



## L'infection à VIH/sida chez les hommes homosexuels, bisexuels et ceux qui ont des relations avec d'autres hommes au Canada

### Points saillants

- En 2008, la proportion de tests positifs pour le VIH dans la population adulte était encore une fois la plus forte chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH), 45,1 % (557) des tests positifs ayant été enregistrés dans cette catégorie d'exposition.
- C'est également dans la catégorie des HRSH qu'on retrouvait la plus forte proportion de nouvelles infections en 2008, soit 44 % du nombre estimatif de nouvelles infections à VIH.
- En 2008, quelque 19 % des hommes dans la catégorie des HRSH ne savaient pas qu'ils étaient infectés par le VIH, ce qui est inférieur au pourcentage estimatif de 26 % pour l'ensemble des personnes vivant avec le VIH au Canada. Autrement dit, environ 6 000 (4 500 à 7 500) hommes vivant avec le VIH dans la catégorie des HRSH ne savaient pas qu'ils étaient positifs pour le VIH.
- Le VIH ne cesse de se propager chez les HRSH au Canada; des recherches récentes montrent que certains sous-groupes de HRSH continuent de courir un risque considérable d'infection à VIH en s'adonnant à des pratiques sexuelles risquées, telles que des relations anales avec des partenaires sérodiscordants ou des partenaires dont le statut à l'égard du VIH n'est pas connu.

### Introduction

Au Canada, l'épidémie d'infection à VIH/sida continue de toucher de façon disproportionnée les hommes homosexuels, bisexuels et ceux ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH). Même si on a réussi dans le passé à freiner l'épidémie chez les HRSH, des études effectuées au début du XXI<sup>e</sup> siècle font état d'une augmentation de la transmission du VIH chez les HRSH dans les pays occidentaux, dont le Canada. Ces données nous amènent à nous interroger sur la façon d'améliorer les politiques et programmes actuels visant à prévenir la transmission du VIH chez les HRSH<sup>1,2</sup>.

Le présent chapitre tente de compiler les résultats de diverses sources pour faire le bilan de la situation de l'infection à VIH/sida chez les HRSH au Canada. Plus précisément, il résume certains renseignements provenant des données les plus récentes de la surveillance systématique du VIH et du sida, certains résultats de la phase I de M-Track (le système national de surveillance du VIH de seconde génération centré sur les HRSH au Canada) et les données tirées des estimations nationales les plus récentes sur le VIH au Canada. Certains résultats de recherches récentes sont également présentés, notamment de l'information sur la prévalence et l'incidence du VIH chez les HRSH au Canada et sur les facteurs connexes, de même que des résultats d'études portant sur les comportements à risque et les corrélats du comportement à risque chez les HRSH 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 Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections (CLMTI) recueille des données de surveillance sur les tests positifs pour le VIH et les cas déclarés de sida au Canada. Au nombre des renseignements épidémiologiques colligés figurent l'âge, le sexe, les risques associés à la transmission du VIH et l'origine ethnique auto-déclarée. Des données sur le décès sont également recueillies dans les cas de sida. Les professionnels de la santé ou les laboratoires transmettent cette information aux autorités sanitaires provinciales et territoriales qui, à leur tour, com-

muniquent volontairement les rapports de tests positifs pour le VIH et les diagnostics de sida au CLMTI, où les données sont synthétisées et analysées à l'échelle nationale. Les données de surveillance comportent plusieurs limites, notamment les retards dans la déclaration, la sous-déclaration, le fait que certains renseignements manquent et que des infections ne sont pas diagnostiquées (prière de se reporter au chapitre 3 pour une description complète de la surveillance du VIH/sida au Canada).

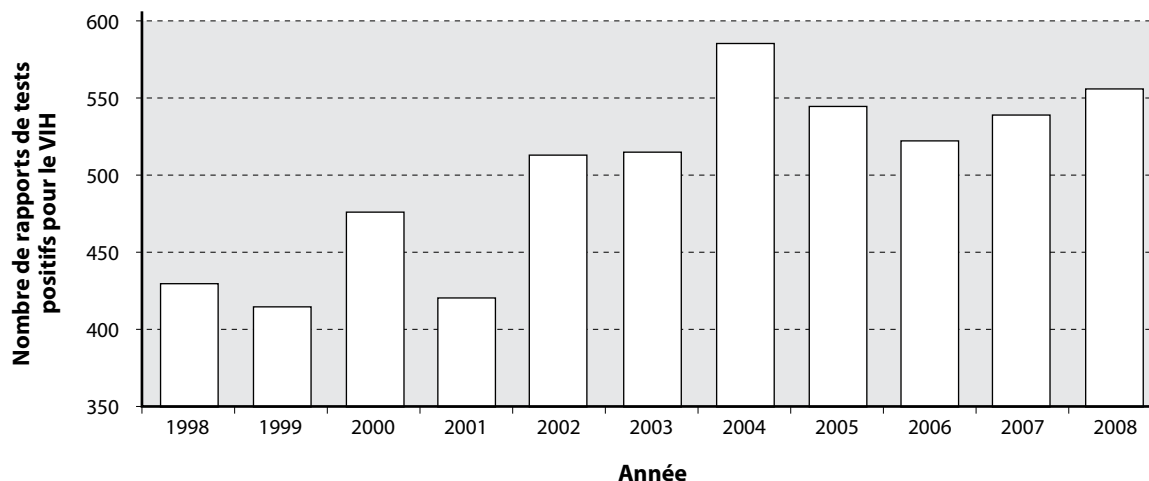
### Données de surveillance du sida <sup>3</sup>

- De 1979 au 31 décembre 2008, 21 300 cas de sida ont été signalés à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Depuis qu'on a commencé à déclarer les cas, c'est la catégorie d'exposition des HRSH qui a enregistré la plus forte proportion de tous les cas de sida chez les adultes ( $\geq 15$  ans), soit 13 419 cas ou 68,3 % de tous les cas de sida signalés dont on connaissait la catégorie d'exposition. La catégorie des HRSH/UDI<sup>±</sup> comptait de plus 869 cas ou 4,4 % de tous les cas de sida recensés dans la population adulte.
- Le nombre de cas diagnostiqués de sida signalés à l'ASPC n'a cessé de diminuer au cours des 10 dernières années, sauf en 2005.
- En 2008, 255 cas de sida ont été déclarés à l'ASPC. Parmi les cas dont on connaissait la catégorie d'exposition, 45,5 % (55 cas) appartenaient à la catégorie des HRSH. Cette dernière comptait la plus forte proportion de cas diagnostiqués de sida chez les adultes en 2008.

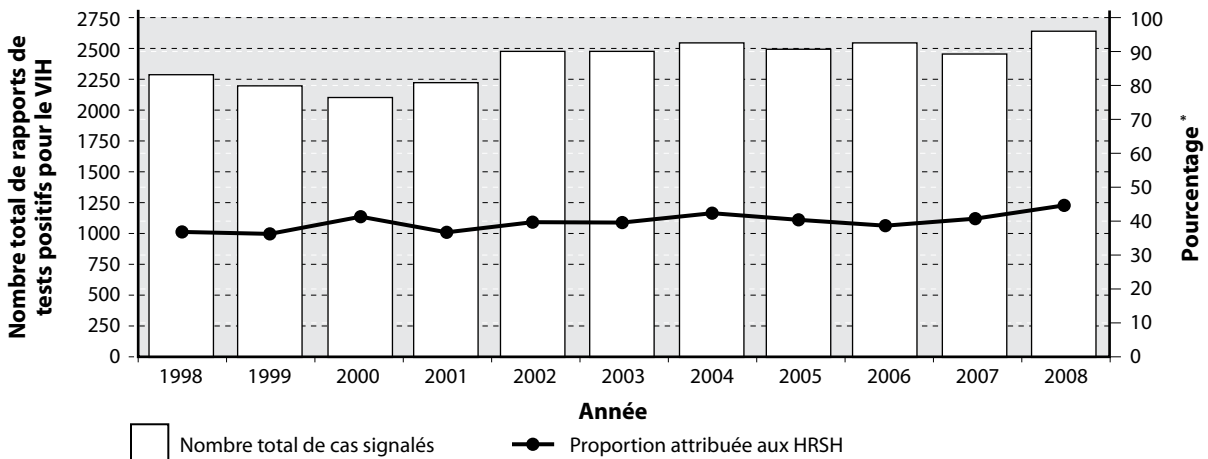
### Données de surveillance du VIH <sup>3</sup>

- L'ASPC a reçu 67 442 rapports de tests positifs pour le VIH entre 1985, année où ces données ont commencé à être recueillies, et le 31 décembre 2008. Depuis le début, c'est dans la catégorie des HRSH qu'on retrouve la plus forte proportion de tests positifs pour le VIH chez les adultes, soit un nombre cumulatif de 18 699 rapports de tests positifs pour le VIH ou 56,1 % de tous les rapports de tests positifs pour le VIH dont on connaissait la catégorie d'exposition. Une proportion additionnelle de 2,4 % (790 rapports de tests) de tous les rapports de tests positifs pour le VIH a été recensée dans la catégorie des HRSH/UDI.
- Le nombre de tests positifs pour le VIH chez les adultes relevés dans la catégorie des HRSH a augmenté de 34,2 % entre 1999 (415 rapports de tests) et 2008 (557 rapports de tests), a atteint un point culminant en 2004 puis a décliné pendant deux années consécutives. En 2007 et 2008, le nombre annuel de rapports de tests positifs pour le VIH a progressé légèrement (figure 1).
- En 2008, les HRSH ont continué à présenter la plus forte proportion de rapports de tests positifs pour le VIH, soit 45,1 % (557 rapports de tests) de tous les tests positifs signalés chez les adultes (figure 2). Une proportion additionnelle de 1,6 % (20 rapports de tests) de tous les tests positifs pour le VIH en 2008 a été relevée chez les HRSH/UDI.
- Au cours de la période 2004-2008, la proportion de nouveaux rapports de tests positifs pour le VIH chez les HRSH a été relativement stable (figure 2).

**Figure 1. Nombre de rapports de tests positifs pour le VIH chez les adultes dans la catégorie d'exposition des HRSH, selon l'année, 1998-2008**



<sup>±</sup> HRSH/UDI : catégorie d'exposition qui combine les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et les utilisateurs de drogue par injection. Pour plus de détails sur les catégories d'exposition, prière de se reporter au chapitre 3.

**Figure 2. Nombre total de rapports de tests positifs pour le VIH et proportion imputable à la catégorie d'exposition des HRSH, selon l'année, 1998-2008**

\* 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.

