



## Le VIH/sida chez les utilisateurs drogues injectables au Canada

### Points saillants

- Au 31 décembre 2008, 17,7 % des rapports de cas de VIH et 8,6 % des cas cumulatifs de sida chez les adultes concernaient des utilisateurs drogues injectables.
- Au cours de la dernière décennie, une tendance à la baisse de la proportion de tests positifs pour le VIH associée à l'injection de drogues a été observée chez les hommes; une tendance à la hausse a cependant été relevée chez les femmes depuis 2003.
- Les estimations nationales de 2008 pour l'infection à VIH indiquent que la proportion de nouvelles infections à VIH attribuables à l'injection de drogues (17 %) a légèrement augmenté par rapport à 2005 (16 %).
- Les données de surveillance et d'autres études transversales et de cohortes ont mis en évidence des taux élevés de pratiques sexuelles à risque et d'injection de drogues, ce qui laisse entendre que le risque de transmission du VIH chez les utilisateurs drogues injectables (UDI) continue d'être important.
- Les recherches semblent indiquer que dans la population des UDI, les Autochtones sont touchés de façon disproportionnée par le VIH.
- Des taux élevés de pratiques sexuelles à risque et d'injection de drogues chez les jeunes UDI (de moins de 30 ans) sont signalés dans différentes études ciblées, ce qui montre que cette population d'UDI à risque est particulièrement vulnérable au VIH.

### Introduction

Au début des années 80, l'épidémie d'infection à VIH au Canada frappait surtout les hommes qui avaient des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH). Pendant la première moitié des années 90, on a observé une hausse de la transmission du virus chez les utilisateurs drogues injectables (UDI) et, en 1996, environ 35 % du nombre estimatif total de nouvelles infections à VIH survenues au Canada cette année-là étaient associés à l'injection de drogues<sup>1</sup>. Le Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections (CLMTI) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a récemment publié des estimations nationales de la prévalence et de l'incidence du VIH pour 2008. Les estimations de 2008 indiquent que la proportion de nouvelles infections attribuables à l'injection de drogues a légèrement augmenté pour atteindre 17,0 % en 2008, comparativement à 16,0 % en 2005<sup>2</sup>. Les données de surveillance systématique du VIH montrent qu'en 2008, 19,1 % des tests positifs pour le VIH chez les adultes qui ont été transmis au CLMTI étaient associés à l'injection de drogues, une diminution par rapport au sommet de 34 % en 1996<sup>3</sup>. Le présent chapitre fait le point sur la situation de l'infection à VIH et du sida chez les UDI au Canada.

Les données tirées de plusieurs sources sont compilées pour dresser un bilan à jour de la situation de l'infection à VIH et du sida chez les UDI au Canada. Plus précisément, le chapitre résume certains renseignements provenant des dernières données de la surveillance systématique du VIH et du sida, des estimations nationales les plus récentes sur le VIH au Canada ainsi que certains résultats de la phase 2 d'I-Track (le système national de surveillance de seconde génération du VIH centré sur les UDI au Canada). Certains résultats d'études récentes sont également présentés, notamment de l'information sur la prévalence et l'incidence du VIH chez les UDI au Canada, et les facteurs qui y sont associés, de même que les résultats de recherches sur les comportements à risques et les corrélats du comportement à risque chez les UDI au Canada. Le chapitre se termine par une analyse des points forts et des limites des recherches actuelles et par un résumé des résultats présentés.

## Surveillance systématique

Le CLMTI recueille des données de surveillance sur les rapports de tests positifs pour le VIH et les cas signalés de sida au Canada. Au nombre des renseignements épidémiologiques colligés figurent entre autres l'âge, le sexe, les risques associés à la transmission du VIH et l'origine ethnique autodéclarée. Pour les cas de sida, des données sur le décès sont également recueillies.

Cette information est transmise aux autorités sanitaires provinciales et territoriales qui, à leur tour, soumettent volontairement les rapports de tests positifs pour le VIH et le nombre de cas de sida au CLMTI, où les données sont synthétisées et analysées à l'échelle nationale. Les données de surveillance comportent plusieurs limites, notamment des retards dans la déclaration des cas, une sous-déclaration des cas, des données manquantes et des infections non diagnostiquées. (Veuillez vous reporter au chapitre 3 pour une description complète de la surveillance du VIH/sida au Canada.)

## Données de surveillance du sida<sup>3</sup>

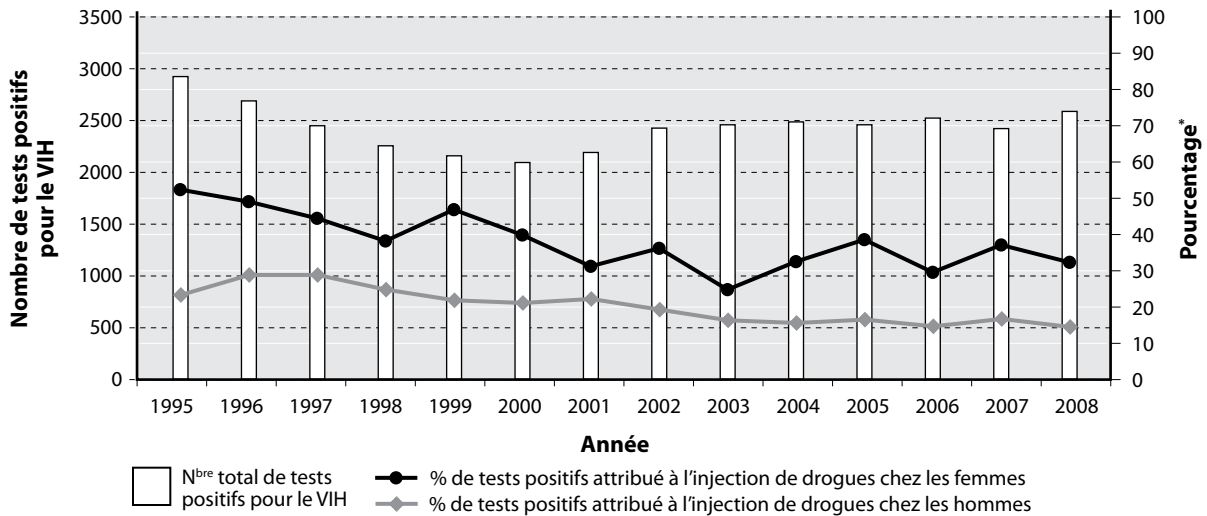
- Entre 1979 et le 31 décembre 2008, 21 052 cas de sida chez les adultes ( $\geq 15$  ans) avaient été signalés au CLMTI. Parmi ceux dont on connaissait la catégorie d'exposition, 8,6 % ( $n = 1\ 687$ ) étaient des utilisateurs de drogues injectables.
- Dans l'ensemble, on a observé tant chez les hommes que chez les femmes une augmentation générale de la proportion de cas de sida attribuables à l'injection de drogues depuis le début de la déclaration des cas en 1979 jusqu'en 1998, année où la proportion a atteint 22 %. Depuis 1998, le pourcentage a diminué progressivement, de légères variations étant enregistrées avec les années, notamment un pic en 2006 (32,7 %) suivi d'une baisse en 2008.

- Parmi tous les cas cumulatifs de sida chez les adultes associés à l'injection de drogues dont on connaissait la catégorie d'exposition et le sexe, 72,5 % étaient des hommes et 27,5 % étaient des femmes.
- La proportion de cas de sida chez les hommes adultes attribuée à l'injection de drogues a augmenté de façon constante, passant de 67,4 % en 1998 à un sommet de 82,5 % en 2001 et a chuté par la suite à 39,1 % en 2008.

## Données de surveillance du VIH<sup>3</sup>

- Depuis le début de la déclaration de cas d'infection à VIH en 1985 jusqu'au 31 décembre 2008, un total cumulatif de 63 287 tests positifs pour le VIH ont été recensés chez les adultes au Canada, dont 17,7 % ont été attribués à l'injection de drogues. Une proportion additionnelle de 2,4 % a été associée à la catégorie d'exposition des HRSH-UDI. Cette catégorie combine les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et les hommes qui s'injectent des drogues. Pour plus de détails sur les catégories d'exposition, prière de se reporter au chapitre 3.
- Parmi les tests positifs pour le VIH signalés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 31 décembre 2008 pour lesquels on disposait de données sur l'âge et la catégorie d'exposition, la proportion attribuée à l'injection de drogues était la plus élevée chez les personnes de 30 à 39 ans (33,5 %) et de 40 à 49 ans (32,3 %).
- Au cours de la dernière décennie, une tendance à la baisse de la proportion de tests positifs pour le VIH associée à l'injection de drogues chez les hommes a été observée; une tendance à la hausse a cependant été relevée chez les femmes depuis 2003 (figure 1).

