



Résultats nationaux de l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019

Jill Tarasuk^{1*}, Jingxuan Zhang¹, Anais Lemyre¹, François Cholette², Maggie Bryson¹, Dana Paquette¹

Résumé

Contexte : L'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables (UDI) a permis de recueillir des données dans quatorze sites sentinelles au Canada (2017 à 2019).

Objectifs : Décrire la prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite C et des comportements à risque associés à ceux-ci, et examiner les tendances observées au fil du temps.

Méthodes : Des informations sur les caractéristiques sociodémographiques, les déterminants sociaux de la santé, le recours aux services de prévention et au dépistage, la consommation de drogues, les comportements à risque, ainsi que le dépistage, les soins et le traitement du VIH et de l'hépatite C ont été recueillis par l'entremise de questionnaires administrés par un intervieweur. Les échantillons biologiques ont été analysés pour y détecter la présence d'anticorps anti-VIH et anti-hépatite C et l'acide ribonucléique (ARN) de l'hépatite C. Les statistiques descriptives ont été calculées et les tendances observées au fil du temps ont été évaluées.

Résultats : Parmi les 2 383 participants, 65,6 % étaient des hommes cisgenres, 42,2 % étaient autochtones, 48 % avaient un niveau d'instruction égal ou inférieur au secondaire, 62,6 % se trouvaient dans une situation de logement précaire et 75,7 % avaient déjà été incarcérés. L'âge moyen était de 40,1 ans. La majorité des participants ont été victimes de stigmatisation et de discrimination (88,7 %) ainsi que de violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques durant l'enfance (85 %) ou de la part d'un partenaire sexuel (75,9 %). La majorité des participants ont déclaré utiliser un programme de distribution de seringues (90,1 %) et avoir été dépistés pour le VIH (90,5 %) et l'hépatite C (90,9 %).

Parmi les participants ayant des antécédents de relations sexuelles, la majorité (59,2 %) a déclaré utiliser le préservatif de manière irrégulière lors de relations vaginales ou anales avec un partenaire sexuel occasionnel. La prévalence du VIH était de 10,3 % (82,9 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut infectieux) et de nombreux participants (36,9 %) étaient séropositifs pour l'ARN de l'hépatite C (50,1 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut infectieux).

La plupart des indicateurs de surveillance sont restés relativement stables entre la phase 1 et la phase 4. Des changements ont été observés au niveau des substances utilisées, et des améliorations ont été notées en ce qui concerne la prévalence du VIH et de l'hépatite C et les indicateurs de la cascade de soins.

Conclusion : De nombreux UDI au Canada se trouvaient dans une situation de logement précaire et étaient confrontés à des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination. La prévalence du VIH et de l'hépatite C était élevée dans certaines régions. Ces résultats contribuent aux données probantes utilisées pour informer les mesures de prévention et de contrôle ciblées.

Citation proposée : Tarasuk J, Zhang J, Lemyre A, Cholette F, Bryson M, Paquette D. Résultats nationaux de l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2020;46(5):155–68. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v46i05a07f>

Mots-clés : VIH, hépatite C, utilisateurs de drogues injectables, consommation de drogues, comportements d'injection, pratiques sexuelles à risque, surdose, statut infectieux, dépistage, soins et traitement

Cette oeuvre est mise à la disposition selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0



Affiliations

¹ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, ON

² Laboratoire national de microbiologie, Agence de la santé publique du Canada, Winnipeg, MB

*Correspondance :

jill.tarasuk@canada.ca



Introduction

Au Canada, le groupe des utilisateurs de drogues injectables (UDI) est associé à un risque important d'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et à l'hépatite C. Il a été estimé que, des 2 165 nouveaux cas d'infection au VIH survenus en 2016, 11,3 % étaient attribuées à la consommation de drogues par injection. Ce pourcentage n'a pas diminué depuis 2014, où il était estimé à 11,2 % (1). En Amérique du Nord, le fardeau de l'hépatite C attribuée à la consommation de drogues par injection est supérieur à celui du VIH, et était estimé à 81 % en 2013 (2). Au Canada, la prévalence des anticorps anti-VIH et anti-hépatite C était élevée chez les UDI interrogés de 2010 à 2012 (11,2 % et 68 % respectivement) (3). Ces résultats soulignent la nécessité d'entreprendre des efforts de prévention et de traitement pour réduire les taux de morbidité et de mortalité associés au VIH et à l'hépatite C dans cette population. La surveillance biocomportementale intégrée, une approche mise en place par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et adoptée à l'échelle mondiale (4), est indispensable pour informer et orienter les mesures de santé publique. Cette surveillance permet de recueillir des renseignements sur les pratiques à risque et les comportements favorisant la santé chez les populations les plus exposées au risque d'infection au VIH. Elle est en outre nécessaire pour mieux comprendre les facteurs contribuant à la transmission.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), en collaboration avec les provinces et les territoires, notamment les partenaires régionaux ou locaux en santé publique, surveille les tendances de la prévalence du VIH, de l'hépatite C et des facteurs de risque associés chez les populations clés, comme les UDI, par l'intermédiaire du système de surveillance Track. L'enquête Track auprès des UDI (auparavant dénommée « I-Track ») consiste en la réalisation d'enquêtes transversales répétées dans certains sites sentinelles du Canada. Elle a été mise en œuvre pour la première fois de 2003 à 2005 (phase 1) dans sept sites sentinelles. Trois périodes de collecte de données ont suivi, notamment la plus récente, la phase 4 (2017 à 2019), dans quatorze sites sentinelles (**annexe 1**).

Ce rapport vise à présenter les résultats de surveillance nationale de la phase 4 de l'enquête Track auprès des UDI au Canada, réalisée entre le 1^{er} janvier 2017 et le 9 mai 2019, dans les sites sentinelles canadiens participants. Ces résultats fournissent des renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques, les déterminants sociaux de la santé, le recours aux services de prévention et au dépistage, la consommation de drogues et les antécédents de surdose, les comportements sexuels à risque ainsi que la prévalence et la cascade de soins du VIH et de l'hépatite C et la connaissance du statut d'infection à ces maladies. Certains indicateurs sélectionnés au cours des phases 1 à 4 de l'enquête Track auprès des UDI sont également présentés pour décrire les tendances observées au fil du temps.

Méthodes

Source de données et techniques d'échantillonnage

Les données présentées dans ce rapport sont tirées de l'enquête Track auprès des UDI au Canada. L'enquête Track auprès des UDI se base sur l'échantillonnage par lieu de rencontre : les participants sont recrutés dans les lieux où ils ont l'habitude de se réunir, le plus souvent dans le cadre de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues. Les personnes qui avaient consommé des drogues injectables au cours des six mois précédant le recrutement et qui avaient l'âge minimal requis pour donner leur consentement, lequel a été déterminé à chaque site selon les exigences locales en matière d'éthique de la recherche, ont été autorisées à participer à l'enquête. Les participants admissibles et consentants ont rempli un questionnaire administré par un intervieweur et fourni un échantillon biologique de sang séché (ou échantillon de salive dans le cas des sites du réseau SurvUDI).

Le protocole de surveillance et le questionnaire ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada et, le cas échéant, par les comités d'éthique de la recherche de chaque site sentinelle. Les mêmes stratégies d'échantillonnage et de recrutement, ainsi que le même questionnaire de base (avec quelques révisions mineures) ont été employés lors des quatre phases pour permettre la comparabilité des résultats au fil du temps. Les méthodes d'enquête sont décrites de manière plus détaillée dans un autre document (3).

Sélection des sites sentinelles

Les sites sentinelles ont été sélectionnés suite à des consultations avec les représentants provinciaux et territoriaux, qui ont tenu compte de l'épidémiologie du VIH, de l'hépatite C et de la consommation de drogues et des dangers connexes. Compte tenu de ces facteurs, les sites sentinelles participants variaient selon la phase de l'enquête Track auprès des UDI (annexe 1). La collecte de données à Ottawa (Ontario) et dans la province de Québec a été coordonnée par le réseau SurvUDI (5). Les sites du réseau SurvUDI ont été répartis en quatre zones géographiques pour les analyses de la phase 4 (se reporter à l'annexe 1).