## Données de la surveillance améliorée/de la surveillance en population

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 des populations vulnérables clés qui ont été déterminées au Canada. Les objectifs généraux de ces systèmes de surveillance de seconde génération du VIH (appelés systèmes « Track ») sont de décrire l'évolution de la prévalence et de l'incidence des infections à VIH, des comportements à risque et des tendances relatives aux tests de détection du VIH, de l'hépatite C et d'autres infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) dans chaque population respective. Pour avoir une description plus détaillée des systèmes Track, prière de se reporter au chapitre 3.

### M-Track : surveillance de seconde génération du VIH chez les hommes homosexuels, bisexuels et ceux qui ont des relations avec d'autres hommes au Canada

M-Track est le système national de seconde génération de surveillance du VIH chez les HRSH au Canada. En date du 31 décembre 2009, six sites en tout participaient au M-Track au Canada. Ce système a d'abord été mis en œuvre à Montréal en 2005. Entre 2006 et 2007, qua-

tre autres sites se sont ajoutés au système : Toronto, Ottawa, Winnipeg et Victoria. Plus de 4 500 hommes ont participé à M-Track entre 2005 et 2007 (Phase I). En 2008, Vancouver a été le dernier site à implanter le système M-Track (voir le tableau 1).

### Résumé des données descriptives<sup>†</sup> provenant de la phase I de M-Track<sup>4</sup>

#### Aperçu et caractéristiques sociodémographiques des participants

- 4 838 hommes dans cinq sites sentinelles ont participé à la phase I de M-Track (2005-2007) (tableau 1).
- La plus forte proportion des répondants était âgée entre 30 et 49 ans (54 %), le pourcentage de répondants de 15 à 29 ans et de plus de 50 ans étant plus faible, soit 26 % et 20 %, respectivement.
- À la question sur leur orientation sexuelle, une part importante des participants ont répondu qu'ils étaient homosexuels (82 %) et un autre groupe de 14 % ont dit qu'ils étaient bisexuels. D'autres se sont identifiés comme hétérosexuels ou ont coché la réponse « Autre » (4 %).
- À la question sur l'origine ethnique ou culturelle, la plupart des hommes ont répondu qu'ils étaient des Nord-Américains (66 %) alors que 6 % des répondants ont déclaré être d'ascendance autochtone.

<sup>†</sup> Sauf indication contraire, les données présentées ici s'appliquent aux répondants admissibles (pour toute variable donnée) qui ont fourni des réponses. Les participants qui n'ont pas répondu (c. à d. données manquantes) ou qui ont répondu « Ne sais pas » ou « ont refusé de répondre » ont été exclus des analyses. Les répondants qui ont fourni un échantillon de sang séché seulement (c. à d. n'ont pas répondu au questionnaire) sont exclus de toutes les analyses présentées ici sauf lorsqu'on indique le contraire. Aucun test de la signification statistique n'a été effectué.

**Tableau 1. Aperçu sommaire des sites M Track, de l'année de mise en œuvre et du nombre de participants**

Province	Site	2005	2006	2007	2008
Colombie-Britannique	Victoria			Phase 1 - 224 hommes	
Colombie-Britannique	Vancouver				Phase 2 - 1,169 hommes
Manitoba	Winnipeg		Phase 1 - 121 hommes		
Ontario	Toronto			Phase 1 - 2,020 hommes	
Ontario	Ottawa			Phase 1 - 516 hommes	
Québec	Montréal	Phase 1 - 1,957 hommes			Phase 2 - 1,873 hommes
<b>Tous les sites</b>		<b>4 838 hommes interrogés</b>			<b>3 042 hommes interrogés jusqu'à maintenant</b>

### Comportements sexuels à risque

- La majorité des hommes ont indiqué avoir eu plusieurs partenaires sexuels masculins (rapports oraux et anaux) au cours des 6 mois précédant l'enquête (64 %).
- Chez les hommes ayant déclaré avoir eu des relations anales avec un partenaire masculin occasionnel\* au cours des 6 mois précédents, près de la moitié ont dit toujours utiliser un condom (« toujours ») durant les rapports anaux (actifs ou passifs) (46 %).
- Pour ce qui est des antécédents à vie de relations sexuelles commerciales\*\*, environ 10 % des hommes ont déclaré librement avoir reçu ou donné de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services en échange de faveurs sexuelles.
- Les hommes qui ont participé à M-Track ont fréquemment dit avoir recherché des relations sexuelles dans divers cadres sociaux et publics au cours des 6 mois précédant l'enquête. Par exemple, près du quart des hommes ont recherché des partenaires sexuels dans certains milieux sociaux, comme des organisations ou des événements communautaires, des associations d'homosexuels et d'autres groupes de loisirs (24 %) de même que dans des lieux publics, comme les parcs et les toilettes publiques (22 %).

- Une forte proportion d'hommes ont également recherché des partenaires sexuels dans les bars (56 %), dans des saunas (41 %) et dans Internet (39 %) au cours des 6 mois précédents.
- Parmi les hommes qui ont recherché des partenaires sexuels dans les saunas ou dans Internet, 36 % et 57 %, respectivement, ont confié le faire régulièrement (plus d'une fois par mois).

### Prévalence du VIH, tests de détection et antécédents thérapeutiques

- La plupart des hommes qui ont participé à M-Track ont dit avoir subi un test de dépistage du VIH (86 %). De même, une forte proportion des hommes qui ont répondu que leur plus récent test de dépistage du VIH était négatif avaient passé un test au cours des 2 années précédant l'enquête (81 %).
- Parmi les participants qui ont fourni un échantillon biologique en quantité suffisante pour un test et qui ont rempli un questionnaire, la prévalence du VIH était à 15 %<sup>†</sup>. Or, 19 % des hommes dont l'échantillon biologique était positif pour le VIH ne savaient pas qu'ils étaient séropositifs<sup>‡</sup>.

\*Un partenaire occasionnel est un homme avec lequel le répondant n'a eu de relations sexuelles qu'une seule fois (« relations sans lendemain ») ou une rencontre dans des bains publics, par exemple). Les partenaires occasionnels n'incluent pas les hommes avec lesquels le répondant a échangé de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services en échange de faveurs sexuelles.

\*\*Relations sexuelles commerciales : échange de faveurs sexuelles contre de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services.

† Le dépistage du VIH a été effectué au moyen de la méthode Bio-Rad GS rLAV HIV-1 EIA (dosage immuno-enzymatique). Les tests de confirmation réalisés par la suite ont fait appel au transfert de Western (Bio-Rad Genetic Systems™ HIV-1). Un résultat positif indique l'existence d'une infection actuelle par le VIH. Tant le test de dépistage du VIH (DIE) que le test de confirmation (transfert de Western) sont approuvés par Santé Canada comme épreuves diagnostiques pouvant être utilisées avec des échantillons de sang séché.

‡ Exclut les participants qui n'ont pas répondu aux questions sur leurs antécédents de dépistage du VIH.

### **Infektions transmises sexuellement et par le sang (ITSS)**

- Pour ce qui est des autres ITSS, 63 % et 67 % des hommes, respectivement, ont dit avoir subi des tests de dépistage de la syphilis et de l'infection à VHC.
- Chez les participants qui ont fourni un échantillon biologique en quantité suffisante pour un test et qui ont rempli un questionnaire, la prévalence à vie de la syphilis et de l'hépatite C était de 6 % et de 5 %, respectivement<sup>§</sup>.
- On a également demandé aux participants de M-Track d'indiquer s'ils avaient déjà reçu un diagnostic d'ITSS; 42 % des hommes ont répondu qu'un médecin leur avait dit qu'ils souffraient d'une ITSS<sup>¶</sup>.

En plus de tenter de déterminer la prévalence et de cerner les tendances relatives aux tests de dépistage du VIH, du VHC et de la syphilis et de décrire l'évolution des tendances des comportements sexuels chez les HRSH au Canada, un des principaux objectifs de M-Track est d'établir un ensemble de mesures comparables du comportement d'un site de surveillance sentinelle participant à l'autre tout en s'intéressant aux problèmes locaux et régionaux et aux questions d'intérêt local. C'est dans cette perspective que chacun des sites sentinelles produit et publie des résultats qui lui sont propres sous la forme de rapports sommaires, d'articles scientifiques, d'affiches pour les conférences et d'abrévés. Les publications particulières à chaque site explorent souvent des questions et des problèmes qui présentent un intérêt particulier pour les membres de la collectivité, les chercheurs et les analystes de politiques et de programmes.

Certains résultats particuliers à un site provenant de sites sentinelles de M-Track sont présentés ci-dessous de même que d'autres résultats de recherches indépendantes (voir « Résumé des données récentes sur la prévalence, l'incidence du VIH et les comportements à risque chez les HRSH »).

### **Estimations nationales de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH/sida**

L'ASPC a recours à plusieurs méthodes pour dresser un tableau global de l'épidémie d'infection à VIH chez tous les Canadiens vivant avec le VIH (y compris le sida), que leur infection ait été diagnostiquée ou non. En combinant ces méthodes, l'ASPC peut produire deux types d'estimations : la prévalence ou 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 publie environ tous les 3 ans des estimations des taux nationaux de prévalence et d'incidence du VIH (prière de se reporter au chapitre 1 pour avoir une description complète des estimations nationales de la prévalence et de l'incidence du VIH en 2008).

#### **Estimations nationales pour 2008 : données sur la prévalence de l'infection à VIH/sida<sup>5</sup>**

- Selon les estimations nationales de 2008, le nombre de personnes vivant avec le VIH (y compris le sida) au Canada (prévalence) ne cesse d'augmenter. Entre 2005 et 2008, la prévalence de l'infection à VIH (y compris le sida) aurait crû de 14 %, passant de 57 000 en 2005 à 65 000 en 2008.
- Les plus récentes estimations nationales indiquent que les HRSH continuent d'être le groupe le plus touché, comptant la plus forte proportion de cas, soit environ 48 % (31 330) de tous les cas prévalents en 2008. Cette proportion générale estimative n'a cependant pas changé depuis 2005.
- Une proportion additionnelle de 3 % (2 030) des cas prévalents a été recensée dans la catégorie d'exposition combinant les HRSH et les UDI.
- Sur les quelque 65 000 personnes vivant avec le VIH au Canada en 2008, 26 % (16 900) ne savaient pas qu'elles étaient infectées. Cela représente une légère baisse par rapport à la proportion estimative de 27 % en 2005.

<sup>§</sup>Le test de dépistage du VHC a été effectué à l'aide d'Ortho® HCV version 3.0 EIA. Un test de confirmation n'est pas réalisé lorsque les échantillons sont positifs. Un résultat positif indique une infection passée ou présente 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 qui analysent les échantillons de sang séché pour détecter le VHC sont en cours de validation.

Un test de dépistage de la syphilis a été effectué à l'aide du test Serodia® TP-PA. Un test de confirmation n'est pas réalisé lorsque les échantillons sont positifs. Un résultat positif indique une infection passée ou présente par l'agent de la syphilis. Les tests de laboratoire vendus dans le commerce pour la détection de la syphilis dans des échantillons de sang séché sont en cours de validation.