**Figure 1. Nombre total de rapports de tests positifs pour le VIH et proportion attribuée à l'injection de drogues au Canada, selon le sexe, 1995-2008**



\* Pourcentage basé sur le nombre total moins le nombre de rapports pour les sujets dont on ne connaissait pas la catégorie d'exposition et pour lesquels aucun risque n'avait été déterminé.

## Surveillance améliorée de certaines populations

Dans le cadre de l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*, l'ASPC surveille les tendances de la prévalence du VIH et les comportements à risque qui y sont associés dans certaines populations vulnérables clés identifiées au Canada au moyen de systèmes de surveillance du VIH de seconde génération. Les objectifs généraux de ces systèmes (appelés systèmes « Track ») consistent à décrire l'évolution de la prévalence et de l'incidence des infections à VIH, des comportements à risque et des tendances en matière de dépistage du VIH, du virus de l'hépatite C (VHC) et d'autres infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) dans chacune des populations. Pour obtenir une description plus détaillée des systèmes Track, prière de se reporter au chapitre 3.

## I-Track : surveillance de seconde génération du VIH chez les UDI au Canada

I-Track est le système national de surveillance de seconde génération du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues. La phase pilote d'I-Track a été effectuée entre octobre 2002 et août 2003 dans cinq centres (urbains et semi-urbains) du Canada (Victoria, Regina, Sudbury, Toronto et le réseau SurvUDI, comprenant Ottawa/Outaouais, Montréal, Québec, Montérégie, Mauricie/Centre du Québec, Saguenay/Lac St-Jean, Estrie (Cantons de l'Est) et Abitibi/Témiscamingue)<sup>4</sup>. La phase pilote a démontré la faisabilité du système de surveillance sentinelle et a également jeté les bases de la phase 1 d'I-Track.

La phase 1 a été menée à bien dans sept centres (Victoria, Edmonton, Regina, Winnipeg, Sudbury, Toronto et le réseau SurvUDI) entre octobre 2003 et mai 2005<sup>5</sup>. La phase 2 a été mise en œuvre dans 10 centres entre 2005 et 2008 (Victoria, Centre et Nord de l'île de Vancouver, Prince George, Edmonton, Regina, Thunder Bay, Sudbury, Toronto, Kingston et le réseau SurvUDI). La phase 3 a démarré en avril 2010.

## Quelques résultats descriptifs de la phase 2 d'I-Track (2005-2008)<sup>abcd</sup>

En tout, 3 287 UDI ont participé à la phase 2 d'I-Track entre 2005 et 2008 dans 10 centres (tableau 1).

### Caractéristiques démographiques des participants à la phase 2 d'I-Track

- La majorité des participants (68 %) étaient des hommes.
- L'âge moyen et médian était de 38 ans.
- Parmi les sujets interrogés, 25 % ont déclaré être d'origine autochtone (Première nation, Métis ou Inuit).
- Plus de la moitié des sujets (54 %) n'avaient pas terminé leurs études secondaires, 22 % avaient obtenu leur diplôme d'études secondaires et 24 % avaient effectué des études postsecondaires.

### Prévalence du VIH<sup>c</sup>

- Chez les participants qui ont fourni un échantillon biologique en quantité suffisante pour les tests, la prévalence du VIH variait entre 3 % et 21 % dans les 10 centres participant à la phase 2 d'I-Track (tableau 1).
- La prévalence du VIH s'établissait à 14 % chez les hommes, à 12 % chez les femmes et à 1 % chez les transgenres.
- Pour ce qui est de la distribution selon le groupe d'âge, la prévalence du VIH s'élevait à 6 % chez les participants de moins de 30 ans, à 16 % chez ceux de 30 à 49 ans et à 15 % chez ceux de 50 ans ou plus. La prévalence du VIH atteignait 14 % chez les participants d'origine autochtone et ceux d'autres origines ethniques.

**Tableau 1. Aperçu des centres ayant participé à la phase 2 d'I Track et de la prévalence du VIH selon le centre, 2005-2008<sup>b</sup>**

Centre	Nombre de participants (total = 3 287)	Année de l'enquête	Prévalence du VIH confirmée en laboratoire % (n <sup>bre</sup> de sujets testés)	Prévalence à vie du VHC confirmée en laboratoire % (n <sup>bre</sup> de sujets testés)
Victoria	250	2005	12 (240)	74 (240)
Centre et Nord de l'île de Vancouver <sup>†</sup>	221	2008	6 (208)	72 (208)
Prince George	157	2008	18 (151)	77 (151)
Edmonton	248	2008	13 (247)	69 (247)
Regina	251	2007	9 (249)	69 (249)
Thunder Bay	150	2007	5 (111)	51 (111)
Sudbury	148	2005	14 (140)	67 (141)
Toronto	362	2006	5 (355)	65 (352)
Kingston	224	2006	3 (202)	73 (202)
Réseau SurvUDI <sup>‡</sup>	1 276	2006	21 (1271)	69 (1271)

<sup>†</sup>Inclut Campbell River, Nanaimo, Port Alberni, Courtenay, Duncan et Port Hardy.

<sup>‡</sup>Inclut Ottawa/Outaouais, Montréal, Québec, Montérégie, Mauricie/Centre du Québec, Saguenay/Lac St Jean, Estrie (Cantons de l'Est) et Abitibi/Témiscamingue.

<sup>a</sup> Données inédites de I-Track : surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada, Phase 2, Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada, 2010.

<sup>b</sup> Les répondants qui n'ont pas fourni de réponse (c.-à-d. « données manquantes ») ou qui ont répondu « Ne sais pas » ou « Refus » ont été exclus des analyses, à moins d'indication contraire. Aucun test de la signification statistique n'a été effectué.

<sup>c</sup> Le dépistage du VIH a été effectué à l'aide du dosage immuno-enzymatique (DIE) Bio-Rad GS rLAV HIV-1 EIA. Pour les tests de confirmation effectués par la suite, on a utilisé le transfert de Western Bio-Rad Genetic SystemsMC HIV-1. Un résultat positif indique une infection actuelle par le VIH. Le test de dépistage du VIH (DIE) comme le test de confirmation (transfert de Western) sont approuvés par Santé Canada comme tests diagnostiques pour les échantillons de sang séché.

## Prévalence à vie du VHC<sup>d</sup>

Le type de tests effectués pour détecter le VHC rend compte de la « prévalence à vie » du VHC, c'est-à-dire qu'ils indiquent si le sujet a été infecté par le virus de l'hépatite C à un moment ou à un autre dans sa vie (passé ou présent).

- Chez les participants qui ont fourni un échantillon biologique en quantité suffisante pour les tests, la prévalence à vie du VHC variait entre 51 % et 77 % dans les 10 centres ayant participé à la phase 2 d'I-Track (tableau 1).
- La prévalence à vie du VHC s'élevait à 69 % chez les hommes et les femmes et à 91 % chez les participants transgenres.
- Pour ce qui est de la distribution selon le groupe d'âge, 50 % des participants de moins de 30 ans présentaient des anticorps évoquant une infection passée ou actuelle par le VHC. La proportion était de 73 % chez les sujets de 30 à 49 ans et de 85 % chez ceux de 50 ans ou plus. La prévalence à vie du VHC s'établissait à 69 % chez les participants d'origine autochtone et ceux d'autres origines ethniques.

## Comportements à risque : quelques résultats de la phase 2 d'I-Track

### Pratiques d'injection de drogues

- Dans l'ensemble, les drogues les plus souvent injectées au cours des 6 derniers mois étaient la cocaïne (52 %), la morphine (non prescrite) (13 %), l'héroïne (7 %) et Dilaudid (7 %).
- Un peu plus de 20 % des participants ont dit avoir emprunté ou prêté des aiguilles ou des seringues usagées au cours des 6 mois précédents.
- Parmi ceux qui ont emprunté ou prêté des aiguilles ou seringues usagées, environ 60 % étaient des hommes, environ 60 % étaient âgés entre 30 et 49 ans et environ 20 % étaient d'origine autochtone.
- Les seringues et aiguilles usagées provenaient le plus souvent de partenaires sexuels réguliers (43 %) et d'amis intimes (35 %).
- Parmi les participants qui se sont dits séropositifs pour le VIH, 60 % de ceux qui avaient prêté des aiguilles ou seringues usagées étaient des hommes et 40 % étaient des femmes.

- Environ 40 % des participants ont déclaré avoir emprunté ou prêté du matériel d'injection usagé, notamment réchauds, eau, filtres, garrots, coton ou acidifiants, au cours des 6 mois précédents.
- Un peu plus de 60 % d'entre eux étaient des hommes; environ 60 % étaient âgés entre 30 et 49 ans et près de 30 % étaient d'origine autochtone.
- En général, les participants ont dit emprunter le plus souvent du matériel d'injection usagé de leurs amis intimes (45 %) et de leurs partenaires sexuels réguliers (35 %).

