-urbains¹⁸ – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2010-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

² La catégorie des médicaments opioïdes non prescrits est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes non prescrites : Dilaudid, méthadone, morphine, suboxone, oxycodone/Oxycontin, Hydromorph-Contin, fentanyl, demerol, codéine, OxyNEO, mélange de cocaïne et d'un médicament opioïde.

¹⁸ 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 six 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, 2006-2016

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	1 998/2 419	82,6	1 399	70,0	786/974	80,7	582	74,0	445/460	96,7	355	79,8
Filtre	1 728/2 323	74,4	1 237	71,6	647/974	66,4	520	80,4	426/461	92,4	304	71,4
Tampon sec (post-injection)	1 629/2 286	71,3	949	58,3	641/976	65,7	357	55,7	406/458	88,6	255	62,8
Eau	2 383/2 442	97,6	2 097	88,0	960/973	98,7	867	90,3	456/461	98,9	402	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	407/451	90,2	336	82,6				
Filtre	346/536	64,5	184	53,2	384/448	85,7	288	75,0				
Tampon sec (post-injection)	310/500	62,0	128	41,3	340/448	75,9	253	74,4				
Eau	637/651	97,8	550	86,3	424/453	93,6	365	86,1				

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 82 % 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.

MISE EN GARDE



Rappelons que dans le réseau SurvUDI, les données d'hépatite C doivent être interprétées avec prudence. En effet, comme nous mesurons la présence d'anticorps seulement, il est impossible d'identifier les personnes ayant une infection active (ce qui est différent du VIH). La détection d'anti-VHC indique seulement que le participant a déjà eu une infection par le VHC, soit passée (guérie ou non), soit toujours active. Il faut savoir qu'environ 15 à 50 % des infections guérissent spontanément^{7,18} (le virus devient indétectable mais les anticorps restent) et aussi que les traitements de plus en plus efficaces n'entraînent pas une disparition des anticorps. Le test effectué dans le réseau SurvUDI ne permet donc pas d'identifier les participants qui requerraient un traitement.

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 2015, et a atteint plus de 95 % depuis 2012 (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 de la dernière année, parmi les participants n'ayant jamais reçu un résultat positif, a également augmenté significativement entre 2003 et 2015, et a atteint 57,3 % pour le VHC et 70,5 % pour le VIH en 2015 (figure 26).

L'ignorance du statut sérologique a également diminué de façon importante et la baisse est statistiquement significative entre 2003 et 2015 (figure 27). En 2003, 22,7 % des participants infectés par le VIH l'ignoraient, alors que cette proportion était seulement de 6,0 % en 2015. Pour le VHC, la proportion de participants ayant des anticorps contre le VHC et l'ignorant a diminué de 28,4 % à 18,1 % entre 2003 et 2015.

Globalement, parmi les personnes se sachant infectées par le VIH, la consultation d'un médecin pour cette infection au cours des six mois précédents a augmenté légèrement entre 2003 et 2015. 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 ayant seulement des anticorps contre le VHC, alors qu'elle est demeurée stable 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 ayant seulement des anticorps contre le VHC comparativement à ceux infectés par le VIH et ayant des anticorps contre le VHC. En

2015, seulement 28,9 % des participants ayant uniquement des anticorps contre le VHC ont consulté un médecin pour le VHC dans les six derniers mois, comparativement à 68,7 % pour les participants ayant des anticorps contre les deux virus (figure 30).

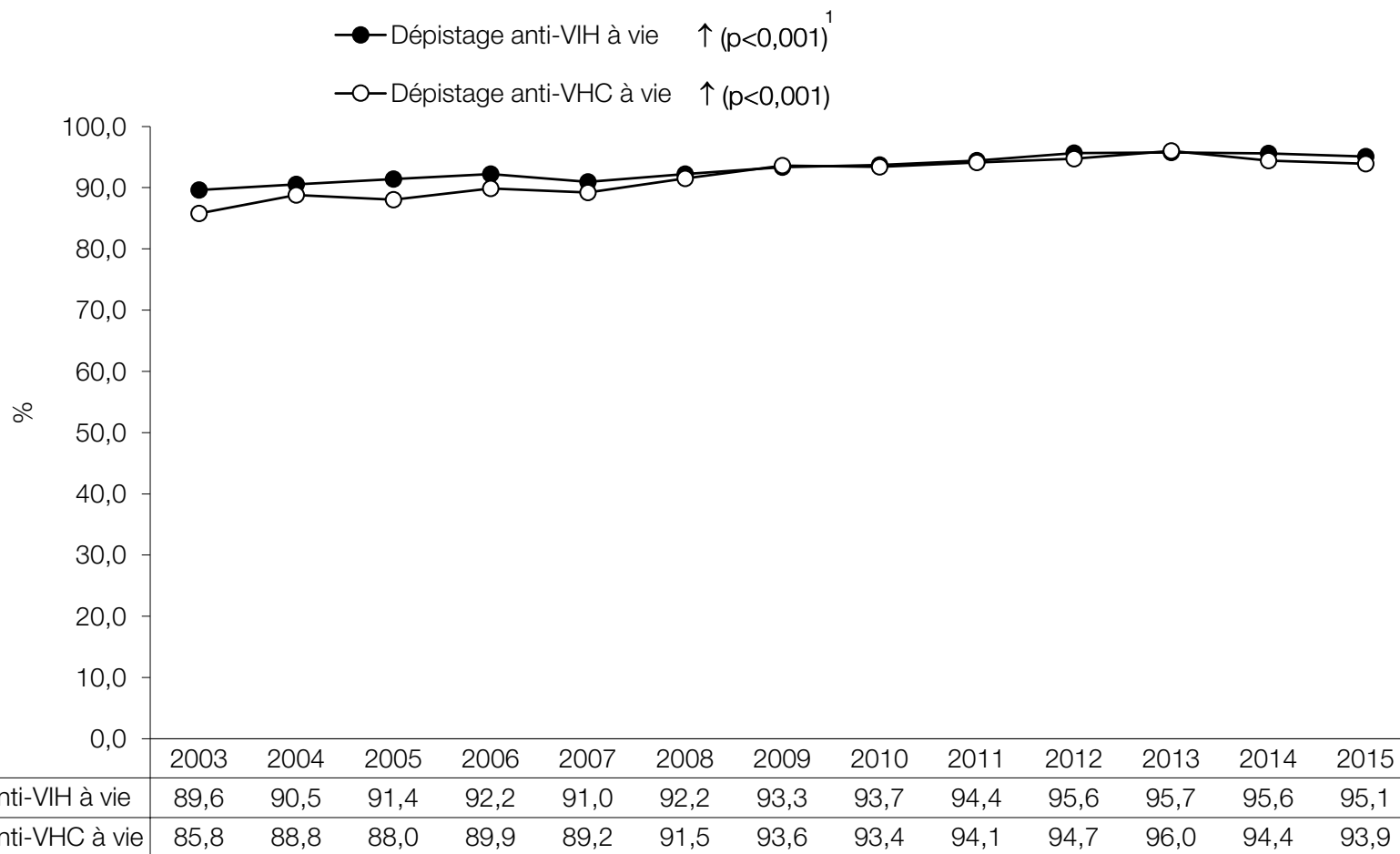
La prise de médicaments actuelle¹⁹ contre le VIH chez les participants qui se savent infectés a augmenté significativement entre 2003 et 2015 (figure 31). La prise de médicaments à vie²⁰ contre le VHC chez les participants qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC a également augmenté de façon statistiquement significative entre 2006 et 2015 (l'information sur la prise de médicaments à vie est disponible seulement depuis 2006). Rappelons qu'il est cependant important de noter qu'il n'est pas nécessairement indiqué de traiter 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 sérologique, 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 1er avril 2014 au 31 mars 2016) et les deux années les plus anciennes disponibles (du 1er 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 2014-2016, 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).