<sup>¶</sup>Pour les besoins de ces analyses, les ITSS incluaient la gonorrhée, la chlamydie, les verrues génitales ou anales, la syphilis, l'herpès génital, l'hépatite A et B ou les hépatites d'origine inconnue.

- La proportion de personnes séropositives pour le VIH qui ne savaient pas qu'elles étaient infectées par le VIH était plus faible dans la catégorie des HRSH que dans l'ensemble de la population vivant avec le VIH au Canada (19 % chez les HRSH vs 26 % de tous les cas prévalents d'infection). Autrement dit, quelque 6 000 (4 500-7 500) hommes vivant avec le VIH dans la catégorie des HRSH ne connaissaient pas leur séropositivité à l'égard du VIH.
- En revanche, une plus forte proportion de sujets infectés par le VIH qui s'injectaient de la drogue et qui étaient classés parmi les hétérosexuels (VIH endémique et VIH non endémique combinés) ne savaient pas qu'ils étaient infectés par le VIH (25 % et 35 %, respectivement).

### Estimations nationales pour 2008 : données sur l'incidence de l'infection à VIH/sida <sup>5</sup>

- Le nombre estimatif de nouveaux cas d'infection à VIH (incidents) en 2008 semble être demeuré stable ou avoir augmenté légèrement depuis 2005, variant entre 2 300 et 4 300 en 2008 alors qu'il oscillait entre 2 200 et 4 200 en 2005.
- Les HRSH comptaient toujours la plus forte proportion estimative de nouveaux cas en 2008, soit 44 % des nouveaux cas. Cette proportion était légèrement plus faible que la proportion estimative de 45 % des nouveaux cas attribuée aux HRSH en 2005, mais dans l'ensemble, le nombre de nouveaux cas est demeuré le même (1 000-1 900) qu'en 2005.
- On retrouvait un groupe additionnel de 3 % (50-130 cas) des nouveaux cas d'infection à VIH dans la catégorie combinée des HRSH/UDI en 2008.

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

En plus des données recueillies dans le cadre de la surveillance systématique et améliorée du VIH et des estimations nationales concernant le VIH, plusieurs études sont en cours sur l'infection à VIH et les facteurs de risque connexes chez les HRSH au Canada.

Voici un résumé des données disponibles et des résultats des études publiées pour la période 2006-2009 sur les HRSH au Canada.

### Prévalence de l'infection à VIH chez les HRSH au Canada

Au début de l'épidémie d'infection à VIH/sida, les données d'études semblaient indiquer que la prévalence du VIH chez les HRSH au Canada était très élevée<sup>6-9</sup>. Des résultats plus récents montrent cependant que cette prévalence peut avoir diminué ou qu'il existe une variation importante selon les sous-populations (annexe 1)<sup>1,10-19</sup>. Comme nous l'avons décrit en détail à l'annexe 1, la prévalence de l'infection à VIH chez les HRSH dans les analyses plus récentes varie entre 1,0 % dans un sous-échantillon de jeunes HRSH non blancs nés à l'extérieur du Canada et vivant à Vancouver et à Montréal<sup>18</sup> et 24 % dans un petit échantillon d'HRSH de race noire à Toronto ( $n = 168$ )<sup>13</sup>.

Au nombre des corrélats de la prévalence de l'infection à VIH qui ont été récemment décrits figurent des rapports anaux passifs non protégés, de plus faibles niveaux de scolarité, le fait de ne pas appartenir à la population active et la fréquentation régulière de bains publics, de même que l'infection par le virus de l'hépatite B, la gonorrhée urétrale et les verrues génitales ou anales<sup>11</sup>. Une analyse indépendante de la relation entre la circoncision et le statut à l'égard du VIH n'a pas mis au jour de corrélation entre ces deux variables<sup>20</sup>.

### Incidence de l'infection à VIH chez les HRSH au Canada

Moins de publications récentes ont estimé l'incidence de l'infection à VIH chez les HRSH (annexe 1)<sup>21-23</sup>. Malgré des différences dans la méthodologie, les études continuent à faire état d'une incidence relativement élevée de l'infection chez les HRSH, taux variant entre 0,62/100 personnes-année (pa) dans une cohorte d'HRSH à Montréal<sup>21</sup> et 1,14/100 pa, selon les données de la Laboratory Enhancement Study en Ontario<sup>22</sup>.

Corroborant les conclusions tirées des estimations nationales de l'incidence de l'infection à VIH chez les HRSH au Canada<sup>5</sup>, des études récentes indiquent que l'incidence de l'infection chez les HRSH au Canada est relativement stable ou augmentée légèrement<sup>22</sup>.

En plus de recueillir des données sur l'incidence de l'infection à VIH chez les HRSH, plusieurs chercheurs ont examiné les facteurs associés à la séroconversion dans ce groupe. Un certain nombre de facteurs de risque de séroconversion ont été signalés récemment : toute pratique faisant intervenir des rapports sexuels anaux avec un partenaire sérodiscordant, occasionnel ou un partenaire commercial<sup>21</sup>, de même qu'un nombre élevé de partenaires occasionnels, le partage d'aiguilles avec une personne séropositive<sup>21</sup> et le fait d'avoir vécu des événements stressants<sup>24</sup>.

**Par exemple**

- Burchell et coll. ont analysé les données de la Polaroid HIV Seroconversion Study en vue de voir la façon dont le stress peut être lié à l'infection à VIH et ont constaté que la probabilité de devenir infecté était 3,14 fois plus forte chez les hommes qui avaient signalé plus de cinq événements stressants durant la période où ils ont contracté l'infection comparativement aux hommes qui n'avaient mentionné aucun événement stressant. Après ajustement pour tenir compte des rapports anaux passifs, la relation entre le stress et l'infection à VIH était toujours présente mais n'était pas aussi étroite (rapport de cotes ajusté : 2,16, intervalle de confiance à 95 % 1,07, 4,38)<sup>24</sup>.
- Dans la Omega Cohort Study portant sur des sujets qui ont été suivis pendant plus de 7 ans, les facteurs suivants étaient associés de façon indépendante à la séroconversion anti-VIH : un nombre élevé de partenaires occasionnels (50+), le partage d'une aiguille avec une personne séropositive et toutes les pratiques faisant intervenir des rapports anaux avec un partenaire à risque élevé, y compris des partenaires réguliers séropositifs ou dont le statut à l'égard du VIH n'était pas connu, des partenaires occasionnels et des partenaires commerciaux<sup>21</sup>.

**Comportements à risque et corrélats du comportement à risque chez les HRSH au Canada**

Des données récentes sur les pratiques sexuelles et le risque de comportement à risque associé à l'infection à VIH indiquent que certains sous-groupes d'HRSH continuent à courir un très grand risque d'infection à VIH en s'adonnant à des pratiques sexuelles dangereuses, notamment des rapports anaux non protégés (RANP) avec des partenaires sérodiscordants ou des partenaires dont le statut à l'égard du VIH n'était pas connu<sup>13,21,25,26</sup>. Des études récentes montrent également que les HRSH ont souvent des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels; ces études révèlent aussi que la majorité des hommes interrogés continuent à prendre des précautions<sup>13,21,26</sup>. En raison des différences d'une étude à l'autre, notamment la définition de ce qu'on considère des pratiques sexuelles sans risque, il est cependant difficile de faire des comparaisons directes des différents résultats et il est en général impossible de tirer des conclusions précises concernant les tendances dans les comportements à risque avec le temps.

**Par exemple**

- Des analyses des données de M-Track/ARGUS à Montréal ont fait ressortir que dans les 6 mois précédant l'enquête, 33 % des hommes ont dit avoir eu six partenaires occasionnels ou plus et 21 % ont signalé au moins un épisode de RANP avec un partenaire occasionnel. Ces analyses ont également révélé que 28 % des hommes qui se disaient séronégatifs pour le VIH ou ne connaissaient pas leur statut à l'égard du VIH avaient eu des RANP avec un homme qu'ils pensaient être séropositif ou dont ils ignoraient le statut à l'égard du VIH<sup>27</sup>.
- Selon une analyse des données de la Omega Cohort Study, le tiers des participants ont déclaré avoir eu plus de cinq partenaires occasionnels, et près de 40 % des hommes ont signalé des RANP au cours des 6 mois précédents; toutefois, les RANP étaient plus souvent mentionnés par les hommes qui avaient des relations sexuelles avec des partenaires séronégatifs<sup>21</sup>.
- Dans une analyse indépendante des données de la Omega Cohort Study, George et coll. ont mis en évidence une augmentation temporelle statistiquement significative et constante des RANP; les RANP avec des partenaires sérodiscordants réguliers, avec des partenaires occasionnels et avec tout type de partenaire étaient à la hausse. Les auteurs mentionnent cependant que cette augmentation n'était pas constante dans tous les groupes d'hommes classés selon le type de partenaire et le statut sérologique<sup>25</sup>.
- Par contre, des comparaisons de deux enquêtes transversales Sex Now n'ont mis au jour aucun changement significatif d'une période d'enquête à l'autre (2002 et 2004) dans les comportements à risque pour le VIH au chapitre des pratiques sexuelles, tout particulièrement dans l'indicateur considéré comme le plus critique (RANP avec un partenaire dont le statut à l'égard du VIH est inconnu). Les données de Sex Now montrent de plus que les comportements à risque associés au VIH étaient en grande partie l'apanage d'un quart des participants. L'enquête a également révélé que les rapports sexuels occasionnels étaient fréquents chez les participants (64 %); une majorité d'entre eux disaient toujours avoir des pratiques sans risque (61 %) et 39 % déclaraient prendre un certain risque en ce qui concerne le VIH. En outre, un peu plus de la moitié des hommes (52 %) qui disaient avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel avaient toujours utilisé un condom<sup>26</sup>.

De nombreux corrélats différents sur le plan conceptuel associés à des comportements à risque pour le VIH ont été examinés chez les HRSH, comme les RANP, la multiplicité des partenaires et les relations sexuelles commerciales. Les études se sont surtout attardées sur les facteurs associés aux RANP en général, tels que l'usage de drogue à des fins récréatives<sup>17, 19, 28-32</sup>.

Bien que les résultats varient d'une étude à l'autre, des publications récentes continuent à soutenir qu'un éventail de facteurs complexes et interreliés sont associés aux comportements à risque pour le VIH chez les HRSH. Les raisons qui sous-tendent ces comportements sont également nombreuses et complexes.