### Pratiques sexuelles

- Au cours des 6 mois précédents, 18 % de tous les participants avaient eu deux partenaires sexuels masculins ou plus; environ 80 % de ces participants étaient des femmes, environ 60 % étaient âgées entre 30 et 49 ans et environ 30 % étaient d'origine autochtone.
- Le quart (25 %) de tous les participants ont dit avoir eu deux partenaires sexuels féminins ou plus au cours des 6 mois précédents; plus de 90 % de ces participants étaient des hommes, plus de 60 % étaient âgées entre 30 et 49 ans et environ 20 % étaient d'origine autochtone.
- Au cours des 6 mois précédents, 4 % des participants ont vendu des faveurs sexuelles contre de la drogue, de l'argent ou d'autres biens matériels et 6 % ont acheté des faveurs sexuelles en échange de drogues, d'argent ou d'autres biens matériels.
- Parmi ceux qui ont signalé avoir eu des relations vaginales avec un partenaire occasionnel, environ 50 % disaient ne pas toujours utiliser un condom; plus de 80 % étaient de sexe masculin, près de 60 % étaient âgés entre 30 et 49 ans et un peu plus de 20 % étaient d'origine autochtone.

### Pratiques en matière de dépistage du VIH

- Plus de 90 % de tous les participants avaient déjà subi un test de dépistage du VIH : 91 % des hommes, 93 % des femmes et 92 % des participants transgenres.
- Dans l'ensemble, 85 % des sujets qui avaient déjà subi un test de dépistage du VIH et qui disaient être séronégatifs avaient été testés au cours des deux années précédentes.

<sup>d</sup> Les tests de détection du VHC ont été effectués à l'aide d'OrthoMD HCV version 3.0 EIA. Les échantillons positifs ne font pas l'objet d'un test de confirmation. Un résultat positif indique une infection passée ou actuelle par le VHC et ne permet pas de distinguer les infections aiguës des infections chroniques ou guéries. Les tests de laboratoire vendus dans le commerce pour la détection du VHC à partir de gouttes de sang séché sont en cours de validation.

- La proportion de ceux qui ont déclaré être séronégatifs pour le VIH et qui avaient subi un test au cours des 2 années précédentes était de 66 % chez les hommes et de 33 % chez les femmes.
- En général, les raisons le plus souvent invoquées pour ne pas subir de test de détection du VIH étaient les suivantes : « Je cours un faible risque d'infection » (21 %), « Je n'y ai jamais pensé » (21 %) et « Je ne veux pas savoir » (18 %).
- La proportion de participants ayant obtenu un résultat positif pour le VIH (confirmé en laboratoire) dans le cadre de l'enquête I-Track qui ignoraient être séropositifs<sup>e</sup>, c'est-à-dire qui ont dit ne jamais avoir été testés pour le VIH ou avoir été séronégatifs lors du dernier test, s'élevait à 67 % chez les hommes; 74 % étaient âgés entre 30 et 49 ans et 34 % étaient d'origine autochtone.

### Points saillants d'analyses spéciales effectuées dans le cadre de la phase 1 d'I-Track (2003-2005)

- Dans des analyses spéciales de sous-groupes visés par M-Track (surveillance des HRSH, phase 1, 2005-2007) et I-Track (phase 1, 2003-2005), la prévalence du VIH était similaire chez les HRSH-UDI (M-Track, 26,4 %) et les UDI-HRSH (I-Track, 25,7 %)<sup>6</sup>.
  - o Cette comparaison a montré qu'il existait des différences dans les pratiques d'injection de drogues, par exemple, l'usage de la méthamphétamine (30,4 % chez les participants à M-Track vs 4,7 % chez les participants à I-Track), de la cocaïne (63,7 % vs 91,7 %) et de l'héroïne (18,6 % vs 34,4 %).
  - o Des différences importantes dans les comportements sexuels ont également été observées : relations sexuelles avec des femmes (30,3 % chez les participants à M-Track vs 57,3 % chez les participants à I-Track), relations sexuelles avec plusieurs partenaires masculins (75,2 % vs 60,4 %), relations sexuelles avec des partenaires occasionnels (81,0 % vs 47,9 %), usage systématique du condom avec des partenaires occasionnels (rapports anaux : 18,3 % vs 62,0 %) et achat de relations sexuelles avec un partenaire sexuel masculin (30,7 % vs 6,3 %).
  - o Ces analyses ont mis en évidence la relation complexe qui existe entre l'orientation sexuelle et les pratiques sexuelles à risque et d'injection, variables qui ne sont pas nécessairement prises en compte dans les définitions de la surveillance des populations à risque et confirment l'utilité d'offrir

un plus grand éventail de messages et de services de prévention à toutes les populations à risque, peu importe l'étiquette qu'on leur attribue.

- Une analyse de l'usage de la méthamphétamine (crystal meth) chez les participants à la phase 1 d'I-Track a révélé que les comportements à risque étaient plus fréquents chez les utilisateurs de crystal meth que chez ceux qui s'injectaient d'autres drogues<sup>7</sup>. Les utilisateurs de crystal meth étaient plus jeunes, ne disposaient pas d'un logement stable, s'injectaient le plus souvent de la drogue dans des endroits publics, utilisaient du matériel d'injection usagé et étaient d'origine autochtone. Les utilisatrices de crystal meth étaient plus nombreuses à avoir des relations sexuelles commerciales et à être séropositives pour le VIH.
- Les profils de risque d'infection à VIH ont été examinés chez les UDI de sexe masculin disant avoir des partenaires sexuels masculins (UDI-HRSH) et ceux qui n'avaient que des partenaires sexuels féminins (HPSF) dans un échantillon d'UDI de sexe masculin participant au système I-Track (phase 1, 2003-2005)<sup>8</sup>.
  - o La prévalence du VIH était plus forte chez les UDI de sexe masculin qui avaient des relations sexuelles avec d'autres hommes (25,7 %) que chez les UDI de sexe masculin qui n'avaient que des partenaires sexuelles féminines (11,9 %).
  - o Pour ce qui est des pratiques d'injection, une plus forte proportion d'UDI-HRSH ont dit s'injecter le plus souvent de la cocaïne (76,7 % vs 53,4 %); dans des endroits publics (39,6 % vs 27,2 %); avec des aiguilles qui avaient déjà été utilisées par quelqu'un d'autre (33,2 vs 15,4 %); avec des aiguilles déjà utilisées par quelqu'un qu'ils ne connaissaient pas (27,1 % vs 11,0 %).
  - o De plus fortes proportions d'UDI-HRSH que d'HPSF ont signalé les comportements sexuels à risque suivants : relations sexuelles avec des partenaires occasionnels (66,7 % vs 50,0 %), avec des partenaires sexuels commerciaux (42,7 % vs 2,0 %) et utilisation non systématique du condom avec des partenaires sexuels occasionnels durant des rapports vaginaux (57,4 % vs 44,9 %) et oraux (82,3 % vs 70,9 %).
- Les analyses des données de surveillance de la phase 1 d'I-Track (2003-2005) ont montré que les UDI qui ont déjà participé à un programme d'échange de seringues (PES) étaient plus nombreux à avoir récemment subi un test de dépistage du VIH que ceux qui n'avaient jamais eu recours aux services d'un tel programme<sup>9</sup>.

<sup>e</sup> Exclut les répondants qui n'ont pas fourni de réponses aux questions touchant les antécédents de dépistage du VIH.

- o Les UDI de sexe féminin, les UDI de moins de 30 ans et les UDI qui n'avaient jamais participé à un PES étaient plus nombreux à avoir récemment subi un test (au cours de l'année précédente) comparativement aux UDI qui avaient subi un test il y a plus d'un an ou qui n'avaient jamais été testés.
- o Les UDI qui s'identifient comme des Autochtones étaient moins nombreux à avoir subi un test de dépistage du VIH au cours de l'année précédente que les participants d'autres origines ethniques

En plus de chercher à déterminer la prévalence et à préciser les tendances en matière de dépistage du VIH et du VHC et de décrire l'évolution et les tendances des comportements sexuels chez les UDI, I-Track a aussi comme principal objectif d'établir un ensemble central de mesures comportementales comparables dans les différents centres de surveillance sentinelle participants tout en tenant compte des enjeux locaux et régionaux et des questions d'intérêt local. Chacun des centres sentinelles produit et publie ses propres résultats sous forme de rapports sommaires, d'articles scientifiques, d'affiches et de résumés pour des conférences. Les publications de chaque centre traitent souvent des questions et des enjeux qui intéressent particulièrement les membres de la collectivité, les chercheurs et les analystes de politiques et de programmes. Les résultats pour chaque centre sentinelle d'I-Track de même que d'autres résultats de recherches indépendantes sont présentés ci-dessous (prière de consulter « Résumé des données récentes sur la prévalence, l'incidence du VIH et les comportements à risque chez les UDI »).