Questionnaire administré par un intervieweur

Le questionnaire de l'enquête Track auprès des UDI vise à recueillir des renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques, les déterminants sociaux de la santé, le recours aux services de santé et de prévention (notamment le dépistage), la consommation de drogues et les comportements d'injection, les pratiques sexuelles, ainsi que les soins et le traitement du VIH et de l'hépatite C. Le questionnaire a, dans un premier temps, été élaboré pour une phase pilote par un



groupe de travail composé d'experts dans le but d'en établir la validité apparente. Pour assurer la comparabilité, la plupart des questions à l'échelle nationale ont été reprises à chaque phase ultérieure pour suivre l'évolution des informations dans le temps.

Le questionnaire de la phase 4 comporte un nombre limité de révisions, dont l'ajout de nouvelles questions à l'échelle nationale concernant l'identité de genre, les difficultés financières, l'état de santé mentale, les expériences de stigmatisation et de discrimination, les expériences de violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques, l'emprunt de matériel usagé de consommation de drogues non injectables, les antécédents de surdose, le recours aux services de réduction des méfaits, l'absence de préservatif lors de la dernière relation sexuelle rémunérée, la consommation de substances avant ou pendant les relations sexuelles, l'observance du traitement antirétroviral et le statut de la charge virale.

Échantillon biologique

Les échantillons de sang séché ont été analysés pour y détecter la présence du VIH (anticorps et antigènes) et de l'hépatite C (anticorps et ARN). Les participants n'ont pas été informés des résultats de leurs analyses en laboratoire, car aucun renseignement d'identification n'a été recueilli pour préserver l'anonymat des participants. Il a été demandé aux sites sentinelles d'assurer un service de dépistage sur place, tel l'analyse de biologie délocalisée et la phlébotomie complète, pendant les périodes de recrutement pour que les participants n'ayant pas connaissance de leur statut infectieux puissent, s'ils le souhaitent, se faire dépister. Lorsque les sites n'étaient pas en mesure d'assurer le dépistage sur place, les participants étaient dirigés vers des centres de dépistage ou des services de soins de santé de la région. Des algorithmes actualisés d'analyse en laboratoire des échantillons de sang séché ont été introduits à la phase 4 (se reporter à l'annexe 2). Les algorithmes d'analyse des échantillons collectés dans les sites du réseau SurvUDI figurent à l'annexe 2.

Analyse

Les statistiques descriptives des indicateurs sélectionnés ont été calculées à l'aide de SAS Enterprise Guide 7.1. Certains indicateurs sélectionnés au cours des phases 1 à 4 ont été comparés pour examiner les tendances observées au fil du temps. Les faibles valeurs numériques ont été évaluées pour déterminer le risque d'identification des participants, et laissées tel quel lorsque le risque de réidentification était jugé nul, conformément à la directive de l'ASPC sur la collecte, l'utilisation et la diffusion de l'information sur la santé publique (ASPC, 2013, document non publié). Les participants dont la réponse était « Non indiqué », « Je ne sais pas » ou « Refus » ont été exclus de chaque analyse.

Résultats

La taille des échantillons ayant participé à la phase 1, à la phase 2 et à la phase 3 était respectivement de 2 986, 2 982 et 2 687. Au total, 2 383 personnes étaient admissibles et ont accepté de participer à la phase 4 de l'enquête. Parmi celles-ci, 2 379 (99,8 %) ont rempli un questionnaire et 2 162 (90,7 %) ont fourni un échantillon biologique. Les résultats des indicateurs sélectionnés par caractéristiques sociodémographiques et déterminants sociaux de la santé des participants sont présentés dans les **tableaux supplémentaires A** (indicateurs de prévention et de dépistage), **B** (comportements d'injection et consommation de drogues), **C** (comportements sexuels à risque) et **D** (indicateurs sélectionnés par phase).

Caractéristiques sociodémographiques

Dans la phase 4, 65,6 % des participants s'identifient comme hommes cisgenres, 32,7 % comme femmes cisgenres et 1 % comme personnes transféminines (c'est-à-dire des personnes de sexe masculin à la naissance, mais qui s'identifient comme femmes ou non binaires) et 0,7 % comme personnes transmasculines (c.-à-d. des personnes de sexe féminin à la naissance, mais qui s'identifient comme hommes ou non binaires) (**tableau 1**). L'âge moyen des participants était de 40,1 ans (**tableau supplémentaire D**).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019 (n = 2 383)

Caractéristiques sociodémographiques		n	Total ^a	%
Identité de genre	Femme cisgenre	775	2 372	32,7
	Homme cisgenre	1 556	2 372	65,6
	Personne transféminine ^b	24	2 372	1,0
	Personne transmasculine ^c	17	2 372	0,7
Groupe d'âge	Moins de 25 ans	161	2 378	6,8
	25 à 39 ans	1 058	2 378	44,5
	40 à 54 ans	895	2 378	37,6
	55 ans ou plus	264	2 378	11,1
Site sentinelle	Whitehorse (Yn)	49	2 383	2,1
	Centre et nord de l'île de Vancouver (C.-B.)	179	2 383	7,5
	Prince Albert (Sask.)	184	2 383	7,7
	Regina (Sask.)	205	2 383	8,6
	Winnipeg (Man.)	181	2 383	7,6
	Thunder Bay (Ont.)	200	2 383	8,4
	London (Ont.)	206	2 383	8,6



Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019 (n = 2 383) (suite)

Caractéristiques sociodémographiques		n	Total ^a	%
Site sentinelle (suite)	Hamilton (Ont.)	157	2 383	6,6
	Ottawa (Ont.) et région de l'Outaouais (Qc)	200	2 383	8,4
	Montréal (Qc)	200	2 383	8,4
	Québec (Qc)	125	2 383	5,3
	Autres sites urbains au Québec ^d	167	2 383	7,0
	Nouveau-Brunswick	200	2 383	8,4
	Terre-Neuve	130	2 383	5,5
Statut d'Autochtone	Premières nations, Métis ou Inuits	997	2 360	42,2
	Autre ethnies	1 363	2 360	57,8
Habitant d'une collectivité des Premières nations, des Métis ou des Inuits ^e	Non	802	930	86,2
	Oui	128	930	13,8

Abréviations : C.-B., Colombie-Britannique; Man., Manitoba; Ont., Ontario; Qc, Québec; Sask., Saskatchewan; Yn, Yukon
^a Le total représente le nombre total de personnes associées à l'indicateur concerné, à l'exception des personnes ayant répondu par « Je ne sais pas », « Refus » et « Non indiqué »
^b Les personnes transféminines inclut les personnes de sexe masculin à la naissance, mais qui s'identifient comme femmes ou non binaires
^c Les personnes transmasculines inclut les personnes de sexe féminin à la naissance, mais qui s'identifient comme hommes ou non binaires
^d Les autres sites urbains de la province de Québec étaient l'Abitibi-Témiscamingue, la Montérégie, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, les Cantons de l'Est et la Mauricie-Centre-du-Québec
^e Cette question a seulement été posée aux participants autochtones

Sur l'ensemble des participants, 42,2 % s'identifiaient comme autochtones, dont 82,9 % comme membres des Premières nations, 14,9 % comme membres des Métis et 2,2 % comme membres des Inuits. Parmi les participants autochtones, 13,8 % ont déclaré vivre dans une collectivité des Premières nations, des Métis ou des Inuits au moment de l'entrevue. La proportion de participants qui s'identifiaient comme étant d'une autre ethnies était de 57,8 % et, parmi ceux-ci, la majorité (96,3 %) s'identifiaient comme Blancs. La plupart des données démographiques sont restées relativement stables au cours des quatre phases, tandis que l'âge moyen a légèrement augmenté, de même que la proportion de personnes qui s'identifiaient comme autochtones (tableau supplémentaire D).