### Par exemple

- Utilisant les données de la Ontario Men's Survey, Xu et ses collègues ont constaté que la probabilité de signaler des RANP avec des partenaires tant réguliers qu'occasionnels était plus élevée chez les hommes qui divulguaient toujours et parfois (par rapport à jamais) leur statut à l'égard du VIH; qui déménageaient dans des collectivités plus importantes; qui signalaient être séropositifs (par rapport à ceux dont le statut sérologique était inconnu); qui disaient avoir eu plus de 10 partenaires; qui avaient des relations sexuelles commerciales; et enfin chez les hommes qui utilisaient des drogues à des fins récréatives<sup>33</sup>.
- Haubrich et coll. ont résumé sommairement les événements sexuels à risque pour le VIH déterminés par les participants à la Polaris Study. Les participants ont indiqué que l'usage de substances, notamment de méthamphétamine en cristaux, d'ecstasy, de cocaïne et d'alcool, avait eu une incidence sur leurs comportements sexuels à risque, le plus souvent les RANP. Parmi les autres facteurs signalés figuraient l'initiation d'une nouvelle relation et la validation d'une relation monogame<sup>31</sup>.
- Dans une analyse des participants à la Vanguard Study, Lampinen et ses collègues ont indiqué que l'usage d'inhalants à base de nitrite était significativement associé au fait d'avoir des partenaires occasionnels, à l'existence de plusieurs partenaires occasionnels (y compris des partenaires dont le statut sérologique est inconnu et des partenaires séropositifs) et avec les rapports anaux. Une analyse détaillée des données n'a cependant pas permis de détecter d'association entre l'usage d'inhalants à base de nitrite et les relations sexuelles non protégées avec des partenaires occasionnels<sup>19</sup>.

- Les chercheurs de l'enquête M-Track/ARGUS à Montréal ont également examiné les corrélats des RANP et signalé que chez les hommes se disant séropositifs et les hommes se déclarant séronégatifs pour le VIH ou de statut sérologique inconnu qui avaient eu des relations sexuelles avec un partenaire avec lequel ils ne formaient pas un couple lors de leur dernière rencontre sexuelle (DRS), le fait d'être en couple avec un homme était l'un des corrélats de base les plus puissants des RANP. Parmi les autres corrélats de base des RANP dans le modèle multidimensionnel final, citons l'accord avec l'énoncé qu'un homme séropositif qui prend des médicaments risque moins de transmettre le VIH et les antécédents déclarés d'ITS diagnostiqués. Curieusement, le nombre de partenaires sexuels masculins au cours des 6 mois précédents n'était pas associé aux RANP lors de la DRS. Les facteurs événementiels associés aux RANP dans le modèle final étaient les suivants : le fait de trouver le partenaire très attirant ou extrêmement attirant et la consommation d'alcool (cinq verres ou plus) ou de cocaïne durant les rapports sexuels ou dans les 2 heures précédentes<sup>29</sup>.

- L'équipe d'étude de l'enquête M-Track/Lambda en Ontario a aussi examiné récemment la prévalence des RANP et les facteurs qui y sont associés. Dans une sous-analyse, des hommes ayant déclaré avoir eu des RANP avec un partenaire occasionnel au cours des 6 mois précédents, 35,7 % ( $n = 163$ ) et 63,2 % ( $n = 294$ ) ont signalé des RANP avec des partenaires occasionnels présumés séropositifs ou de statut sérologique inconnu, respectivement. Chez les hommes séronégatifs, l'injection de la drogue était associée aux RANP avec des partenaires occasionnels présumés séropositifs<sup>28</sup>.

D'autres chercheurs ont étudié le rôle possible d'Internet dans la vie des HRSH du point de vue des comportements à risque<sup>17</sup>.

### Par exemple

- Chiasson et coll. ont recruté des hommes en ligne pour évaluer si ceux qui rencontraient des partenaires dans le cyberspace étaient plus nombreux à avoir des RANP que ceux qui ne le faisaient pas. Ils n'ont observé aucune différence entre les deux groupes dans une analyse bidimensionnelle ou multidimensionnelle. Cette analyse basée sur les événements a également montré que 23 % des hommes avaient eu des relations sexuelles avec plusieurs



partenaires lors de leur DRS, un comportement à risque élevé qui n'est pas bien décrit dans les études publiées et qui devrait être approfondi, compte tenu du risque plus élevé de transmission du VIH. Parmi les hommes qui ont dit avoir eu plusieurs partenaires lors de leur DRS, les RANP étaient significativement associés à la séropositivité et à l'utilisation de cristal meth, de sildénafil et d'alcool avant les rapports sexuels, que la rencontre avec les partenaires ait eu lieu en ligne ou non. Chez les hommes qui n'avaient eu qu'un partenaire lors de la DRS, l'usage de cristal meth et l'absence de diplôme d'études collégiales étaient significativement associés aux RANP<sup>17</sup>.

- Chiasson et coll. ont avancé également l'hypothèse que les hommes qui rencontrent des partenaires en ligne peuvent être plus enclins à divulguer leur séropositivité à des partenaires possibles avant de les rencontrer en personne, et les résultats qu'ils ont obtenus sont venus confirmer cette hypothèse. Les hommes qui avaient rencontré leurs partenaires en ligne étaient significativement plus nombreux à avoir divulgué leur statut à l'égard du VIH lors de leur DRS que ceux qui avaient rencontré leurs partenaires par d'autres moyens<sup>17</sup>.
- Ogilvie et ses collègues ont utilisé les données de l'enquête Sex Now pour examiner les différences dans les comportements sexuels à risque entre les HRSH qui recherchent des partenaires dans Internet et ceux qui ne le font pas. Ils ont constaté que les comportements à risque étaient plus fréquents chez les HRSH qui cherchaient à rencontrer des partenaires sexuels dans Internet : par exemple, les rapports sexuels avec un nombre significativement plus grand de partenaires et la recherche de partenaires sexuels dans d'autres environnements à risque plus élevé qui favorisent la transmission du VIH. Toutefois, aucune différence en ce qui a trait aux RANP n'a été observée entre les deux groupes<sup>34</sup>.

Les facteurs sociaux qui influent sur la prise de risques chez les HRSH sont également multiples<sup>32</sup>.

#### Par exemple

- Trussler et coll. ont indiqué que comparativement aux hommes qui ont dit avoir eu uniquement des rapports sexuels sans risque au cours de l'année précédente, la probabilité de signaler des RANP avec un partenaire occasionnel dont le statut sérologique est inconnu était plus élevée chez les hommes qui se sentaient poussés à avoir des rapports sexuels non protégés; ceux qui avaient violé un accord relatif à des relations sexuelles sans risque avec leur principal partenaire; ceux qui avaient des opinions changeantes en ce qui concerne la sécurité sexuelle; ceux qui avaient de nombreux partenaires; et enfin chez les hommes qui ont dit utiliser du cristal meth durant les rapports sexuels<sup>32</sup>.
- Calzavara et coll. ont eu recours à la régression logistique longitudinale pour examiner l'effet du stress, notamment sur les RANP avec des partenaires non réguliers. La relation entre des événements stressants de la vie et les comportements sexuels à risque était complexe. Une augmentation des RANP était positivement associée au stress financier, à la perte de son emploi, à la fin d'une relation romantique et à des problèmes d'alcool et de drogue. La « mort d'un ami intime » était inversement liée aux RANP, de même que la maladie grave chez les participants séropositifs<sup>35</sup>.

Certaines pratiques sexuelles, telles que le retard dans l'application du condom (RAC), le « barebacking », les relations sexuelles de groupe et la pénétration par le poing (*fisting*) ont également retenu récemment l'attention des chercheurs<sup>1, 30, 36</sup>.

#### Par exemple

- Dans un sous-échantillon de données de la Ontario Men's Survey, la prévalence générale du RAC durant des rapports anaux actifs non protégés chez 2 614 hommes au cours des 12 mois précédents était de 47,0 %. Au nombre des facteurs significativement et positivement associés au RAC figuraient la fréquentation de bains publics, les antécédents à vie d'ITS, les relations sexuelles avec des partenaires multiples (> 5 partenaires masculins), la divulgation du statut à l'égard du VIH à des partenaires occasionnels et un échec vécu avec le condom. L'usage de cocaïne, de « poppers » et de stéroïdes, la réception d'argent ou d'autres articles en échange de faveurs sexuelles avec un homme et le fait d'avoir plusieurs relations sexuelles avec un partenaire masculin régulier (au cours des 3 derniers mois) étaient tous associés au RAC et à des activités sexuelles non protégées<sup>10</sup>.
- Dans un volet particulier complémentaire de l'enquête M-Track/Lambda en Ontario, les participants ont dû répondre à des questions sur le RAC. Se basant sur leurs pratiques au cours des 6 mois précédents, près de la moitié des participants de sexe masculin qui étaient actifs sexuellement

(46,8 %,  $n = 677$ ) ont déclaré un RAC lors de relations passives (RAC-P) : 32,0 % ( $n = 460$ ) à plusieurs occasions et 15,1 % ( $n = 217$ ) une seule fois. Dans le cadre d'une modélisation multidimensionnelle, aucune caractéristique socio-démographique n'était associée au RAC-P. Toutefois, les auteurs ont remarqué que les hommes qui faisaient état d'un RAC-P signalaient également d'autres comportements sexuels risqués<sup>37</sup>.

- L'équipe de l'enquête M-Track/ARGUS à Montréal a montré que 9 % des hommes avaient délibérément recherché des RANP (*barebacking*) avec un partenaire occasionnel<sup>27</sup>.
- Adam et coll. ont cherché à définir les caractéristiques des hommes qui disent aimer et rechercher le *barebacking*. Ils ont observé que, comparativement aux hommes qui disent avoir des partenaires sexuels occasionnels, mais ne sont pas intéressés par le *barebacking*, les hommes qui évoluent dans les milieux où le *barebacking* était courant avaient un profil distinctif de pratiques sexuelles non protégées (plus nombreux à signaler des rapports anaux non protégés passifs et actifs). Dans cet échantillon, un peu plus de la moitié (51,9 %) de tous les hommes interrogés qui signalaient des RANP aimaient et recherchaient le *barebacking*. De plus, ces hommes formaient un « cercle » distinct qui affichait des croyances et des attitudes très différentes de celles d'autres HRSH autour d'eux en ce qui a trait aux normes appropriées et aux attentes relatives aux pratiques sexuelles<sup>1</sup>.
- Pour mieux comprendre les situations où les rapports sexuels non protégés constituent la norme, Adam et coll. ont recruté des hommes les plus susceptibles d'évoluer dans des milieux pratiquant le *barebacking*. À partir des données recueillies au moyen d'entrevues semi-structurées auprès d'un petit nombre d'hommes ( $n = 34$ ), les auteurs de l'étude ont relevé différentes croyances dans des cercles distincts d'HRSH et [Traduction] « un code de conduite allant de soi pour les interactions sexuelles » (p. 759) qui créaient des situations à risque élevé. Par exemple, de nombreux hommes séropositifs interrogés disaient « faire partie d'un milieu social où tout le monde connaît les règles selon lesquelles des relations sexuelles sans condom sont des situations « par défaut » qui peuvent être interrompues uniquement lorsqu'un partenaire dit avoir besoin de se protéger » (p. 759)<sup>36</sup>.
- Enfin, comme les données disponibles sur le *fisting* étaient limitées, dans un complément particulier à l'enquête M-Track/ManCount à Vancouver, on a demandé aux participants s'ils avaient été péné-

trés de cette façon par un partenaire au cours des 6 mois précédents. La prévalence signalée du *fisting* dans cet échantillon de HRSH à Vancouver était de 4,5 % ( $n = 33$ ) et après ajustement pour tenir compte des facteurs de confusion possibles, les auteurs ont constaté que cette pratique était associée à la recherche de relations sexuelles dans des lieux publics, à l'hygiène avant le coït et l'utilisation de jouets sexuels<sup>38</sup>.