## Estimations nationales de la prévalence et de l'incidence du VIH/sida

L'ASPC a recours à plusieurs méthodes pour dresser un tableau d'ensemble de l'épidémie d'infection à VIH chez tous les Canadiens vivant avec le VIH (y compris le sida), que l'infection ait été diagnostiquée ou non. En combinant ces méthodes, l'ASPC produit deux types d'estimations : la prévalence, soit le nombre de personnes vivant avec le VIH (y compris le sida), et l'incidence, ou le nombre de nouvelles infections au cours d'une période de 1 an. L'ASPC produit des estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH à l'échelle nationale environ tous les 3 ans. (Prière de se reporter au chapitre 1 pour avoir une description complète des estimations nationales de la prévalence et de l'incidence du VIH pour 2008).

## Estimations nationales pour 2008 : données sur la prévalence du VIH/sida<sup>2</sup>

- À la fin de 2008, un nombre estimatif total de 65 000 (54 000-76 000) Canadiens vivaient avec l'infection à VIH (y compris le sida), ce qui représente une augmentation d'environ 14 % par rapport à l'estimation de 57 000 cas (47 000-67 000) en 2005.
- En 2008, 17 % (11 180) de tous les cas prévalents étaient des UDI, ce qui est légèrement inférieur à l'estimation pour 2005 (18 %).
- Un autre 3 % (2 030) des cas prévalents en 2008 faisaient partie de la catégorie d'exposition combinée des HRSH-UDI, proportion qui est demeurée inchangée par rapport à 2005.
- Environ 25 % des UDI positifs pour le VIH ne savaient pas qu'ils étaient infectés. Ce pourcentage correspond au nombre estimatif de 2 800 (2 000-3 600) sujets vivant avec le VIH dans la catégorie d'exposition des UDI qui ignoraient qu'ils étaient séropositifs.

## Estimations nationales pour 2008 : données sur l'incidence du VIH/sida<sup>2</sup>

- Le nombre de nouvelles infections en 2008 (variation estimative entre 2 300 et 4 300) était sensiblement identique ou légèrement plus élevé qu'en 2005 (intervalle de variation de 2 200 à 4 200).
- La proportion estimative de nouveaux cas en 2008 demeurait élevée chez les utilisateurs de drogues injectables, soit 17 % (390-750). Elle dépassait légèrement le pourcentage estimatif de 16 % de nouveaux cas (360-680) attribués à l'injection de drogues en 2005. Cette augmentation était en partie due aux nouvelles infections à VIH diagnostiquées chez les UDI en Saskatchewan.
- Une proportion additionnelle (3%) des nouveaux cas d'infection à VIH (50-130 cas) a été recensée en 2008 dans la catégorie combinée des HRSH-UDI, une proportion qui est restée la même qu'en 2005.
- Chez les Autochtones, quelque 66 % des nouvelles infections à VIH ont été attribuées à l'injection de drogues, ce qui dépasse l'estimation de 2005 (63 %).
- Chez les femmes, une proportion légèrement plus élevée des nouvelles infections a été attribuée à l'injection de drogues en 2008 (29 %) par rapport à 2005 (27 %).

## Résumé des données récentes sur la prévalence, l'incidence du VIH et les comportements à risque chez les UDI

Aux estimations nationales et aux données recueillies par au moyen de systèmes de surveillance systématique et améliorée du VIH s'ajoutent de nombreuses études scientifiques en cours qui examinent la prévalence, l'incidence du VIH et les comportements à risque chez les UDI au Canada. La présente section résume les résultats des recherches sur le VIH/sida chez les UDI au Canada qui ont été publiés dans des revues dotées d'un comité de lecture entre le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et le 31 janvier 2010. Certains résultats propres à des centres sentinelles d'I-Track sont également présentés.

### Prévalence de l'infection à VIH et à VHC chez les UDI au Canada

Voici quelques mesures récentes de la prévalence de l'infection à VIH et à VHC au Canada.

- Le réseau SurvUDI exerce une surveillance depuis 1995 dans des centres sentinelles situés au Québec et à Ottawa, Ontario. La prévalence du VIH dans l'ensemble du réseau est passée de 11,5 % en 1995 à un sommet de 18,6 % en 2003. Chez les UDI qui ont participé au réseau SurvUDI entre 1995 et juin 2008, la prévalence cumulative du VIH s'élevait à 14 %.
  - o Entre 2003 et juin 2008, la prévalence du VHC s'établissait à 63 %, et la proportion générale des sujets co-infectés par le VIH et le VHC était de 13 %<sup>10</sup>.
  - o Pour l'année de recrutement au SurvUDI (2007), la prévalence générale du VIH s'élevait à 18 %, et la prévalence du VIH dans les centres sentinelles atteignait 21,5 % à Montréal, 17,0 % à Québec, 3,0 % à Ottawa et 9,9 % dans les centres semi-urbains<sup>10</sup>.
- En 2006, on estime que sur les 505 000 personnes de 15 ans ou plus qui vivaient à Vancouver, 6 108 étaient infectées par le VIH, ce qui donne une prévalence générale du VIH de 1,21 %. C'est dans les sous-groupes des UDI et des HRSH qu'on retrouvait la plus forte proportion d'infections à VIH<sup>11</sup>.
- Le Cedar Project, une étude communautaire de cohorte, a examiné la prévalence du VIH et du VHC et les comportements à risque qui y sont associés chez les jeunes Autochtones (de 14 à 30 ans) qui prenaient de la drogue (injection et non-injection) et qui vivaient à Vancouver et à Prince George entre 2003 et 2005. La prévalence du VIH était significativement plus élevée chez les participants vivant à

Vancouver (17 %) que chez ceux résidant à Prince George (7 %); la prévalence du VHC était cependant plus faible à Vancouver (57 %) qu'à Prince George (62 %)<sup>12</sup>.

- o Chez les participantes au Cedar Project, la prévalence du VIH s'établissait à 13,1 %, ce qui est trois fois plus élevé que chez les participants de sexe masculin (4,3 %). La prévalence du VHC était également plus forte chez les femmes (43,6 %) que chez les hommes (25,4 %)<sup>13</sup>.
- o La prévalence du VIH chez les jeunes Autochtones abusés sexuellement qui ont participé au Cedar Project était significativement plus élevée que chez les participants qui n'avaient pas d'antécédents d'abus sexuels (13 % v. 4 %)<sup>14</sup>.
- Des analyses des données (pour la période 1996-2005) tirées de deux études prospectives de cohortes portant sur les UDI à Vancouver, la Vancouver Injection Drug Users Study et la Scientific Evaluation of Supervised Injecting Cohort, ont montré que les UDI autochtones affichaient une prévalence de base de l'infection à VIH significativement élevée comparativement à ceux d'autres origines ethniques (25,1 % vs 16,0 %)<sup>15</sup>.
- Une enquête transversale a examiné la prévalence de l'infection à VIH et à VHC chez les détenus de sept prisons provinciales du Québec ( $n = 1\ 607$ ) en 2003. La prévalence du VIH s'élevait à 2,3 % chez les participants de sexe masculin et à 8,8 % chez les participantes. La prévalence de l'infection à VHC atteignait 16,6 % et 29,2 % chez les participants de sexe masculin et de sexe féminin, respectivement. Chez les détenus masculins qui s'injectaient des drogues, la prévalence du VIH était de 7,2 %, et chez les détenus masculins qui ne s'injectaient pas de drogues, elle se chiffrait à 0,5 %. Chez les femmes qui s'injectaient des drogues, la prévalence du VIH s'élevait à 20,6 % et chez celles qui ne s'injectaient pas de drogues, à 0 %. La prévalence du VHC était de 53,3 % chez les détenus masculins qui s'injectaient des drogues et de 2,6 % chez les détenus masculins qui ne s'injectaient pas de drogues; la prévalence respective du VHC chez les femmes dans ces groupes était de 63,6 % et de 3,5 %<sup>16</sup>.
- Dans un échantillon de 400 sujets qui avaient fait usage de crack au cours des 6 mois précédents et qui fréquentaient des programmes de distribution et d'échange de seringues à Montréal en 2006-2007, la prévalence du VIH chez les utilisateurs actuels (qui s'étaient récemment injecté des drogues), chez les anciens utilisateurs (qui ne s'étaient pas récemment injecté de drogues) et chez les personnes qui n'avaient jamais fait usage de drogues s'élevait à 22,4 %, à 8,5 % et à 6,0 %, respectivement<sup>17</sup>.