¹⁹ 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.

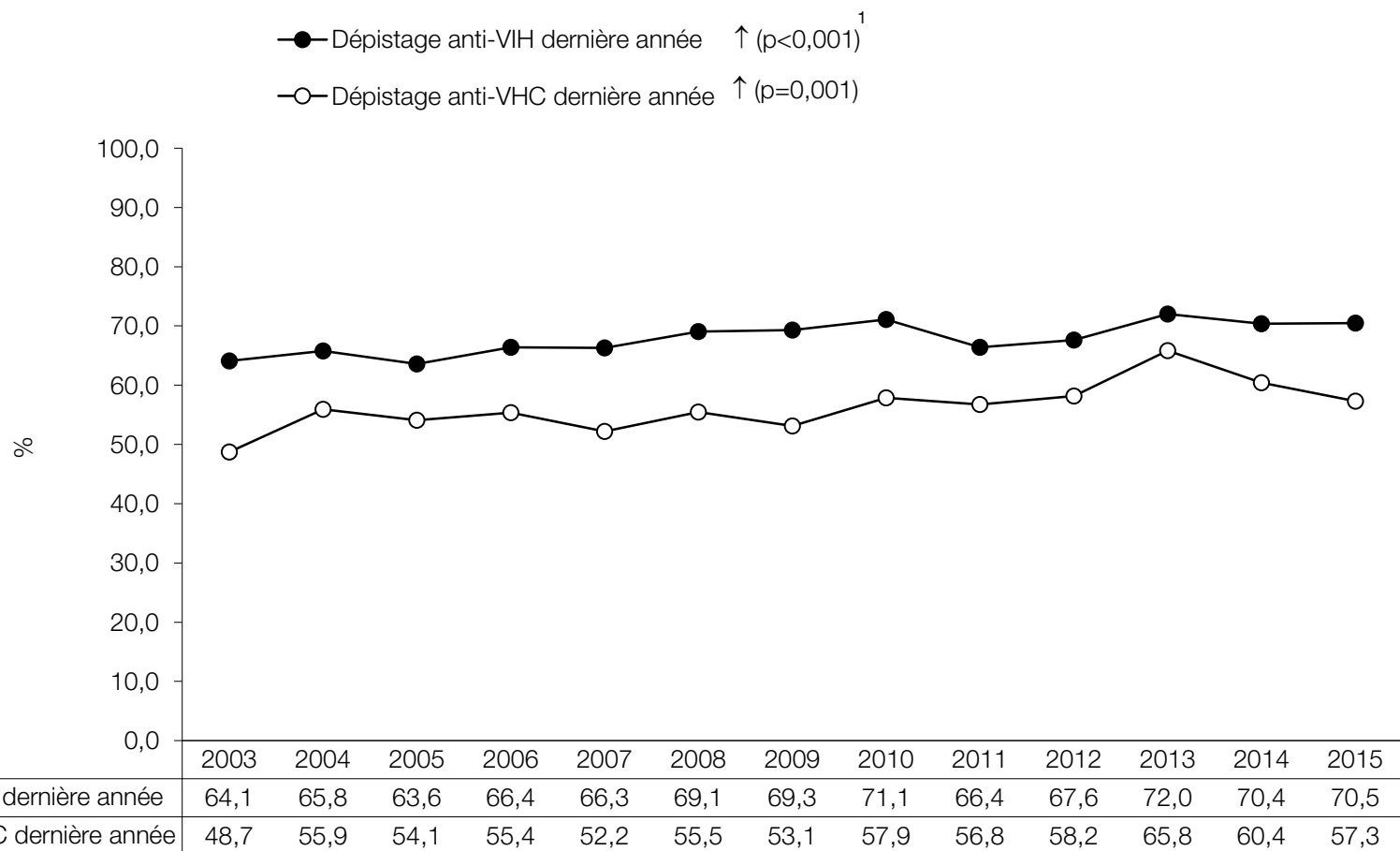
²⁰ Dans le cas de l'infection par le VHC, comme l'infection se guérit, le fait d'avoir déjà pris des médicaments au moins une fois dans sa vie est une mesure jugée plus pertinente que la prise actuelle.

Figure 25 Tendances du dépistage anti-VIH et anti-VHC à vie - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015



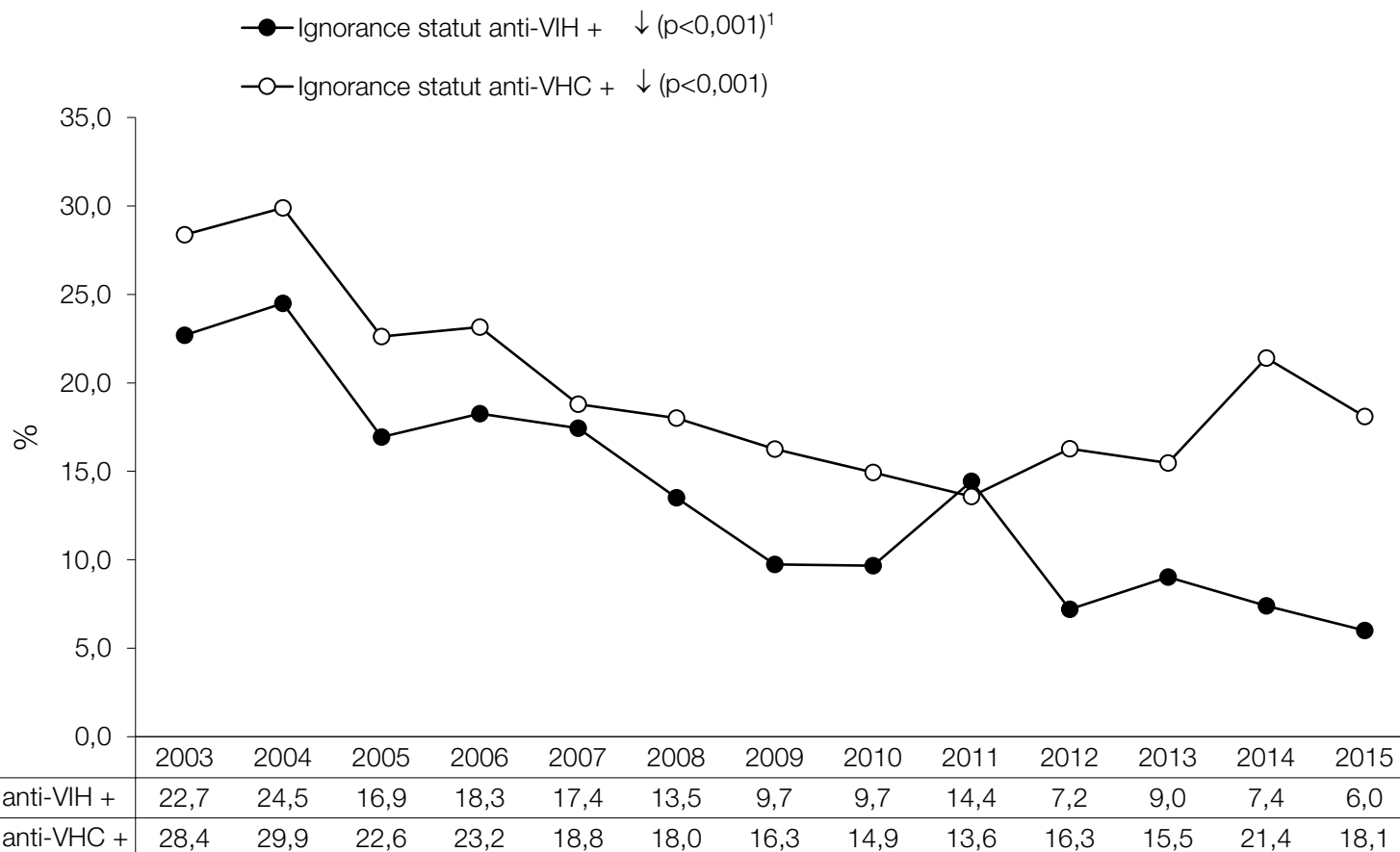
¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