Les profils de comportements à risque dans les différents types de relations de couple ont également été examinés récemment dans des études publiées.

Dans leur bref résumé des résultats provenant d'un sous-échantillon d'hommes en couple qui avaient participé à l'étude Men, Sex and Love Web, les auteurs ont indiqué que les couples sérodiscordants étaient beaucoup plus nombreux à utiliser constamment un condom durant les rapports anaux. En revanche, le fait de ne pas savoir si son partenaire était séroconcordant ou sérodiscordant n'était pas associé à l'usage systématique du condom<sup>39</sup>.

Les caractéristiques et les comportements à risque liés au VIH dans certaines sous-populations d'HRSH, telles que les HRSH qui s'injectent également de la drogue (HRSH/UDI), les HRSH qui sont nés à l'extérieur du Canada et les HRSH qui vivent avec le VIH, ont également été étudiés récemment.

#### Par exemple

- Chez les HRSH qui s'injectent également de la drogue, les comportements à risque liés au VIH, tels que le partage d'aiguilles usagées, sont plus fréquents que chez d'autres UDI qui n'ont pas de rapports sexuels avec des hommes<sup>40</sup>.
- George et ses collègues ont combiné les données de deux cohortes prospectives canadiennes (Omega et Vanguard) afin d'examiner si les comportements sexuels et d'autres facteurs qui peuvent accroître la vulnérabilité à l'infection à VIH différaient chez les HRSH nés à l'extérieur du Canada et ceux qui étaient nés au Canada. Une des principales conclusions de leurs analyses était que les HRSH de race blanche nés à l'extérieur du Canada étaient plus nombreux à signaler des comportements sexuels à risque élevé, notamment à avoir des rapports sexuels avec un partenaire connu pour être séropositif et à avoir des relations sexuelles non protégées pendant un voyage à l'extérieur de leur province de résidence. Les répondants non blancs nés à l'extérieur du Canada étaient plus nombreux pour leur part à avoir échangé des faveurs sexuelles contre de l'argent<sup>18</sup>.

- Une analyse préliminaire des données d'une étude de cohorte à Montréal portant sur les personnes vivant avec le VIH (étude MAYA) a révélé que 77 % des HRSH sexuellement actifs ( $n = 240$ ) disaient avoir toujours utilisé le condom au cours des 6 mois précédents avec des partenaires séronégatifs ou dont ils ignoraient le statut à l'égard du VIH. Les auteurs concluent que d'autres résultats de cette analyse semblent indiquer que les facteurs cognitifs, tels que le contrôle perçu du comportement et un plus long laps de temps écoulé depuis le diagnostic ( $> 3$  ans), sont associés à des pratiques sexuelles sûres chez les HRSH séropositifs<sup>41</sup>. Les auteurs ont utilisé des modèles avec équations d'estimation généralisée (EEG), qui leur ont permis d'obtenir d'autres données basées sur cette cohorte : chez les HRSH vivant avec le VIH, le fait d'être plus jeunes, de ne pas s'injecter de la drogue, un laps de temps plus court depuis le diagnostic de l'infection à VIH ( $< 3$  ans) et l'échange d'argent contre des faveurs sexuelles étaient des facteurs associés aux RANP avec des partenaires séronégatifs ou des partenaires dont le statut à l'égard du VIH était inconnu<sup>42</sup>.
- Utilisant eux aussi un sous-échantillon de données de l'étude MAYA, Lavoie et ses collègues se sont intéressés principalement aux HRSH séropositifs et au degré de risque qu'ils prenaient avec différents types de partenaires; ils ont également examiné la façon dont la charge virale influait sur les comportements. Ils ont constaté qu'environ 20 % des HRSH avaient eu des rapports anaux non protégés avec un partenaire séronégatif régulier. Ils ont indiqué que les HRSH séropositifs dans cet échantillon peuvent avoir ajusté les risques qu'ils prenaient en fonction du statut sérologique de leur partenaire. Dans cette analyse, les charges virales n'étaient pas associées aux comportements de prise de risques<sup>43</sup>.

En plus d'étudier les corrélats et les causes des comportements à risque liés au VIH chez les HRSH, on a également examiné récemment d'autres sujets pertinents, notamment les habitudes en matière de dépistage du VIH et les facteurs associés au dépistage du VIH chez les HRSH. La participation à des tests de dépistage du VIH est relativement élevée chez les HRSH au Canada, notamment dans les sous-populations d'HRSH; chez les hommes qui disent avoir des comportements à risque plus élevé, la probabilité d'avoir subi un test de dépistage est aussi plus grande<sup>4, 44, 45</sup>. Le retrait non consensuel du condom durant les rapports anaux et la non-divulgaration par un partenaire de sa séropositivité ont été cités par les HRSH comme des raisons pour passer un test de dépistage<sup>31</sup>.

## Commentaires

### Points forts et limites

De nombreuses études scientifiques décrites dans le présent chapitre comportent plusieurs points forts importants. Par exemple, la plupart des résultats présentés ici sont fondés sur des données récentes portant sur de vastes échantillons communautaires d'HRSH, ce qui a permis aux chercheurs d'examiner un large éventail d'hypothèses. Bon nombre de ces études ont produit de nouvelles données, essentielles aux programmes de prévention et à l'élaboration de politiques à tous les niveaux : national, provincial et local. En outre, comme les échantillons d'enquête sont relativement importants, on dispose d'une puissance statistique adéquate pour examiner plusieurs comportements à risque et les facteurs qui y sont associés.

Plusieurs limites devraient également être prises en compte lorsqu'on interprète les résultats exposés dans le présent document. La majorité des résultats sont tirés d'études transversales; toute inférence concernant le lien de cause à effet entre les variables étudiées doit donc être faite avec prudence. En général, les études dans ce domaine se fondent sur des données auto-déclarées, qui peuvent créer divers biais sociaux. Par exemple, il est possible que certains renseignements, comme les comportements sexuels et l'usage de la drogue à des fins récréatives, n'aient pas été signalés avec exactitude ou aient fait l'objet d'une sous-déclaration par certains répondants en raison du caractère délicat de ces questions. Pour surmonter certains des problèmes inhérents à ce type de recherche, la plupart des études ont utilisé un échantillon basé sur le lieu ou d'autres formes d'échantillonnage de commodité. Dans ces circonstances, les résultats ne peuvent être généralisés à d'autres populations que celles de l'étude.

Pour connaître les limites précises de chaque étude, le lecteur est prié de se reporter aux études respectives qui sont citées dans le présent chapitre.

Enfin, comme nous l'avons souligné précédemment, la présente mise à jour de l'épidémiologie de l'infection à VIH/sida chez les HRSH au Canada comporte une importante limite : les différences d'une étude à l'autre, notamment les variations dans les méthodes de recrutement, les critères d'admissibilité, les définitions des variables, de même que les différences dans les méthodes et la puissance statistiques, font en sorte qu'il est difficile de comparer directement les résultats. Il n'est donc pas aisé de tirer des conclusions précises en ce qui concerne les tendances relatives aux comportements à risque avec le temps.

## Conclusions

Lorsqu'on considère l'ensemble des données tirées des études publiées, des systèmes de surveillance du VIH et des estimations nationales relatives à l'infection à VIH, il ressort clairement que la transmission du VIH chez les HRSH au Canada se poursuit.

Des études récentes révèlent que certains sous-groupes d'HRSH continuent à courir un très important risque d'infection à VIH en s'adonnant à des pratiques sexuelles risquées, telles que les RANP avec des partenaires sérodiscordants ou avec des partenaires dont ils ignorent le statut à l'égard du VIH. Les recherches semblent en outre indiquer que les hommes qui adoptent un comportement à haut risque se livrent en général à d'autres pratiques à risque plus élevé, formant des noyaux d'hommes qui risquent davantage de transmettre le VIH. Par exemple, les hommes qui ont ou recherchent un type de comportement sexuel plus à risque ou des relations sexuelles dans des milieux plus à risque, tels que des bains publics, ont ou recherchent aussi en général des rapports sexuels dans d'autres milieux à plus haut risque, tels que des lieux publics et les sites Internet<sup>1, 28, 34, 37, 40, 46, 47</sup>.

Les RANP, en particulier les RANP passifs, avec un partenaire dont le statut à l'égard du VIH n'est pas connu ou avec un partenaire occasionnel ou un partenaire commercial continuent d'être signalés comme le principal facteur de risque de séroconversion anti-VIH chez les HRSH<sup>10, 21, 28, 48</sup>.

Plusieurs hypothèses ont été explorées pour expliquer pour laquelle certains hommes continuent d'avoir des relations sexuelles peu sûres. Bien que les mesures particulières de résultats et les conclusions aient varié d'une étude à l'autre, des publications récentes continuent d'appuyer l'idée qu'un éventail de facteurs complexes et interreliés sont associés aux comportements à risque liés au VIH chez les HRSH<sup>17, 19, 28-34</sup>. Un nombre limité d'études récentes ont également commencé à examiner et à cerner les facteurs psychologiques et sociaux qui sous-tendent les décisions de s'adonner à des pratiques sexuelles plus risquées<sup>31-33, 35</sup>.

Même si des répondants dans de nombreuses études continuent à déclarer des comportements à risque, un corpus croissant de données de recherche indique que la plupart des hommes continuent d'avoir des relations sexuelles sans risque la plupart du temps<sup>26, 41, 49</sup>.

Néanmoins, comme nous l'avons souligné ci-dessus, ceux qui disent avoir des RANP avec des partenaires tant occasionnels que réguliers représentent une sous-population importante<sup>33</sup>.

Pendant que la communauté scientifique continue d'essayer de mieux comprendre le contexte dans lequel s'inscrivent les comportements à risque élevé, des recherches semblent indiquer que certains HRSH utilisent des stratégies, comme la « séro sélection », pour atténuer leur risque d'acquisition du VIH<sup>21, 43, 50, 51</sup>. L'efficacité de ces stratégies demeure cependant controversée<sup>21, 51</sup>.