- La prévalence du VIH et du VHC et les comportements à risque qui y sont associés chez les fumeurs de crack qui s'injectaient de la drogue (doubles utilisateurs) et les fumeurs de crack qui ne s'étaient jamais injecté de drogues ont été examinés chez un groupe de soutien du Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU) en 2004. La prévalence tant du VIH que du VHC était élevée chez les fumeurs de crack qui ne s'étaient jamais injecté de drogues (22 % et 43 %, respectivement). Chez les doubles utilisateurs, la prévalence du VIH était légèrement plus forte (30 %) et celle du VHC était presque deux fois plus élevée (79 %) que chez les fumeurs de crack<sup>18</sup>.

### **Incidence du VIH chez les UDI au Canada**

Au Canada, seules quelques études ont tenté d'estimer l'incidence du VIH; leurs résultats sont résumés ci-dessous.

- L'incidence du VIH était de 2,9 cas pour 100 personnes-années (PA) dans tous les centres du réseau SurvUDI entre 1995 et 2008. Elle variait de 1,3 pour 100 PA dans les centres semi-urbains à 2,4 pour 100 PA à Québec, à 3,3 pour 100 PA à Montréal et à 3,5 pour 100 PA à Ottawa. L'incidence générale du VIH a significativement diminué dans le réseau SurvUDI entre 1995 et 2006 ( $p < 0,001$ )<sup>10</sup>.
- Selon les analyses de données tirées de deux études prospectives de cohortes portant sur les UDI à Vancouver (1996 à 2005), l'incidence cumulative du VIH après un suivi de 48 mois était plus élevée chez les UDI autochtones (18,5 %) que chez les UDI d'autres origines ethniques (9,5 %). Dans des analyses multivariées, l'origine autochtone était indépendamment associée à un taux élevé d'incidence du VIH<sup>15</sup>.

### **Comportements à risque chez les UDI au Canada**

Des publications récentes semblent indiquer que les taux de pratiques sexuelles à risque et d'injection de drogues sont souvent élevés chez les UDI. Voici un résumé des résultats de recherches sur les comportements à risque.

#### ***Pratiques d'injection de drogues***

- Les données tirées de la cohorte prospective (1996-2005) de la Vancouver Injection Drug User Study (VIDUS) ont été utilisées pour déterminer le rôle de l'usage accru de crack, les facteurs qui y sont associés et la séroconversion anti-VIH chez les UDI au cours de deux périodes (passée et récente). Les analyses ont révélé que l'injection quotidienne

de cocaïne était indépendamment associée à la séroconversion anti-VIH pour les deux périodes, alors que l'habitude quotidienne de fumer du crack n'est devenue un prédicteur indépendant de l'infection à VIH que récemment<sup>19</sup>.

- Parmi les UDI qui ont participé au réseau SurvUDI entre 2003 et 2008, 85,7 % s'étaient injecté de la cocaïne, 55,9 % s'étaient injecté des opiacés (non prescrits) et 34,9 % s'étaient injecté du Dilaudid au cours des 6 mois précédents<sup>10</sup>.
- Chez les UDI qui ont participé à l'enquête transversale à Montréal en 2004-2005, certains facteurs comme de vastes réseaux d'injection de drogues, les injections mutuelles fréquentes, le jeune âge et le sexe masculin étaient de puissants prédicteurs de l'emprunt ou du prêt de matériel d'injection<sup>20</sup>.

#### ***Pratiques sexuelles***

- La prévalence de l'usage non systématique du condom (pas toujours utilisé lors de rapports sexuels actifs) et les facteurs de risque possibles ont été examinés chez les jeunes Autochtones ayant participé au Cedar Project (2003-2005). La prévalence de l'usage non systématique du condom était significativement associée aux antécédents de rapports sexuels forcés, aux infections transmises sexuellement, au fait d'avoir un partenaire sexuel régulier qui s'injectait des drogues et d'avoir un partenaire sexuel occasionnel qui s'injectait des drogues<sup>21</sup>.

### **Déterminants sociaux de la santé**

On peut définir les déterminants sociaux de la santé comme les conditions sociales dans lesquelles les personnes vivent et travaillent<sup>22</sup>. Ils incluent les conditions associées au développement du jeune enfant; le niveau de scolarité, l'emploi et le travail; la sécurité alimentaire, les services de santé, le logement, le revenu et la répartition des revenus; l'exclusion sociale; le filet de sécurité sociale; le chômage et la sécurité d'emploi<sup>23</sup>. Voici quelques études qui ont examiné les comportements à risque associés aux déterminants sociaux dans des populations d'UDI.

#### ***Milieu d'injection de drogues et logement***

- La relation entre l'exposition au milieu des drogues de la rue et les facteurs de risque d'infection à VIH a été examinée à partir des données tirées de l'étude de cohorte VIDUS (2006-2008). Le fait de ne pas avoir de logement stable, de prendre quotidiennement du crack, d'avoir de l'aide de l'extérieur pour s'injecter et le travail dans l'industrie du sexe étaient significativement associés à une exposition au milieu de la drogue<sup>24</sup>.

- L'emplacement du quartier a été examiné comme facteur de risque d'incidence du VIH chez les UDI qui ont participé à l'étude de cohorte VIDUS entre 1996 et 2004. Le fait de résider dans l'est du centre-ville de Vancouver constituait un prédicteur indépendant de la séroconversion anti-VIH<sup>25</sup>.
- La prévalence de l'injection de drogues en public et les facteurs qui y sont associés ont été examinés chez les UDI qui avaient participé à l'étude de cohorte VIDUS entre 2003 et 2005. Sur les 620 participants, 22,9 % ont dit s'être injecté des drogues « habituellement » ou « toujours » en public au cours des 6 derniers mois. Au nombre des facteurs associés à l'injection fréquente récente en public figuraient l'itinérance, l'usage fréquent de crack et l'injection fréquente d'héroïne<sup>26</sup>.
- Dans un échantillon d'UDI de la cohorte de Saint-Luc, les relations entre les pratiques d'injection et les caractéristiques du quartier ont été examinées. Les UDI du centre-ville qui vivaient dans des quartiers socio-économiquement défavorisés étaient plus nombreux à avoir des pratiques d'injection à risque élevé<sup>27</sup>.

#### **Accès à des services d'échange de seringues et utilisation de ces services**

- Dans un échantillon d'UDI de la cohorte de Saint-Luc suivie entre 2004 et 2006, les UDI qui avaient obtenu des seringues exclusivement d'un PES ou d'une pharmacie affichaient une plus faible prévalence de pratiques d'injection à haut risque que les UDI qui ne se procuraient pas toujours leurs seringues au même endroit<sup>28</sup>.
- Les résultats d'une enquête menée chez des UDI à Winnipeg entre 2003 et 2004 ont montré que le partage de seringues entre UDI dépendait à la fois de l'accès à des seringues propres et aux relations au sein d'un réseau social. Les relations d'un participant avec un membre d'un réseau à risque (partenaire sexuel, membre de la famille) et la difficulté d'accès à des seringues étaient associées au partage de seringues<sup>29</sup>.

#### **Sécurité alimentaire**

- La prévalence de l'insécurité alimentaire et les associations avec les pratiques d'injection à risque ont été examinées dans un échantillon d'UDI à London, Ontario. L'insécurité alimentaire était fréquente chez les UDI et était fortement corrélée au partage de seringues et de matériel d'injection (eau, réchaud, filtre)<sup>30</sup>.

#### **Exclusion sociale et qualité de vie**

- Le projet MAYA, étude longitudinale portant sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, a décrit les caractéristiques psychosociales qui distinguent les UDI de sexe masculin d'autres sous-groupes : hommes hétérosexuels non-UDI, HRSH non-UDI et femmes. Comparativement aux trois autres sous-groupes, les UDI de sexe masculin obtenaient des scores beaucoup plus bas aux échelles pour la qualité de vie, l'anxiété et la dépression et à l'échelle d'intégration sociale (communications avec la famille et les amis). Leur réseau social était moins diversifié et ils avaient plus souvent recours à l'alcool et à la drogue comme stratégie pour faire face aux difficultés<sup>31</sup>.

#### **Comportements à risque et leurs corrélats chez les jeunes**

Les jeunes demeurent une population à risque pour l'injection de drogues et l'infection à VIH. Voici un résumé des recherches récentes sur les comportements à risque et leurs corrélats chez les jeunes.