Déterminants sociaux de la santé

Parmi les participants de la phase 4, un peu moins de la moitié (48 %) avaient un niveau d'instruction égal ou inférieur au secondaire et une large proportion (86 %) de participants avaient rencontré des difficultés financières (mal à « joindre les deux bouts ») au cours des douze mois précédant l'entrevue (tableau 2). Globalement, 62,6 % des participants se trouvaient

Tableau 2 : Déterminants sociaux de la santé des participants à l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019 (n = 2 383)

Déterminants sociaux de la santé		n	Total ^a	%
Niveau d'instruction le plus élevé	Études secondaires non terminées	1 139	2 373	48,0
	Études secondaires terminées	621	2 373	26,2
	Études supérieures réalisées après les études secondaires	613	2 373	25,8
Difficultés financières ^b au cours des douze derniers mois	Non	207	1 479	14,0
	Oui	1 272	1 479	86,0
Situation de logement précaire au cours des six derniers mois	Situation de logement précaire ^c	1 486	2 374	62,6
	Situation de logement stable	888	2 374	37,4
Antécédents d'incarcération ^d	Non	422	1 736	24,3
	Oui	1 314	1 736	75,7
Santé mentale	Passable à excellente	1 401	1 668	84,0
	Mauvaise	267	1 668	16,0
Antécédents de stigmatisation et de discrimination ^e	Non	166	1 464	11,3
	Oui	1 298	1 464	88,7
Antécédents de violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques durant l'enfance	Non	220	1 463	15,0
	Oui	1 243	1 463	85,0
Antécédents de violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques de la part d'un partenaire sexuel	Non	351	1 458	24,1
	Oui	1 107	1 458	75,9

^a Le total représente le nombre total de personnes associées à l'indicateur concerné, à l'exception des personnes ayant répondu par « Je ne sais pas », « Refus » et « Non indiqué »
^b Défini en tant qu'avoir eu du mal à « joindre les deux bouts » au cours de l'année précédant l'entrevue
^c Défini en tant qu'avoir vécu dans une chambre d'hôtel ou de motel, une maison de chambre ou une pension de famille, un refuge ou une auberge de jeunesse, une maison ou un foyer de transition, un établissement psychiatrique ou un centre de désintoxication, un lieu public ou un établissement correctionnel
^d Seules des données partielles étaient disponibles dans les sites du réseau SurvUDI
^e Défini en tant qu'avoir déjà souffert de stigmatisation ou de discrimination (par exemple, évitement, pitié, blâme, honte, rejet, agression verbale ou intimidation) fondée sur l'origine ethnique ou culturelle, le statut de séropositivité pour le VIH, le statut de séropositivité pour l'hépatite C, l'orientation sexuelle, la consommation d'alcool ou de drogues ou le recours au travail du sexe



dans une situation de logement précaire au cours des six mois précédant l'entrevue, et 75,5 % ont déclaré avoir déjà été incarcérés. Une large proportion de participants (84 %) ont déclaré que leur santé mentale était « passable à excellente » et 16 % ont déclaré qu'elle était « mauvaise ». Parmi les participants autochtones, 83,1 % avaient fréquenté un pensionnat autochtone ou comptaient dans leur famille une personne qui avait fréquenté un pensionnat autochtone.

La majorité des participants (88,7 %) ont déclaré avoir souffert de stigmatisation et de discrimination (liée à l'origine ethnique ou culturelle, au statut de séropositivité pour le VIH, au statut de séropositivité pour l'hépatite C, à l'orientation sexuelle, à la consommation d'alcool ou de drogues ou au travail du sexe). Une large proportion de participants ont souffert de violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques durant l'enfance (85 %) ou de la part d'un partenaire sexuel (75,9 %).

Au cours des quatre dernières phases, les indicateurs des déterminants sociaux sont restés relativement stables, à l'exception d'une hausse de la proportion de participants qui se trouvaient dans une situation de logement précaire au cours des six mois précédant l'entrevue (51,1 % à 62,6 %) (tableau supplémentaire D)

Recours aux services de prévention et au dépistage

Au cours de la phase 4, la majorité des participants (90,1 %) a déclaré avoir eu recours à un programme de distribution d'aiguilles et de seringues au cours des douze mois précédant l'entrevue. Une plus faible proportion a déclaré avoir eu recours à la méthadone, à la buprénorphine ou à un autre traitement de substitution aux opiacés (47,3 %) et avoir fréquenté un site d'injection ou de consommation supervisée (13,5 %). La majorité des participants ont déclaré avoir passé des tests de dépistage pour le VIH (90,5 %) et de l'hépatite C (90,9 %) (tableau 3). Certains participants (14,3 %) avaient entendu parler de la prophylaxie préexposition (PrEP). Parmi les participants qui n'ont pas déclaré de diagnostic d'infection au VIH, 0,3 % avaient utilisé la PrEP au cours des douze mois précédant l'entrevue pour réduire le risque de contracter le VIH. La proportion de participants ayant passé des tests de dépistage pour le VIH (90 % à 92,9 %) et de l'hépatite C (87,5 % à 91,3 %) était élevée et variait peu sur l'ensemble des phases (tableau supplémentaire D).

Comportements d'injection

Au cours de la phase 4, plus d'un tiers des participants (38,1 %) ont déclaré s'être injectés quotidiennement au cours du mois précédant l'entrevue, et plus de la moitié (52,7 %) ont déclaré s'être injectés dans un lieu public au cours des six mois précédant l'entrevue. Globalement, 11,6 % des participants se sont injectés avec des aiguilles ou des seringues usagées au cours des six mois précédant l'entrevue et, parmi eux, une

Tableau 3 : Recours aux services de prévention et au dépistage du VIH et de l'hépatite C par des participants à l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019 (n = 2 383)

Recours aux services de prévention et au dépistage	n	Total ^a	%
Recours à un programme de distribution d'aiguilles et de seringues au cours des douze derniers mois ^b	1 490	1 653	90,1
Fréquentation d'un site d'injection ou de consommation supervisée au cours des douze derniers mois ^b	223	1 652	13,5
Recours à la méthadone, à la buprénorphine ou à un autre traitement de substitution aux opiacés au cours des douze derniers mois ^b	780	1 650	47,3
Antécédents de dépistage du VIH	2 080	2 299	90,5
Antécédents de dépistage du VHC	2 086	2 296	90,9

Abbreviations : VHC, virus de l'hépatite C; VIH, virus de l'immunodéficience humaine

^a Le total représente le nombre total de personnes associées à l'indicateur concerné, à l'exception des personnes ayant répondu par « Je ne sais pas », « Refus » et « Non indiqué »

^b Cette question n'a pas été posée dans les sites du réseau SurvUDI

majorité de participants (85,2 %) empruntaient des aiguilles ou des seringues à des personnes qu'ils connaissaient bien (par exemple, membres de la famille, amis ou partenaires sexuels). Plus d'un tiers des participants (38 %) se sont injectés avec du matériel d'injection usagé (p. ex. eau, filtres, réchauds, garrots, ouate, acidifiants) au cours des six mois précédant l'entrevue. Parmi les participants qui empruntaient du matériel usagé, la majorité d'entre eux (82,9 %) ont déclaré l'avoir emprunté auprès de personnes qu'ils connaissaient bien. Plus de la moitié des participants (56 %) avaient emprunté du matériel de consommation usagé autre que du matériel d'injection tel que des pailles, des billets de banque ou des pipes au cours des six mois précédant l'entrevue (tableau 4).

La proportion de participants ayant déclaré avoir emprunté des aiguilles et/ou des seringues usagées a diminué de près de la moitié, passant de 20,2 % lors de la phase 1 et 21,8 % lors de la phase 2 à 11,6 % lors de la phase 4. En revanche, la proportion de participants ayant déclaré avoir emprunté d'autres matériels d'injection usagés (p. ex. eau, filtres, réchauds, cuillères, garrots, attaches, ouate et acidifiants) a augmenté de près d'un tiers, passant de 29,8 % lors de la phase 1 à 38 % lors de la phase 4 (tableau supplémentaire D).

Consommation de drogues et antécédents de surdose

Au cours de la phase 4, la cocaïne était la drogue la plus fréquemment injectée au cours des six mois précédant l'entrevue (60 %), suivie de l'hydromorphone (50,1 %), de la méthamphétamine (43,5 %), de la morphine (41,6 %) et de l'héroïne (32,4 %). Les participants consommaient un large éventail de drogues non injectables au cours de la même période, le plus souvent du cannabis (72,1 %), de l'alcool (62,5 %), du crack (47,8 %), de la cocaïne (46,6 %) et de la



méthamphétamine (43 %). Les participants ont également déclaré consommer des analgésiques opioïdes, par voies non injectables, en particulier la méthadone (35 %), l'hydromorphone (28,2 %), la codéine (27,5 %), la morphine (24,7 %), le fentanyl (19,8 %), l'héroïne (19,7 %) et l'oxycodone (15,6 %) (tableau 5).