Figure 26 Tendances du dépistage anti-VIH et anti-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, 2003-2015



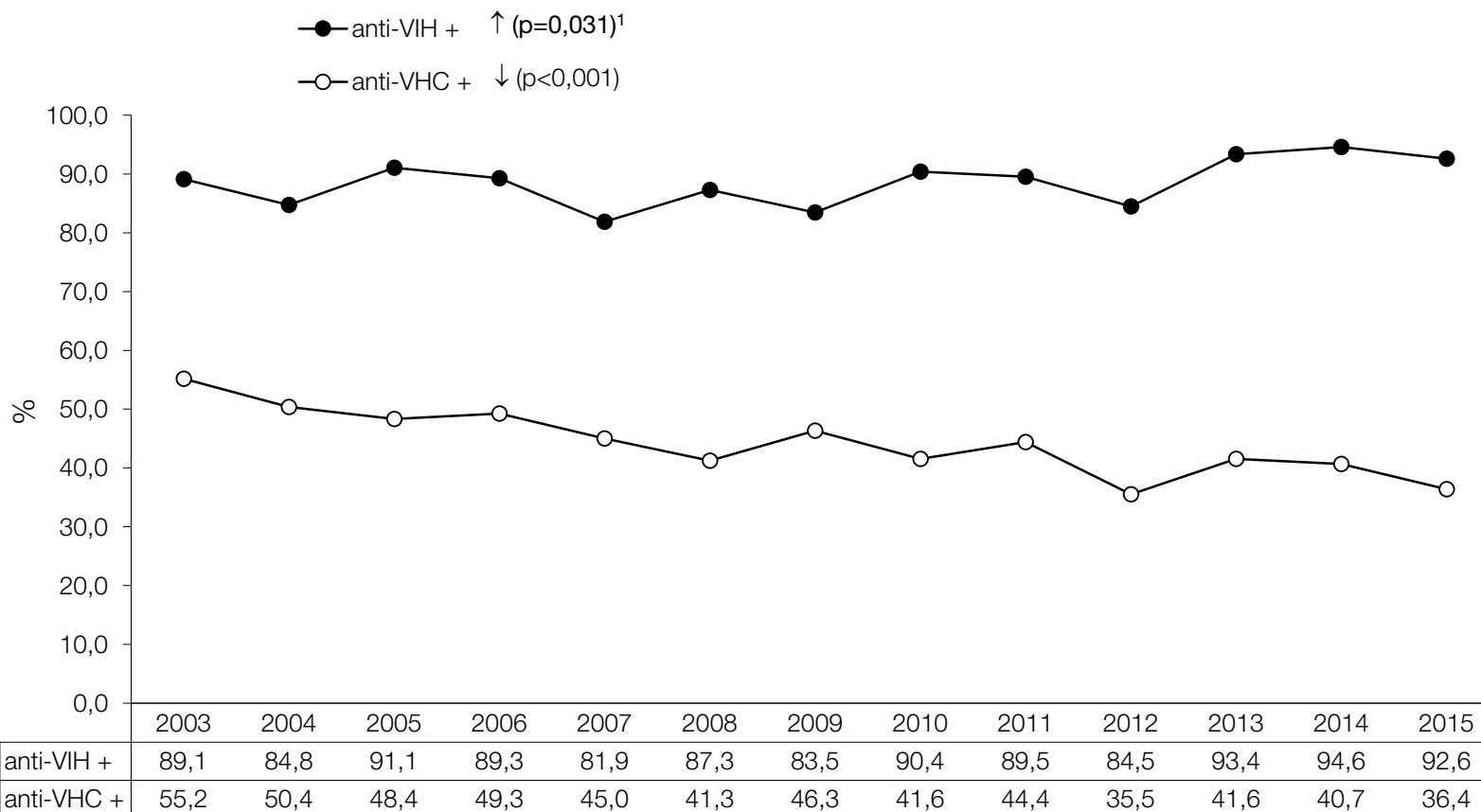
¹ Test par équations d’estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l’ensemble de la période.

Figure 27 Tendances de la proportion de participants qui ignorent leur statut parmi les participants trouvés séropositifs aux tests d'anticorps anti-VIH et anti-VHC - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015



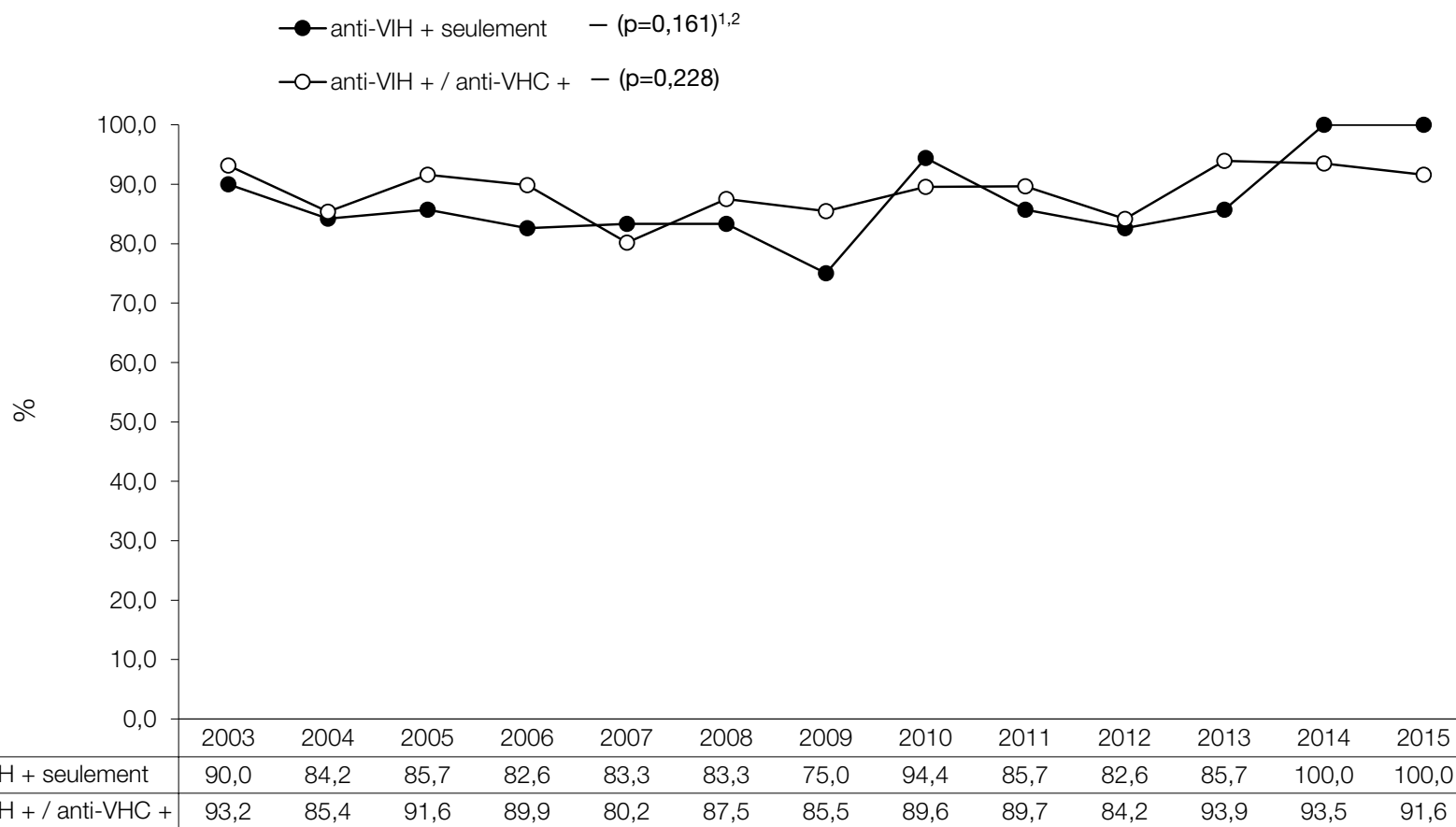
¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