Les mythes et les idées fausses concernant la transmission du VIH persistent dans certains groupes d'HRSH<sup>52</sup>. Comme l'ont récemment montré Adam et ses collègues, les messages de prévention sont donc toujours utiles [Traduction] « car il y a toujours de nouveaux hommes qui entrent en relation avec d'autres hommes, qu'ils soient issus de la génération montante, de l'immigration ou qu'ils viennent de découvrir leur orientation sexuelle » (p. 420)<sup>1</sup>. Ces auteurs font cependant remarquer qu'il ne suffit pas de connaître les données factuelles pour opérer un changement de comportement et, partant, réduire de façon soutenue la transmission du VIH chez tous les HRSH<sup>1</sup>. Les programmes de prévention doivent plutôt reconnaître que la distribution du risque chez les HRSH est inégale et que les messages de prévention qui s'adressent à un groupe d'hommes peuvent ne pas avoir la même résonance chez d'autres groupes<sup>1</sup>. Des chercheurs ont également soutenu que les centres de santé sexuelle devraient offrir des services dans plusieurs langues et des services multiculturels en utilisant divers médias pour répondre aux besoins de la population hétérogène des HRSH<sup>52, 53</sup>. Certains ont mentionné notamment qu'Internet est un important outil de transmission de l'information sur les pratiques sexuelles sans risque ainsi que sur la transmission et la prévention de l'infection à VIH et des infections transmises sexuellement chez les HRSH<sup>54</sup>.

Pris collectivement, les résultats présentés ici indiquent qu'il est nécessaire de poursuivre l'examen de certains comportements à risque, mesurés de façon plus uniforme dans le temps et dans divers groupes d'HRSH au Canada. Une meilleure information pourrait par la suite être utilisée pour améliorer les politiques, les programmes et les services destinés aux HRSH 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

- Adam BD, Husbands W, Murray J, Maxwell J. Circuits, networks, and HIV risk management. *AIDS Educ Prev* 2008;20(5):420-34.
- Sullivan PS, Hamouda O, Delpech V, Geduld JE, Prejan J, Semaille C, et coll. Reemergence of the HIV Epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996-2005. *Ann Epidemiol* 2009;19(6):423-31.
- 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 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, 2009.
- Agence de la santé publique du Canada. Données inédites de *M-Track : surveillance améliorée des hommes homosexuels, bisexuels et autres hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes Phase 1 (2005-2007)*. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques. Ottawa, On: Agence de la santé publique du Canada, 2010.
- Agence de la santé publique du Canada. *Sommaire - Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2008*, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2009.
- Myers T, Godin G, Calzavara L, Lambert J, Locker D. Équipe de la Société canadienne du sida. *L'enquête canadienne sur l'infection à VIH menée auprès des hommes gais et bisexuels : Au masculin*, Ottawa (Ont.), Centre national de documentation sur le sida, 1993.
- Craib KJP, Strathdee SA, Hogg RS, et coll. Incidence rates of HIV-1 infection, AIDS progression and mortality in the Vancouver Lymphadenopathy-AIDS study: results at 14 years. *Can J Infect Dis* 1998;9:31A (Abstract 213).
- Coates R, Calzavar LM, Read SE et coll. A prospective study of male sexual contacts of individuals with ARC or AIDS. Final report to National Health Research and Development Program, 1992.
- Remis RS, Najjar M, Pass C, Paradis G, et coll. Seroepidemiological study of HIV infection and sexual behaviour among homosexual men attending a medical clinic in Montreal. Vth International Conference on AIDS, Montreal, Canada. 1989:126 (Abstract WAP42).
- Allman D, Xu K, Myers T, Aguinaldo J, Calzavara L, Maxwell J, et coll. Delayed application of condoms with safer and unsafe sex: factors associated with HIV risk in a community sample of gay and bisexual men. *AIDS Care* 2009;21(6):775-84.
- Myers T, Allman D, Xu K, Remis RS, Aguinaldo J, Burchell A, et coll. The prevalence and correlates of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-HIV co-infection in a community sample of gay and bisexual men. *Int J Infect Dis* 2009;13(6):730-39.
- Xu K, Myers T, Dan A, Remis RS, Calzavara L, Husbands W, et coll. How Bisexual men differ from gay men in HIV, HCV and HIV-HCV co-infection and socio-behavioural characteristics in two cross-sectional studies in Ontario. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;20(Suppl B):66B (Abstract P190).
- George C, Husbands WC, Adam B, Remis R, Rourke S, Beyene J, et coll. MABWANA: Who are the Black men who have sex with men in Toronto. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008;19(Suppl A):80A (Abstract P232).
- Hirshfield S, Wolitski RJ, Chiasson MA, Remien RH, Humberstone M, Wong T. Screening for depressive symptoms in an online sample of men who have sex with men. *AIDS Care* 2008;20(8):904-10.
- Lampinen TM, Chan K, Anema A, Miller ML, Schilder AJ, Schechter MT, et coll. Incidence of and risk factors for sexual orientation-related physical assault among young men who have sex with men. *Am J Public Health* 2008;98(6):1028-35.
- Remis RS, Myers T, Husbands W, Paquette D, Archibald C, Lambda Survey Group. Monitoring HIV infection among MSM in Ontario: first report from the LAMBDA Survey. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008;19(Suppl A):26A (Abstract O043).
- Chiasson MA, Hirshfield S, Remien RH, Humberstone M, Wong T, Wolitski RJ. A comparison of on-line and off-line sexual risk in men who have sex with men: an event-based on-line survey. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;44(2):235-43.
- George C, Alary M, Hogg RS, Otis J, Remis RS, Mâsse B, et coll. HIV and ethnicity in Canada: Is the HIV risk-taking behaviour of young foreign-born MSM similar to Canadian born MSM? *AIDS Care* 2007;19(1):9-16.
- Lampinen TM, Mattheis K, Chan K, Hogg RS. Nitrite inhalant use among young gay and bisexual men in Vancouver during a period of increasing HIV incidence. *BMC Public Health* 2007; March;7(35).
- Xu K, Myers T, Allman D, Calzavara L. Correlates of circumcision and associations with HIV status among Ontario men who have sex with men (MSM). *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008;19(Suppl A):41A (Abstract O098).

21. Lavoie E, Alary M, Remis RS, Otis J, Vincelette J, Turmel B, et coll. Determinants of HIV seroconversion among men who have sex with men living in a low HIV incidence population in the era of highly active antiretroviral therapies. *Sex Transm Dis* 2008;35(1):25-9.
22. Remis RS, Liu J, Swantee C, Fisher M, Palmer RW. Trends in HIV incidence among men who have sex with men in Ontario: update from the Laboratory Enhancement Study (LES). *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2007;18(Suppl B):41B (Abstract O099).
23. Burchell A, Calzavara L, Remis R, Myers T, Swantee C, Major C, et coll. No decline in incidence density among men who have sex with men undergoing repeat diagnostic testing in Ontario. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006;17(Suppl A):44A (Abstract 311).
24. Burchell A, Calzavara L, Remis R, Myers T, Medved W, Gardner S, et coll. Stress and increased HIV infection risk among gay and bisexual men: mediated by sexual risk behaviour or true cofactor. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006;17(Suppl A):43A (Abstract 308).
25. George C, Alary M, Otis J, Demers E, Mâsse B, Lavoie R, et coll. Nonnegligible increasing temporal trends in unprotected anal intercourse among men who have sexual relations with other men in Montreal. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;41(3):365-70.
26. Trussler T, Marchand R, Gilbert M. Sex Now, Numbers Rising: Challenges for Gay Men's Health. Vancouver, BC: Community Based Research Centre, 2006.
27. Lambert G, Cox J, Tremblay F, Tremblay C, Alary M, Lavoie R, et coll. Sexual risk behaviours among men having sex with men (MSM) in Montreal: results from the ARGUS 2005 Survey. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006;17(Suppl A):45A (Abstract 314).
28. Taleski SJ, Myers T, Remis RS, Husbands W, Allman D, Liu J, et coll. Unprotected anal intercourse (UAI) with casual sex partners clusters with other risk behaviours among men who have sex with men (MSM): results from the Lambda Study. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;20(Suppl B):71B (Abstract P214).
29. Lambert G, Cox J, Hottes TS, Tremblay C, Frigault LR, Alary M, et coll. Correlates of unprotected anal sex at last sexual episode: analysis from a surveillance study of men who have sex with men in Montreal. *AIDS Behav* 2009 Dec 24 [Epub ahead of print].
30. Tremblay F, Cox J, Otis J, Lambert G, Blais M, Frigault L, et coll. Different patterns of substance use means different HIV risk behaviours: using Latent Class Analysis (LCA) to understand substance use and sexual risk behaviours among men who have sex with men (MSM) in Montreal. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2007;18(Suppl B):41B (Abstract O098).
31. Haubrich D, Ryder K, Calla D, Calzavara L, Myers T. Self-reported HIV sexual risk events among men who have sex with men enrolled in the Polaris HIV Seroconversion Study. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006;17(Suppl A):59A (Abstract 406).
32. Trussler T, Gilbert M, Marchand R, Moulton G, Ogilvie G, Rekart M. Pressured into it: social influences on HIV risk among British Columbia's gay men. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006;17(Suppl A):58A (Abstract 401).
33. Xu K, Myers T, Allman D, Calzavara L. The prevalence and factors associated with having unsafe sex with both regular and casual sex partners among men who have sex with men (MSM) in Ontario. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008;19(Suppl A):80A (Abstract P233).
34. Ogilvie GS, Taylor DL, Trussler T, Marchand R, Gilbert M, Moniruzzaman A, et coll. Seeking sexual partners on the internet: a marker for risky sexual behaviour in men who have sex with men. *Can J Public Health* 2008;99(3):185-88.
35. Calzavara L, Burchell A, Myers T, Remis RS, Johns A, Polaris Study Team. Stressful intercourse among MSM in the POLARIS Cohort. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;20(Suppl B):67B (Abstract P194).
36. Adam BD, Husbands W, Murray J, Maxwell J. Silence, assent and HIV risk. *Culture, Health and Sexuality* 2008;10(8):759-72.
37. Taleski SJ, Myers T, Remis RS, Husbands W, Allman D, Liu J, et coll. Delayed condom application during receptive anal intercourse (DCA-R) among men who have sex with men (MSM): results from the Lambda Study. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;20(Suppl B):72B (Abstract P215).
38. Schilder AJ, Druyts EF, Orchard TR, Kwag MI, Gilbert M, Chan K, et coll. ManCount 2008: a profile of fisting (brachioproctic eroticism) among men who have sex with men (MSM) in Vancouver. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;20(Suppl B):71B (Abstract P212).
39. Lebouché B, Blais M. Sexual HIV-risk reduction strategies based on serostatus knowledge among Canadian MSM couples. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008;19(Suppl A):27A (Abstract O047).
40. Marshall BDL, Wood E, Li K, Kerr T. Elevated syringe borrowing among men who have sex with men: a prospective study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;46(2):248-52.
41. Godin G, Otis J, Naccache H, Jean R, Study Group Maya. Always using condoms with partners of negative or unknown HIV status among sexually active MSM living with HIV: a prospective study. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008;19(Suppl A):28A (Abstract O051).
42. Naccache H, Godin G, Otis J, Roy J, Study Group MAYA. Factors associated with unsafe sexual practices with partners of negative or unknown HIV status among MSM living with HIV: a longitudinal study. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008;19(Suppl A):74A (Abstract P209).
43. Lavoie R, Otis J, Godin G. Sexual risk-taking and level of viral load among Montreal MSM: is there any link? *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2007;18(Suppl B):42B (Abstract O102).
44. Lambert G, Cox J, Tremblay F, Tremblay C, Alary M, Lavoie R, et coll. Recent HIV testing behaviour among men having sex with men (MSM) in Montreal: results from the ARGUS 2005 Survey. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006;17(Suppl A):45A (Abstract 313).
45. Ferlatte O, Gilbert M, Trussler T, Marchand R, Ogilvie G, Taylor D. Predictors of recent HIV testing in men who have sex with men (MSM) in the province of British Columbia. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008;19(Suppl A):99A (Abstract P297).