Tableau 4 : Comportements d'injection des participants à l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019 (n = 2 383)

Comportements d'injection	n	Total ^a	%
Pratique quotidienne de l'injection au cours du dernier mois ^b	822	2 155	38,1
Consommation de drogues injectables dans un lieu public au cours des six derniers mois	1 243	2 357	52,7
Emprunt d'aiguilles ou de seringues usagées au cours des six derniers mois	271	2 339	11,6
Emprunt d'aiguilles ou de seringues usagées auprès de personnes bien connues ^c au cours des six derniers mois	224	263	85,2
Emprunt d'autres matériels d'injection usagés (p. ex. eau, filtres, réchauds, garrots, ouate, acidifiants) au cours des six derniers mois	882	2 324	38,0
Emprunt d'autres matériels d'injection usagés auprès de personnes peu connues ^c au cours des six derniers mois	710	856	82,9
Emprunt de matériel de consommation usagé autre que du matériel d'injection (p. ex. des pailles, des billets de banque ou des pipes) au cours des six derniers mois ^b	1 153	2 059	56,0

^a Le total représente le nombre total de personnes associées à l'indicateur concerné, à l'exception des personnes ayant répondu par « Je ne sais pas », « Refus » et « Non indiqué »

^b Cette question n'a pas été posée au site de London

^c Les « personnes bien connues » est défini en tant que des membres de la famille, des amis ou des partenaires sexuels

Tableau 5 : Consommation de drogues et antécédents de surdose des participants à l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019 (n = 2 383)

Consommation de drogues et antécédents de surdose	n	Total ^a	%
Types de drogues utilisées par injection au cours des six derniers mois ^b			
Cocaïne	1 419	2 364	60,0
Hydromorphone	1 184	2 363	50,1
Méthamphétamine	1 027	2 360	43,5
Morphine	982	2 362	41,6
Héroïne	764	2 357	32,4
Fentanyl	572	2 350	24,3
Amphétamines	506	2 358	21,5
Crack	473	2 362	20,0
Ritalin (seul)	466	2 361	19,7
Oxycodone	400	2 365	16,9
Héroïne et cocaïne	330	2 359	14,0
Benzodiazépines	173	2 361	7,3
Talwin et Ritalin	166	2 359	7,0
Méthadone	145	2 366	6,1

Tableau 5 : Consommation de drogues et antécédents de surdose des participants à l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019 (n = 2 383) (suite)

Consommation de drogues et antécédents de surdose	n	Total ^a	%
Types de drogues utilisées sans injection au cours des six derniers mois ^b (suite)			
Autres drogues ^c	237	1 751	13,5
Cannabis	1 698	2 356	72,1
Alcool	1 472	2 355	62,5
Crack	1 125	2 352	47,8
Cocaïne	1 097	2 354	46,6
Méthamphétamine	1 010	2 349	43,0
Amphétamines	836	2 348	35,6
Méthadone	824	2 357	35,0
Benzodiazépines	705	2 349	30,0
Hydromorphone	662	2 351	28,2
Codéine	645	2 350	27,5
Morphine	582	2 354	24,7
Fentanyl	462	2 337	19,8
Héroïne	462	2 345	19,7
Oxycotin et oxycodone	367	2 347	15,6
Ecstasy	223	2 351	9,5
Champignons hallucinogènes	214	2 350	9,1
Talwin et Ritalin	213	2 352	9,1
Barbituriques	200	2 345	8,5
Autres drogues ^c	363	1 809	20,1
Connaissance, accessibilité et utilisation d'une trousse contre les surdoses ^d			
Connaissance de l'existence des trousse contre les surdoses	1 276	1 458	87,5
Antécédents d'utilisation d'une trousse contre les surdoses	408	1 274	32,0
Accessibilité des trousse contre les surdoses dans la collectivité des participants			
Oui	1 168	1 276	91,5
Non	44	1 276	3,5
Ne sait pas	64	1 276	5,0
Expériences de surdose			
Antécédents de surdose au cours des six derniers mois ^e	374	1 652	22,6
Drogues ou substances utilisées lors de la dernière surdose ^{b,d,f}			
Fentanyl	128	298	43,0
Héroïne	116	303	38,3
Méthamphétamine	87	306	28,4
Cocaïne	71	308	23,1
Alcool	49	309	15,9
Cannabis	40	307	13,0
Benzodiazépines	35	305	11,5

Tableau 5 : Consommation de drogues et antécédents de surdose des participants à l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019 (n = 2 383) (suite)

Consommation de drogues et antécédents de surdose	n	Total ^a	%
Drogues ou substances utilisées consommées lors de la dernière surdose ^{b,d,f} (suite)			
Crack	30	305	9,8
Morphine	25	308	8,1
Méthadone	23	308	7,5
Hydromorphe	20	308	6,5
Autres drogues ^c	85	310	27,4

^a Le total représente le nombre total de personnes associées à l'indicateur concerné, à l'exception des personnes ayant répondu par « Je ne sais pas », « Refus » et « Non indiqué »

^b Les participants ont indiqué toutes les drogues (qu'ils avaient injectées, consommées ou utilisées lors de la dernière surdose) à des fins non médicales au cours des six mois précédant l'entrevue. Les drogues les plus fréquemment citées par les participants sont présentées. Les réponses ne s'excluent pas mutuellement

^c Les « autres drogues » comprennent les drogues associées à une fréquence inférieure à 5 %

^d Cette question n'a pas été posée dans les sites du réseau SurvUDI et dans le site de London

^e Cette question n'a pas été posée dans les sites du réseau SurvUDI

^f Parmi les participants qui ont souffert d'une surdose au cours des six derniers mois et qui ont fourni une réponse

La majorité des participants de la phase 4 ont entendu parler des trousses contre les surdoses (87,5 %) et ont déclaré avoir accès dans leur collectivité (91,5 %); une plus faible proportion d'entre eux avait déjà utilisé une trousse sur une autre personne (32 %). Près d'un quart (22,6 %) des participants ont souffert d'une surdose au cours des six mois précédant l'entrevue et les drogues les plus fréquemment utilisées lors de la dernière surdose étaient le fentanyl (43 %), l'héroïne (38,3 %), la méthamphétamine (28,4 %), la cocaïne (23,1 %) et l'alcool (15,9 %) (tableau 5).

La drogue la plus fréquemment injectée pour l'ensemble des phases était la cocaïne (60 % à 81,6 %). Une tendance croissante de l'injection de l'hydromorphe (29,9 % à 50,1 %), de la méthamphétamine (6,8 % à 43,5 %), du fentanyl (1,7 % à 24,3 %) et des amphétamines (7,9 % à 21,5 %) a été constatée entre la phase 1 et la phase 4. Sur l'ensemble des phases, la consommation de cannabis et d'alcool par d'autres voies que l'injection est restée élevée (tableau supplémentaire D).

Comportements sexuels à risque

Dans la phase 4, au moins une fois au cours des six mois précédant l'entrevue, parmi les participants ayant des antécédents de relations sexuelles, 35,2 % avaient eu deux partenaires sexuels ou plus, 59,2 % avaient utilisé le préservatif de manière irrégulière lors de relations vaginales ou anales avec un partenaire sexuel occasionnel, 84,9 % avaient utilisé le préservatif de manière irrégulière lors de relations vaginales ou anales avec un partenaire sexuel régulier, et 15,7 % avaient eu des relations sexuelles rémunérées (tableau 6). Parmi les participants qui avaient eu des relations sexuelles rémunérées, 30,7 % n'avaient pas utilisé de préservatif lors de la dernière relation sexuelle rémunérée. La majorité des participants (84,2 %)

Tableau 6 : Comportements sexuels à risque des participants à l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019 (n = 2,383)

Comportements sexuels à risque	n	Total ^a	%
Deux partenaires sexuels ou plus au cours des six derniers mois ^b	798	2 270	35,2
Utilisation irrégulière du préservatif lors de relations vaginales ou anales avec un partenaire sexuel occasionnel au cours des six derniers mois ^c	413	698	59,2
Utilisation irrégulière du préservatif lors de relations vaginales ou anales avec un partenaire sexuel régulier au cours des six derniers mois ^c	1 086	1 279	84,9
Relations sexuelles rémunérées au cours des six derniers mois	280	1 786	15,7
Absence de préservatif lors de la dernière relation sexuelle rémunérée ^d	66	215	30,7
Consommation de substances avant ou pendant les relations sexuelles au cours des six derniers mois ^d	1 088	1 292	84,2

^a Le total représente le nombre total de personnes associées à l'indicateur concerné, à l'exception des personnes ayant répondu par « Je ne sais pas », « Refus » et « Non indiqué »

^b Le dénominateur exclut les participants sans antécédents de relations sexuelles

^c L'utilisation irrégulière du préservatif est défini comme ne pas systématiquement utiliser un préservatif (c.-à-d. jamais, parfois ou souvent) lors des relations sexuelles. Cette question n'a pas été posée au site de London

^d Cette question n'a pas été posée dans les sites du réseau SurvUDI

ont déclaré consommer des substances avant ou pendant les relations sexuelles (tableau 6).