Figure 28 Tendances de la consultation d'un médecin pour son infection par le VIH chez les participants qui se savent anti-VIH+ et consultation d'un médecin pour le VHC chez les participants qui savent qu'ils ont des anticorps anti-VHC, au cours des six derniers mois - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

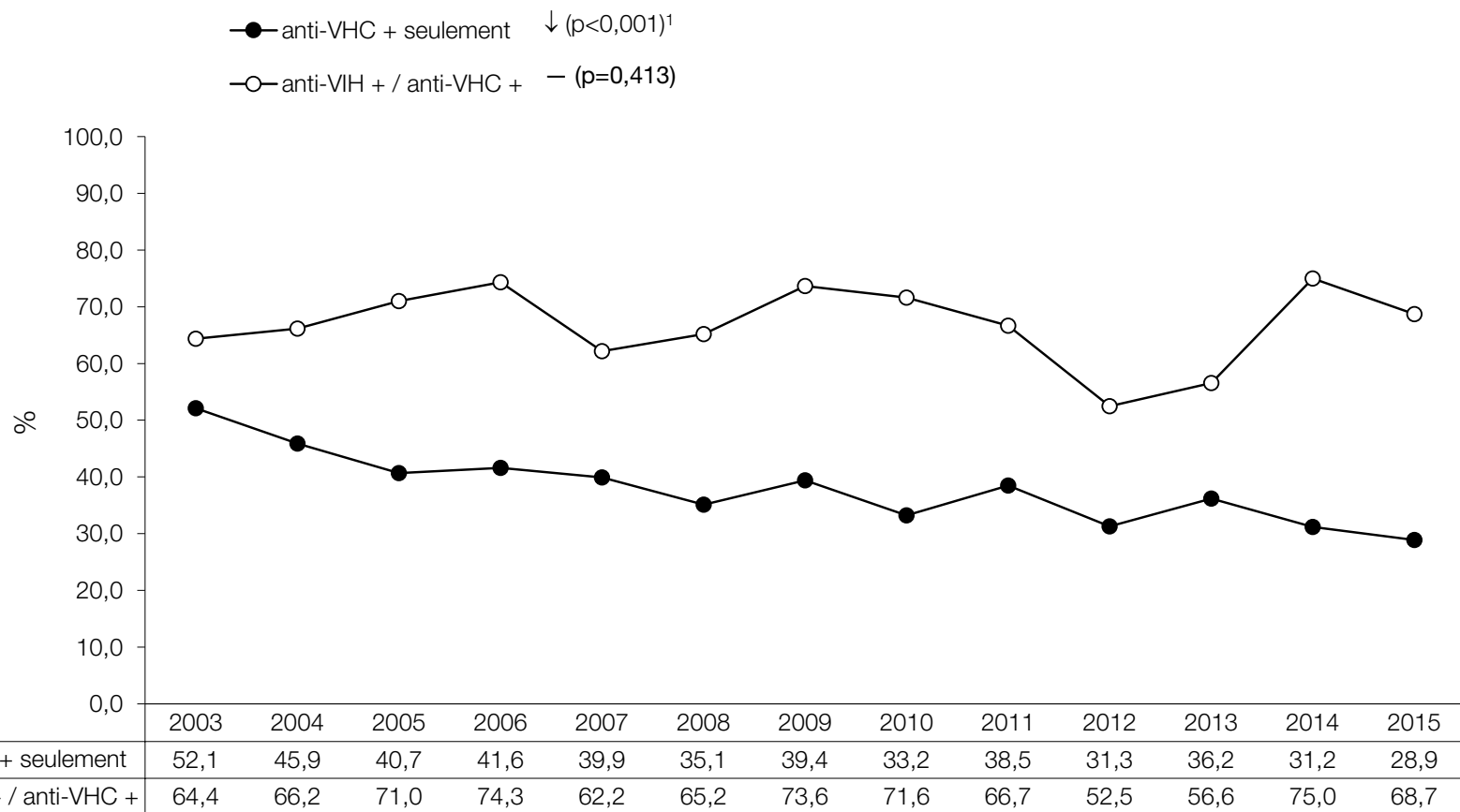
Figure 29 Tendances de la consultation d'un médecin pour son infection par le VIH au cours des six derniers mois chez les participants qui se savent infectés, stratifié selon le statut sérologique (anti-VIH+ seulement ou anticorps contre le VHC et VIH+) - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