46. Le DH, Ho P, Poon M, Browne G, Sokolowski R, Suthibhasip N, et coll. Characteristics of Asian bathhouse users. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;20(Suppl B):107B (Abstract P357).
47. 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;20(Suppl B):38B (Abstract O094).
48. Blais M, Raymond S, Martin N, Morin E. Causal heterogeneity in HIV-risk behaviors among men who have sex with men (MSM): a qualitative study. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;20(Suppl B):92B (Abstract P296).
49. George C. MaBwana Black Men's Study: HIV testing among Black men who have sex with men (BMSM) in Ontario. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;20(Suppl B):69B (Abstract P202).
50. Gastaldo D, Holmes D, Lombardo A, O'Byrne P. Unprotected sex among men who have sex with men in Canada: exploring rationales and expanding HIV prevention. *Critical Public Health* 2009;19(3 & 4):399-416.
51. Elford J. Changing patterns of sexual behavior in the era of highly active antiretroviral therapy. *Curr Opin Infect Dis* 2006;19:26.
52. Li A, Nambiar D, Bereket T, Poon M, Hart T, Murray J. Myths and misconceptions of HIV infection: a call for the HIV sector to respond to ethno-racial MSM'S unmet prevention information needs. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008;19(Suppl A):99A (Abstract P298).
53. Chihara S. Variasian group voices on their lives as Asian men who have sex with men (MSM) in Vancouver, Canada. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006;17(Suppl A):59A (Abstract 404).
54. Lombardo AP. HIV prevention in the Internet age: perspectives of MSM. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009;20(Suppl B):94B (Abstract P304).

## Annexe 1 : Prévalence et incidence de l'infection à VIH chez les HRSH au Canada

Auteurs et année de publication	Plan et objectifs de l'étude	Recrutement et période de l'étude	Population à l'étude et taille de l'échantillon	Sous-échantillon utilisé pour l'analyse	Incidence de l'infection à VIH	Prévalence de l'infection à VIH
Allman et coll. (2009) <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude transversale</li> <li>Questionnaire autoadministré</li> <li><i>Ontario Men's Survey</i> (OMS)</li> </ul> <p>« Étudier la fréquence des cas de [retard dans l'application du condom] dans une communauté homosexuelle et explorer les facteurs liés à l'utilisation du condom chez les homosexuels qui n'ont que des rapports protégés et chez ceux ayant déclaré avoir eu au moins quelques relations anales non protégées. » (775)</p>	Échantillonnage au jugé selon le lieu De février à juin 2002	Hommes homosexuels ou bisexuels de 15 ans ou plus habitant en Ontario n = 5 080	Hommes ayant répondu aux questions sur l'application tardive du condom au cours des 12 derniers mois n = 2 614	S.O.	Selon les données autodéclarées 8,9 %
Myers et coll. (2009) <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude transversale</li> <li>Questionnaire autoadministré et échantillon de salive facultatif</li> <li><i>Ontario Men's Survey</i> (OMS)</li> </ul> <p>« Décrire la prévalence de l'infection à VIH, de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) et de la co-infection par le VHC et le VIH, et examiner les variables liées à l'infection dans un échantillon d'hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) au sein d'une même communauté. » (1)</p>	Échantillonnage au jugé selon le lieu De février à juin 2002	Hommes homosexuels ou bisexuels de 15 ans ou plus habitant en Ontario n = 5 080	Hommes ayant fourni une quantité suffisante de salive pour la réalisation d'essais en laboratoire visant à détecter la présence d'anticorps anti-VIH et anti-VHC n = 3 304	S.O.	Selon l'échantillon de salive Prévalence globale : 9,0 %



## Annexe 1 : Prévalence et incidence de l'infection à VIH chez les HRSB au Canada

Auteurs et année de publication	Plan et objectifs de l'étude	Recrutement et période de l'étude	Population à l'étude et taille de l'échantillon	Sous-échantillon utilisé pour l'analyse	Incidence de l'infection à VIH	Prévalence de l'infection à VIH
Xu et coll. (2009) <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude transversale</li> <li>Questionnaire auto-administré</li> <li>Ontario Men's Survey (OMS) et enquête Lambda (site sentinelle de l'enquête M-Track)</li> </ul> <p>« Comparer la prévalence de l'infection à VIH, de l'infection à VHC et de la co-infection par le VIH et le VHC chez les hommes homosexuels et bisexuels dans le cadre de deux études transversales menées à différents moments. » (66B)</p>	<p>Échantillonnage selon le lieu</p> <p>OMS</p> <p>De février à juin 2002</p> <p>Lambda</p> <p>De mars à juillet 2007</p>	<p>Taille de l'échantillon global non précisée</p> <p>OMS</p> <p>Bisexuels : n = 355</p> <p>Homosexuels : n = 2 480</p> <p>Lambda</p> <p>Bisexuels : n = 217</p> <p>Homosexuels : n = 1 876</p>	Hommes ayant fourni une quantité suffisante d'échantillons biologiques pour la réalisation d'essais en laboratoire	S.O.	<p>OMS</p> <p>(selon l'échantillon de salive)</p> <p>7,3 % chez les hommes bisexuels</p> <p>1,3 % chez les hommes homosexuels</p> <p>Lambda</p> <p>(à partir d'un échantillon de sang séché) :</p> <p>14,7 % chez les hommes bisexuels</p> <p>20,7 % chez les hommes homosexuels</p>
Adam et coll. (2008) <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude transversale</li> <li>Toronto Pride Survey 2005</li> </ul> <p>« Définir les caractéristiques des hommes qui déclarent aimer la pratique intentionnelle de relations anales non protégées (<i>barebacking</i>) et draguer dans les sites Web portant sur le <i>barebacking</i> en comparant ces hommes avec ceux qui ont eu des partenaires masculins occasionnels au cours des six derniers mois, mais qui ne manifestent pas d'intérêt pour cette pratique et ne fréquentent pas ce genre de sites Web. » (421)</p>	Hommes ayant participé au Toronto Pride Event de 2005 Juin 2005	Hommes qui ont eu des relations sexuelles avec un autre homme au cours des six derniers mois ou qui se déclarent homosexuels n = 922	S.O.	S.O.	<p>Selon le statut sérologique autodéclaré</p> <p>12,6 %</p>

**Annexe 1 : Prévalence et incidence de l'infection à VIH chez les HRSH au Canada**

Auteurs et année de publication	Plan et objectifs de l'étude	Recrutement et période de l'étude	Population à l'étude et taille de l'échantillon	Sous-échantillon utilisé pour l'analyse	Incidence de l'infection à VIH	Prévalence de l'infection à VIH
George et coll. (2008) <sup>5</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Questionnaire autoadministré</li> <li>« Accroître notre compréhension des communautés et réseaux torontois d'hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, afin de contribuer aux efforts et aux programmes de prévention du VIH fondés sur des données probantes. » (80A)</li> </ul>	Échantillonnage selon le lieu De juin 2007 à janvier 2008	Hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, à Toronto n = 168	S.O.	S.O.	Selon les données auto-déclarées 24 %
Hirshfield et coll. (2008) <sup>6</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude transversale</li> <li>Sondage dans Internet</li> <li>« Évaluer l'utilité du dépistage des symptômes de dépression et des caractéristiques de ces symptômes dans le cadre d'un sondage en ligne mené auprès des HRSH. » (904)</li> </ul>	Bannière affichant un lien vers un sondage annoncé dans des sites Web canadiens et américains destinés aux homosexuels D'octobre 2003 à mars 2004	HRSH de 18 ans ou plus des 10 provinces canadiennes, des États-Unis et de 65 autres pays n = 4 030	Hommes remplissant les critères de l'étude et ayant répondu à toutes les questions n = 2 964 Prévalence fondée sur les hommes ayant fait l'objet d'un test de dépistage : n = 2 414	S.O.	Selon le statut sérologique auto-déclaré Prévalence globale : 9,0 %.