Sur l'ensemble des phases, parmi les participants ayant eu des antécédents de relations sexuelles au cours des six mois précédant l'entrevue, la proportion de ceux qui avaient eu deux partenaires sexuels ou plus et qui avaient eu des relations sexuelles rémunérées est restée relativement stable (tableau supplémentaire D).

Prévalence du VIH et de l'hépatite C et connaissance du statut d'infection à ces maladies

D'après les analyses en laboratoire, la prévalence du VIH était de 10,3 %. Parmi ces personnes séropositives pour le VIH, 82,9 % avaient connaissance de leur statut d'infection à la maladie (tableau 7). La proportion des participants chez qui la présence des anticorps anti-hépatite C a été détectée était de 64,2 %, une mesure de l'exposition à vie à l'infection par le virus de l'hépatite C. De nombreux participants (36,9 %) étaient séropositifs pour l'ARN de l'hépatite C, un indicateur d'une infection actuelle à l'hépatite C, et, parmi ceux-ci, 50,1 % avaient connaissance de leur statut de séropositivité pour l'ARN de l'hépatite C. Parmi les participants ayant fourni un échantillon biologique en quantité suffisante pour détecter la présence d'anticorps du VIH et d'ARN du VHC, 4,7 % étaient séropositifs pour le VIH et séropositifs pour l'ARN du VHC; 4,3 % étaient séropositifs pour le VIH et séronégatifs pour l'ARN du VHC; 32,3 % étaient séronégatifs pour le VIH et séropositifs pour



Tableau 7 : Prévalence et cascade de soins du VIH et de l'hépatite C et connaissance du statut d'infection à ces maladies chez les participants à l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019 (n = 2 383) (suite)

Prévalence du VIH et de l'hépatite C	n	Total ^a	%
Prévalence du VIH et connaissance du statut d'infection à la maladie			
Prévalence du VIH ^{b,c}	222	2 162	10,3
Connaissance du statut de séropositivité pour le VIH	179	216	82,9
Cascade de soins du VIH (parmi les participants ayant connaissance de leur statut de séropositivité pour le VIH, n = 179)			
Orientation vers les soins et les services liés au VIH ^e	170	179	95,0
Antécédents de TA	174	179	97,2
Suivi actuel d'un TA	157	179	87,7
Observance du TA, sans aucune dose omise au cours du dernier mois ^f	34	80	42,5
Autodéclaration d'une charge virale indétectable pour le VIH ^g	59	94	62,8
Évitement des services liés au VIH en raison d'antécédents de stigmatisation et de discrimination au cours des douze derniers mois ^f	43	95	45,3
Prévalence de l'hépatite C et connaissance du statut d'infection à la maladie			
Prévalence des anticorps anti-VHC ^{c,h}	1 375	2 141	64,2
Prévalence de l'ARN du VHC ^{c,i}	486	1 316	36,9
Connaissance du statut de séropositivité pour l'ARN de l'hépatite C ^j	238	475	50,1
Cascade de soins de l'hépatite C (parmi les participants ayant connaissance de leur statut de séropositivité pour l'ARN de l'hépatite C, n = 238)			
Orientation vers les soins pour l'hépatite C ^k	115	237	48,5
Antécédents de traitement contre l'hépatite C ^l	25	236	10,6
Suivi actuel d'un traitement contre l'hépatite C ^l	9	236	3,8
Co-infection au VIH et à l'hépatite C^m			
Séropositivité pour le VIH et séropositivité pour l'ARN de l'hépatite C	62	1 314	4,7
Séropositivité pour le VIH et séronégativité pour l'ARN de l'hépatite C	57	1 314	4,3
Séronégativité pour le VIH et séropositivité pour l'ARN de l'hépatite C	424	1 314	32,3
Séronégativité pour le VIH et séronégativité pour l'ARN de l'hépatite C	771	1 314	58,7

Abréviations : ARN, acide ribonucléique; TA, traitement antirétroviral; VHC, virus de l'hépatite C; VIH, virus de l'immunodéficience humaine
^a Le total représente le nombre total de personnes associées à l'indicateur concerné, à l'exception des personnes ayant répondu par « Je ne sais pas », « Refus » et « Non indiqué »
^b Parmi les participants ayant fourni un échantillon biologique en quantité suffisante pour détecter la présence du VIH
^c Les algorithmes de dépistage du VIH et de l'hépatite C sont présentés à l'annexe 2
^d Parmi les participants chez qui la présence des anticorps anti-VIH a été détectée et qui ont déclaré leur diagnostic d'infection au VIH. Les participants ayant déclaré que les résultats de leur dernier test de dépistage du VIH étaient positifs et dont la séropositivité pour le VIH a été confirmée à la suite de l'analyse de l'échantillon biologique fourni au moment de l'entrevue ont été classés comme ayant connaissance de leur statut de séropositivité pour le VIH

Note de base (suite)

^e Défini comme étant suivi par un médecin ou un fournisseur de soins de santé pour des services liés au VIH au moment de l'entrevue (au cours des six mois précédant l'entrevue dans le cas des sites du réseau SurvUDI et du site de London)
^f Cette question n'a pas été posée dans les sites du réseau SurvUDI (n = 65) et dans le site de London (n = 17). Le dénominateur exclut les participants pour lesquels il manque des données
^g Parmi les participants suivant un TA au moment de l'entrevue. Cette question n'a pas été posée dans les sites du réseau SurvUDI (n = 62). Le dénominateur exclut les participants pour lesquels il manque des données
^h Parmi les participants ayant fourni un échantillon biologique en quantité suffisante pour détecter la présence des anticorps anti-VHC
ⁱ Parmi les participants ayant fourni un échantillon biologique en quantité suffisante pour détecter la présence des anticorps anti-VHC et de l'ARN du VHC. Les analyses visant à détecter la présence de l'ARN du VHC n'ont pas été réalisées dans les sites du réseau SurvUDI
^j Parmi les participants chez qui la présence de l'ARN du VHC a été détectée et qui ont déclaré leur statut actuel de séropositivité pour l'hépatite C. Les participants ayant déclaré être actuellement infectés par l'hépatite C et dont la séropositivité pour l'ARN de l'hépatite C a été confirmée à la suite de l'analyse de l'échantillon biologique fourni au moment de l'entrevue ont été classés comme ayant connaissance de leur statut de séropositivité pour l'ARN de l'hépatite C
^k Défini comme étant suivi par un médecin ou un fournisseur de soins de santé pour des services liés à l'hépatite C au moment de l'entrevue. Le dénominateur exclut les participants pour lesquels il manque des données
^l Le dénominateur exclut les participants pour lesquels il manque des données
^m Parmi les participants ayant fourni un échantillon biologique en quantité suffisante pour détecter la présence des anticorps anti-VIH et de l'ARN du VHC. Les analyses visant à détecter la présence de l'ARN du VHC n'ont pas été réalisées dans les sites du réseau SurvUDI

l'ARN du VHC; et 58,7 % étaient séronégatifs pour le VIH et séronégatifs pour l'ARN du VHC.

Au cours des quinze années qui se sont écoulées entre la phase 1 et la phase 4, la prévalence du VIH a diminué, passant de 14,9 % à 10,3 %. Parmi les participants séropositifs pour le VIH, la proportion de ceux qui avaient connaissance de leur statut de séropositivité pour le VIH a légèrement augmenté (77,8 % à 82,9 %). Sur l'ensemble des phases, la proportion des participants chez qui des anticorps anti-hépatite C étaient détectés était relativement stable, soit environ les deux tiers des participants (64,2 % à 69 %) (tableau supplémentaire D).

Cascade de soins du VIH et de l'hépatite C

Les indicateurs permettant de mesurer la cascade de soins du VIH ont été examinés parmi les participants ayant connaissance de leur statut de séropositivité pour le VIH (tableau 7). La majorité d'entre eux étaient suivis par un médecin ou un fournisseur de soins de santé pour des services liés au VIH au moment de l'entrevue (95 %). La majorité d'entre eux avaient également des antécédents de traitement antirétroviral (TA) (97,2 %) et suivaient un TA au moment de l'entrevue (87,7 %). L'observance du TA, mesurée par la prise systématique des doses prescrites au cours du mois précédant l'entrevue, était de 42,5 %. Parmi les participants qui suivaient un TA au moment de l'entrevue, 62,8 % ont déclaré une charge virale indétectable pour le VIH. Près de la moitié des participants qui avaient connaissance de leur statut de séropositivité pour le VIH ont déclaré éviter les services liés au VIH en raison d'antécédents de stigmatisation et de discrimination au cours des douze derniers mois précédant l'entrevue (45,3 %).