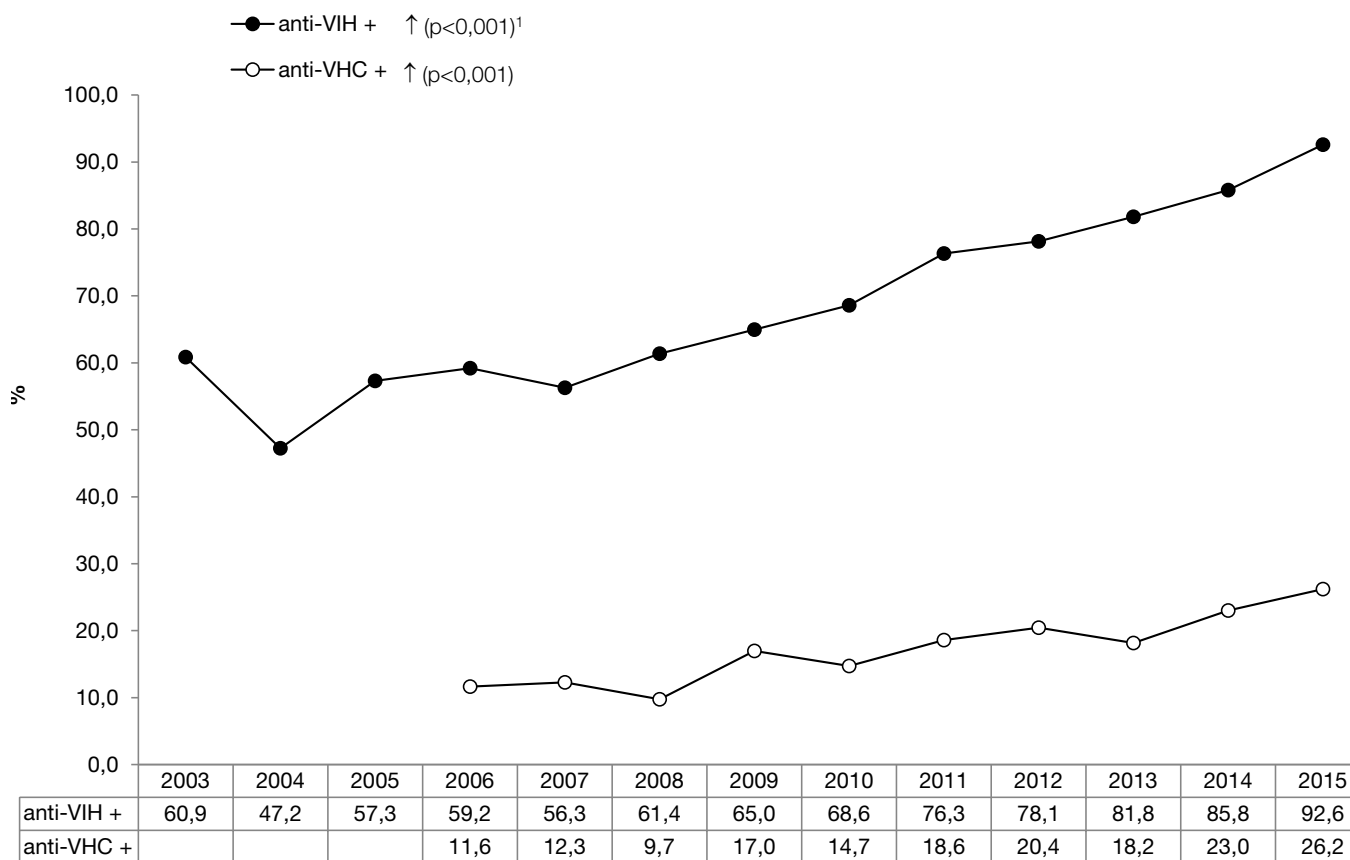
² Pour VIH+ seulement, les dénominateurs annuels varient entre 10 et 24.

Figure 30 Tendances de la consultation d'un médecin pour le VHC au cours des six derniers mois chez les participants qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC, stratifié selon le statut sérologique (anti-VHC seulement ou anticorps contre le VHC et VIH+) - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

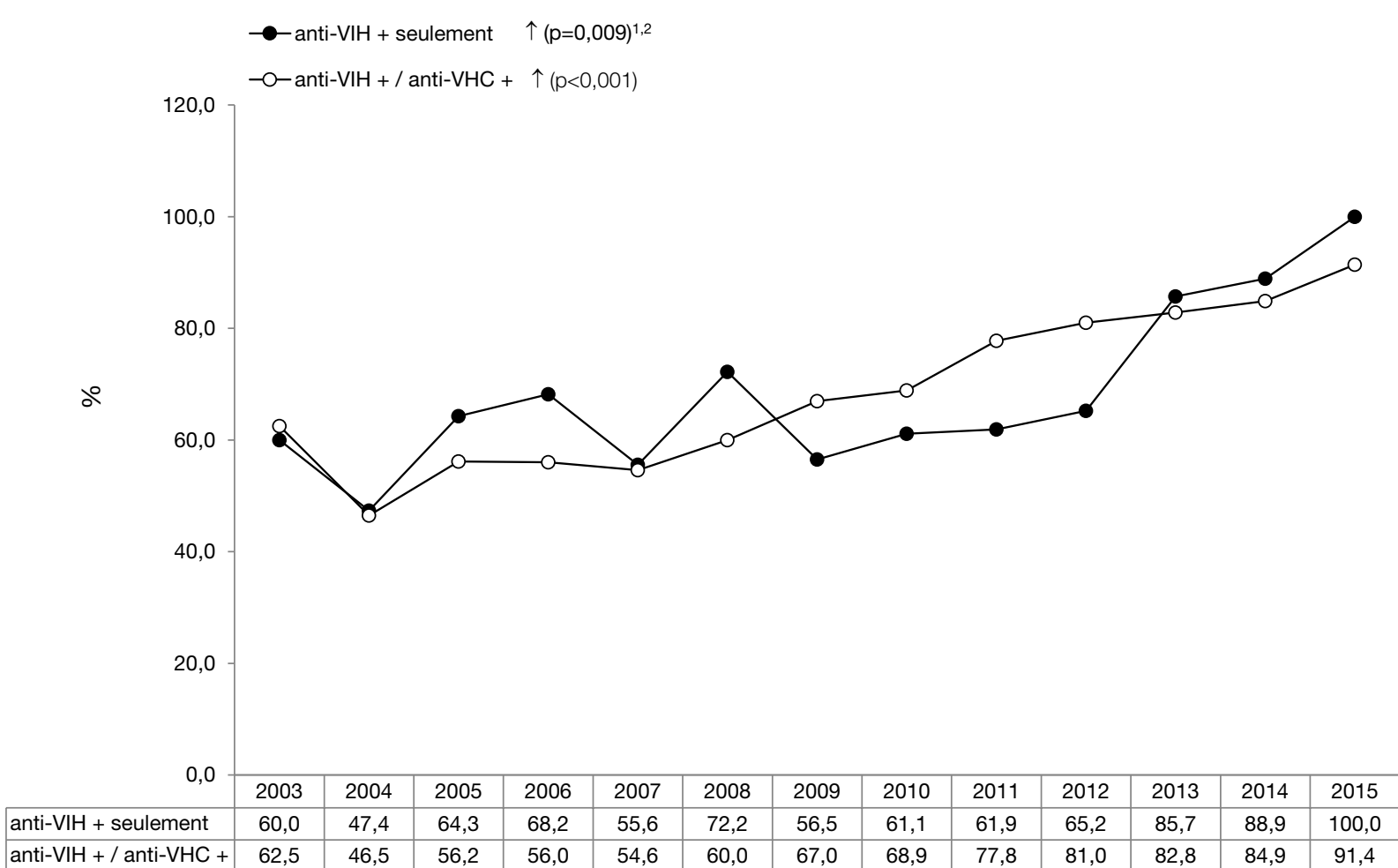
Figure 31 Tendances de prise actuelle de médicaments contre son infection par le VIH chez les participants qui se savent anti-VIH+ et de prise à vie de médicaments contre son infection par le VHC²¹ chez les participants qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC, au cours des six derniers mois - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

²¹ Disponible à partir de 2006 (première année complète).