- La prévalence de l'injection de drogues et ses corrélats ont été examinés chez les jeunes de la rue qui avaient participé à l'étude At-Risk Youth Study (ARYS) à Vancouver (2005-2006). Sur les 478 participants, 42 % ont dit s'injecter des drogues, et l'âge médian lors de la première injection était de 17,5 ans. Les drogues le plus souvent consommées lors de la première injection étaient la cocaïne (27 %) et le crystal meth (23 %)<sup>32</sup>. Un taux élevé d'emprunt ou de prêt de seringues (20,9 %) a été relevé chez les personnes qui s'injectaient des drogues. Le besoin d'aide pour s'injecter des drogues et l'usage fréquent d'héroïne augmentaient le risque de partage de seringues<sup>33</sup>.
- Dans la même cohorte de l'étude ARYS, un certain nombre de facteurs étaient significativement associés à l'injection de drogues : âge supérieur à 22 ans, infection à VHC, antécédents de travail dans l'industrie du sexe ou d'incarcération, abandon des études secondaires, résidence dans l'est du centre-ville de Vancouver, âge supérieur à 15 ans la première fois où le sujet a été témoin d'une injection de drogue<sup>32</sup> et usage de crystal meth<sup>34</sup>.
- Des chercheurs ont interrogé des participants issus de la cohorte ARYS pour connaître leur cheminement jusqu'à l'injection de drogues et leurs premières expériences d'injection. Les jeunes UDI de 16 à 26 ans ont été initiés à l'injection de drogues par un autre utilisateur de drogues qu'ils connaissaient bien et qui a facilité leur première injection<sup>35</sup>.

- Une analyse des données de l'étude de cohorte VIDUS (1996-2006) a examiné les différences entre les UDI plus jeunes (moins de 30 ans) et plus vieux (30 ans ou plus). La fréquence de certains comportements à risque et variables était élevée chez les jeunes UDI : plus forte proportion de femmes, injection plus fréquente de drogues, antécédents de travail dans l'industrie du sexe, antécédents d'incarcération, emprunt plus fréquent de seringues et itinérance<sup>36</sup>.
- Les prédictors de l'initiation à l'injection de drogues chez les jeunes de la rue ont été examinés dans une étude prospective de cohorte à Montréal (2001-2005). Des taux élevés d'efficacité personnelle jouaient un rôle protecteur, alors que l'usage d'héroïne, l'usage de cocaïne, une forte consommation d'alcool et le travail dans l'industrie du sexe augmentaient le risque de commencer à s'injecter des drogues<sup>37</sup>.
- Au moyen d'entrevues qualitatives auprès de 42 jeunes de la rue (âgés de 15 à 25 ans) à Montréal, on a tenté de déterminer les contextes sociaux et les processus qui influent sur la transition vers l'injection de drogues. Certaines combinaisons de trajectoires de vie dans la rue (comme la vie dans la rue à un jeune âge) et d'usage de drogues (comme la consommation de cocaïne) semblaient contribuer au passage à l'injection de drogues. L'interaction de facteurs importants augmentait le risque de transition vers l'injection de drogues : le manque d'actifs personnels, la rupture précoce des liaisons avec les institutions sociales primaires, l'intégration sociale dans des sous-cultures où la vie dans la rue et la prise de drogues sont à la mode, les drogues privilégiées et le marché local de la drogue<sup>38</sup>.

### Comportements à risque et corrélats des comportements à risque chez les détenus

Des études ont montré que l'incarcération est associée aux pratiques d'injection, aux comportements sexuels à risque et à la transmission du VIH. Voici quelques données récentes.

- Dans l'étude de cohorte VIDUS (1996-2005), la prévalence de l'injection de drogues et les corrélats de la cessation de cette pratique ont été examinés chez les UDI. Une incarcération récente était négativement associée à la cessation de l'injection de drogues, et des données longitudinales ont indiqué que l'incarcération ne réduisait pas l'usage de drogues chez les UDI<sup>39</sup>.
- Les auteurs d'une étude prospective de cohorte à Vancouver ont examiné les profils d'incarcération chez les UDI et les associations avec les comportements à risque pour le VIH. Sur les 1 274 participants, 20,5 % étaient infectés par le VIH. L'emprunt d'une seringue usagée, le prêt d'une seringue usagée et l'usage non systématique du condom avec des partenaires sexuels occasionnels étaient des facteurs indépendamment associés à l'incarcération<sup>40</sup>.

### Comportements à risque et corrélats des comportements à risque chez les Autochtones

Les Autochtones sont surreprésentés parmi les Canadiens touchés par l'épidémie d'infection à VIH<sup>15</sup>; l'injection de drogues et les pratiques d'injections risquées constituent les principaux facteurs de risque dans ce groupe<sup>41</sup>. Voici un résumé des comportements à risque et des corrélats des comportements à risque chez les Autochtones qui s'injectent des drogues au Canada.

- Le Cedar Project a examiné les facteurs qui incitent à commencer à s'injecter des drogues. Au départ, 207 participants (45 %) ne s'injectaient pas de drogues; en date de juillet 2007, 39 participants étaient devenus des UDI (incidence brute de 19,8 %). Dans une analyse univariée, le passage à l'injection de drogues était associé au sexe, au travail dans l'industrie du sexe pour assurer sa survie au cours des 6 mois précédents, aux antécédents d'infections transmises sexuellement et au surdosage au cours des 6 derniers mois. Les antécédents de surdosage au cours des 6 mois précédents étaient un prédictor indépendant du passage à l'injection de drogues<sup>42</sup>.
- Dans le cadre du Cedar Project, on a également constaté qu'une proportion importante de jeunes Autochtones qui avaient des problèmes de toxicomanie avaient passé du temps dans des centres de détention pour jeunes (41 %). En outre, 71 % des participantes avaient été abusées sexuellement et 79 % avaient travaillé dans l'industrie du sexe. Le placement en centre de détention pour jeunes était associé à diverses variables, comme le sexe masculin, les antécédents d'injection de drogues, la séropositivité à l'égard du VIH et le fait d'avoir déjà couché dans la rue pendant plus de trois nuits<sup>43</sup>.
- Le Cedar Project a examiné les caractéristiques des participants qui ont été retirés de leur famille et de leur collectivité durant leur enfance et le risque d'infection à VIH. Chez les UDI, le fait d'avoir été séparés de ses parents biologiques était un prédictor du surdosage, des comportements auto-destructeurs, du travail dans l'industrie du sexe pour assurer sa survie et de l'emprunt de seringues usagées<sup>44</sup>.
- Les antécédents d'abus sexuels chez les participants au Cedar Project étaient associés à plusieurs résultats, notamment les tentatives de suicide,

l'itinérance, l'injection de drogues, l'échange de faveurs sexuelles contre de l'argent, le revenu actuel tiré du commerce du sexe, un nombre déclaré de 20 partenaires sexuels ou plus durant sa vie, l'usage non systématique du condom et la séropositivité à l'égard du VIH<sup>14</sup>.

- Les tendances de l'usage du crystal meth et les facteurs qui y sont associés ont été examinés dans la cohorte du Cedar Project à l'aide de données recueillies pour la période 2003-2006. L'usage du crystal meth était associé à un plus jeune âge, au sexe masculin, à l'absence de logement stable, au fait de fumer des opiacés, au besoin d'aide pour s'injecter des drogues et à des épisodes de consommation excessive de drogues<sup>45</sup>.
- Le dépistage du VIH chez les jeunes Autochtones (UDI et non-UDI) qui ont participé au Cedar Project (2003-2005) était associé à diverses variables comme un âge plus avancé, le sexe féminin, l'état de célibataire, le diplôme d'études secondaires, l'absence de logement stable, le travail dans l'industrie du sexe, les relations sexuelles non consensuelles, l'injection de drogues, les antécédents d'incarcération et le fait d'avoir déjà participé à un programme de désintoxication<sup>46</sup>.
- Les analyses des données tirées de deux études prospectives de cohortes d'UDI à Vancouver (1996-2005) ont montré que les variables suivantes étaient plus souvent présentes chez les participants autochtones que chez les sujets d'autres origines ethniques : sexe féminin, jeune âge, résidence dans l'est du centre-ville de Vancouver, travail dans l'industrie du sexe, injection quotidienne de cocaïne et rapports sexuels non protégés<sup>15</sup>.

### Comportements à risque et leurs corrélats chez les femmes

Selon les données nationales de surveillance, un peu plus de 30 % des rapports de tests positifs pour le VIH attribués à l'injection de drogues concernaient des femmes<sup>1</sup> et, comme l'ont souligné les estimations les plus récentes sur le VIH, une proportion légèrement plus élevée des nouvelles infections était associée à l'injection de drogues chez les femmes (29 % en 2008)<sup>2</sup>. Voici un résumé des comportements à risque et des corrélats des comportements à risque chez les femmes qui s'injectent des drogues au Canada.