Les indicateurs permettant de mesurer la cascade de soins de l'hépatite C ont été examinés parmi les participants qui avaient connaissance de leur séropositivité pour l'hépatite C (tableau 7). Près de la moitié (48,5 %) des participants ont déclaré avoir été orientés vers des soins pour l'hépatite C; une proportion plus faible (10,6 %) avait des antécédents de traitement contre l'hépatite C; une proportion encore plus faible (3,8 %) suivait actuellement un traitement contre l'hépatite C.



Entre la phase 1 et la phase 4, parmi les participants ayant connaissance de leur statut de séropositivité pour le VIH, l'orientation vers les soins et les services liés au VIH a augmenté (88,1 % à 95 %), tout comme la proportion des participants suivant actuellement un TA (52 % à 87,7 %). Sur l'ensemble des phases, seule environ la moitié des participants ayant connaissance de leur statut de séropositivité pour l'hépatite C étaient suivis par un médecin pour leur infection à l'hépatite C, et la proportion de participants suivant actuellement un traitement contre l'hépatite C était très faible (tableau supplémentaire D).

Discussion

Les utilisateurs de drogues injectables constituent un groupe associé à un risque d'infection important dans les épidémies de VIH et d'hépatite C qui touchent le Canada (1). Les renseignements recueillis par l'enquête Track auprès des UDI au Canada permettent de contextualiser l'épidémiologie du VIH, de l'hépatite C et les comportements à risque associés au sein de cette population; ils permettent également d'établir des comparaisons dans le temps et de générer de nouvelles données de référence sur les principaux indicateurs émergents, comme les antécédents de stigmatisation et de discrimination, les surdoses et le recours à la PrEP. Les facteurs associés à un risque accru d'infection au VIH et à l'hépatite C dans les enquêtes précédentes ont également été mis en évidence au sein de cet échantillon d'UDI. Les marqueurs de la pauvreté et de la marginalisation, illustrés notamment par le nombre élevé de personnes se trouvant dans une situation de logement précaire et/ou ayant des antécédents d'incarcération, étaient fréquents. La majorité des participants ont également fait état d'antécédents de stigmatisation et de discrimination, ainsi que de violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques durant l'enfance ou de la part d'un partenaire sexuel.

Des taux élevés de dépistage du VIH et de l'hépatite C ainsi que le recours aux programmes de distribution d'aiguilles et de seringues ont été constatés. Néanmoins, le recours aux autres services essentiels de réduction des méfaits était plus faible. Moins de la moitié des participants ont déclaré avoir recouru à un traitement de substitution aux opiacés ou fréquenté un site d'injection ou de consommation supervisées au cours de l'année précédente. Les renseignements obtenus au cours de la phase 4 concernant la consommation de drogues et les comportements d'injection ont montré qu'une large proportion de participants empruntaient des aiguilles ou des seringues et d'autres matériels d'injection usagés. La majorité des participants (59,2 %) ont déclaré une utilisation irrégulière du préservatif avec un partenaire sexuel occasionnel et 84,2 % ont déclaré une consommation de substances avant ou pendant les rapports sexuels, ces deux facteurs étant associés à la transmission des ITSS, y compris la syphilis. Peu de participants (14,3 %) avaient connaissance de la prophylaxie préexposition, et seulement 0,3 % des participants n'ayant pas déclaré de diagnostic d'infection au VIH avaient recours à la PrEP.

Les résultats de la surveillance nationale concordent en grande partie avec ceux des autres systèmes de surveillance biocomportementale intégrée ayant des épidémies de VIH et d'hépatite C comparables. Plus particulièrement, parmi les UDI interrogés aux États-Unis, en Australie et au Royaume-Uni, les niveaux des indicateurs de prévention et de dépistage (analyses visant à détecter la présence du VIH et de l'hépatite C, recours à un traitement de substitution aux opiacés), les comportements d'injection (emprunt d'aiguilles ou de seringues usagées, emprunt d'autres matériels d'injection usagés) et les pratiques sexuelles (relations sexuelles rémunérées, relations non protégées) étaient similaires (6–8). Les précédentes enquêtes régionales auprès des UDI au Canada ont mis en évidence des niveaux de précarité similaires en matière de logement (9,10), et constaté des antécédents de violence (10) et d'abus (9,10) chez une large proportion de participants.

La population des UDI au Canada a été particulièrement touchée par la crise actuelle des opioïdes et les autres décès par surdose de drogue. La consommation accrue de méthamphétamine, de fentanyl et d'analgésiques opioïdes observée chez les participants de la phase 4 fait écho à cette tendance alarmante. Les résultats de surveillance de la phase 4 ont permis de recueillir des renseignements sur les nouveaux indicateurs de surdose. Bien que la connaissance et l'accessibilité des trousses contre les surdoses étaient élevées, 22,6 % des participants avaient souffert d'une surdose au cours des six mois précédant l'entrevue, et le fentanyl et l'héroïne étaient les drogues les plus fréquemment consommées lors de la dernière surdose.

Alors que la prévalence du VIH chez les participants de la phase 4 (10,3 %) avait diminué par rapport à la phase 1 (réalisée entre 2003 et 2005), elle restait malgré tout élevée, avec des taux presque dix fois supérieurs à ceux enregistrés chez les UDI en Australie et au Royaume-Uni (7,8). Une proportion légèrement plus élevée avait connaissance de leur statut de positivité pour le VIH dans la phase 4 (82,9 %) par rapport aux phases précédentes. Pour la première fois, la prévalence de l'ARN de l'hépatite C a été mesurée dans l'enquête Track auprès des UDI et celle-ci s'est révélée élevée (36,9 %). En outre, seuls 50,1 % des participants avaient connaissance de leur statut de séropositivité pour l'ARN de l'hépatite C (infection actuelle à l'hépatite C).

Presque tous les participants ayant connaissance de leur statut de positivité pour le VIH ont été orientés vers les soins et les services liés au VIH et suivaient actuellement un TA. Toutefois, moins des deux tiers (62,3 %) ont déclaré une charge virale indétectable et 45,3 % ont déclaré éviter les services liés au VIH en raison d'antécédents de stigmatisation et de discrimination. Des taux beaucoup plus faibles pour ce qui est de l'orientation vers les soins (48,5 %) et du suivi actuel d'un traitement (3,8 %) ont été observés chez les participants ayant autodéclaré une infection actuelle à l'hépatite C. Un faible nombre d'UDI orientés vers les soins et le traitement pour l'hépatite a été enregistré dans les autres enquêtes régionales au Canada (11).



Les résultats de l'enquête Phase 4 Tracks auprès des UDI peuvent éclairer les stratégies fondées sur des preuves pour combler les lacunes dans les approches de prévention, de dépistage et de lien avec les soins. Cela peut inclure un meilleur lien avec la thérapie de substitution aux opioïdes et les sites d'injection ou de consommation supervisés, et améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour la santé mentale et les toxicomanies (12). La confluence de taux élevés d'hépatite C combinée à une mauvaise sensibilisation, à un partage continu, mais réduit des aiguilles et à une utilisation irrégulière du préservatif, malgré l'augmentation des taux d'adoption du programme, souligne la nécessité de programmes de réduction des méfaits pour continuer à évoluer afin de relever ces défis.

Forces et faiblesses

L'enquête Track auprès des UDI offre une mine de renseignements sur le VIH et l'hépatite C chez les UDI de plusieurs sites répartis à travers du Canada, et permet de cerner les tendances des principaux indicateurs depuis 2003. Elle constitue d'ailleurs l'unique source nationale de renseignements de la sorte, et a été utilisée à l'échelon local, provincial et fédéral pour éclairer et orienter les mesures de santé publique adoptées à l'égard de cette population. Il convient cependant de noter que l'enquête Track repose sur l'échantillonnage non probabiliste; il se peut ainsi que les résultats ne soient pas représentatifs de tous les UDI d'un site donné ou de l'ensemble du Canada. À l'exception des résultats de laboratoire, ces résultats sont fondés sur des questionnaires administrés par un intervieweur et sur des données autodéclarées; il est donc possible que certains comportements à risque aient été surreprésentés ou sous-représentés.