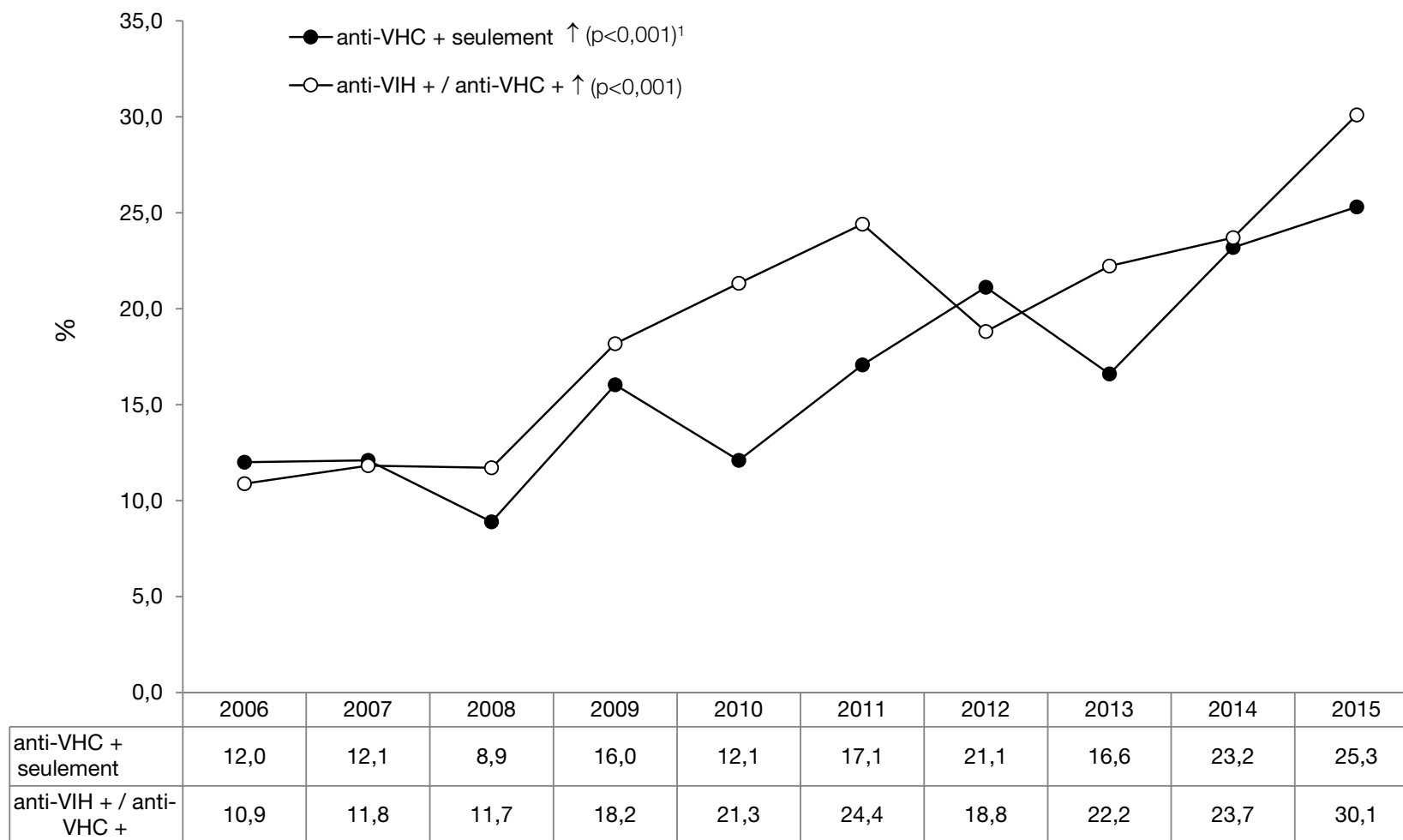
Figure 32 Tendances de prise actuelle de médicaments contre son infection par le VIH chez les participants qui se savent VIH+, stratifié selon le statut sérologique (VIH+ seulement ou VIH+ et anticorps contre le VHC), au cours des six derniers mois - à la première visite annuelle, Réseau SurUDI-I-Track, 2003-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

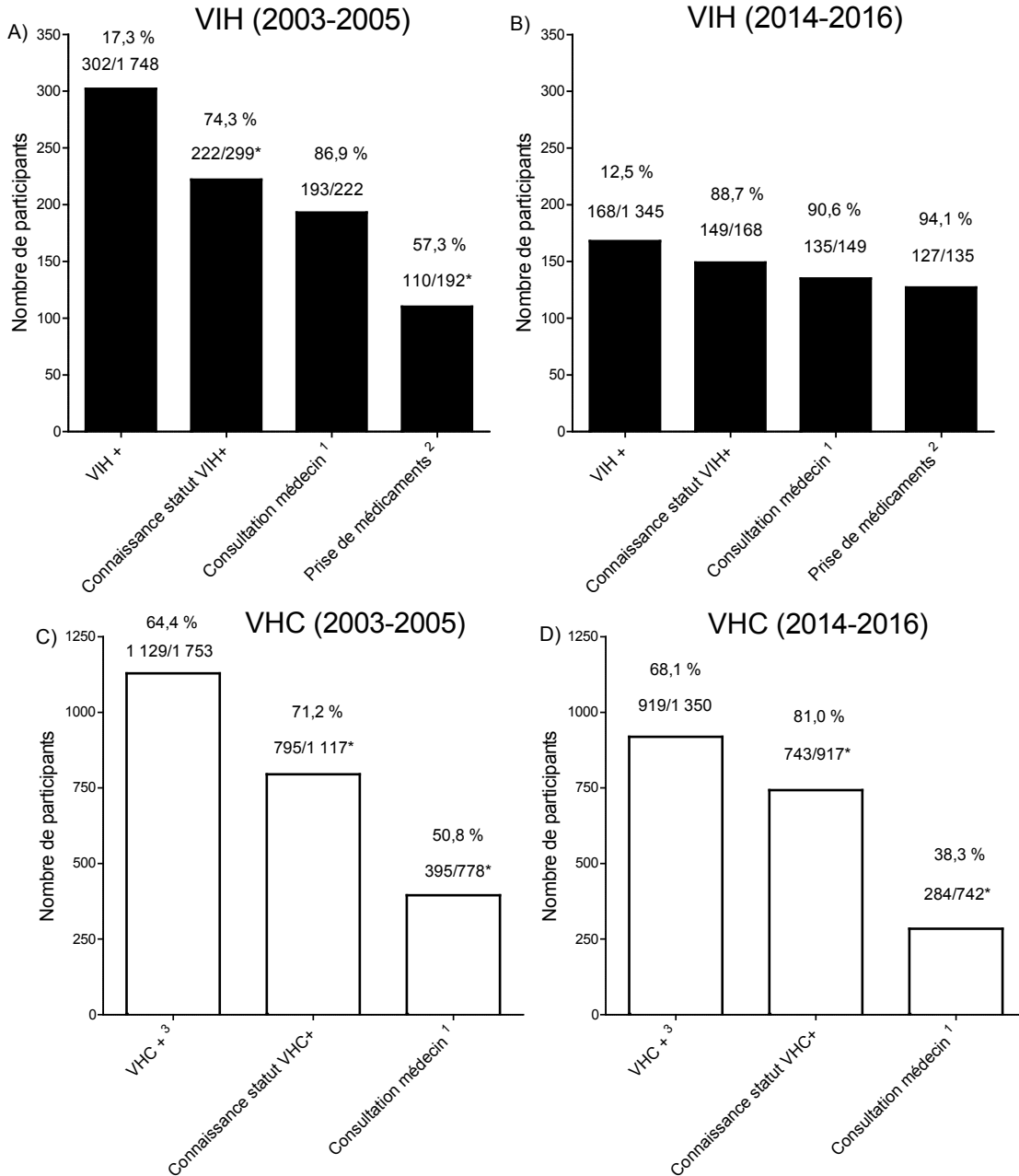
² Pour VIH+ seulement, les dénominateurs annuels varient entre 10 et 23.