- Les femmes UDI qui ont participé au système I-Track au centre de Sudbury (2005) affichaient une prévalence du VIH significativement plus élevée que les hommes (20,4 % vs 8,2 %). Elles présentaient également des taux plus élevés de comportements à risque pour l'usage de drogues que les hommes : elles étaient plus nombreuses à emprunter des aiguilles ou seringues usagées (27,3 % vs 12,2 %) et à prêter des aiguilles ou seringues usagées (31,5 % vs 15,6 %)<sup>47</sup>.
- Des analyses des données provenant du Cedar Project (2003-2005) se sont penchées sur les vulnérabilités au VIH associées au travail dans l'industrie du sexe chez les jeunes femmes autochtones. La violence sexuelle et les profils de consommation de drogues différaient de façon marquée chez les femmes qui travaillaient depuis peu dans l'industrie du sexe. L'injection quotidienne de cocaïne, le fait d'avoir fumé du crack au cours des 6 mois précédents et d'avoir été victimes d'abus sexuels au cours de leur vie étaient associés de façon indépendante au travail dans l'industrie du sexe<sup>48</sup>.
- Le Maka Project a étudié la prévalence du VIH et les facteurs de risque au moyen d'un questionnaire administré par un intervieweur à des femmes qui travaillaient dans l'industrie du sexe pour assurer leur survie à Vancouver. La prévalence de base du VIH s'élevait à 26 %, et l'infection à VIH était associée au jeune âge au moment où la personne a commencé à travailler dans l'industrie du sexe (< 18 ans), à l'origine autochtone, à l'injection quotidienne de cocaïne, à l'usage intensif/quotidien de crack et aux relations sexuelles non protégées avec un partenaire intime<sup>49</sup>.
- D'autres analyses effectuées dans le cadre du Maka Project ont montré que le déplacement du commerce du sexe vers des milieux surtout industriels et vers des rues secondaires ont éloigné les femmes des services de santé et de soutien social et réduit leur accès à du matériel d'injection et d'usage de drogues plus sûr. Ce fossé géographique entre les zones de commerce sexuel et les zones où des services de santé et des seringues sont accessibles a été particulièrement observé chez les femmes plus jeunes, qui s'identifiaient comme Autochtones, qui étaient des UDI actives et qui fumaient du crack ou s'injectaient de la cocaïne chaque jour<sup>50, 51</sup>.

## Commentaires

### Points forts et limites

Les résultats choisis que nous avons présentés dans ce chapitre provenaient de diverses études récemment publiées sur le VIH chez les UDI au Canada. Les forces méthodologiques inhérentes à ces études – études transversales et de cohortes, qualitatives et quantitatives, portant sur de vastes échantillons communautaires – ont permis d'examiner de façon rigoureuse les comportements à risque et les associations dans cette population d'UDI à risque et difficiles à joindre. Une bonne part de ces recherches ont produit de nouvelles données, essentielles à l'élaboration de programmes de prévention et de politiques à l'échelle locale, provinciale et nationale.

Au moment d'interpréter les résultats présentés dans ce chapitre, il faut prendre en considération un certain nombre de biais possibles. Les données sur le diagnostic de l'infection à VIH sont limitées à celles portant sur les personnes qui se sont présentées pour subir un dépistage; les tendances statistiques peuvent donc être influencées par les pratiques de dépistage ou l'amélioration des techniques pour éliminer les tests en double. En outre, les données d'identification qui accompagnent les tests de détection du VIH sont parfois incomplètes ou inexactes, ce qui peut limiter l'utilité des données de surveillance du VIH. Les recherches examinées comprenaient plusieurs études dont la méthodologie, les échantillons et les objectifs variaient; les résultats obtenus peuvent donc ne pas nécessairement être comparables d'une étude à l'autre. Pour connaître les limites particulières à chaque étude, le lecteur est prié de se reporter aux études respectives auxquelles il est fait référence dans le chapitre.

### Conclusions

Les personnes qui s'injectent des drogues représentent toujours un groupe important en ce qui a trait au risque d'acquisition et de transmission du VIH. Des comportements à risque – pratiques d'injection et sexuelles – ont été signalés dans les enquêtes nationales de surveillance des comportements et d'autres études transversales et de cohorte, ce qui donne à penser que le risque de transmission du VIH chez les UDI continue d'être substantiel.

Au cours de la dernière décennie, une tendance à la baisse de la proportion de tests positifs pour le VIH attribuables à l'injection de drogues a été observée chez les hommes; une tendance à la hausse a cependant été relevée chez les femmes depuis 2003. Les estimations nationales de l'incidence du VIH pour 2008 montrent que le nombre de nouvelles infections à VIH associées à l'injection de drogues a légèrement augmenté par rapport à 2005.

Des recherches récentes indiquent que les femmes UDI présentent des facteurs particuliers qui peuvent faire augmenter leur risque d'infection par le VIH. La population plus jeune d'UDI est particulièrement vulnérable à l'infection à VIH, comme le montrent les taux élevés de pratiques sexuelles et d'injection à risque signalés dans des études ciblées. Le VIH chez les détenus demeure un problème préoccupant, les données montrant que l'incarcération facilite les pratiques d'injection à risque, ce qui expose les détenus à un plus grand risque d'infection par le VIH. Parmi les personnes qui s'injectent des drogues, les Autochtones sont touchés de façon disproportionnée par l'infection à VIH.

Le problème du VIH chez les UDI continue d'être un grave problème qui requiert des efforts continus de recherche et de surveillance pour suivre les comportements à risque et examiner les conditions sociales dans lesquelles vivent et travaillent les UDI. De telles données sont essentielles si l'on veut élaborer et évaluer les initiatives de lutte contre l'épidémie d'infection à VIH qui est en constante évolution chez les UDI au Canada.

#### **Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :**

Division de la surveillance et de l'évaluation des risques  
Centre de la lutte contre les maladies transmissibles  
et les infections  
Agence de la santé publique du Canada  
Pré Tunney  
Indice de l'adresse : 0602B  
Ottawa (Ont.) K1A 0K9  
Tél. : 613-954-5169  
Fax : 613-957-2842  
www.phac-aspc.gc.ca

#### **Mission**

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

*Agence de la santé publique du Canada*

## Références

1. Agence de la santé publique du Canada, Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada novembre 2007.
2. Agence de la santé publique du Canada. Sommaire - Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2008. Division de la surveillance et l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2009
3. Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008, Division de la surveillance et l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2009
4. Santé Canada. I-Track : surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. Rapport sur l'enquête pilote. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, février 2004.
5. Agence de la santé publique du Canada. I-Track : surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. Rapport sur la phase I. Division de la surveillance et l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, août 2006.
6. Ogunnaike-Cooke SO, McGuire M, Cule S, Archibald C, National I-Track Study Team. What's in a name? Differentiating HIV risk between MSM-IDU and IDU-MSM. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;Spring 20(Suppl B):76B (Abstract P229).
7. Tarasuk J, Choudhri Y, Fyfe M, Hennink M, Millson M, Morissette C, et coll. Crystal methamphetamine use and associated risk behaviours among people who inject drugs in Canada. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008;March/April 19(Suppl A):33A (Abstract O068).
8. McGuire M, Archibald CP, Fyfe M, Hennink M, Leclerc P, Millson P, et coll. HIV risk profiles among MSM-IDU and MFSP-IDU: results from a national enhanced HIV surveillance system. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;Spring 20(Suppl B):38B (Abstract O094).
9. Tarasuk J, Choudhri Y, Fyfe M, Hennick M, Millson P, Morissette C, et coll. Time since last HIV test and associated factors among people who inject drugs: results from a population survey. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2007;March/April 18(Suppl B):25B (Abstract O043).
10. Institut National de Santé Publique. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection: épidémiologie du VIH de 1995 à 2008. 2009.
11. McInnes CW, Druyts E, Harvard SS, Gilbert M, Tyndall MW, Lima VD, et coll. HIV/AIDS in Vancouver, British Columbia: a growing epidemic. *Harm Reduct J* 2009;6.
12. Spittal PM, Craib KJ, Teegee M, Baylis C, Christian WM, Moniruzzaman AK, et coll. The Cedar project: prevalence and correlates of HIV infection among young Aboriginal people who use drugs in two Canadian cities. *Int J Circumpolar Health* 2007;66(3):226-240.
13. Mehrabadi A, Teegee M, Moniruzzaman A, Pearce ME, Craib KJ, Spittal PM, et coll. Female gender associated with HIV seropositivity in a cohort of Aboriginal youth who use illicit drugs in Vancouver and Prince George, Canada. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2007;March/April 18(Suppl B):79B (Abstract P234).
14. Pearce ME, Moniruzzaman A, Christian WM, Craib KJ, Mehrabadi A, Spittal PM, et coll. HIV risk behaviours and sexual violence among young Aboriginal drug users in Vancouver and Prince George, British Columbia. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2007; March/April 18(Suppl B):27B (Abstract O048).
15. Wood E, Montaner JSG, Li K, Zhang R, Barney L, Strathdee SA, et coll. Burden of HIV infection among Aboriginal injection drug users in Vancouver, British Columbia. *Am J Public Health* 2008;98(3):515-519.
16. Poulin C, Alary M, Lambert G, Godin G, Landry S, Gagnon H, et coll. Prevalence of HIV and Hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons. *Can Med Assoc J* 2007;177(3):252-256.
17. Leclerc P, Morissette C, Roy É, Tremblay C. HIV and HCV prevalence among crack users attending needle distribution programs in Montreal. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008;March/April 19(Suppl A):72A (Abstract P204).
18. Shannon K, Kerr T, Morgan R, Oleson M, Tyndall MW. HIV and Hepatitis C prevalence and related risk among crack cocaine smokers and dual users with a history of injection drug use. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006;May/June 17(Suppl A):57A (Abstract 357P).
19. DeBeck K, Kerr T, Li K, Fischer B, Buxton J, Montaner J, et coll. Emergence of crack cocaine as a risk factor for HIV seroconversion among injection drug users in Vancouver, Canada. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;Spring 20(Suppl B):67B (Abstract P197).
20. De P, Cox J, Boivin JF, Platt RW, Jolly AM, Alexander PE. HIV and HCV discordant injecting partners and their association to drug equipment sharing. *Scand J Infect Dis* 2009;41(3):206-214.
21. Chavoshi N, Patel SH, Joseph K, Thomas V, Moniruzzaman A, Richardson CG, et coll. The Cedar Project: Inconsistent condom use as a marker of sexual vulnerability among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;Spring 20(Suppl B):79B (Abstract P244).
22. Agence de la santé publique du Canada. Réponse du Canada à la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. Affiché à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/glos-fra.php>. Consulté le 25-03-2010.
23. Raphael D, ed. *Social Determinants of Health: Canadian Perspective*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press Inc., 2004.
24. DeBeck K, Wood E, Li K, Montaner J, Kerr T. Street-based drug scene exposure and health risks among injection drug users: the relationship between 'place' and HIV risk. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;Spring 20(Suppl B):26B (Abstract O052).