Conclusion

L'enquête a mis en évidence des niveaux élevés de précarité en matière de logement, des antécédents de stigmatisation et de discrimination, l'emprunt de matériel d'injection usagé et l'utilisation irrégulière du préservatif. La prévalence du VIH et de l'ARN de l'hépatite C était élevée chez les UDI dans certaines régions du Canada. D'importantes lacunes liées à l'orientation vers les soins et le traitement de l'hépatite C ont été relevées. Ces résultats soulignent la nécessité d'assurer un accès continu aux services de dépistage et de prévention, de mettre en place des stratégies ciblées pour éliminer les barrières à l'accès aux soins et au traitement du VIH et de l'hépatite C, et d'améliorer de manière permanente les efforts à l'égard du logement précaire, de la santé mentale et de la toxicomanie.

Déclaration des auteurs

J. T. — Conceptualisation, analyse formelle, méthodologie, administration de projet, rédaction (version initiale, révision et édition)

J. Z. — Conceptualisation, organisation des données, analyse formelle, rédaction (version initiale, révision et édition)

A. L. — Conceptualisation, analyse formelle, rédaction (révision et édition)

F. C. — Conceptualisation, méthodologie, rédaction (révision et édition)

M. B. — Conceptualisation, méthodologie, administration de projet, rédaction (révision et édition)

D. P. — Conceptualisation, acquisition du financement, méthodologie, rédaction (révision et édition)

Conflit d'intérêts

Aucun.

Remerciements

La mise en place du système de surveillance Track a été rendue possible grâce à une collaboration fructueuse entre l'Agence de la santé publique du Canada (y compris le Laboratoire national de microbiologie) et les autorités de santé, les partenaires et les organismes communautaires provinciaux, régionaux et locaux. Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement pour leur contribution les participants, les équipes des sites sentinelles (y compris les coordinateurs et les intervieweurs de l'enquête) et les investigateurs principaux de chaque site : M. Alary; K. Chokani; J. DeMille; B. Enns; M. Gully; B. Hanley; M. Hennink; P. Leclerc; C. Mackie; S. Marshall; C. Morissette; É. Roy; S. Shaw; C. Smith; A. Vanderlaan; et D. Warren. Les auteurs tiennent également à remercier C. Archibald pour ses conseils avant et pendant la collecte des données et pour son examen du manuscrit, ainsi que C. Daniuk pour son aide dans l'analyse des échantillons de sang séché.

Financement

L'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada est financée par l'Agence de la santé publique du Canada, et bénéficie de contributions en nature de la part des autorités de santé et des organismes communautaires régionaux et locaux.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Résumé: Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016. Gouvernement du Canada; 2018. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90/pub-fra.pdf>
2. Degenhardt L, Charlson F, Stanaway J, Larney S, Alexander LT, Hickman M, Cowie B, Hall WD, Strang J, Whiteford H, Vos T. Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Infect Dis* 2016;16(12):1385-98. DOI PubMed
3. Agence de la santé publique du Canada. I-Track: surveillance améliorée du VIH et de l'hépatite C ainsi que des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada - Rapport sur la phase 3 (2010-2012). Gouvernement du Canada; 2018. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/itrack-enhanced-surveillance-hiv-hepatitis-associated-risk-behaviours-people-who-inject-drugs-canada-phase-3.html>



4. Organisation mondiale de la Santé /IRIS. Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH. Genève : OMS; 2011. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44668/9789242501667_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Leclerc P, Roy É, Morissette C, Alary M, Parent R, Blouin K. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection – Épidémiologie du VIH de 1995 à 2014 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2016. Institut national de santé publique du Québec; 2018. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2400_surveillance_maladies_infectieuses_utilisateurs_drogue_injection.pdf
6. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Infection, Risk, Prevention, and Testing Behaviors among Persons Who Inject Drugs—National HIV Behavioral Surveillance: Injection Drug Use, 20 U.S. Cities, 2015. Atlanta (GA); CDC; 2018. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-hsr-nhbs-pwid-2015.pdf>
7. Heard S, Iversen J, Geddes L, Maher L. Australian Needle Syringe Program Survey National Data Report 2014-2018: Prevalence of HIV, HCV and injecting and sexual behaviour among NSP attendees. Sydney (NSW): Kirby Institute, UNSW Sydney; 2019. https://kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/kirby/report/ANSPS_National-Data-Report-2014-2018.pdf
8. Public Health England. Unlinked Anonymous Monitoring (UAM) Survey of HIV and viral hepatitis among PWID: 2019 report. London (UK): PHE; 2019. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/825117/hpr2919_UAM-PWID.pdf
9. Miller CL, Pearce ME, Moniruzzaman A, Thomas V, Christian CW, Schechter MT, Spittal PM. The Cedar Project: risk factors for transition to injection drug use among young, urban Aboriginal people. CMAJ. July 12, 2011;183(10):1147-54. DOI
10. Dong H, Hayashi K, Singer J, Milloy MJ, DeBeck K, Wood E, Kerr T. Trajectories of injection drug use among people who use drugs in Vancouver, Canada, 1996-2017: growth mixture modeling using data from prospective cohort studies. Addiction 2019;114(12):2173-86. DOI PubMed
11. Socías ME, Ti L, Wood E, Nosova E, Hull M, Hayashi K, Debeck K, Milloy MJ. Disparities in uptake of direct-acting antiviral therapy for hepatitis C among people who inject drugs in a Canadian setting. Liver Int 2019;39(8):1400-7. DOI PubMed
12. Agence de la santé publique du Canada. Un Cadre d'action Pancanadien sur les ITSS : Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030. Gouvernement du Canada; 2018. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/infectious-diseases/sexual-health-sexually-transmitted-infections/reports-publications/sexually-transmitted-blood-borne-infections-action-framework/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.pdf>

Annexes

Annexe 1 : Enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada – nombre total de participants et participation des sites sentinelles, phases 1 à 4

Annexe 2 : Algorithmes de dépistage du VIH et de l'hépatite C

Tableaux supplémentaires

Tableau A : Indicateurs de prévention et de dépistage par caractéristiques sociodémographiques et déterminants sociaux de la santé des participants à l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019 (n = 2 383)

Tableau B : Indicateurs de comportements d'injection et de consommation de drogue par caractéristiques sociodémographiques et déterminants sociaux de la santé des participants à l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019 (n = 2 383)

Tableau C : Indicateurs de comportements sexuels à risque par caractéristiques sociodémographiques et déterminants sociaux de la santé des participants à l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019 (n = 2 383)

Tableau D : Indicateurs sélectionnés selon la phase de l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phases 1 à 4, 2003 à 2019



Annexe 1 : Enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada – nombre total de participants et participation des sites sentinelles, phases 1 à 4

Détails de la phase	Phase 1 2003 à 2005	Phase 2 2005 à 2008	Phase 3 2010 à 2012	Phase 4 2017 à 2019
Nombre total de participants	2 986	2 982	2 687	2 383
Nombre de sites sentinelles	7	10	11	14
Site sentinelle				
Whitehorse (Yn)	-	-	55	49
Centre et nord de l'île de Vancouver (C.-B.)	-	220	-	179
Victoria (C.-B.)	253	249	-	-
Prince George (C.-B.)	-	156	150	-
Edmonton (Alb.)	272	248	183	-
Prince Albert (Sask.)	-	-	-	184
Regina (Sask.)	250	250	251	205
Winnipeg (Man.)	245	-	-	181
Thunder Bay (Ont.)	-	149	138	200
Sudbury (Ont.)	150	147	148	-
London (Ont.)	-	-	204	206
Hamilton (Ont.)	-	-	-	157
Toronto (Ont.)	257	255	260	-
Kingston (Ont.)	-	224	200	-
Réseau SurvUDI (Qc) ^a	1 559	1 084	937	692 ^b
Nouveau-Brunswick	-	-	-	200
Halifax (N.-É.)	-	-	161	-
Terre-Neuve	-	-	-	130

Abréviations : Alb., Alberta; C.-B., Colombie-Britannique; Man., Manitoba; N.-É., Nouvelle-Écosse; Ont., Ontario; QC, Qc; Sask., Saskatchewan; Yn, Yukon; -, absence de participation à cette phase
^a Le réseau SurvUDI comprend huit sites au Québec (Outaouais, Montréal, Montérégie, Québec, Mauricie-Centre-du-Québec, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Cantons de l'Est, Abitibi-Témiscamingue) et Ottawa (Ont.)

^b Les sites du réseau SurvUDI ont été classés en quatre régions géographiques lors de la phase 4 : Ottawa (Ont.) et région de l'Outaouais (Qc); Montréal (Qc); Québec (Qc); autres sites urbains de la province de Québec (Abitibi-Témiscamingue, Montérégie, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Cantons de l'Est, Mauricie-Centre-du-Québec)



Annexe 2 : Algorithmes de dépistage du VIH et de l'hépatite C

Algorithmes de dépistage du VIH

Pour les sites extérieurs au réseau SurvUDI, le statut de positivité pour le VIH a dans un premier temps été déterminé en analysant les échantillons de sang séché au moyen de l'essai antigène-anticorps anti-VIH Bio-Rad GS, suivi de tests de confirmation réalisés à l'aide de l'essai quantitatif Roche COBAS AmpliPrep/COBAS Taqman VIH-1 v2.0 (London) ou de l'essai qualitatif Roche COBAS AmpliPrep/COBAS Taqman VIH-1 v2.0 (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve et Regina). Pour les autres sites extérieurs au réseau SurvUDI (île de Vancouver, Thunder Bay, Whitehorse, Winnipeg, Prince Albert et Hamilton), compte tenu de la récurrence des échantillons de faible volume, le statut de séropositivité pour le VIH a été déterminé par des tests de dépistage et des tests de confirmation basés sur deux essais immunoenzymatiques (EIA) distincts. Ainsi, dans la plupart des cas, le volume des échantillons était suffisant pour vérifier la présence du VIH et de l'hépatite C. Il est peu probable que le changement apporté aux algorithmes ait pu influencer sur les résultats. Les algorithmes sont décrits de manière plus détaillée ci-dessous.

London : Le dépistage du VIH a été réalisé au moyen de l'essai antigène-anticorps anti-VIH Bio-Rad GS. Un résultat non réactif témoignait d'une absence d'infection au VIH. Des tests de confirmation ont été réalisés sur les résultats de dépistage réactifs au moyen de l'essai quantitatif Roche COBAS AmpliPrep/COBAS Taqman VIH-1 v2.0. Un résultat détecté témoignait d'une infection au VIH. Lorsque l'essai antigène-anticorps anti-VIH Bio-Rad GS était positif, et que le résultat de l'essai VIH-1 Roche COBAS AmpliPrep/COBAS Taqman v2.0 n'était pas détecté, un second EIA (système Microelisa AVIOQ VIH-1) était réalisé. Un résultat réactif à l'essai antigène-anticorps anti-VIH Bio-Rad GS et au système Microelisa AVIOQ VIH-1 témoignait d'une infection au VIH.

Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve et Regina : Le dépistage du VIH a été réalisé au moyen de l'essai antigène-anticorps anti-VIH Bio-Rad GS (essai Bio-Rad). Un résultat non réactif témoignait d'une absence d'infection au VIH. Des tests de confirmation ont été réalisés sur les résultats d'analyse réactifs au moyen de l'essai qualitatif Roche COBAS AmpliPrep/COBAS Taqman VIH-1 v2.0 (essai Roche). Un résultat détecté témoignait d'une infection au VIH. Lorsque l'essai Bio-Rad était réactif, et que le résultat de l'essai Roche n'était pas détecté, un second EIA, le système Microelisa AVIOQ VIH-1 (essai Avioq) était réalisé pour apporter une confirmation définitive. Un résultat réactif à l'essai Bio-Rad et à l'essai Avioq témoignait d'une infection au VIH. Un résultat réactif à l'essai Bio-Rad, un résultat non détecté à l'essai Roche et un résultat non réactif ou indéterminé (c'est-à-dire un résultat d'absorbance proche de la valeur limite associée à un résultat réactif ou non réactif, sans toutefois être identique à celle-ci) à l'essai Avioq étaient globalement interprétés comme un résultat indéterminé.

Île de Vancouver, Thunder Bay, Whitehorse, Winnipeg, Prince Albert et Hamilton : Le dépistage du VIH a été réalisé au moyen de l'essai antigène-anticorps anti-VIH Bio-Rad GS (essai Bio-Rad). Un résultat non réactif témoignait d'une absence d'infection au VIH. Des tests de confirmation ont été réalisés sur les résultats de dépistage réactifs au moyen d'un second EIA, le système Microelisa AVIOQ VIH-1 (essai Avioq). Un résultat réactif témoignait d'une infection au VIH. Lorsque l'essai Bio-Rad était réactif ou que l'essai Avioq était non réactif ou indéterminé (c.-à-d. avec un résultat d'absorbance proche de la valeur limite associée à un résultat réactif ou non réactif, sans toutefois être identique à celle-ci), l'essai qualitatif VIH-1 Roche COBAS AmpliPrep/COBAS Taqman v2.0 (essai Roche) était réalisé pour apporter une confirmation définitive. Un résultat réactif à l'essai Bio-Rad et un résultat détecté à l'essai Roche témoignaient d'une infection au VIH. Un résultat réactif à l'essai Bio-Rad, un résultat non réactif ou indéterminé à l'essai Avioq et un résultat non détecté à l'essai Roche étaient globalement interprétés comme un résultat indéterminé.

Pour les sites du réseau SurvUDI, les échantillons de salive ont été soumis à des analyses visant à détecter la présence du VIH au Laboratoire de santé publique du Québec et à l'Institut national de santé publique du Québec; ces analyses ont été réalisées au moyen de l'EIA Bio-Rad GS PLUS O VIH-1/VIH-2, un essai diagnostique approuvé par Santé Canada et validé dans l'étude SurvUDI pour les échantillons de salive. Des tests de confirmation n'ont pas été réalisés sur les échantillons associés à plusieurs reprises à un résultat réactif. Un résultat positif témoignait d'une infection au VIH.

Algorithmes de dépistage de l'hépatite C

Pour les sites extérieurs au réseau SurvUDI, le dépistage de l'hépatite C a été réalisé au moyen de l'EIA Ortho® VHC version 3.0 (essai Ortho). Un résultat non réactif témoignait d'une absence d'antécédents d'infection à l'hépatite C. Un résultat réactif témoignait d'une exposition à vie à l'hépatite C. Des tests de confirmation ont été réalisés sur les résultats de dépistage réactifs et indéterminés (c.-à-d. les résultats d'absorbance proches de la valeur limite associée à un résultat réactif ou non réactif, sans toutefois être identique à celle-ci) au moyen de l'essai quantitatif Roche COBAS AmpliPrep/COBAS Taqman VHC v2.0 (essai Roche). Un résultat détecté



Annexe 2 : Algorithmes de dépistage du VIH et de l'hépatite C (suite)

témoignait d'une infection actuelle à l'hépatite C et un résultat non détecté témoignait d'une exposition à vie à l'hépatite C. Pour les échantillons associés à un résultat indéterminé à l'essai Ortho, un résultat détecté à l'essai Roche témoignait d'une infection actuelle à l'hépatite C et un résultat non détecté à l'essai Roche était interprété comme un résultat indéterminé.

Pour les sites du réseau SurvUDI, le dépistage des anticorps anti-hépatite C dans les échantillons de salive a été réalisé au moyen de l'EIA Ortho® hépatite C version 3.0 par les laboratoires de l'Institut national de santé publique du Québec. Les tests de confirmation n'ont pas été réalisés sur les échantillons associés à plusieurs reprises à un résultat positif. Un résultat positif témoignait d'une infection antérieure ou actuelle à l'hépatite C, sans faire la distinction entre une infection aiguë, chronique ou passée. La validation de ce test en vue d'une utilisation avec les échantillons de salive a été effectuée dans l'étude SurvUDI.

Sensibilité et spécificité des essais de laboratoire

D'après la documentation du fabricant et les données de validation interne, la spécificité de l'EIA antigène-anticorps anti-VIH Bio-Rad GS, du système Microelisa Avioq VIH-1 et de l'essai qualitatif Roche COBAS AmpliPrep/COBAS TaqMan VIH-1 v2.0 est égale ou supérieure à 99,9 % sur les échantillons de sang séché. De même, chaque essai affiche une sensibilité de 100 %, à l'exception de l'EIA antigène-anticorps anti-VIH Bio-Rad GS qui présente une sensibilité de 96,6 %. Le seuil de quantification de l'essai quantitatif Roche COBAS/AmpliPrep TaqMan VIH-1 v2.0 sur les échantillons de sang séché est de 616 copies/ml.

D'après les données de validation interne, le système d'essai ORTHO ELISA VHC v3.0 présente une spécificité et une sensibilité de 100 %. Le seuil de quantification de l'essai Roche COBAS AmpliPrep/COBAS TaqMan VHC v2.0 est de 355 IU/ml.