Figure 33 Tendances de prise à vie de médicaments contre son infection par le VHC chez les participants qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC, stratifié selon le statut sérologique (VIH+ seulement ou anticorps contre le VHC et VIH+), au cours des six derniers mois - à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2015



¹ Test par équations d'estimation généralisées. 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 2014 au 31 mars 2016; C) des cas anti-VHC+ du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2005 et D) des cas anti-VHC+ du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2016 – à la visite la plus récente pour la période, Réseau SurvUDI-I-Track, 2003-2016.



* Sauf pour la première barre où il s'agit du nombre total de participants, le dénominateur d'une barre est toujours le numérateur de la barre précédente. Les différences sont dues à la présence de données manquantes.

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

² Prise de médicaments actuelle pour le VIH. Étant donné qu'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.

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 Discussion

Depuis plus de 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 une dizaine d'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 50,7 % en 2015 (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 81,1 % des jeunes de 24 ans et moins rapportent s'être injecté des médicaments opioïdes au cours des six derniers mois, et pour 57,6 % d'entre eux, cette substance était celle injectée le plus souvent. Roy et collaborateurs¹⁹ 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, l'injection d'un comprimé ou d'une capsule normalement conçu pour un usage par ingestion peut nécessiter jusqu'à trois ou quatre injections pour une seule dose, ce qui augmente le nombre de manipulations et le risque de partage de matériel¹⁹. 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 composée de personnes UDI montréalaises²⁰. 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'injection²¹. Finalement, il faut surveiller cette tendance et suivre de près l'appropriation des nouveaux messages de prévention et l'utilisation des nouveaux matériels depuis leur implantation à l'automne 2017 dans les suites des recommandations de l'avis de l'INSPQ².

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 14,4 % en 2015, soit une diminution statistiquement significative de près de 67 % ($p < 0,001$, figure 10). 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 25 %. Cette proportion a diminué significativement entre 2010 et 2015 (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 et en augmentation de 2011 à 2014.

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 interventions auprès de la population UDI 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 significative observée entre 1995 et 2009, le taux d'incidence du VIH est relativement stable depuis, sans tendance statistiquement significative de 2009 à 2014 (de 2008 à 2014 pour Montréal, figure 8). Au cours des cinq dernières années disponibles pour l'analyse de tendance (2010 à 2015), il s'est maintenu entre 0,5 et 1,0 par 100 personnes-années, ce qui est similaire ou légèrement élevé comparativement aux taux observés dans plusieurs autres pays dont la France, les États-Unis et l'Australie^{22,23}. Le taux d'incidence du VHC, pour sa part, a diminué statistiquement jusqu'en 2011, mais une augmentation statistiquement significative est observée entre 2011 et 2014 (figure 9). Ces taux doivent donc continuer à être suivis de près.

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 temps²⁴. 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 1995-2016. 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 2016. 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 2016. 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 au cours de la dernière année a augmenté significativement entre 2003 et 2015 autant pour le VIH que pour le VHC (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 proportion de participants ayant consulté un médecin dans les six derniers mois pour son infection a augmenté significativement 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 ayant aussi des anticorps contre 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 2015 (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. 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 que seules les anti-VHC sont mesurés.

L'ONUSIDA a récemment publié de nouvelles cibles à atteindre d'ici 2020²⁵. 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 a été atteinte en 2015. 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 92,6 % observé en 2015.

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. 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, soit passée (traitée ou non), soit 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 dans nos échantillons²⁶. 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 indétectable¹⁸) et de réinfection^{9,10,13,14,18,27}, 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.

5 Conclusion

Des changements importants dans les habitudes de consommation et les facteurs de risque ont été observés depuis quelques années, notamment une hausse de l'injection de médicaments opioïdes. La proportion d'injections avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre est en constante diminution et à son niveau le plus bas en 2015. Le taux d'incidence du VIH est similaire ou légèrement élevé comparativement aux taux observés dans plusieurs autres pays dont la France, les États-Unis et l'Australie, et stable depuis 2009 (2008 à Montréal). Le taux d'incidence du VHC est très élevé et en augmentation depuis 2011. Cette hausse à surveiller pourrait avoir un lien avec l'augmentation de l'injection de médicaments opioïdes au Québec.

Des moyens doivent être mis en place 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.