**Annexe 1 : Prévalence et incidence de l'infection à VIH chez les HRSH au Canada**

Auteurs et année de publication	Plan et objectifs de l'étude	Recrutement et période de l'étude	Population à l'étude et taille de l'échantillon	Sous-échantillon utilisé pour l'analyse	Incidence de l'infection à VIH	Prévalence de l'infection à VIH
Lampinen et coll. (2008) <sup>7</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude de cohorte prospective ouverte</li> <li>Questionnaire autoadministré</li> <li>Échantillon de sang</li> <li>Projet Vanguard</li> </ul> « Déterminer l'incidence, la prévalence et les facteurs de risques des agressions physiques liées à l'orientation sexuelle chez les jeunes HRSH. » (1028)	Échantillonnage de commodité selon le lieu De mai 1995 à mai 2004	Jeunes hommes (de 15 à 30 ans) homosexuels ou bisexuels et autres HRSH habitant la région métropolitaine de Vancouver et n'ayant jamais obtenu de résultat positif au test de dépistage du VIH n = 863	Hommes ayant eu au moins une visite de suivi et pour lesquels on dispose de données complètes concernant les variables les plus pertinentes aux fins de la présente analyse n = 521	S.O.	À partir de l'échantillon de sang Taux de 7,1 % chez les hommes ayant déjà subi une agression avant de participer à l'étude Taux de 2,3 % chez les hommes n'ayant jamais subi d'agression avant de participer à l'étude
Lavoie et coll. (2008) <sup>8</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude de cohorte</li> <li>Questionnaires autoadministrés</li> <li>Entrevues dirigées</li> <li>Dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B</li> <li>Cohorte Omega</li> </ul> « Estimer les facteurs de risque liés à l'incidence de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les HRSH. » (25)	Échantillonnage de commodité selon le lieu et autres types d'échantillonnage de commodité D'octobre 1996 à juillet 2003	HRSH de 16 ans ou plus habitant Montréal ou les environs qui étaient séronégatifs pour le VIH au début de l'étude n = 1 846	Participants ayant eu au moins une visite de suivi n = 1 587	0,62/100 personnes-années (PA) (intervalle de confiance à 95 % : 0,41-0,84)	S.O.
Remis et coll. (2008) <sup>9</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude transversale</li> <li>Enquête Lambda (site sentinelle de l'enquête M-track)</li> </ul> « Examiner le lien entre la prévalence de l'infection à VIH et les caractéristiques des participants. » (26A)	Échantillonnage selon le lieu De mars à juillet 2007	HRSH Toronto : n = 2 021 Ottawa : n = 517	HRSH ayant fourni un échantillon de sang séché	S.O.	À partir d'un échantillon de sang séché Toronto : 23,2 % Ottawa : 11,9 %

**Annexe 1 : Prévalence et incidence de l'infection à VIH chez les HRSH au Canada**

Auteurs et année de publication	Plan et objectifs de l'étude	Recrutement et période de l'étude	Population à l'étude et taille de l'échantillon	Sous-échantillon utilisé pour l'analyse	Incidence de l'infection à VIH	Prévalence de l'infection à VIH
Chiasson et coll. (2007) <sup>10</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude transversale en ligne</li> <li>« Évaluer si les HRSH sont plus susceptibles d'avoir des relations anales non protégées avec des partenaires rencontrés en ligne qu'avec des partenaires rencontrés dans un autre contexte. » (235)</li> </ul>	Bannière affichant un lien vers un sondage annoncé dans des sites Web canadiens et américains destinés aux homosexuels D'octobre 2003 à mars 2004	HRSH de 18 ans ou plus des 10 provinces canadiennes, des États-Unis et de 65 autres pays n = 4 030	Hommes de 18 ans ou plus des États-Unis ou des 10 provinces canadiennes ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin nouveau ou occasionnel au cours des trois derniers mois, n = 1 683 Prévalence fondée sur les hommes ayant déclaré avoir déjà passé un test de dépistage du VIH : n = 1 298	S.O.	Selon les données autodéclarées 11 %

**Annexe 1 : Prévalence et incidence de l'infection à VIH chez les HRSH au Canada**

Auteurs et année de publication	Plan et objectifs de l'étude	Recrutement et période de l'étude	Population à l'étude et taille de l'échantillon	Sous-échantillon utilisé pour l'analyse	Incidence de l'infection à VIH	Prévalence de l'infection à VIH
George et coll. (2007) <sup>11</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude de cohorte prospective</li> <li>Cohorte Omega et projet Vanguard</li> </ul> « Déterminer les principales différences en ce qui concerne les caractéristiques sexuelles, psychologiques et autres des HRSH nés à l'étranger et de ceux nés au Canada qui risquent d'accroître leur vulnérabilité à l'infection à VIH. » (10)	Vanguard Échantillonnage selon le lieu De mai 1995 à mai 2004 Omega Échantillonnage de commodité selon le lieu D'octobre 1996 à juillet 2003	Vanguard Jeunes hommes (de 15 à 30 ans) homosexuels ou bisexuels et autres HRSH habitant la région métropolitaine de Vancouver qui sont séronégatifs pour le VIH : n = 863 Cohorte Omega HRSH de 16 ans ou plus habitant Montréal ou les environs qui étaient séronégatifs pour le VIH au début de l'étude n = 1 846	Échantillons combinés des deux études utilisées pour l'analyse : n = 1 148. Analyse limitée aux données de base datant de septembre 1999 pour les sujets de moins de 30 ans Les Canadiens autochtones ont été exclus de l'analyse	S.O.	À partir des échantillons biologiques Taux de 1,5 % chez les personnes de race blanche nées au Canada Taux de 2,1 % chez les personnes de race blanche nées à l'extérieur du Canada Taux de 2,8 % chez les personnes qui ne sont pas de race blanche et qui sont nées au Canada Taux de 1,0 % chez les personnes qui ne sont pas de race blanche et qui sont nées à l'extérieur du Canada

## Annexe 1 : Prévalence et incidence de l'infection à VIH chez les HRSH au Canada

Auteurs et année de publication	Plan et objectifs de l'étude	Recrutement et période de l'étude	Population à l'étude et taille de l'échantillon	Sous-échantillon utilisé pour l'analyse	Incidence de l'infection à VIH	Prévalence de l'infection à VIH
Lampinen et coll. (2007) <sup>12</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude de cohorte prospective</li> <li>Questionnaire autoadministré</li> <li>Dépistage sérologique</li> <li>Projet Vanguard</li> </ul> « Étudier la prévalence et les corrélats de l'usage actuel d'inhalants à base de nitrite chez les jeunes HRSH de Vancouver. » (2)	Échantillonnage selon le lieu De mai 1995 à mai 2004	Jeunes hommes (de 15 à 30 ans) homosexuels ou bisexuels habitant la région métropolitaine de Vancouver qui sont séronégatifs pour le VIH n = 863	Analyse limitée à la huitième et dernière vague de collecte de données qui a eu lieu d'octobre 2002 à mai 2004 n = 354	S.O.	À partir de l'échantillon biologique Prévalence globale : 7 %
Remis et coll. (2007) <sup>13</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude transversale</li> <li>L'objectif n'a pas été énoncé</li> </ul>	Un questionnaire a été remis à toutes les personnes ayant reçu pour la première fois un résultat positif au test de dépistage du VIH et à une personne sur 200 ayant obtenu un résultat négatif au test de dépistage du VIH De janvier 2001 à septembre 2006	Toutes les personnes ayant reçu pour la première fois un résultat positif au test de dépistage du VIH et une personne sur 200 ayant obtenu un résultat négatif au test de dépistage du VIH, en Ontario, de janvier 2001 à septembre 2006.	Personnes désignant les relations sexuelles entre hommes comme facteur de risque n = 2 745	Selon les données obtenues en laboratoire (test désensibilisé) Données brutes : 1,75/100 PA Données rajustées : 1,14/100 PA	S.O.
Burchell et coll. (2006) <sup>14</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse des données secondaires tirées de registres de bases de données</li> </ul> « Décrire l'incidence de l'infection à VIH chez les HRSH ayant passé de multiples tests de dépistage en Ontario de 1993 à 2003, et déterminer si les taux ont diminué depuis 1999. » (44A)	HRSH en Ontario identifiés par couplage de dossiers informatisés et manuels De 1993 à 2003	n = 603 séroconversions; 17 361 personnes ayant toujours obtenu un résultat négatif Données combinées : 60 469 PA	Hommes ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles avec d'autres hommes, mais n'ayant jamais fait usage de drogues par injection.	0,97/100 PA	S.O.

## Références d'Annexe 1

- Allman D, Xu K, Myers T, Aguinaldo J, Calzavara L, Maxwell J, et coll. Delayed application of condoms with safer and unsafe sex: factors associated with HIV risk in a community sample of gay and bisexual men. *AIDS Care* 2009;21(6):775-84.
- Myers T, Allman D, Xu K, Remis RS, Aguinaldo J, Burchell A, et coll. The prevalence and correlates of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-HIV co-infection in a community sample of gay and bisexual men. *International Journal of Infectious Diseases* 2009; November;13(6):730-9.
- Xu K, Myers T, Dan A, Remis RS, Calzavara L, Husbands W, et coll. How Bisexual Men Differ from Gay Men in HIV, HCV and HIV-HCV Co-infection and Socio-behavioural Characteristics in Two Cross-sectional Studies in Ontario. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2009; Spring;20(Suppl B):66B (Abstract P190).
- Adam BD, Husbands W, Murray J, Maxwell J. Circuits, networks, and HIV risk management. *AIDS Education and Prevention* 2008;20(5):420-34.
- George C, Husbands WC, Adam B, Remis R, Rourke S, Beyene J, et coll. MABWANA: Who Are The Black Men Who Have Sex With Men In Toronto. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008; March/April;19(Suppl A):80A (Abstract P232).
- Hirshfield S, Wolitski RJ, Chiasson MA, Remien RH, Humberstone M, Wong T. Screening for depressive symptoms in an online sample of men who have sex with men. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV* 2008;20(8):904-10.
- Lampinen TM, Chan K, Anema A, Miller ML, Schilder AJ, Schechter MT, et coll. Incidence of and risk factors for sexual orientation-related physical assault among young men who have sex with men. *Am J Public Health* 2008;98(6):1028-35.
- Lavoie E, Alary M, Remis RS, Otis J, Vincelette J, Turmel B, et coll. Determinants of HIV seroconversion among men who have sex with men living in a low HIV incidence population in the era of highly active antiretroviral therapies. *Sex Transm Dis* 2008;35(1):25-9.
- Remis RS, Myers T, Husbands W, Paquette D, Archibald C, Lambda Survey Group. Monitoring HIV Infection Among MSM In Ontario: First Report From The LAMBDA Survey. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008; March/April;19(Suppl A):26A (Abstract O043).
- Chiasson MA, Hirshfield S, Remien RH, Humberstone M, Wong T, Wolitski RJ. A comparison of on-line and off-line sexual risk in men who have sex with men: An event-based on-line survey. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;44(2):235-43.
- George C, Alary M, Hogg RS, Otis J, Remis RS, Mâsse B, et al. HIV and ethnicity in Canada: Is the HIV risk-taking behaviour of young foreign-born MSM similar to Canadian born MSM?. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV* 2007;19(1):9-16.
- Lampinen TM, Mattheis K, Chan K, Hogg RS. Nitrite inhalant use among young gay and bisexual men in Vancouver during a period of increasing HIV incidence. *BMC Public Health* 2007; March;7(35).
- Remis RS, Liu J, Swantee C, Fisher M, Palmer RW. Trends in HIV Incidence Among Men who Have Sex with Men in Ontario: Update From the Laboratory Enhancement Study (LES). *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2007; March/April;18(Suppl B):41B (Abstract O099).
- Burchell A, Calzavara L, Remis R, Myers T, Swantee C, Major C, et al. No Decline In Incidence Density Among Men Who Have Sex With Men Undergoing Repeat Diagnostic Testing In Ontario. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006; May/June;17(Suppl A):44A (Abstract 311).