25. Maas B, Fairbairn N, Kerr T, Li K, Montaner JSG, Wood E. Neighborhood and HIV infection among IDU: place of residence independently predicts HIV infection among a cohort of injection drug users. *Health and Place* 2007;13(2):432-439.
26. DeBeck K, Small W, Wood E, Li K, Montaner J, Kerr T. Public injecting among a cohort of injecting drug users in Vancouver, Canada. *J Epidemiol Community Health* 2009;63(1):81-86.
27. Généreux M, Bruneau J, Daniel M. Association between neighbourhood socioeconomic characteristics and high-risk injection behaviour amongst injection drug users living in inner and other city areas in Montréal, Canada. *Int J Drug Policy* 2010;21(1):49-55.
28. Bruneau J, Daniel M, Kestens Y, Zang G, Généreux M. Associations between HIV-related injection behaviour and distance to and patterns of utilisation of syringe-supply programmes. *J Epidemiol Community Health* 2008;62(9):804-810.
29. Shaw SY, Shah L, Jolly AM, Wylie JL. Determinants of injection drug user (IDU) syringe sharing: the relationship between availability of syringes and risk network member characteristics in Winnipeg, Canada. *Addiction* 2007;102(10):1626-1635.
30. Strike C, Sarnocinska-Hart A, Anstice S, Lester B, Scriver N, Luce J, et coll. Is there an association between food security and injection-related HIV risk? *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;Spring 20(Suppl B):96B (Abstract P312).
31. Veillette-Bourbeau L, Otis J, Godin G. Psychosocial profile of men living with HIV (PLHIV) who were also injection drug users (IDU). *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;Spring 20(Suppl B):101B (Abstract P330).
32. Kerr T, Stoltz J, Miller C, Lai C, Montaner JS, Wood E. Injection drug use among a cohort of street-involved youth in Vancouver. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2007;March/April 18(Suppl B):25B (Abstract O042).
33. Lloyd-Smith EM, Wood E, Zhang R, Montaner JS, Kerr T. Syringe sharing among young drug users in Vancouver. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2007;March/April 18(Suppl B):78B (Abstract P228).
34. Wood E, Stoltz JA, Zhang R, Strathdee SA, Montaner JSG, Kerr T. Circumstances of first crystal methamphetamine use and initiation of injection drug use among high-risk youth. *Drug Alcohol Rev* 2008;27(3):270-276.
35. Small W, Fast D, Krusi A, Wood E, Kerr T. A qualitative study of injection initiation among street-involved youth who use drugs in Vancouver: implications for strategies to prevent the adoption of injection drug use. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;Spring 20(Suppl B):106B (Abstract P353).
36. Miller CL, Strathdee SA, Li K, Kerr T, Wood E. A longitudinal investigation into excess risk for blood-borne infection among young Injection Drug Users (IDUs). *Am J Drug Alcohol Abuse* 2007;33(4):527-536.
37. Roy É, Godin G, Boivin J, Boudreau J. Modeling initiation into drug injection among street youth. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2007;March/April 18(Suppl B):25B (Abstract O041).
38. Roy E, Nonn E, Haley N. Transition to injection drug use among street youth—a qualitative analysis. *Drug Alcohol Depend* 2008;94(1-3):19-29.
39. DeBeck K, Kerr T, Li K, Milloy MJ, Montaner J, Wood E. Incarceration and drug use patterns among a cohort of injection drug users. *Addiction* 2009;104(1):69-76.
40. Werb D, Kerr T, Li K, Montaner J, Wood E. HIV risks associated among injection drug users: implications for Canada's new drug strategy. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2007;March/April 18(Suppl B):85B (Abstract P255).
41. Duncan KC, Loppie C, Brandon EK, Borwein AM, Lima VD, Montaner JS, et coll. HIV incidence and prevalence among Aboriginal peoples in Canada: an in-depth review of the scientific literature. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;Spring 20(Suppl B):68B (Abstract P201).
42. Moniruzzaman A, Patel SH, Clement K, Christian WM, Pearce ME, Miller C, et coll. The Cedar Project: factors of transitioning into injection drug use among young Aboriginal people who use illicit drugs in Vancouver and Prince George, British Columbia. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008;March/April 19(Suppl A):28A (Abstract O049).
43. Clarkson A, Christian WM, Thomas V, Spittal PM, For the Cedar Project Partnership. The Cedar Project: foster care, 'juvi', and health related vulnerabilities among Aboriginal young people who use drugs in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;Spring 20(Suppl B):67B (Abstract P195).
44. Pearce ME, Christian WM, Patel SH, Teegee M, Moniruzzaman A, Patterson K, et coll. The Cedar Project: experience of foster care and HIV risk among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008;March/April 19(Suppl A):88A (Abstract P262).
45. Chavoshi N, Pearce ME, Moniruzzaman A, Richardson CG, Joseph K, Spittal PM, et coll. The Cedar Project: Concerning trends in crystal methamphetamine use overtime among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in Vancouver and Prince George, BC, Canada. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;Spring 20(Suppl B):79B (Abstract P243).
46. Moniruzzaman A, Craib KJP, Schechter MT, Spittal PM. HIV testing patterns and factors associated with testing among Aboriginal youth that use injection and non-injection drugs. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006; May/June 17(Suppl A):42A (Abstract 303).
47. Millson P, Challacombe L, Snelling S, Schwarz D, Gorman J, Gorman M. Gender difference in HIV risk among IDUs in Sudbury Ontario. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2007; March/April 18(Suppl B):80B (Abstract P237).
48. Mehrabadi A, Craib KJP, Patterson K, Adam W, Moniruzzaman A, Ward-Burkitt B, et coll. The Cedar Project: a comparison of HIV-related vulnerabilities amongst young Aboriginal women surviving drug use and sex work in two Canadian cities. *Int J Drug Policy* 2008;19(2):159-168.
49. Shannon K, Bright V, Gibson K, Tyndall MW. Sexual and drug-related vulnerabilities for HIV infection among women engaged in survival sex work in Vancouver, Canada. *Can J Public Health* 2007;98(6):465-469.

50. Shannon K, Kerr T, Allinott S, Chettiar J, Shoveller J, Tyndall MW. Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work. *Soc Sci Med* 2008;66(4):911-921.
51. Shannon K, Rusch M, Shoveller J, Alexson D, Gibson K, Tyndall MW. Mapping violence and policing as an environmental-structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work. *Int J Drug Policy* 2008;19(2):140-147.

---

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2010

Cat. : HP40-56/11-2010F-PDF

ISBN : 978-1-100-96032-6