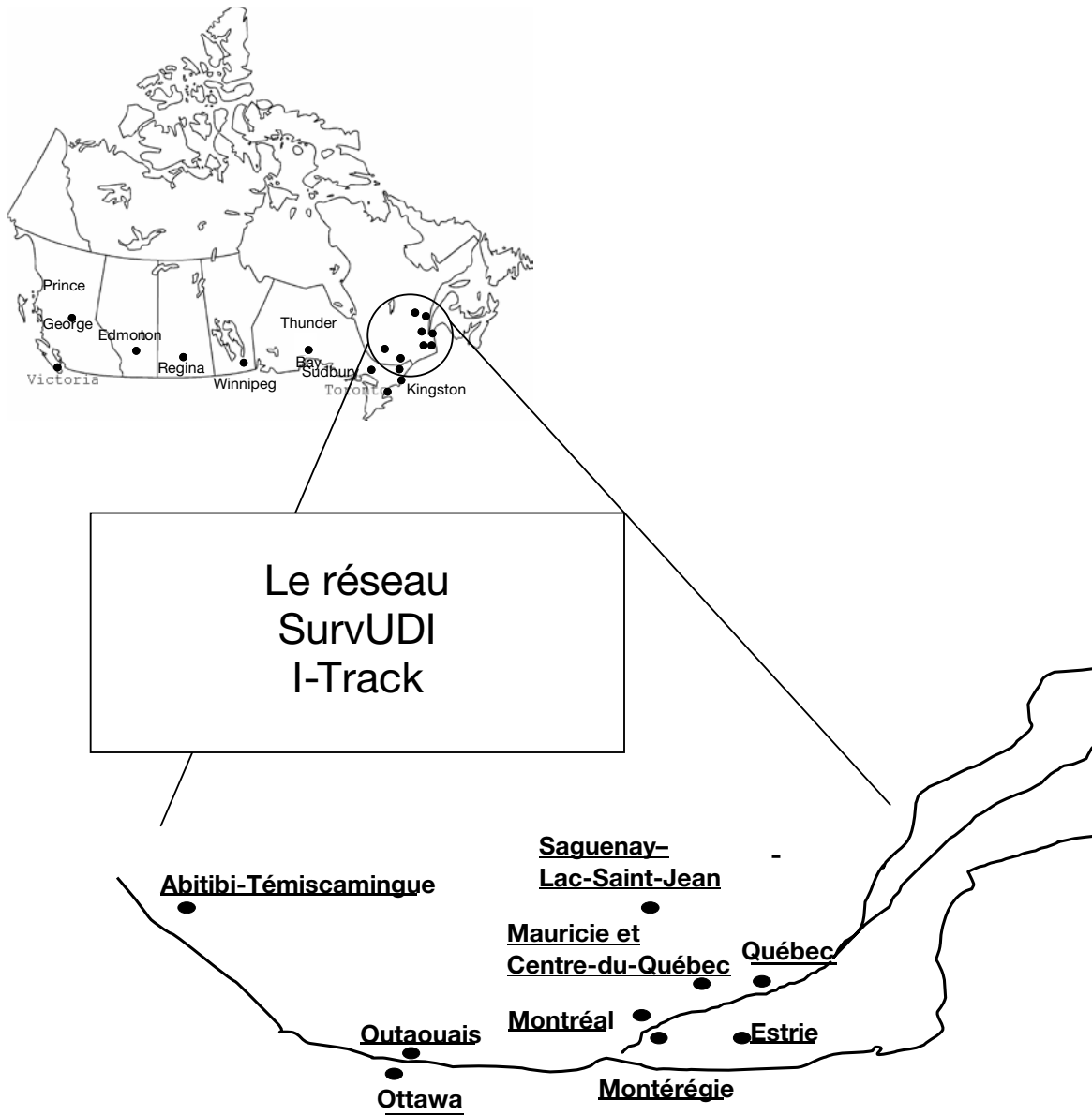
Références

1. Leclerc P, Arruda N, Morrissette C. *Évaluation de l'acceptabilité de nouveau matériel pour l'injection de médicaments opioïdes*. Montréal, Qué.: Direction de la santé publique du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal; 2015.
2. Noël L, Dubé P-A, Tremblay P-Y, Groupe de travail sur la révision du matériel d'injection destiné aux personnes UDI. *Matériel d'injection: Réduire Les Risques Chez Les Injecteurs de Médicaments Opioïdes*. Québec, QC: Institut national de la santé publique du Québec; 2015:79. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2045>.
3. Working group on global HIV/AIDS and STI surveillance. *Guidelines on Surveillance among Populations Most at Risk for HIV*. Geneva: UNAIDS/WHO; 2011:49.
4. Hankins C, Alary M, Parent R, Blanchette C, Claessens C, SurvUDI Working Group. Continuing HIV transmission among injection drug users in Eastern Central Canada: the SurvUDI Study, 1995 to 2000. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 2002;30(5):514-521.
5. Noël L, Antil T, Champagne M. *Les Programmes de Prévention Du VIH Chez Les UDI Au Québec: Une Démarche Collective d'évaluation*. Québec: Centre de santé publique de Québec; 1998:104.
6. Judd A, Parry J, Hickman M, et al. Evaluation of a modified commercial assay in detecting antibody to hepatitis C virus in oral fluids and dried blood spots. *J Med Virol*. 2003;71(1):49-55. doi:10.1002/jmv.10463
7. Seeff LB. Natural history of chronic hepatitis C. *Hepatology* 2002;36(5 Suppl 1):S35-46. doi:10.1053/jhep.2002.36806
8. Page K, Hahn JA, Evans J, et al. Acute hepatitis C virus infection in young adult injection drug users: a prospective study of incident infection, resolution, and reinfection. *J Infect Dis*. 2009;200(8):1216-1226. doi:10.1086/605947
9. Micallef JM, Macdonald V, Jauncey M, et al. High incidence of hepatitis C virus reinfection within a cohort of injecting drug users. *J Viral Hepat*. 2007;14(6):413-418. doi:10.1111/j.1365-2893.2006.00812.x
10. Grebely J, Knight E, Ngai T, et al. Reinfection with hepatitis C virus following sustained virological response in injection drug users. *J Gastroenterol Hepatol*. 2010;25(7):1281-1284. doi:10.1111/j.1440-1746.2010.06238.x
11. Grebely J, Conway B, Raffa JD, Lai C, Kraiden M, Tyndall MW. Hepatitis C virus reinfection in injection drug users. *Hepatology* 2006;44(5):1139-1145. doi:10.1002/hep.21376
12. Currie SL, Ryan JC, Tracy D, et al. A prospective study to examine persistent HCV reinfection in injection drug users who have previously cleared the virus. *Drug Alcohol Depend*. 2008;93(1-2):148-154. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.09.011
13. Aitken CK, Lewis J, Tracy SL, et al. High incidence of hepatitis C virus reinfection in a cohort of injecting drug users. *Hepatology* 2008;48(6):1746-1752. doi:10.1002/hep.22534
14. van de Laar TJW, Molenkamp R, van den Berg C, et al. Frequent HCV reinfection and superinfection in a cohort of injecting drug users in Amsterdam. *J Hepatol*. 2009;51(4):667-674. doi:10.1016/j.jhep.2009.05.027

15. Kitayaporn D, Uneklabh C, Weniger BG, et al. HIV-1 incidence determined retrospectively among drug users in Bangkok, Thailand. *AIDS Lond Engl*. 1994;8(10):1443-1450.
16. Lawless JF. *Statistical Models and Methods for Lifetime Data*. New York: John Wiley & Sons Ltd; 1982.
17. WHO. *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 Organisation; 2009:40.
18. Wong T, Lee SS. Hepatitis C: a review for primary care physicians. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2006;174(5):649-659. doi:10.1503/cmaj.1030034
19. Roy E, Arruda N, Vaillancourt E, et al. Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montréal. *Drug Alcohol Rev*. 2012;31(1):72-80. doi:10.1111/j.1465-3362.2011.00299.x
20. Bruneau J, Roy E, Arruda N, Zang G, Jutras-Aswad D. The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users. *Addict Abingdon Engl*. 2012;107(7):1318-1327. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03803.x
21. Conrad C, Bradley HM, Broz D, et al. Community Outbreak of HIV Infection Linked to Injection Drug Use of Oxycodone--Indiana, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64(16):443-444.
22. Des Jarlais DC, Kerr T, Carrieri P, Feelemyer J, Arasteh K. HIV infection among persons who inject drugs: ending old epidemics and addressing new outbreaks. *AIDS Lond Engl*. 2016;30(6):815-826. doi:10.1097/QAD.0000000000001039
23. Iversen J, Wand H, Topp L, Kaldor J, Maher L. Extremely low and sustained HIV incidence among people who inject drugs in a setting of harm reduction. *AIDS Lond Engl*. 2014;28(2):275-278. doi:10.1097/QAD.0000000000000068
24. Roy E, Richer I, Morissette C, et al. Temporal changes in risk factors associated with HIV seroconversion among injection drug users in eastern central Canada. *AIDS Lond Engl*. 2011;25(15):1897-1903. doi:10.1097/QAD.0b013e32834ad6bb
25. UNAIDS. *90-90-90 - An Ambitious Treatment Target to Help End the AIDS Epidemic*.
26. Suzuki T, Omata K, Satoh T, et al. Quantitative detection of hepatitis C virus (HCV) RNA in saliva and gingival crevicular fluid of HCV-infected patients. *J Clin Microbiol*. 2005;43(9):4413-4417. doi:10.1128/JCM.43.9.4413-4417.2005
27. Kondili LA, Chionne P, Costantino A, et al. Infection rate and spontaneous seroreversion of anti-hepatitis C virus during the natural course of hepatitis C virus infection in the general population. *Gut*. 2002;50(5):693-696.

Annexe 1

Les sites collaborateurs du réseau SurvUDI-I-Track



Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca